

เกณฑ์การกำหนดความคุ้มครองเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์: กรณี
เจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานตามกฎหมายประกันสังคม



อณุวัตร แยมสงวนศักดิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปรีดี พนมยงค์
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

พ.ศ. 2555

**Regulations To Protection The Medicals Services: In Case of Out of
Working Illness Along With The Social Security Law**



ANUWAT YAEMSAGUASAK

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Laws

Department of Law Pridi Banomyong Faculty of Law, Dhurakij Pundit

University

2012

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เกิดขึ้นด้วยความเมตตาและ เอาใจใส่จากบุคคลทั้งหลาย ซึ่งขอกล่าวนามเพื่อเป็นการประกาศเกียรติคุณดังนี้ ท่านศาสตราจารย์ ดร.ไพศิษฐ์ พิพัฒน์กุล ที่ท่านได้ให้ความกรุณา รับเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ภูมิ โชคเหมาะ รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิตรา (ฟุ้งถัดดา) วิเชียรชม และรองศาสตราจารย์ พินิจ ทิพย์มณี ที่ให้ความกรุณาเป็นกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์และ ให้ความกรุณา ร่วมแนะนำ ให้คำปรึกษา เสียสละเวลา ตรวจสอบความถูกต้องแห่งเนื้อหาเพื่อความสมบูรณ์ถูกต้อง ของวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณท่าน ณ โอกาสนี้

ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ ศรีธรรมรักษ์ ที่ท่านได้ให้ความกรุณา รับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ซึ่งจากการดูแลเอาใจใส่ของท่าน ที่ท่าน ได้กรุณา สละเวลาช่วยชี้แนะ ชักถาม ให้แนวคิดและคำแนะนำในทางวิชาการรวมทั้งด้านตำราแหล่งข้อมูลการศึกษา ค้นคว้าอย่างใกล้ชิด ตลอดจน ผลักดันให้ข้าพเจ้ามีความกระตือรือร้นต่อการค้นคว้าศึกษาข้อมูลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และเป็นการสมควรอย่างยิ่งที่ต้องแสดงความขอบพระคุณท่าน

ขอขอบคุณสำนักงานประกันสังคมที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณ นายสุรศักดิ์ และนางจิตรา เข้มสงวนศักดิ์ บิดาและมารดาของผู้เขียน ที่สนับสนุนให้การศึกษาและเป็นกำลังใจให้ผู้เขียนตลอดมาจนผู้เขียนมีวันนี้ และขอขอบคุณนาย อาทิตย์ วงษ์ฤทธิ์ เพื่อนของผู้เขียนที่ได้ให้ความช่วยเหลือผู้เขียนตลอดมา นอกจากนี้ขอขอบคุณท่าน อาจารย์ทุกท่านและขอขอบคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยทุกท่านที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้เขียน

หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถก่อให้เกิดความรู้และข้อคิดที่มีประโยชน์อันควรแก่การศึกษาหรือปฏิบัติ ขอมอบความดีครั้งนี้ด้วยความระลึกถึงพระคุณครูบาอาจารย์ทุกท่าน ตลอดคนผู้แต่งหนังสือตำราทุกท่านที่ผู้เขียนใช้อ้างอิงในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และผู้มีพระ ะคุณของผู้เขียนทุกท่าน แต่หากมีข้อผิดพลาดหรือข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้เขียนขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

อนุวัตร เข้มสงวนศักดิ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	๗
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	๖
กิตติกรรมประกาศ.....	๗
สารบัญตาราง.....	๘
1. บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	4
1.3 สมมติฐานของการศึกษา.....	5
1.4 ขอบเขตของการศึกษา.....	5
1.5 วิธีดำเนินการศึกษา.....	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2. แนวคิด หลักการ ความเป็นมาและความหมายของการประกันสังคม.....	8
2.1 แนวคิดการประกันสังคม.....	8
2.2 หลักการของประกันสังคม.....	17
2.3 ความเป็นมาของประกันสังคม.....	19
2.4 ความหมายของการประกันสังคม.....	23
2.5 แนวคิดการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยอัน มิใช่เนื่องจากการทำงาน.....	28
3. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดหลักเกณฑ์และประโยชน์ทดแทน กรณีเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานตามอนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่าง ประเทศและกฎหมายประกันสังคมต่างประเทศ เปรียบเทียบกับกฎหมาย ประกันสังคมของประเทศไทย.....	31
3.1 อนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ.....	31
3.2 หลักกฎหมายต่างประเทศ.....	34
3.2.1 หลักกฎหมายประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่น.....	35

สารบัญ (ต่อ)

3.2.2	หลักประกันสังคมของประเทศฟิลิปปินส์.....	49
3.2.3	ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตในต่างประเทศ.....	58
3.3	หลักกฎหมายเกี่ยวกับการให้ความคุ้มครองด้านประกันสังคมไทย.....	60
3.3.1	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550.....	60
3.3.2	หลักกฎหมายประกันสังคมไทย.....	60
3.3.3	กฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน.....	98
3.3.4	กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	98
3.4	ตารางสรุปเปรียบเทียบระหว่างกฎหมายประกันสังคมไทยกับประกันสังคม ต่างประเทศ.....	107
4.	วิเคราะห์มาตรการในการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงานตามกฎหมายประกันสังคม.....	112
4.1	วิเคราะห์ปัญหาการจ่ายเงินสมทบ.....	113
4.2	วิเคราะห์ปัญหาการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วย.....	115
4.2.1	ปัญหากรณีเจ็บป่วยทั่วไป.....	116
4.2.2	ปัญหากรณีทันตกรรม.....	117
4.2.3	ปัญหากรณีบำบัดทดแทนไต.....	118
4.2.4	ปัญหากรณีการให้บริการจากโรงพยาบาล.....	125
4.2.5	ปัญหากรณีโรคและบริการที่ไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์.....	126
4.2.6	ปัญหาสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนตามมาตรา 40.....	128
5.	บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	130
5.1	บทสรุป	130
5.2	ข้อเสนอแนะ	134
	บรรณานุกรม.....	140
	ประวัติผู้เขียน.....	147

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 ตารางอัตราเงินสมทบ	43
3.2 ตารางประเภทเงินทดแทน (ประโยชน์ทดแทนในรูปเงินสด)	44
3.3 ตารางเปรียบเทียบอัตราค่าส่งเงินสมทบ	51
3.4 ตารางกำหนดวงเงินในการรักษา	56
3.5 ตารางที่ เปรียบเทียบขอบข่ายการคุ้มครอง (Coverage).....	108
3.6 ตารางเปรียบเทียบเงื่อนไขการเกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบ อันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน.....	109
3.7 เปรียบเทียบการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่ เกิดจากการทำงาน.....	109
3.8 ตารางเปรียบเทียบการบำบัดทดแทนไตของต่างประเทศกับประเทศไทย.....	111
4.1 ตารางเปรียบเทียบการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรมในระบบประกัน สังคมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	119
4.2 ตารางแสดงสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....	121
4.3 ตารางแสดงสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาโดยการปลูกถ่ายไตระหว่างระบบ ประกันสังคมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	124
4.4 ตารางแสดงสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลหลังผ่าตัด (ถ่ายากดภูมิคุ้มกัน).....	124

หัวข้อวิทยานิพนธ์	เกณฑ์การกำหนดความคุ้มครองเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์
ชื่อผู้เขียน	กรณีเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานตามกฎหมายประกันสังคม อนุวัตร เข้มสงวนศักดิ์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ ศรีธรรมรักษ์
สาขาวิชา	นิติศาสตร์
ปีการศึกษา	2554

บทคัดย่อ

ระบบประกันสังคม เป็นเรื่องที่รัฐบาลของประเทศต่างๆ ให้ความสำคัญ อารยะประเทศส่วนใหญ่ในระบบประกันสังคมไปใช้ ให้ความสำคัญคุ้มครองความเสี่ยง ให้หลักประกันชีวิตแก่ประชาชนของตนตั้งแต่เกิดจนตาย ระบบประกันสังคม เป็นระบบของการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุขซึ่งกันและกันระหว่างมวลสมาชิก ซึ่งโดยทั่วไปรัฐบาลของทุกประเทศจะให้ความสำคัญแก่บุคคลที่ทำงานมีรายได้และอยู่ในระบบแรงงาน ก่อนขยายความคุ้มครองไปสู่ผู้ที่มีรายได้นอกระบบการจ้างงานปกติ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่าแรงงานนอกระบบ ทั้งนี้ความสำเร็จประการหนึ่งของการประกันสังคมก็คือเป้าหมายหลักที่ จะทำให้การประกันสังคมสามารถ ครอบคลุมทุกตัวบุคคล (Universal Coverage) ของประชาชนในชาติ

เกณฑ์การกำหนดความคุ้มครองเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ เป็นการกำหนดให้ผู้ประกันตนใช้สิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยสำนักงานประกันสังคม จะเป็นผู้กำหนดจำนวนเงินเหมาจ่ายที่จะต้องจ่ายให้กับสถานพยาบาลหรือ โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานประกันสังคม และเป็นโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนต้องขึ้นทะเบียนเพื่อกำหนดในบัตรรับรองสิทธิ โดยจะกำหนดให้จ่ายเป็นรายหัวหรือเท่ากับจำนวนที่มีผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนไว้

จากการศึกษาถึงปัญหา เกณฑ์การกำหนดความคุ้มครองเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ ค่ารักษาพยาบาลของกฎหมายประกันสังคมมีปัญหาจากการที่ในการใช้สิทธิในการดูแลสุขภาพของผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมมีข้อจำกัดในการใช้สิทธิอยู่มากมาย ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดสถานพยาบาลที่สามารถเข้ารับการรักษา การกำหนดค่าใช้จ่ายที่มีลักษณะเหมาจ่ายเป็นรายปี การจำกัดเขตแดนในการรักษา การกำหนดขั้นตอนการบำบัดทดแทนไตที่ไม่เป็นธรรม ทำให้ผู้ประกันตนไม่สามารถใช้สิทธิอันเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ ดังนั้น จึงต้องมีกฎหมาย หรือ ระเบียบข้อบังคับ กำหนดค่ารักษาพยาบาล ซึ่งปัจจุบันกฎหมายประกันสังคม กำหนดให้ค่ารักษาพยาบาลเป็นแบบเหมาจ่าย และควรเปลี่ยนเป็นแบบจ่ายตามใบเสร็จ ดังเช่น

ประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและเป็นธรรมสำหรับผู้ประกันตนอย่างแท้จริง

ผู้เขียนมีข้อ เสนอแนะให้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายประกันสังคมในเรื่องของ กำหนดค่ารักษาพยาบาล ซึ่งปัจจุบันกฎหมายประกันสังคมกำหนดให้ค่ารักษาพยาบาลเป็นแบบเหมาจ่าย และควรเปลี่ยนเป็นแบบจ่ายตามใบเสร็จ เช่นเดียวกับแนวปฏิบัติของ ประเทศญี่ปุ่นและ ประเทศฟิลิปปินส์ โดยการแก้ไขเพิ่มเติม ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ ควรให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เองและสามารถเข้ารับ การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานประกันสังคม ได้ทุกแห่ง โดยการแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐาน สถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนและแก้ไขเพิ่มเติมกฎกระทรวง กำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม เพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบ อันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเป็น ธรรมสำหรับผู้ประกันตนมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อันนำมาซึ่งความเป็นธรรมที่จะเกิดขึ้นใน สังคมและเป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายประกันสังคมที่ต้องการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขระหว่าง ผู้ประกันตนด้วยกัน และก่อให้เกิดการพัฒนากฎหมายประกันสังคมของประเทศไทยให้มีความ ทัดเทียมอารยประเทศต่อไป

Thesis Title Regulations To Protection The Medicals Services In Case of Out of
Working Illness Along With The Social Security Law

Author Anuwat Yaemsanguasak

Thesis Advisor Professor Dr. Thira Srithamaraks

Department Law

Academic Year 2011

ABSTRACT

Social security system is important to all governments; most civilized countries use it as protection and security for its citizens from birth to death. Social security system is a system that tries to average costs and benefits among its members. In general, governments will focus on income-earning persons in the labor market before expanding social protection to persons who work outside the official employment system or informal workers. The highest goal of social security system is to provide universal coverage for all its citizens.

Regulations on medical service coverage stipulate that the insured are entitled to medical treatment whose expenses are paid to the hospitals or medical centers participating in the social security project in lump sum as prescribed by the Social Security Office. The insured must register themselves with the hospitals whose names will appear on the insured's social security card. The sum paid to the hospitals shall be per head or equivalent to the number of the insured registered.

Studies on the criteria of medical coverage and expenses show that problems arise from the limitations on the rights of the insured; for example, the insured can only go to certain hospitals, the medical expenses is limited to annual lump sum, the limitation of medical treatment and unfair renal replacement therapy. These issues make the insured unable to fully exercise their rights. Therefore, the lump sum payment for medical expenses stipulated in the social security law should be changed to actual payment according to medical receipts as done in Japan and the Philippines.

The author has proposed recommendations that social security law should be reviewed with respect to determination of medical expenses, that is, to be changed from lump

sum basis to actual expenses basis as implemented in Japan and the Philippines. The possible approach may be done by amending the Announcement of the Social Security Office regarding determination of compensation for medical expenses, allowing the insured persons to choose medical facilities by their own choice and to be able to seek for medical services from any medical facilities joined in the project with Social Security Office by amending the Announcement of the Social Security Office regarding determining standard of medical facilities to provide services to the insured persons and also amending the Ministerial Rule related to determining contributions rate to social security fund for compensation in case of injury or illness, childbirth, disability and death. These are intended to establish better appropriateness and fairness and to optimize benefit for the insured persons either those insured persons with lower income or those in need of exercising the right under social security law to create fairness in the society and to pursue the goal of social security law aiming at redistributing the wealth between the insured persons and to bring about development in social security law in Thailand to meet international standard.

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ต้องพึ่งพาแรงงานในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ เมื่อแรงงานมีส่วนสำคัญในการพัฒนาประเทศ จึงเกิดแนวคิดให้มีหลักประกันใน ความเจ็บป่วยของแรงงาน แนวคิดเรื่องประกันสังคมเป็นแนวคิดหนึ่งที่เป็นหลักประกันความเจ็บป่วยให้แก่แรงงานได้

การประกันสังคม (social insurance) คือการสร้างหลักประกันให้แก่ลูกจ้างผู้ประกันตน ในการดำรงชีวิต เปรียบเสมือนเป็นการบรรเทาความเดือดร้อน เมื่อต้อง เจ็บป่วย ตาย ทูพพลภาพ หรือว่างงาน โดยไม่ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากภาค รัฐ เพราะรัฐบาลเองมีขีดจำกัดในเรื่อง งบประมาณ ดังนั้นการบรรเทาความเดือดร้อนที่ดีที่สุดคือ การให้สมาชิกในสังคม ร่วมมือกับรัฐ ในการสร้างหลักประกันให้แก่สังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ โดยการยอมเสียสละเงินจำนวนเล็กน้อย ในขณะที่ยังสามารถทำงานได้ นำมารวมไว้เป็นเงินกอง ทุน โดยมอบให้รัฐเป็นผู้จัดการดูแลเพื่อนำมาใช้จ่ายบรรเทาความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น อันเนื่องจากการเจ็บป่วย ทูพพลภาพ ชราภาพ ตาย ว่างงาน หรือคลอดบุตรให้หมดสิ้นไป อันเป็นวิธีการเฉลี่ยความรับผิดชอบต่อสังคมและหมู่คณะ อันเป็นการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม ในรูปขอ การประกันสังคม¹ ประกันสังคมจึงเป็น หลักประกันว่าลูกจ้างจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องประสบปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายจากการ รักษาพยาบาล เมื่อเกิดระบบประกันสังคมที่สมบูรณ์แบบแล้ว ลูกจ้างย่อมมีกำลังใจในการทำงาน มากขึ้น ทำให้นายจ้างและสถานประกอบการได้ประโยชน์ จาก ผลผลิตและกำไรที่มากขึ้นตามมา ด้วย ทั้งมีผลทำให้สังคมโดยรวมมีความมั่นคง เศรษฐกิจของประเทศเติบโตขึ้น

หลักการของการประกันสังคม หรือกฎหมายประกันสังคมที่ออกมาใช้บังคับอย่าง ถูกต้อง สอดคล้อง เหมาะสม และประสบความสำเร็จได้นั้น จึงอยู่ที่การให้ประชาชนที่อยู่ใต้ง คม ในประเทศนั้นร่วมกันเสียภัย ร่วมกันออกเงินสมทบ เมื่อสมาชิกในกองทุนเกิดเคราะห์กรรมขึ้น ก็ สามารถได้รับความช่วยเหลือจากกองทุน ซึ่งถือเป็นหลักการที่จะให้ประชาชนแต่ละคนมีส่วนร่วม ในการช่วยเหลือตนเองและครอบครัว โดยตั้งอยู่บนหลักการสำคัญ 5 ประการคือ

¹ สุชาติริ วรวงศ์. (2533, มีนาคม). “การประกันสังคม.” วารสารกฎหมายคณะนิติศาสตร์ (จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย), 13. หน้า 88-97.

- 1) หลักการบังคับและสมัครใจ
- 2) หลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข
- 3) หลักสามฝ่ายร่วมรับภาระ
- 4) หลักจ่ายตามความสามารถได้ตามความจำเป็น
- 5) หลักมาตรฐานขั้นต่ำ²

1) หลักการบังคับ และสมัครใจ โดยให้ลูกจ้างทั้งหมดเข้ามาอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมาย มีการยกเว้นน้อยที่สุด เพื่อให้มีพื้นฐานการดำเนินงานที่กว้างขวางเพียงพอ

2) หลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ลูกจ้างที่มีฐานะดี รายได้สูง มีสุขภาพดี ความเสี่ยงภัยจากอันตรายต่างๆ น้อย แม้ว่าจะได้รับประโยชน์จากการประกันสังคมน้อยก็ต้องอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายประกันสังคม เพื่อเฉลี่ยสุข ให้แก่ลูกจ้างที่ยากจนและที่มีรายได้ต่ำ มีปัญหาสุขภาพอนามัย ความเสี่ยงภัยจากอันตรายที่สูงกว่า

3) หลักสามฝ่ายร่วมรับภาระ นอกจากลูกจ้างต้องจ่ายเงินสมทบแล้วนายจ้างและรัฐบาลควรมีส่วนร่วมรับภาระด้วย เพราะเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการทำงานของลูกจ้าง

4) หลักจ่ายตามความสามารถได้ตามความจำเป็น เป็นหลักการคำนวณเงินสมทบที่ให้อัตราจ่ายให้ลูกจ้างเป็นเกณฑ์ ผู้ที่มีรายได้สูงจะจ่ายมากกว่าผู้ที่รายได้ต่ำ แต่ประโยชน์ที่จะได้รับเท่าเทียมกันและได้เมื่อมีความจำเป็นเท่ากัน เช่น ได้รับเมื่อเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ เป็นต้น

5) หลักมาตรฐานขั้นต่ำ ประโยชน์ที่ได้รับจากการประกันสังคมต้องถือว่าเป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่ลูกจ้างควรได้รับ กิจกรรมที่อยู่นอกบังคับของกฎหมายประกันสังคมได้ต้องมีมาตรฐานที่สูงกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายนี้เท่านั้น³

กฎหมายประกันสังคมเป็นกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมที่มีหลักการสำคัญเพื่อมุ่งสร้างหลักประกันให้แก่ลูกจ้างและบุคคลอื่นๆ โดยจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ลูกจ้างและบุคคลอื่นที่ เป็นผู้ประกันตน ตาม กฎหมาย ประกันสังคม พ .ศ. 2533 กำหนดให้มีการจ่ายประโยชน์ทดแทนทั้งหมด 7 ประเภทด้วยกัน ได้แก่

- 1) ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
- 2) ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร
- 3) ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ
- 4) ประโยชน์ทดแทนกรณีตาย

² ชีระ ศรีธรรมรักษ์ และคณะ. (2536). ผลกระทบของกฎหมายประกันสังคมที่มีต่อลูกจ้างผู้ประกันตน (รายงานการวิจัย). หน้า 5.

³ แหล่งเดิม. หน้า 7-8.

5) ประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร

6) ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

7) ประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน

ตามกฎหมายประกันสังคมได้กำหนดเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยดังนี้ ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ต่อเมื่อภายในระยะเวลาสิบห้าเดือนก่อนรับบริการทางการแพทย์ ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสามเดือน (ตามมาตรา 62) ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ได้แก่ ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าบำบัดทางการแพทย์ ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ ค่ารถพยาบาล หรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย ค่าบริการอื่นที่จำเป็น ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ (ตามมาตรา 63)

ผู้ประกันตนที่ต้องหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาลตามคำสั่งของแพทย์ให้ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในมาตรา 64 ด้วย

ปัญหาที่พบคือหลักเกณฑ์และอัตราในการจ่ายเงินทดแทนการเจ็บป่วยที่มีได้เกิดจากการทำงานเป็นอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกำหนดซึ่งไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริง เช่น โรคไตที่ต้องมีการบำบัดทดแทนไตได้แก่ 1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอยู่ ารถาวร 3. การปลูกถ่ายไต ซึ่งอยู่ในส่วนหนึ่งของประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานเป็นสิทธิที่ผู้ประกันตนจะได้รับจากประกันสังคมแต่สิทธิในการบำบัดทดแทนไตมิได้เป็นแบบอัตโนมัติเหมือนโรคอื่นๆ ผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตต่อเมื่อเข้าหลักเกณฑ์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีบำบัดทดแทนไต ฉบับวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547 ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขและอัตราารบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดไต ข้อ 4 ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีการบำบัดทดแทนไตจะต้องยื่นคำขอรับการบำบัดทดแทนไตต่อสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิ

กรณีทันตกรรม (ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และใส่ฟันเทียม) ผู้ประกันตนมีสิทธิเข้ารับการรักษาหรือบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลใดก็ได้ในกรณี ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน โดยสำรองเงินจ่ายไปก่อนและนำ หลักฐานมาขอเบิกเงินคืนได้ในอัตราไม่เกิน 300 บาท ต่อครั้ง ปี

ละไม่เกิน 600 บาท และมีสิทธิใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ 1-5 ซี่ ในวงเงินไม่เกิน 1,400 บาท ตั้งแต่ 6 ซี่ขึ้นไปเบิกได้ไม่เกิน 1,600 บาท ภายในระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่วันที่ใส่ฟันเทียม เป็นต้น

จากบทบัญญัติดังกล่าวปัญหาที่เกิดขึ้นคือ

1. หลักเกณฑ์ และอัตรา ในการจ่ายค่าทดแทนเป็นอำนาจของคณะกรรมการทางการแพทย์เป็นผู้กำหนด โดยกำหนดในแต่และกรณีเป็นอัตราเหมาจ่ายอัตราดังกล่าวเป็นอัตราที่น้อยเกินความเป็นจริงจึงเกิดส่วนต่างที่ผู้ประกันตนจะต้องเป็นผู้รับภาระต่อไป

2. ในกรณีของการบำบัดไต เกิดความยุ่งยากในเรื่องของขั้นตอนการยื่นขอรับการบำบัดไต

3. สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีปลูกถ่ายไตให้แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมเท่านั้น ปัญหาในข้อนี้ทำให้เกิดปัญหาเป็นการจำกัดสิทธิของผู้ประกันตนที่พยายามจะมีชีวิตอยู่ เนื่องจากหากผู้ประกันตนสามารถติดต่อโรงพยาบาลอื่นที่มีผู้บริจาคไตไว้แล้ว ผู้ประกันตนก็ไม่สามารถเข้าทำการปลูกถ่ายไต ณ โรงพยาบาลอื่นได้

4. สิทธิในการได้รับ ได้รับบริการหลักจากมีการปลูกถ่ายไต เช่นยากควบคุมภูมิคุ้มกัน การตรวจปัสสาวะ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายต่อเมื่อได้ปลูกถ่ายไต ณ สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมเท่านั้น

5. สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในอัตราไม่เกิน 1,500 บาท ต่อครั้ง และไม่เกิน 4,500 บาท ต่อสัปดาห์ ค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตนเป็นต้น

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการประกันสุขภาพตามกฎหมายประกันสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วย การกำหนดหลักเกณฑ์การเข้ารับการรักษาและอัตราในการจ่ายเงินทดแทนกรณีเจ็บป่วยอันมิได้เกิดจากการทำงานยังคงมีปัญหาอีกมาก ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในปัจจุบัน ทำให้ผู้ประกันตนไม่ได้รับ การรักษาที่ดีและเพียงพอ นำ ไปสู่ความไม่เท่าเทียมกันในสังคมขัดต่อรัฐธรรมนูญที่กำหนดให้ให้ทุกคนมีเสรีภาพเท่าเทียมกันในเรื่องของความชอบธรรมอันจะได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานของพลเมืองตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาถึงความเป็นมาและวิวัฒนาการ หลักการ แนวคิด ทฤษฎี ความหมายของการประกันสังคม

1.2.2 เพื่อศึกษาถึงปัญหา การกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ตามกฎหมายประกันสังคมต่างประเทศเปรียบเทียบกับกฎหมายประกันสังคมไทย

1.2.3 เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

1.2.4 เพื่อเสนอแนะแนวทางในการ ปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย ประกันสังคม ในส่วนที่เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในการจ่ายประโยชน์ทดแทน ในคำรักษาพยาบาลที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันให้เหมาะสมและเป็นธรรม เพื่อสอดคล้องกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป

1.3 สมมติฐานของการศึกษา

การใช้สิทธิในการดูแลสุขภาพของผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมมีข้อจำกัดในการใช้สิทธิอยู่มากมายไม่ว่าจะเป็นการกำหนดสถานพยาบาลที่สามารถเข้ารับการรักษา การกำหนดค่าใช้จ่ายที่มีลักษณะเหมาะสมจ่ายเป็นรายปี หรือรายกรณีโรค ที่ต้องรักษาโดยแพทย์ผู้ชำนาญพิเศษ การกำหนดหลักเกณฑ์เงื่อนไขต่างๆ ในการเข้ารับการรักษา ทำให้ผู้ประกันตนไม่สามารถใช้สิทธิอันเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้ อย่างเต็มที่ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมาย เช่น ไม่ได้รับการรักษาที่ดีและเพียงพอ ไม่ได้ได้รับความสะดวก ทั้งที่การเข้าเป็นผู้ประกันตนเป็นตามที่กฎหมายบังคับ อันเป็นการจำกัดสิทธิเสรีภาพในการที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเป็นธรรม โดยผู้ประกันตนก็ไม่ได้อยู่ในฐานะที่ได้รับ การรักษาแบบให้เปล่าหากแต่ผู้ประกันตนเป็นผู้ที่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเพื่อให้ตนมีสิทธิในการที่จะได้เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นประจำทุกเดือน ดังนั้น จึงจำเป็นต้อง แก้ไขปรับปรุงกฎหมายประกันสังคม ระเบียบข้อบังคับ การ กำหนดค่ารักษาพยาบาล โดยเปลี่ยนจากรักษาพยาบาล แบบเหมาจ่าย เป็นแบบจ่ายตามใบเสร็จดังเช่นประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและเป็นธรรมสำหรับผู้ประกันตน

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ได้ทำการศึกษาปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวกับสิทธิในการประกัน สังคม โดยมุ่งเน้นถึงการคุ้มครองสิทธิในฐานะที่เป็นผู้ป ระกันตนตามกฎหมายประกันสังคม อันจะพึงได้รับสิทธิในส่วนที่เกี่ยวกับการประกันตนตามที่กฎหมายบังคับอยู่ในปัจจุบันซึ่งได้แก่ รัฐธรรมนูญ

แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ประกาศ คณะกรรมการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พระราชบัญญัติประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยขอขอบเขตของการศึกษาเริ่มจากศึกษาสภาพปัญหา สาธารณะ คัญในสิทธิของ ผู้ประกันตนในส่วนที่เกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนในค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม สิทธิที่จะพึงได้รับการเป็นผู้ประกันตน ตามกฎหมายประกันสังคมในส่วนที่เกี่ยวกับประโยชน์ ทดแทนในค่ารักษาพยาบาลมีอยู่ไม่น้อยเพียงใด และมีบทกฎหมายที่เกี่ยวข้องอยู่เพียงใด โดย ศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศ ตลอดจนศึกษาและค้นคว้ามาตรการทางกฎหมาย มาใช้เป็นแนวทางสำหรับการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการประกันสุขภาพของ ผู้ประกันตนในส่วนที่เกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนในค่ารักษาพยาบาล เพื่อที่จะทำให้ผู้ประกัน ตนได้รับสิทธิอย่างเต็มที่ ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในสถานการณ์ปัจจุบัน

1.5 วิธีดำเนินการศึกษา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นการศึกษาข้อมูลโดยวิจัย เอกสาร (Documentary Research) กล่าวคือ เป็นการใช่วิธีการศึกษาโดยการค้นคว้าและวิเคราะห์ข้อมูลจากหนังสือ บทความ และเอกสารต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์ในเชิงคุณภาพเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการประกันสุขภาพ เช่น พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์บรรพ 3 เอกเทศสัญญา ลักษณะ 20 ประกันภัย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 อนุสัญญาองค์การ แรงงานระหว่างประเทศ บทบัญญัติของกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ กระทรวง รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ อนุสัญญา คำพิพากษาฎีกา เอกสารคำสอน เอกสารการ ประชุมสัมมนา ข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ อินเทอร์เน็ต รวมทั้งข้อเสนอแนะของบุคคลและ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทำให้ทราบถึงความเป็นมาและวิวัฒนาการ หลักการ แนวคิด ทฤษฎี ความหมายของการ ประกันสังคม

1.6.2 ทำให้ทราบถึงปัญหาการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงานตามกฎหมายประกันสังคมต่างประเทศเปรียบเทียบกับกฎหมาย ประกันสังคมไทย

1.6.3 ทำให้ทราบถึงปัญหาการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

1.6.4 ทำให้ทราบถึงแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายประกันสังคม ในส่วนที่เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในการจ่ายประโยชน์ทดแทนในค่ารักษาพยาบาลที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันให้เหมาะสมและเป็นธรรม เพื่อสอดคล้องกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป



บทที่ 2

แนวคิด ความเป็นมาและความหมายของการประกันสังคม

สังคมไทยในปัจจุบัน เปลี่ยนแปลงจากภาคเกษตรกรรมในครัวเรือนไปสู่ภาคอุตสาหกรรมในการผลิตเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ตามลัทธิทุนนิยม ในภาคการผลิตนั้นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดคือแรงงาน หากประเทศใดมีแรงงานที่มีฝีมือและราคาถูกเป็นจำนวนมาก ประเทศนั้นก็จะมี การเข้ามาลงทุนของนักลงทุนมากตามไปด้วย ส่งผลให้ประเทศนั้นสามารถพัฒนาประเทศได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นรัฐจึงจำเป็นต้องเข้ามาบีบบทบาทในความมั่นคงของแรงงานเพื่อเป็นการรับรองว่าจะมีการเข้ามาลงทุนในประเทศของตนตลอดไป โดยมี การจัดให้มีสวัสดิการอันทำให้คุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของลูกจ้างดีขึ้น และมีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ ระบบประกันสังคมจึงเป็นเครื่องมือของรัฐที่จะทำให้ประชากรในประเทศมีความสุข และมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นต่อไป

2.1 แนวคิดของการประกันสังคม

แม้ว่าแนวความคิดเกี่ยวกับระบบประกันสังคมจะเกิดขึ้นมาเป็นเวลานานแล้ว แต่สำหรับสังคมไทยที่จะนำเอาระบบประกันสังคมมาใช้เมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา ระบบประกันสังคมของไทยเหมือนกับเริ่มทดลองทำ บางสิ่งบางอย่างอาจยังไม่เข้าที่เข้าทาง และยังไม่จูงใจให้ประชาชนทั่วไปเข้ามาเป็นสมาชิกของระบบประกันสังคม จึง เห็นได้ว่าคนไทยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจ และยังไม่รู้จักระบบประกันสังคมที่ดีพอ แม้แต่ตัวระบบประกันสังคมเองในบางครั้งสิทธิต่างๆ ยังไม่ครอบคลุมตามหลักการของประกันสังคม นอกจากนี้ ลูกจ้างและคนส่วนใหญ่ในสังคมยังไม่เข้าใจว่าระบบประกันสังคมคืออะไร มีขอบเขตการบังคับใช้อยู่อย่างไร การที่จะนำระบบประกันสังคมมาใช้จะใช้เมื่อใด ผู้ที่เกี่ยวข้องมีใครบ้าง แล้วจะมีสิทธิตามมาอย่างไร สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่างเกิดขึ้นมาจากความไม่เข้าใจว่า แท้ที่จริงแล้วระบบประกันสังคมนั้นมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศไทยได้อย่างไร ดังนั้น ผู้เขียนจึงเห็นว่าควรมีการศึกษาเพื่อให้เข้าใจถึงระบบประกันสังคมว่ามี แนวคิดความเป็นมาและความหมายอย่างไร ดังต่อไปนี้

หลักการสำคัญของการประกันสังคม อันเป็นหลักสากล หรือเป็นหลักที่ถือปฏิบัติกันโดยทั่วไปใน นานาอารยประเทศ มีหลักการที่สำคัญดังนี้ คือ

1) หลักแห่งความคุ้มครอง (Coverage)

ในการให้ความคุ้มครองประชาชน ป ระชาชนที่จะ ได้รับการคุ้มครอง คือ ผู้ประกันตน หรือสมาชิกของ โครงการ ซึ่งครอบคลุมผู้ ประกอบอาชีพทุกสาขา ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า บุคคลที่จะอยู่ภายใต้การคุ้มครองของการประกันสังคมนั้น มีอยู่ 3 ประเภท ดังนี้

- (1) ผู้ทำงานจ้างหรือลูกจ้าง (Employed Person) ได้แก่ บุคคลซึ่งตกลงทำงาน ให้แก่ผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง (Employer) เพื่อรับค่าจ้าง
- (2) ผู้ทำงานส่วนตัว (Self-employed Person) ได้แก่ บุคคลซึ่งทำงาน ในกิจการอัน เป็นอิสระแก่ตนเอง โดยไม่ได้ทำงานจ้างกับผู้ว่าจ้างโดยเฉพาะ
- (3) ผู้ไม่ได้ทำงาน (Non-employed Person) ได้แก่ บุคคลซึ่งไม่ได้เป็นผู้ทำงานจ้าง และผู้ทำงานส่วนตัว¹

สำหรับบุคคล ใน (1) ต้องดำเนินการประกันสังคม โดยอาศัยโครงการ ประกันสังคมแบบบังคับ (Compulsory Scheme of Social Insurance) ซึ่งจะบังเกิดผลดีแก่โครงการ เพราะโดยปกติอันเป็นสามัญสำนึกของบุคคลทั่วไป ย่อมทราบและเข้าใจดีว่า มนุษย์ทุกคนที่เกิดมา ต้องแก่ ต้องเจ็บ ต้องตาย และต้องเสี่ยงภัยพิบัติ (Risks) นานาประการที่จะกระทำให้ ตนเองต้อง ได้รับความเดือดร้อนทุกข์ยาก หรือขาดเงินรายได้อันเป็นหลักประกันในการดำรงชีวิตลงเมื่อใดก็ได้ แต่ทุกคนก็ไม่ค่อยจะเห็นคุณค่าของการมีหลักประกันอันมั่นคงในก ารดำรงชีวิตด้วยการจ่าย ประโยชน์ทดแทนให้ความช่วยเหลือในเคราะห์กรรมหรือภัยพิบัติตามระบบประกันสังคม ครั้นเมื่อ เกิด แก่ เจ็บ ตาย และภัยพิบัติ นั้นมาถึงตนเมื่อใด เมื่อนั้น จึงจะมีความระลึกรู้ถึงคุณค่าของการมี หลักประกัน ฉะนั้น โดยอาศัยเหตุผลและความจำเป็นที่กล่าวมาแล้วทุกประการจึง ยอมรับใน หลักการที่จะให้มีการดำเนินงานประกันสังคมในแบบบังคับ²

ส่วนบุคคลในข้อ (2) และ (3) นั้น เป็นบุคคลที่แตกต่างจากบุคคลในประเภทแรก อยู่ 2 ประการ กล่าวคือ มีรายได้ไม่แน่นอน และไม่มีการจ้างหรือนายจ้างรับผิดชอบในด้าน สวัสดิการจึงไม่อาจใช้โครงการประกันสังคมแบบบังคับกับบุคคลเหล่านี้ได้ อย่างไรก็ตาม รัฐก็ไม่ สามารถปล่อยปละละเลยบุคคลทั้ง 2 ประเภทนี้ให้ผจญกับความเดือดร้อนทุกข์ยากไปโดยลำพังได้

¹ บัณฑิต บูรณบัณฑิต. (2522). “ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการประกันสังคม.” วารสารนิติศาสตร์, 9, 2. หน้า 9.

² แหล่งเดิม.

จึงกำหนดโครงการประกันสังคมแบบสมัครใจ (Voluntary Scheme of Social Insurance) เพื่อให้ประชาชนชนมีสิทธิได้เข้าร่วมในโครงการประกันสังคมโดยทั่วหน้ากัน³

ดังนั้น ในเรื่องของการคุ้มครอง โดยหลักการที่จะคุ้มครองบุคคลที่มีรายได้พอเลี้ยงตัวและครอบครัวอยู่แล้ว ไม่ให้แปรสภาพกลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ เมื่อต้องประสบกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง พิการ ชราภาพ หรือว่างงาน อันเป็นเหตุให้ต้องเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น หรือขาดรายได้ประจำลงอย่างกระทันหัน

2) หลักแห่งการกำหนดอัตราเงินสมทบ (Contribution)

หัวใจสำคัญของการดำเนินงานประกันสังคมอยู่ที่ “เงิน” และการที่จะได้เงินมาดำเนินการนั้น มีอยู่ทางเดียวเท่านั้นที่สำคัญที่สุด คือ เงินสมทบ ซึ่งจะต้องร่วมกันออกระหว่างลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล ในอัตราที่ไม่กระทำใฝ่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งต้องกระทบกระเทือน หรือเป็นภาระมากนัก ฉะนั้น การกำหนดอัตราเงินสมทบ จึงจำเป็นที่จะต้องกำหนดให้เหมาะสมรัดกุม โดยมีขั้นตอน การบังคับ และบทลงโทษที่แน่นอนกำกับไว้ด้วย ส่วนโครงการประกันสังคมแบบสมัครใจ ซึ่งมีผู้จ่ายเงินสมทบเฉพาะ ฝ่ายผู้ทำงานส่วนตัว หรือผู้ไม่ได้ทำงานร่วมกับรัฐบาล ก็ ต้องมีเงื่อนไขกำหนดเพิ่มขึ้นจากขั้นตอน การบังคับ และบทลงโทษ จากโครงการประกันสังคมแบบบังคับด้วย⁴

3) หลักแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทน (In Cash)

บุคคลทุกคนที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกของการประกันสังคม เรียกว่าผู้ประกันตน (Insured Person) ย่อมมีสิทธิในอันที่จะได้รับประโยชน์ ทดแทนจากเงินสมทบที่ทางราชการสะสมไว้เป็นกองทุนประกันสังคม (Social Insurance Fund) ซึ่งแบ่งลักษณะการจ่ายออกเป็น 3 ประการด้วยกันคือ⁵

(1) เป็นเงิน (In Cash) ได้แก่ เงินชดเชยค่าจ้าง ในระหว่างหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาล การคลอดบุตร การว่างงาน และอื่นๆ เงินบำนาญเพื่อการพิการหรือทุพพลภาพ การชราภาพ และบำนาญตกทอดแก่คู่สมรส บุตร หรือผู้อยู่ในอุปการะ เงินทดแทนการตายเพื่อเป็นค่าจัดการศพ และเงินทดแทนครอบครัวใหญ่ที่มีผู้อยู่ในอุปการะมาก⁶

³ แหล่งเดิม.

⁴ แหล่งเดิม. หน้า 10.

⁵ แหล่งเดิม.

⁶ แหล่งเดิม.

(2) เป็นสิ่งของ (In Kinds) ได้แก่ ยาและเวชภัณฑ์ สิ่งของเครื่องใช้ สำหรับทารก แขนขาเทียม เครื่องพุงกาย เครื่องมือเครื่องใช้ในการประกอบอาชีพ และสิ่งของอื่นๆ อันเป็นสิ่งจำเป็นแก่การดำรงชีวิต⁷

(3) เป็นบริการ (Services) ได้แก่ บริการทางการแพทย์ บริการสังคมสงเคราะห์และบริการอื่นๆ อันจำเป็นแก่การดำรงชีวิต

ประโยชน์ทดแทนทั้งสามประการนี้ อาจให้อย่างหนึ่งอย่างใด หรือทั้งสองอย่าง หรือทั้งสามอย่างเลยก็ได้ สุดแต่การจำเป็นของการประกันในแต่ละประเภท ซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 7 ประเภทด้วยกัน คือ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน หรือนอกงาน กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ กรณีว่างงาน⁸

นอกจากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นถึงแนวคิดของการประกันสังคม การประกันสังคมยังมีแนวคิดทางทฤษฎีที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่จะต้องมีการศึกษานั้นคือ พื้นฐานของระบบความมั่นคงทางสังคม

คำว่า ความมั่นคงทางสังคม (Social Security) ได้นำมาใช้เป็นครั้งแรกในกฎหมายความมั่นคงทางสังคม (Social Security Act) ของ ประเทศ สหรัฐอเมริกาในปี ค .ศ. 1935 ต่อมาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) นำมาใช้ในความหมายของมาตรการทางกฎหมายและสังคมเพื่อรักษาและคุ้มครองรายได้ของบุคคล ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างเสริมสวัสดิการทางสังคมภายใต้อนุสัญญาฉบับที่ 102 ว่าด้วยมาตรฐานขั้นต่ำของความมั่นคงทางสังคม ILO Social Security Convention 1952 (No. 102) ดังนี้

ความมั่นคงทางสังคม (Social Security) คือ⁹ “ความคุ้มครองที่สังคมจัดสรรแก่สมาชิกผ่านมาตรการสาธารณะเพื่อต่อต้านปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุของการหยุดหรือลดลงของรายได้อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย การคลอดบุตร การได้รับอันตรายจากการทำงาน การว่างงาน การทุพพลภาพ ชราภาพและการตาย การจัดบริการทางการแพทย์ และการจัดสรรเงินอุดหนุนแก่ครอบครัวที่มีเด็กอยู่ในอุปการะ”¹⁰

⁷ แหล่งเดิม.

⁸ แหล่งเดิม. หน้า 11.

⁹ ปารีชาติ ศรีประเสริฐ. (2541). การให้ความคุ้มครองในระบบประกันสังคม: ศึกษาเปรียบเทียบโครงการประกันสังคมของประเทศไทยและฟิลิปปินส์. หน้า 11.

¹⁰ แหล่งเดิม.

ระบบความมั่นคงทางสังคมถือว่าเป็นหลักการพื้นฐานของการประกันสังคมที่ ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยมีผู้ให้ความหมายของระบบ ความมั่นคงทางสังคมมากมาย เช่น

Sir William Beveridge¹¹ ผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นบิดาแห่งความมั่นคงทางสังคมของ ประเทศอังกฤษ ได้ให้ความหมายของคำว่าความมั่นคงทางสังคมไว้ว่า ความมั่นคงทางสังคม หมายถึง ระบบการให้หลักประกันทางรายได้ โดยจัดสรรการทดแทนรายได้เมื่อรายได้ต้องสะดุด หายุดลงจากการเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุ การเกษียณอายุ การขาดผู้อุปการะอันเนื่องมาจากการ ตายของสมาชิกในครอบครัว และการมีรายจ่ายที่ได้รับการยอมรับ เช่น รายจ่ายจากการเกิด การตาย และการสมรส โดยทั่วไปแล้วความมั่นคงทางสังคม หมายถึง หลักประกัน หรือรายได้ในระดับ ขั้นต่ำ แต่การจัดสรรรายได้จะต้องสัมพันธ์กับการช่วยเหลือที่ทำให้เกิดการสะดุดหายุดลงของรายได้ สิ้นสุดลงโดยเร็วเท่าที่จะทำได้

เบอร์เกสส์ (Burgess) และ สเตร์น¹² (Stern) เห็นว่า ความมั่นคงในสังคมในประเทศ กำลังพัฒนา มีแนวทางต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมักจะถูกพิจารณาในรูปของโครงการ สาธารณะที่เกี่ยวเนื่องกับการ สงเคราะห์ สังคม (Social Assistance) การประกันสังคม (Social Insurance) และการแบ่งปันใหม่ (Redistribution) แต่ความมั่นคงในประเทศกำลังพัฒนาไม่ เป็น เช่นนี้เสมอไปเพราะมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การสนับสนุนจากสาธารณะ การขาดแคลน ทรัพยากร ระดับการพัฒนาทางสถาบันของระบบความมั่นคงทางสังคมที่ยังต่ำ รวมถึงการขาด อำนาจการต่อรองของคนยากจน และคนที่อ่อนแอในสังคม เบอร์เกสส์ และสเตร์น จึงเน้น ให้ความหมายของความมั่นคงทางสังคมว่า “เป็นการปฏิบัติการทางสาธารณะ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน และรัฐ เพื่อที่จะขจัดและลดความเห็นแก่ตัว และสภาวะการฉ้อแอ่นของมนุษย์ โดยจะต้อง พิจารณาถึงความเป็นไปได้ระหว่างการช่วยเหลือจากรัฐ และการสนับสนุนจากรอบครัว และบทบาทของสาธารณะด้วย”

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ¹³ (ILO) ให้ความหมายของคำว่า ความมั่นคงทาง สังคม หมายถึง วิธีป้องกันซึ่ง สังคมจัดสรรให้แก่สมาชิกผ่านมาตรฐานการสาธารณะเพื่อต่อต้านกับ ความทุกข์ยากทางเศรษฐกิจและสังคม ทั้งที่มีสาเหตุจากการลดหรือการหยุดลงของรายได้ ซึ่งเป็น ผลจากการเจ็บป่วย การเป็นมารดา การเจ็บป่วยจากการทำงาน ว่างาน ชราภาพและตาย ตลอดจน

¹¹ William. Beveridge. (1924). *Social Insurance and Allied Services*. 153.

¹² นิคม จันทรวาทูกร (2537). *กฎหมายประกันสังคม แนวคิด พัฒนาการและก้าวแรกของการ ดำเนินงานในประเทศไทย*. หน้า 2.

¹³ สักดิ์ศรี บริบาลบรรพตเขตต์. (2535). *ระบบความมั่นคงทางสังคม*. หน้า 17.

การจัดบริการทางการแพทย์และการจัดสรรเงินอุดหนุนแก่ครอบครัวที่มีเด็กอยู่ในอุปการะ โดยที่องค์การแรงงานระหว่างประเทศ ได้กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อการพิจารณาการเป็นระบบความมั่นคงทางสังคมไว้ 3 ประการคือ

ก. วัตถุประสงค์ของระบบจะต้องจัดสรรความช่วยเหลือทางการเงิน เพื่อการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัย หรือเพื่อรักษารายได้ในกรณีเกิดการสูญเสียรายได้โดยไม่สมัครใจ หรือรายได้ส่วนที่สำคัญหรือให้เงินเสริมรายได้แก่บุคคลซึ่งต้องรับผิดชอบต่อครอบครัว

ข. ระบบจะต้องถูกกำหนดโดยกฎหมายในเหตุผลของการกำหนดรายละเอียด สิทธิบุคคล หรือเงื่อนไขต่างๆ

ค. ระบบจะต้องบริการ โดยองค์การของรัฐบาล กึ่งรัฐบาล หรือองค์กรอิสระ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความหมายของความมั่นคงทางสังคม คือ ระบบสวัสดิการทางสังคมระบบหนึ่งของรัฐบาล ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชนว่าจะได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ เมื่อบุคคลเหล่านั้นต้องประสบกับภาวะการสูญเสียรายได้ การมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น และการมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ อันเนื่องมาจากการเสี่ยงภัยทางสังคม ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นนอกเหนือการควบคุมและการที่จะช่วยเหลือตนเองให้พ้นจากกรณีดังกล่าวไปได้ด้วยตนเอง

มาตรการคุ้มครองความมั่นคงทางสังคม (Social Protection) เป็นมาตรการของรัฐ ภายใต้กฎหมายมีรูปแบบและวิธีการจัดสรรบริการและความคุ้มครองรายได้แก่ประชาชนที่สัมพันธ์กับระบบความมั่นคงทางสังคม คือ การประกันสังคม ประโยชน์ทดแทนที่จ่ายจากภาษีทั่วไป โครงการตามความรับผิดชอบของนายจ้าง ความช่วยเหลือทางสังคม (การสงเคราะห์) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ¹⁴

ประโยชน์ทดแทนตามระบบความมั่นคงทางสังคม ตามอนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ ฉบับที่ 102 (ILO Convention No 102) กำหนดประโยชน์ทดแทนไว้ 9 ประเภท ได้แก่

1. การรักษาพยาบาล
2. ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วย
3. ประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน
4. ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ
5. ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายจากการทำงาน
6. ประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์ครอบครัว

¹⁴ แหล่งเดิม.

7. ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

8. ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

9. ประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์ผู้อยู่ในความอุปการะ

ระบบความมั่นคงทางสังคมมีแนวคิดที่เป็นพื้นฐานทางความคิดอยู่หลายประการด้วยกัน โดยแต่ละแนวคิดต่างเป็นตัวเสริมซึ่งกันและกันอันก่อให้เกิดระบบความมั่นคงทางสังคมขึ้น ซึ่งแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วย

(ก) แนวคิดทางการเมืองและสังคม

การกำหนดหน้าที่ของรัฐตามแนวคิดที่ว่าสังคมต้องประกอบด้วยชนชั้นของบุคคล แล้วแต่ว่าจะนำปัจจัยอย่างใดมาเป็นหลักในการแบ่งชนชั้นหรือกลุ่มคนซึ่งมีหน้าที่และความรับผิดชอบต่อสังคมที่แตกต่างกันไปนี้ จึงมีนักคิดทางสังคมและการเมืองกลุ่มหนึ่งเชื่อว่า

- สังคมจะเข้มแข็งได้ต่อเมื่อชนชั้นทางสังคมมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

- การขัดแย้งทางเศรษฐกิจระหว่างชนชั้นต่างๆ ในสังคมเป็นสถานการณ์ทางการเมืองที่ร้ายแรงที่สุด ดังนั้น ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจจึงเป็นเครื่องกำหนดการรวมกลุ่มและการดำเนินการทางการเมือง

- สิ่งที่จะยึดเหนี่ยวเอกชนและรัฐไว้ได้คือ การพึ่งพาอาศัยกันในทางเศรษฐกิจ ดังนั้น หน้าที่และความรับผิดชอบของรัฐต่อประชาชนที่สำคัญคือ ความพยายามในการทำให้ชนชั้นหรือกลุ่มต่างๆ ในสังคมรวมกันคำนึงความมีระเบียบและเศรษฐกิจของสังคม

(ข) แนวคิดมนุษย์กับการเสี่ยงภัย (Risk)

การที่มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมนั้นจำเป็นที่จะต้องเผชิญกับการเสี่ยงภัยทางสังคมนานัปการ กล่าวคือ การเสี่ยงภัยที่เกิดจากธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว ไฟป่า การประกอบอาชีพ เช่น การเจ็บป่วย การประสบอันตรายเนื่องมาจากการทำงาน การเกิดปัญหาหรือข้อขัดแย้งระหว่างทำงาน หรือแม้กระทั่งการเสี่ยงภัยที่เกิดจากความบกพร่องทางสังคม เช่น การที่คนในสังคมขาดระเบียบวินัยในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ในสังคม นำมาซึ่งความไม่ปลอดภัยในชีวิตร่างกาย ทรัพย์สิน หรือสิทธิที่ตนพึงมีตามกฎหมาย การที่เกิดสงครามระหว่างประเทศขึ้นหรือการเกิดความไม่สงบภายในประเทศหรือผลที่เกิดจากการจัดการเศรษฐกิจในประเทศ สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องเผชิญและอยู่ในภาวะที่เสี่ยงภัยทั้งสิ้น นอกจากนั้น มนุษย์ยังต้องเสี่ยงภัยจากธรรมชาติของการเป็นมนุษย์ที่สำคัญนั้นคือ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ทำให้สังคมมีแนวคิดเกี่ยวกับการเสี่ยงภัยต่างๆ ของบุคคลและครอบครัว ดังนี้

- ภัยพิบัติและความไม่มั่นคงจากการเสี่ยงภัยต่างๆ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน มิใช่เรื่องของโชคชะตาหรือเวรกรรมของแต่ละบุคคล

- การเสี่ยงภัยต่างๆ มีลักษณะเป็นภัยและความไม่มั่นคงร่วมกันของกลุ่มบุคคล อาชีพ หรือชุมชนเดียวกัน

- ภัยพิบัติ ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระดับบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน ย่อมเกิดความสูญเสียและมีผลกระทบต่อความสงบสุขและความเจริญก้าวหน้าของสังคมส่วนรวมทั้งสิ้น บุคคลในสังคมจึงต้องร่วมรับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อต่อสู้กับภาวะความไม่มั่นคงของบุคคล อันเกิดจากการเสี่ยงภัยต่างๆ นั้น

(ค) แนวความคิดเรื่องของความยากจน (Poverty)

ความยากจนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการต่างๆ ทาง การแพทย์ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง นำมาสู่ความไม่เท่าเทียมกันในสังคม เป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดแนวคิดเรื่อง ประกันสังคม

แนวคิดเรื่องของความยากจนมีจุดเริ่มจากการตัดสินใจการตัดสินใจเป็นคนยากจน (The Poor) ที่รัฐพึงให้การดูแล กลุ่มคนยากจนถูกกำหนดอย่างชัดเจนเป็นครั้งแรกในกฎหมายของ ประเทศอังกฤษ ที่เรียกว่า Elizabeth Poor Law of 1598 ซึ่งแม้จะเป็นกฎหมายที่แสดงแนวคิดใน ลักษณะของการเป็นชนชั้นที่ถูกกีดกันและลงโทษกลุ่มยากจน แต่ก็ถือได้ว่าเป็นการแสดง ความรับผิดชอบของรัฐต่อการแก้ปัญหาความยากจน

ความยากจนมักจะเกิดจากสาเหตุ 4 ประการคือ

- ระบบทางสังคมไม่เอื้ออำนวยต่อการสร้างและกระจายรายได้ได้อย่างเท่าเทียมกันให้แก่ประชาชน

- การมีเหตุการณ์เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์ในระดับสังคม หรือในระดับบุคคล เช่น ภัยทางธรรมชาติ ทางเศรษฐกิจ ทางการเมือง การเจ็บป่วยและการตายของ บุคคล โดยเฉพาะผู้ที่เป็นหัวหน้าครอบครัว

- ปัญหาเฉพาะบุคคลซึ่ง กิดความล้มเหลว ความผิดพลาดเฉพาะบุคคล ทำให้ บุคคลนั้นไม่สามารถจัดหาสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตเพื่อตนและครอบครัว แม้ว่าความยากจนซึ่งมี สาเหตุมาจากความเกียจคร้านและขาดความรับผิดชอบส่วนบุคคลจะไม่ได้ได้รับความสนใจเท่ากับ สาเหตุที่เกิดจากความบกพร่องในเศรษฐกิจในสังคม แต่ในแต่ละสังคมก็ยังมีคนจำนวนหนึ่งที่มี สาเหตุจากความบกพร่องเฉพาะบุคคล ซึ่งมีใช้หมายถึงเฉพาะความบกพร่องทางกายเท่านั้น หาก หมายรวมถึงความบกพร่องจากการขาดศักยภาพที่เหมาะสม เช่น การศึกษา ทักษะ การ ฝึกอบรม และความพอใจ

- สภาพแวดล้อมทางกายภาพ อันเป็นข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถหารายได้ให้เพียงพอในการหาปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีพ แม้ว่าบุคคลจะมีความสามารถและความตั้งใจในการทำงาน

(ง) แนวความคิดในเรื่องสิทธิและความรับผิดชอบร่วมกันทางสังคม

แนวคิดของการที่บุคคลและครอบครัวต้องรับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือดูแลบุตร หลาน และบิดามารดาของตนเองตามลำพัง ได้เปลี่ยนแปลงมาเป็นการขยายความรับผิดชอบไปสู่กลุ่มคนนอกครอบครัวที่มีความสามารถมากกว่า ความเปลี่ยนแปลงนี้ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีทาง การดำรงชีวิตร่วมกันในสังคม โดยมีสิทธิและหน้าที่เป็นเครื่องกำหนดความสัมพันธ์ทางสังคม ตลอดจนการยอมรับสิทธิที่บุคคลพึงได้รับจากสังคม โดยเฉพาะสิทธิได้รับความคุ้มครองสวัสดิภาพทางสังคม จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้เกิดสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นสิทธิที่ทุกคนได้มาในฐานะที่เกิดเป็นมนุษย์

แนวคิดพื้นฐานที่เกี่ยวกับความมั่นคงทางสังคมดังกล่าว สะท้อนให้เห็นค่านิยมทางสังคม (Social Value) ที่จำเป็นต่อ การสร้างและพัฒนาระบบความมั่นคงทางสังคมในสังคม โดยเฉพาะสังคมในยุคปัจจุบันที่เป็นสังคมอุตสาหกรรมที่สำคัญ 3 ประการ คือ

- ความยากจนทางกายภาพ (Physical Poverty) เป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาและต้องขจัดให้หมด
- มนุษย์ทุกคนเกิดมาพร้อมกับสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองจากสังคม
- การยอมรับความไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจและสังคม (Economic and Social Inequality) ของบุคคลหรือกลุ่มคน ถ้าเป็นความไม่เท่าเทียมกันอย่างมีจุดมุ่งหมายและถูกต้องตามกฎหมายที่กำหนด

แนวคิดพื้นฐานที่เกี่ยวกับความมั่นคงทางสังคมจึงเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญต่อการที่บุคคลจะอยู่ร่วมกันในสังคม โดยแต่ละคนต่างก็อยู่บนพื้นฐานการดำรงชีวิตที่แตกต่างกัน การที่จะให้ทุกคนอยู่ร่วมกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่สามารถทำได้โดยง่าย จึงต้องมีการหาความร่วมมือ อากหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายที่เกี่ยวข้องโดยตรง หรือฝ่ายที่มีอำนาจ หรือแม้แต่ฝ่ายที่กำหนดหรือควบคุมกฎหมายที่ใช้บังคับกับคนในสังคม การนำแนวคิดพื้นฐานที่เกี่ยวกับความมั่นคงทางสังคมมาใช้จึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นต้องพิจารณา เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและความเป็นอยู่ของประชาชน อย่างไรก็ตามหากมองย้อนกลับไปที่จะเห็นว่าแนวความคิดดังกล่าวเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการที่จะนำมา ใช้กับการประกันสังคม เนื่องจากการประกันสังคมเป็นเรื่องของบุคคลที่ต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่ายและเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์กับบุคคลเหล่านั้นเองในอนาคต

ถ้าพิจารณาจากแนวทางการพัฒนาประเทศแล้ว จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีแนวโน้มในการขยายตัวทางภาคอุตสาหกรรมมากขึ้นเรื่อยๆ แรงงานภาคเกษตรกรรมเคลื่อนย้ายมาเป็นแรงงานในเมืองมากขึ้น เป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญที่ควรได้รับการดูแล และพัฒนาให้เป็นแรงงานที่มีคุณภาพ ภายใต้พื้นฐานที่มีสุขภาพกาย และใจที่ดี ตลอดจนมี หลักประกันที่แน่นอนในชีวิต ซึ่งผู้ใช้แรงงานอาจได้รับจากภาวะการเสี่ยงภัย ซึ่งเป็นความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นกับใครเมื่อใดก็ได้ ดังนั้น นโยบายประกันสังคมจึงเป็นวิธีการให้หลักประกันความมั่นคงทางสังคมวิธีหนึ่งแก่ผู้ใช้แรงงานและบุคคลที่เดือดร้อนว่า ในยามจำเป็นเขาจะไม่ถูกทอดทิ้ง¹⁵

ดังนั้น หลักการประกันสังคมจึงเป็นหลักการที่ถือว่าเป็นหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข หมายถึง เงินที่นายจ้าง ลูกจ้าง จ่ายไปลักษณะพิเศษ จะมาช่วยคนที่อยู่ในกลุ่ม คนที่ไม่มี ความจำเป็นอาจจะไม่ได้รับความช่วยเหลือ คนที่มีความจำเป็นเท่านั้นจึง จะได้รับความช่วยเหลือ เมื่อเราสบายดีไม่เดือดร้อนก็ แบ่งให้คนอื่นบ้าง เพื่อให้เขามีทุกข์น้อยลง โดยเป็นบริการที่จะให้ เฉพาะกลุ่มที่เป็นสมาชิกเท่านั้น เพราะเป็นภาษีพิเศษ ไม่ได้หมายความว่าเก็บจากคนกลุ่มหนึ่งเพื่อ นำไปช่วยคนอื่นอีกกลุ่มหนึ่ง และ การประกันสังคมยังมีลักษณะที่สำคัญ กล่าวคือ เป็นภาษีพิเศษ หมายถึง ภาษีหมาหยู (Ear mark Tax) เงินที่นำมาใช้ใน โครงการประกันสังคมก็คือ ภาษีนั่นเอง แต่ เป็นภาษีพิเศษดำเนินการโดยรัฐ นายจ้าง และลูกจ้างจะต้องจ่ายเงินสมทบ ซึ่งก็คือภาษีนั่นเอง แต่ เป็นภาษีพิเศษที่เจาะจงไว้¹⁶

2.2 หลักการของการประกันสังคม

จากแนวคิด ของการประกันสังคมที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการประกันสังคมมี หลักการสำคัญ ดังนี้¹⁷

1) การประกันสังคมเป็นโครงการให้ความคุ้มครองประชาชน โดยผู้ที่ได้รับความ คุ้มครองตามโครงการนี้ คือสมาชิกของการประกันสังคมหรือผู้ประกันตน โดยมุ่งคุ้มครองบุคคลที่มีรายได้อ่อนแอและครอบครัว วัยแล้ว ไม่ให้แปรสภาพกลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เมื่อประสบปัญหาเดือดร้อนต่างๆ อันเป็นเหตุต้องเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น หรือขาด รายได้ลงกระทันหัน และนอกจากนี้ยังช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาลเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการในด้านต่าง ๆ ให้แก่ประชาชนได้อีกเป็นจำ นวนมากด้วย เช่น ค่าใช้จ่ายต่างๆ ในด้าน

¹⁵ รัชยา กุลวานิชไชยนันท์. (2535). ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์. หน้า 9.

¹⁶ อ่ำพล สิงห์โกวิท. (2536). การประกันสังคมแนวทางการดำเนินงานในอนาคต. หน้า 3-5.

¹⁷ สุเทพ เชาวลิต. (2537). สวัสดิการสังคม. หน้า 227-228.

สาธารณูปการ ค่าใช้จ่ายในด้านการบริการทางการแพทย์ ได้แก่การช่วยเหลือคนชรา คนพิการ ทูพพลภาพ เด็กกำพร้า เป็นต้น

2) การประกันสังคมมีหลักการที่จะให้ประชาชนได้ช่วยตัวเองด้วยการออมและ เสียสละเพื่อ ส่วนรวม โดยเป็นโครงการที่ต้องใช้เงินจำนวนมาก เพื่อให้เพียงพอแก่การใช้จ่าย บำบัดความเดือดร้อนให้แก่ผู้ประกันตนได้อย่างทั่วถึง หากจะต้องใช้เงินงบประมาณแผ่นดิน เพื่อ ดำเนินการเพียงอย่างเดียว ย่อมยากที่จะประสบความสำเร็จ ดังนั้น จึงกำหนดให้ลูกจ้างแต่ละคน ออกเงินสมทบทุนดังกล่าวด้วยและกำหนดให้นายจ้างมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดสวัสดิการให้แก่ ลูกจ้างรวมถึงรัฐบาลด้วยซึ่งมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบในการจัดสวัสดิการให้แก่ประชาชนทุกคน ร่วม ออกเงินสมทบเข้ากองทุนอีกฝ่ายละเท่ากัน เพื่อให้กองทุนมีจำนวนเงินมากพอแก่การใช้จ่ายใน โครงการด้วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ทุกคนได้ช่วยตัวเอง และในขณะเดียวกันก็เป็นการ ช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยใช้เงินกองทุนกลางช่วยบำบัดความเดือดร้อนอันเป็นการเสียสละเพื่อ ประโยชน์สุขรวมอยู่ด้วยในตัว

3) การประกันสังคมเป็นการวางรากฐานความมั่นคงทางสังคม เป็นโครงการที่มีความ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับทุกฝ่าย ทั้งคนยากจน คนมั่งมี นายจ้าง ลูกจ้าง แต่ก็ต้องเสียสละทุนทรัพย์เข้าร่วมกองทุน จึงเป็นวิธีการที่สามารถสร้างคว ามสามัคคี ระหว่างบุคคลในสถานะต่างๆ ให้หันหน้าเข้าหากันช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

4) การประกันสังคมใช้หลักการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข เพื่อสมาชิกในสังคมได้เฉลี่ยความ เสี่ยงมิให้ความเสี่ยงต้องตกอยู่ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยสมาชิกในสังคมให้ความร่วมมือในการ สร้างหลักประกันให้แก่ตนเอง ด้วยการออกเงินสมทบเข้ากองทุนกลาง เป็นลักษณะภาษีพิ เศษ คือ กำหนดให้สมาชิกจ่ายเงินสมทบเป็นการเฉพาะ เพื่อประโยชน์ทดแทนที่จะได้รับส่วนใหญ่ กฎหมายจะบังคับให้ลูกจ้างซึ่งจะเป็นผู้รับประโยชน์ทดแทนต้องร่วมจ่ายเงินสมทบด้วย เพื่อให้มี รายได้เข้ากองทุนกลางโดยทั่วไปเรียกว่า กองทุนประกันสังคม ที่สมาชิกผู้ประกันตน สามารถ เบิกเงินมาใช้จ่ายใช้สอยในกรณีที่ต้องขาดรายได้ตามที่กำหนดไว้ได้ ซึ่งลูกจ้างที่มีฐานะดี รายได้ สูงก็ต้องอยู่ภายใต้การบังคับเพื่อเฉลี่ยสุขให้แก่ลูกจ้างที่ยากจน มีรายได้น้อย

5) ระบบประกันสังคมเกิดขึ้นบนแนวคิดเพื่อต้องการให้ประชาชนผู้ผู้ยากจนซึ่งได้รั บ ความเดือดร้อนจากการประสบเคราะห์ภัย จากการสูญเสียรายได้หรือประสบปัญหาเกี่ยวกับความ เป็นอยู่ในการดำรงชีพในครอบครัว มีโอกาสได้รับความช่วยเหลือบรรเทาความเดือดร้อน อันเป็น การสร้างหลักประกันอย่างหนึ่งให้แก่พวกเขาเหล่านั้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในทางสร้างสรรค์ ประโยชน์ให้แก่สังคมต่อไปได้¹⁸

¹⁸ วิจิตรา (ทุ่งลัดดา) วิเชียรชม ก. (2547). เอกสารการสอนชุดวิชากฎหมายแรงงาน. หน้า 410.

ดังนั้นจะเห็นว่าการประกันสังคมเป็นโครงการที่สอดคล้องกับหลักธรรมของพระพุทธเจ้า ในเรื่องเกี่ยวกับอนิจจัง ทุกอย่างในโลกล้วนไม่แน่นอน เกิด แก่ เจ็บ และตาย หมุนเวียนกันไป มนุษย์จึงไม่ควรประมาท การเก็บออมด้วยตัวเองทำได้ยาก จึงจำเป็นต้องมีรัฐบาลช่วยกันทำโครงการให้ในทำนองเป็นการบังคับเพื่อประโยชน์แก่ผู้ถูกบังคับเอง เป็นการสร้างหลักประกันให้แก่ชีวิต¹⁹ เพราะเมื่อมีรายได้ก็เก็บออมไว้ในกองทุนเพื่อจะได้สามารถเบิกจากกองทุนออกมาใช้จ่ายยามจำเป็น ทำให้เกิดความมั่นใจทั้งทางด้านจิตใจและวัตถุ

2.3 ความเป็นมาของการประกันสังคม

การประกันสังคมเกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศเยอรมัน และแพร่หลายไปประเทศในยุโรป โดยเฉพาะในประเทศที่มีการปฏิวัติอุตสาหกรรม ทั้งนี้เพื่อแก้ปัญหาภาวะเศรษฐกิจตกต่ำอย่างรุนแรงในปี ค.ศ. 1929-1932 เนื่องจากมีคนว่างงานเป็นจำนวนมาก รัฐต้องยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือในรูปรัฐสวัสดิการ และจัดระบบประกันสังคมขึ้นเพื่อช่วยเหลือคนงานเหล่านั้น²⁰

สำหรับประเทศไทยได้เคยมีพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 มาครั้งหนึ่งแล้ว แต่ถูกระงับการประกาศใช้โดยไม่มีกำหนด จนถึงปี พ.ศ. 2533 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคมขึ้นอีกครั้งหนึ่ง²¹

การประกันสังคมได้เริ่มมีบทบาทเข้ามาสู่ประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495 โดยรัฐบาลสมัยนั้นซึ่งมีจอมพล ป.พิบูลสงคราม เป็น นายกรัฐมนตรี ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นชุดหนึ่งมีชื่อว่า “คณะกรรมการสังคมสงเคราะห์” เพื่อให้มีหน้าที่พิจารณากำหนดหลักการและวิธีการให้ความช่วยเหลือหรือสงเคราะห์ประชาชน ในด้านสวัสดิการทางสังคม ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้เห็นว่าการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ประชาชนให้มีหลักประกันอันมั่นคงแน่นอนและสม่ำเสมอตลอดไปนั้น ต้องให้การสงเคราะห์ด้วยวิธีการประกันสังคม และเสนอร่างกฎหมายประกันสังคม ซึ่งได้ตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ประกาศออกมาเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2497 และมีการจัดตั้ง “กรมประกันสังคม” ขึ้น เมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2497 โดยให้สังกัดกระทรวงการคลัง ซึ่งต่อมากรมประกันสังคมได้ตระเตรียมงานเกี่ยวกับการบังคับใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ซึ่งพร้อมที่จะบังคับใช้ในกลางปี พ.ศ. 2497 แต่ในระหว่างนั้นได้มีการคัดค้านจากหลายฝ่ายอย่างรุนแรง รัฐบาลในสมัยนั้นจึงได้สั่งให้ระงับใช้กฎหมายประกันสังคมอย่างไม่มีกำหนด ต่อมาภายหลังได้ยกเลิกกิจการกรมประกันสังคมโดยโอนเจ้าหน้าที่มาสังกัดกรมประชาสงเคราะห์

¹⁹ นิคม จันทรวาทูร ก. (2528). การประกันสังคม 30 ปี แห่งการรอคอย. หน้า 11.

²⁰ แหล่งเดิม.

²¹ แหล่งเดิม.

ชื่อว่า “กองความมั่นคงแห่งสังคม” เมื่อ พ.ศ. 2501 มีหน้าที่พิจารณาปรับปรุงแก้ไข พระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. 2497 และเตรียมงานต่างๆ ให้พร้อมที่จะดำเนินการประกันสังคมต่อไป²²

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 นับว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกที่วางแนวทางการ ประกันสังคมค่อนข้างกว้างขวาง และมีแนวทางก้าวหน้าในเรื่องการช่วยเหลือสงเคราะห์ประชาชน โดยกฎหมายฉบับนี้ให้ความคุ้มครองประชาชนในเรื่องความเสี่ยง และการขาดรายได้ ตลอดจน ความไม่แน่นอนของชีวิตนั้นตั้งแต่บุคคลเกิดจน ถึงวัยชรา และถึงแก่กรรมในวาระสุดท้าย ส่วนใน ระหว่างที่ทำงานนั้น ก็ให้ความคุ้มครองในเรื่องการเจ็บป่วย พิกัด แม้กระทั่งการสงเคราะห์บุคคล ซึ่งมีบุตรมากด้วย แนวทางการที่กว้างขวางเช่นนี้ เป็นที่น่าเสียดายว่าไม่ ได้มีการถูกหยิบยกขึ้นมา ใช้²³

ในปี พ.ศ. 2515 รัฐบาลโดยคณะปฏิวัติพิจารณาเห็นว่า ลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายหรือ เจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตาย เนื่องจากการทำงานให้แก่ นายจ้าง ควรจะมีหลักประกันว่า จะได้รับเงิน ทดแทน จึงได้ออกประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 ให้จัดตั้งกองทุน เงินทดแทนขึ้นในกรมแรงงาน โดยมีเจตนารมณ์ ที่จะให้หลักประกันแก่ลูกจ้างที่เจ็บป่วยประสบ อันตรายอันเนื่องมาจากการทำงาน ประกาศ ของคณะ ปฏิวัติฉบับนี้ กำหนดให้นายจ้างเป็นผู้ส่ง เงิน สมทบให้กองทุนเงินทดแทน เพื่อใช้ในการจ่ายเงินทดแทนให้แก่ ลูกจ้างแทนนายจ้าง โดยกองทุน เงินทดแทนได้เริ่มบริหารงานกองทุน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2517 เป็นต้นมา โดยมีนายอำพล สิงห์ โกวิวิท เป็นผู้ อำนวยการสำนักงานกองทุนเงินทดแทน คนแรก นับได้ว่าเป็นก้าวแรกของการ ประกันสังคมอย่างแท้จริง²⁴

การดำเนินการเพื่อผลักดันการประกันสังคมให้เต็มรูปแบบ ได้มีการดำเนินการมาตลอด โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาหลายคณะเพื่อพิจารณาในเรื่องนี้ จนกระทั่ง ปลายปี พ.ศ. 2524 คณะกรรมการเตรียมการประกันสังคม ซึ่งมีปลัดกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน ได้เสนอเรื่องการ ประกันสังคมผ่านกระทรวงมหาดไทย ไปยังคณะรัฐมนตรี ในการเสนอนี้มีหลักการคือ ระยะเวลาจะคุ้มครองในกรณี่เจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน และกรณีคลอดบุตร ส่วนเงินสมทบนั้นให้เก็บจากลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล ในอัตราส่วนที่ เท่ากัน คือ แต่ละฝ่ายจ่ายเงินสมทบ ในอัตราร้อยละ 1.5 ของรายได้จากลูกจ้าง ในด้านการ บริหารงานนั้นให้ มีการจัดตั้งสำนั กงานประกันสังคม มีฐานะเท่าเทียมกรม สังกัด กระทรวงมหาดไทย ภายใต้การกำกับบริหารงานโดยคณะกรรมการไตรภาคี และใน ระยะเวลาเริ่มต้นให้

²² ปารีชาติ ศรีประเสริฐ. เล่มเดิม. หน้า 25.

²³ แหล่งเดิม.

²⁴ แหล่งเดิม.

ความคุ้มครองเฉพาะ ลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ใน 10 จังหวัดที่มี อุตสาหกรรมหนาแน่นก่อน ในกรณีที่นายจ้างได้จัดสวัสดิการที่สูงกว่าหรือบริการที่ดีกว่าก่อนการ ใช้กฎหมายนี้ก็ให้ลูกจ้างมีสิทธิคงเดิม²⁵

คณะรัฐมนตรีได้พิจารณาและได้มีมติเมื่อวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2525 อนุมัติใน หลักการตามที่คณะกรรมการเตรียม การประกันสังคมเสนอ โดยให้คณะกรรมการการปฏิรูประบบ ราชการและระเบียบบริหารราชการ การแผ่นดินพิจารณาในรายละเอียดอีกชั้น หนึ่ง โดยที่การพิจารณา ดำเนินการในเรื่องนี้ต้องใช้ระยะเวลา สำนักงานกองทุนเงินทดแทนกรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย จึงรับไปพิจารณาดำเนินการขยายขอบเขตการคุ้มครองแรงงานที่กำหนดไว้ใน ประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 ให้ครอบคลุมถึงการประ สบ อันตรายหรือเจ็บป่วย หรือถึงแก่ความตายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ต่อไปอีกทางหนึ่งด้วย²⁶

ในปี พ.ศ. 2527 คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการฯ ได้พิจารณาข้อเสนอแล้ว และมึ ความเห็นว่าควรขยายขอบเขตการดำเนินงานของกองทุนเงินทดแทนออกไปให้ครบทุกจังหวัดก่อน เพื่อเป็นการวางรากฐานของการประกันสังคม ความเห็นนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี โดยคณะรัฐมนตรีได้ลงมติในเดือนพฤษภาคมให้มีการขยายกองทุนเงินทดแทนออกไปทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2528 ขณะนี้งานของกองทุนเงินทดแทนขยายงานครบทุกจังหวัดแล้ว

สภาที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาแรงงานแห่งชาติ ได้เสนอหลักการให้มีการดำเนินการ ประกันสังคมไปยังค คณะรัฐมนตรี คณะรัฐมนตรีได้มีมติวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 ให้กระทรวงมหาดไทยรับเรื่องนี้ไปพิจารณา กระทรวงมหาดไทยพิจารณาแล้วได้เสนอหลัก การดำเนินงานการประกันสังคมให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2530 เห็นด้วยกับหลักการตามกระทรวงมหาดไทยเสนอ โดยให้คำนึงถึงผลกระทบต่อ รัฐวิสาห กิจที่อยู่ในข่ายโครงการนี้ด้วย และให้กระทรวงมหาดไทยรับไปพิจารณายกร่าง พระราชบัญญัติ ในเรื่องนี้ขึ้นเป็นการ เ ฉพาะ แล้วส่งให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจ พิจารณาต่อไป โดยให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเชิญผู้แทนส่วนราชการและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องไปร่วมชี้แจงด้วย²⁷

กระทรวงมหาดไทยได้พิจารณายกร่างพระราชบัญญัติปร ะกันสังคมนี้ ตามมติ คณะรัฐมนตรีแล้วได้ ส่งให้คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ ตรวจพิจารณาแล้วให้ใช้ชื่อว่าร่างพระราชบัญญัติกองทุนสวัสดิการแรงงาน

²⁵ แหล่งเดิม.

²⁶ แหล่งเดิม.

²⁷ แหล่งเดิม.

รัฐบาลได้เสนอร่างพระราชบัญญัติกองทุนสวัสดิการแรงงานต่อสภาผู้แทนราษฎร โดยมีการประกันการเจ็บป่วยและการตาย อันมิใช่เนื่องจากการทำงานและการคลอดบุตร โดยนายจ้าง และลูกจ้างเป็นผู้จ่ายเงิน สมทบเข้ากองทุนฝ่ายละเท่าๆ กัน ในอัตราร้อยละ 1.5 ของรายได้ของ ลูกจ้าง ส่วนรัฐบาลจ่ายเงินอุดหนุนให้ตามความจำเป็นและให้ใช้บังคับกับสถานประกอบการที่มี ลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปใน 17 จังหวัด ก่อนสภาผู้แทนราษฎรได้ลงมติรับหลักการ โดยให้ พิจารณาร่วมกับร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการประกันสังคมของพรรคการเมืองต่างๆ อีก 5 ฉบับ ซึ่งสภาผู้แทนราษฎรได้ตั้งคณะกรรมการวิสามัญสภาผู้แทนราษฎรขึ้นมาพิจารณา เมื่อพิจารณา เสร็จแล้วให้ใช้ชื่อว่าร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.... และได้ผ่านการพิจารณาของสภา ผู้แทนราษฎรเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2532²⁸

วุฒิสภาได้มีมติเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2533 เห็นชอบด้วยกับหลักการแห่งร่าง พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.... ซึ่งสภาผู้แทนราษฎรเห็นชอบแล้ว และได้ตั้งคณะกรรมการ วิสามัญวุฒิสภาขึ้นมา เพื่อพิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว คณะกรรมการวิสามัญวุฒิสภาได้ แก้ไขร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมที่สภาผู้แทนราษฎรเห็นชอบแล้ว และวุฒิสภามีมติเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2533 เห็นชอบด้วยกับการแก้ไขเพิ่มเติม ของคณะกรรมการวิสามัญวุฒิสภา จึงได้มีการตั้งคณะกรรมการร่วมทั้ง 2 สภา เพื่อพิจารณาร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมที่ได้มี การแก้ไข คณะกรรมการร่วมทั้ง 2 สภา พิจารณาแล้วมีมติให้เป็นไปตามร่างที่ได้รับอนุมัติจาก สภาผู้แทนราษฎร

วุฒิสภาได้มีมติเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2533 ไม่เห็นชอบกับร่างพระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. ... ที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการร่วมทั้ง 2 สภา และได้ส่งให้สภา ผู้แทนราษฎรพิจารณา

สภาผู้แทนราษฎรได้มีมติเป็นเอกฉันท์ เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2533 ยืนยันตามร่าง ที่คณะกรรมการร่วมกันทั้ง 2 สภาพิจารณา จึงถือว่าร่างพระราชบัญญัติประกัน สังคม พ.ศ.... ได้รับความเห็นชอบของรัฐสภา ทำให้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2533 เป็นต้นไป และได้มีการ จัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้น สังกัด กระทรวงมหาดไทยเมื่อวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2533 โดยโอนงานของกรมประชาสงเคราะห์ในส่วน ที่เกี่ยวข้องกับการประกันสังคม และงานของสำนักงานของกองทุนเงินทดแทน กรมแรงงาน ไปอยู่ ในสังกัดของสำนักงานประกันสังคม โดยมีนายอำพล สิงห์โกวินท์ รองเลขาธิการเร่งรัดพัฒนา ชนบท ผู้ซึ่งเคยเป็นผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนเงินทดแทนคนแรก กลับมาดำรงตำแหน่ง เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

²⁸ แหล่งเดิม. หน้า 28.

สำนักงานประกันสังคม ได้โอนมาอยู่ในสังกัด กระทรวงแรงงาน ในวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2536

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เป็นหน่วยงานรับผิดชอบและให้การดูแลในเรื่องการประกันสังคมของไทยโดยตรง ซึ่งจะมีหน้าที่ดำเนินการจัดเก็บเงินสมทบ เพื่อนำไปใช้จ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนให้แก่ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทูพพลภาพ ดาย ทั้งที่เนื่องและไม่ เนื่องจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ผู้ใช้แรงงานให้สามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข²⁹

นอกจากนั้น สำนักงานประกันสังคมยังให้การดูแลลูกจ้างที่ประสบอันตรายจนถึงขั้นพิการ สูญเสียอวัยวะ หรือสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะบางส่วนจากร่างกาย ด้วยการจัดให้ลูกจ้างเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอาชีพในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน จังหวัดปทุมธานี เพื่อให้ลูกจ้างที่พิการสามารถกลับเข้าทำงานเดิมหรือประกอบอาชีพใหม่ได้ โดยไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม

2.4 ความหมายของการประกันสังคม

ตามนิยามขององค์การแรงงานระหว่างประเทศนั้นหมายถึง สิทธิอันพึงมีพึงได้ของประชาชนเกี่ยวกับความช่วยเหลือ หรือสงเคราะห์จากสังคมส่วน ร่วม โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะขจัดปัดเป่าความเดือดร้อนทุกข์ยากและเสริมสร้างความสมบูรณ์พูนสุขให้ตามควรแก่อัตภาพโดยทั่วถึงกัน ซึ่งรวมตลอดถึงบุคคลที่อยู่ในความอุปการะ หรือบุคคลในครอบครัวนั้นด้วยสิทธิที่ว่ามันได้แก่ปัจจัยในรูปต่างๆ ที่จะช่วยเสริมสร้างหลักประกัน อันมั่นคง ในการดำเนินชีวิตให้แก่ประชาชนโดยเท่าเทียมกัน³⁰

การประกันสังคมจึงเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของความมั่นคงในสังคม มีวัตถุประสงค์พื้นฐานเพื่อต้องการให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ใช้แรงงานที่เป็นกำลังขั้นพื้นฐานในการพัฒนาประเทศที่ได้รับความเดือดร้อนจากการประสบภัยจากการสูญเสียรายได้หรือประสบปัญหาเกี่ยวกับความเป็นอยู่ในการดำรงชีพในครอบครัวมีโอกาสได้รับความช่วยเหลือบรรเทาความเดือดร้อนอันเป็นการสร้างหลักประกันอย่างหนึ่ง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในทางสร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่สังคมต่อไป ระบบของการประกันสังคมเป็นระบบที่ นายจ้าง

²⁹ แหล่งเดิม. หน้า 8.

³⁰ วีระ ศรีธรรมรักษ์ และคณะ. (2536). ผลกระทบของกฎหมายประกันสังคมที่มีต่อลูกจ้างผู้ประกันตน. หน้า 5

ลูกจ้าง และรัฐบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิตของลูกจ้าง โดยทั้งสามฝ่ายจะเข้าร่วมส่งเสริมกองทุนประกันสังคม ซึ่งมีลักษณะเป็นการออมทรัพย์ที่ทั้งนี้กองทุนจะมีการบริหารงานในรูปแบบที่ทั้งสามฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วม เป็นระบบที่ให้การประกันต่อบุคคลในสังคมที่มีปัญหาในการดำรงชีพ ซึ่งต้องการความช่วยเหลืออันถือว่าการร่วมมือกันและกัน ด้วยวิธีรวบรวมเงินทุนภายใต้หลักการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข หรือเฉลี่ยความเสี่ยงร่วมกันต่อเคราะห์กรรมหรือปัญหาความเดือดร้อนที่อาจเกิดขึ้น³¹

ระบบประกันสังคม คือ ระบบที่ให้การประกันต่อบุคคลในสังคมที่มีปัญหาหรือได้รับความเดือดร้อนทางการเงิน เนื่องจากการประสบเคราะห์ภัย หรือมีเหตุการณ์อันทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีพซึ่งต้องการได้รับความช่วยเหลือ การประกันสังคมจึงเป็นการร่วมมือกันระหว่างประชาชนในสังคมเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ด้วยการรวบรวมเงินทุนเข้าเป็นกองทุนร่วมกัน และเฉลี่ยความเสี่ยง หรือร่วมกันเสี่ยงต่อเคราะห์ภัยหรือปัญหาความเดือดร้อนที่อาจจะเกิดขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นระบบสวัสดิการที่รัฐจัดให้มีขึ้นเพื่อให้หลักประกันแก่ประชาชนว่า ประชาชนจะได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจหรือด้านการเงินในระดับหนึ่งเมื่อเขา ต้องประสบกับภาวะความเดือดร้อนจากการสูญเสียรายได้เนื่องจากการต้องว่างงาน จากการมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษอันส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตหรือความเป็นอยู่ ซึ่งประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย องค์กรสร้างหลักประกันดังกล่าวก็ได้แก่ ผู้ที่ส่งเงินสมทบร่วมเป็นกองทุน ซึ่งได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขอันก่อให้เกิดสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองหรือได้รับประโยชน์ทดแทนการสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้น³²

นอกจากที่ได้กล่าวถึงระบบประกันสังคมตามความหมายข้างต้นแล้ว ความหมายของการประกันสังคมยังมีผู้ที่ให้ความหมายของการประกันสังคมไว้เป็นจำนวนมาก กล่าวคือ

นิคม จันทรวาทูร ให้ความหมายของการประกันสังคม คือ โครงการที่รัฐจัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้หลักประกันแก่ประชาชน ให้มีความมั่นคงในการดำรงชีพ โดยมีหลักการให้ประชาชนที่มีรายได้ประจำออกเงินสมทบเข้าสู่กองทุน กลาง เงินสมทบนี้ ในโครงการบางประเภท นายจ้างจะต้องร่วมออกเงินสมทบด้วย และในกรณีที่รัฐบาลเข้าร่วมออกเงินสมทบด้วย กองทุนนี้จ่ายให้แก่ประชาชนผู้ส่งเงินเมื่อประสบเคราะห์กรรมต่างๆ เช่น ในเรื่องการเจ็บป่วย ในเรื่องการคลอดบุตร ในเรื่องการประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ในเรื่องการว่างงาน ตลอดจนการชราภาพ³³

อมร รักษาศักดิ์ ระบุว่า การประกันสังคม หมายถึง การประกันภัยให้แก่ประชาชนในสังคมในวงกว้างกว่าการประกันภัยภาคเอกชน ได้แก่ การที่รัฐบาลหนุนหลังหรือจัดการให้นายจ้าง

³¹ “แหล่งเดิม.

³² วิจิตรา ฟุ้งสัสดา ข (2533). “ระบบประกันสังคมของไทย.” วารสารนิติศาสตร์, 20, 2. หน้า 152.

³³ นิคม จันทรวาทูร ข (2528). การประกันสังคม: 30 ปี แห่งการรอคอย. หน้า 5.

ลูกจ้าง จัดระบบประกันในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงภัยแก่บรรดาผู้ที่เกี่ยวข้อง การประกันสังคม จึงเป็น โครงการประเภทที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ เพื่อการรักษาพยาบาลยามที่เจ็บไข้ การประกันรายได้ เมื่อตกงาน การประกันรายได้ยามชราพ้นวัยทำงาน เป็นต้น การประกัน เป็นเรื่องของผู้ที่ให้ประกันกับ ผู้เอาประกันภัย ซึ่งโดยหลักการแล้ว ผู้เอาประกันภัย คือผู้ที่ได้รับ ประโยชน์ภายหลังจากเกิดกรณีที่ตนประกันไว้³⁴

วิลเดอเนน พรอนันต์ ระบุว่า การประกันสังคม หมายถึง ระบบที่นายจ้าง ลูกจ้าง และ รัฐบาลได้เข้ามามีส่วนร่วมกันดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการ และควา มจำเป็นของลูกจ้าง โดยทั้งสามฝ่ายเข้าร่วมส่งเงินสมทบเข้ากองทุนซึ่งมีลักษณะเป็นการออมทรัพย์ ทั้งนี้กองทุนมีการ บริหารงานในรูปแบบที่ทั้งสามฝ่ายได้เข้ามามีส่วน ร่วม ส่วนประกอบของการประกันอาจ ครอบคลุมไป ถึงการคลอดบุตร การสงเคราะห์บุตร การเจ็บป่วย การพิการ หรือทุพพลภาพ การชราภาพ การฌาปนกิจ และการว่างงาน แล้วแต่ความเหมาะสมของแต่ละประเทศ³⁵

จำลอง ศรีประสาธน์ ให้ ความหมายการประกันสังคม คือ มาตรการหนึ่งในก ารจัด สวัสดิการสังคม เพื่อคุ้มครองป้องกันประชาชนที่มีรายได้ประจำมิให้ได้รับความเดือดร้อน ในความ เป็นอยู่ของชีวิต เมื่ ่อต้องสูญเสียรายได้ทั้งหมด หรือบางส่วน หรือมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการ ครองชีพ³⁶

วิชัย โสสุวรรณจินดา ให้ความหมายว่า การประกันสังคม คือ การทำให้สังคมมีความ มั่นคง และทำให้ประชาชนมีความสุข โดยให้ได้รับความช่วยเหลือยาม ที่เดือดร้อนจำเป็น เพื่อที่จะ ไม่กลายเป็นภาระต่อสังคม ตามหลักการที่ก่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม (Social Security) นั้น รัฐ เองก็มีภาระรับผิดชอบที่ต้องให้การช่วยเหลือแก่ ผู้ประสบความเดือดร้อน จนไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้ในรูปของการประชาสงเคราะห์และการสาธารณสุข ส่วนนายจ้างก็ต้องดูแลลูกจ้างที่ ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน หรือการรักษาประโยชน์ให้แก่ นายจ้าง แต่การดำเนินการของ รัฐมีข้อจำกัดด้านงบประมาณการดำเนินงานของนายจ้าง ก็มีขอบเขตเพียงที่เกี่ยวกับการทำงาน เท่านั้น แม้นายจ้างบางรายจะตกลงกับลูกจ้างให้มีระบบเงินสะสม โดยทั้งนายจ้าง และลูกจ้าง

³⁴ อมร รักษาสัตย์. (2533). การสร้างความมั่นคงในสังคมด้านการจัดการสวัสดิการและการ ประกันสังคม: แนวคิดปรัชญา. หน้า 7.

³⁵ วิลเดอเนน พรอนันต์. (2535). ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติของผู้ประกันตนต่อการได้รับความ คุ้มครอง กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในจังหวัดสมุทรสาคร. หน้า 25.

³⁶ จำลอง ศรีประสาธน์. (2531, พฤษภาคม - มิถุนายน). “สวัสดิการสังคมกับการประกันสังคม.” การประชาสงเคราะห์. หน้า 12.

จ่ายเงินสมทบ เพื่อให้ลูกจ้างมีรายได้เลี้ยงชีพ เมื่อต้องพ้นจากการเป็นลูกจ้าง ประโยชน์ที่ลูกจ้างได้รับก็ยังเป็นประโยชน์ส่วนน้อย เมื่อเทียบกับความจำเป็นที่ลูกจ้างมีอยู่³⁷

บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ ได้ให้ความหมายว่า ประกันสังคม หมายถึง โครงการที่รัฐบาลจัดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะสร้างความมั่นคงและหลักประกันให้แก่ประชาชน โดยมีการเก็บเงินส่วนหนึ่งจากประชาชนที่มีรายได้ นำมาสมทบพร้อมกันเป็นกองทุนกลาง เพื่อนำไปช่วยเหลือประชาชนในกรณีที่ประสบเคราะห์กรรม เช่น อุบัติเหตุ เจ็บป่วย ทุพพ ลภาพ ในกรณีตกงาน และชราภาพ โดยปกติ การประกันสังคมในขั้นต้นจะใช้บังคับแก่คนทำงานที่รับค่าจ้างโดยคนงาน และนายจ้าง เป็นผู้ส่งมอบเงินสมทบ และรัฐบาลออกเงินสมทบอีกส่วนหนึ่ง³⁸

สุจริต ศรีประพันธ์ ได้ให้ความหมายว่า หลักการประกันสังคมเป็นโครงการที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการ เพื่อให้ความคุ้มครองป้องกันประชาชน ไม่ให้ได้รับความเดือดร้อนในด้านชีวิตความเป็นอยู่ โดยมีหลักการสำคัญที่จะช่วยตนเอง ช่วยครอบครัว และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การจัด กองทุนกลางซึ่งมีนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐออกเงินสมทบ พื้นฐานความคิดของการประกันสังคมตั้งอยู่บนทฤษฎีการกระจายความสูญเสียและการกำจัดปัจจัยเสี่ยง อันไปสู่กฎของการเฉลี่ยความเสี่ยงภัย ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความสุขและความทุกข์ในหมู่ประชาชนด้วยกัน โดยรัฐเป็นผู้เสริม³⁹

นราพร คุณจักรเสรี ได้ให้ความหมายของการประกันสังคม คือ ความพยายามของสังคมที่จะปกป้องสมาชิกในสังคมที่อ่อนแอกว่า และไม่สามารถช่วยตนเองให้พ้นภัยพิบัติในชีวิต เช่น ความเจ็บป่วย ความพิการ ความตายของหัวหน้าครอบครัว การคลอดบุตร และการว่างงาน ซึ่งภัยพิบัติดังกล่าวสมาชิกในสังคมไม่อาจแก้ไขได้ เพราะมีค่าใช้จ่ายมาเกี่ยวข้องและส่วนใหญ่ของประชากรที่หาเช้ากินค่ำ ตัวอย่างเช่น ไม่สามารถสู้ค่าใช่จ่า ยในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เมื่อหัวหน้าครอบครัวเจ็บป่วยนั้นหมายถึง รายได้ของครอบครัวต่อวันถูกตัดลง ซึ่งทำให้ภาระทางการเงินทรุดหนักลงไปอีก ในหลายกรณีครอบครัวจะต้องหาทางกู้หนี้ยืมสินจากนายทุนในท้องถิ่น ซึ่งคิดดอกเบี้ยสูงเป็นผลทำให้เศรษฐกิจในครอบครัวย่ำแย่ลงทุกที และอาจเป็นการยากเหลือเกินที่จะหลุดพ้นออกมาจากความเป็นหนี้สินดังกล่าว ดังนั้น การประกันสังคมจึงเป็นการประกันใดๆ ที่รัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการหรือเข้าไปควบคุมดูแลวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในด้านต่างๆ

³⁷ วิชัย โสสุวรรณจินดา. (2533). กฎหมายประกันสังคม. หน้า 3.

³⁸ บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ. (2535). รายงานการศึกษาสำรวจเรื่องสภาพการบังคับใช้กฎหมายประกันสังคม. หน้า 1.

³⁹ สุจริต ศรีประพันธ์. (2534). ผลกระทบของระบบประกันสุขภาพต่อระบบบริการสาธารณสุข. หน้า 2.

เช่นการว่างงาน การเจ็บป่วย การชราภาพ เป็นต้น โดยทั่วไปการประกันสังคมจะเป็นการบังคับ เพื่อให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน หรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เพื่อที่จะทำให้สามารถบังคับใช้กับผู้ มีอัตราเสี่ยงต่ำๆ และผู้มีรายได้สูงด้วย⁴⁰

นายรอล์ฟ.เอฟ.แบลนชาร์ค บรรณาธิการฝ่ายบรรณาธิการแห่งบริษัท แม็คกรอว์ ฮิลล์บุค จำกัด แห่งนิวยอร์กและลอนดอนให้ความหมายว่า การประกันสังคม คือ การประกันในรูปแบบต่างๆ ที่รัฐบาลจัดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ในอันที่จะวางหลักประกันให้ประชาชนมีความมั่นคงทางสังคม ซึ่งอาจเป็นวิธีบังคับการประกันตนโดยการบริหารของรัฐ หรือสมัครใจโดยความ สนับสนุนขององค์การเป็นเอกเทศ⁴¹

นายดับบลิว อาร์ วิลเลียมสัน ที่ปรึกษาคณิตศาสตร์ประกันภัยของฝ่ายบริหารงาน ประกันสังคมแห่ง ประเทศ สหรัฐ อเมริกา ให้ความหมายของการประกันสังคมคือ การจัด งบประมาณแผนใหม่ทางสังคม⁴²

ศาสตราจารย์ อัลเบิร์ต เฮช โบวเบร์ย์ แห่งมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ได้ให้ความหมายว่า การประกันสังคม คือ ความพยายามของรัฐบาลในอันที่จะใช้หลักประกันภัยให้บังเกิดผลในทาง ป้องกันมิให้ความยากจนในบ้านเมืองต้องเพิ่มขึ้น และหาทางที่จะบรรเทาความยากจนที่มีอยู่ให้ลด น้อยลง⁴³

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) ให้ความหมายว่า การประกันสังคม คือ การค้ำประกันสุขภาพและฐานะทางเศรษฐกิจของเอกชนแต่ละ คน รวมตลอดถึงผู้อยู่ในความอุปการะในเมื่อต้องเผชิญกับความขาดแคลนรายได้ อันเนื่องมาจากการสูญเสียรายได้ทั้งหมดหรือบางส่วน หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ⁴⁴

กฎหมายประกันสังคม เป็น กฎหมายที่กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้น โดยให้ลูกจ้างหรือผู้สมัครเข้าประกันตน นายจ้าง และรัฐบาลร่วมออกเงินสมทบ เพื่อใช้กองทุน ดังกล่าวเป็นหลักประกันให้แก่ลูกจ้างและผู้สมัครเข้าเป็นผู้ประกันตนได้รับการสงเคราะห์เมื่อ ประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือตายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน คลอดบุตร ชราภาพ และ ว่างงาน รวมทั้งการสงเคราะห์บุตรซึ่งจะทำให้ชีวิตของลูกจ้างและสังคมมีความมั่นคงขึ้น⁴⁵

⁴⁰ นราพร ตุนจักรเสรี. เล่มเดิม. หน้า 25-26.

⁴¹ รัชยา กุลวานิชไชยนันท์. หน้าเดิม.

⁴² แหล่งเดิม. หน้า 10.

⁴³ แหล่งเดิม.

⁴⁴ แหล่งเดิม.

⁴⁵ พินิจ ทิพย์มณี. (2551). หลักกฎหมายธุรกิจ. หน้า 359.

การประกันสังคมเป็นมาตรการในการสร้างความมั่นคงให้กับผู้ใช้แรงงาน โดยรัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการให้ประชาชนผู้มีรายได้แต่ละคนได้มี ส่วนช่วยตัวเอง ครอบคลุม และช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลที่มีรายได้ในสังคมให้คงมีรายได้อย่างต่อเนื่องตลอดไป ด้วยวิธีการออกเงินสมทบเข้ากองทุนตามความสามารถของแต่ละบุคคล เพื่อไว้ใช้ในการบำบัดความเดือดร้อนสำหรับสมาชิก⁴⁶

จากความหมายของการประกันสังคม ข้างต้นเห็นได้ว่าการประกันสังคมเป็นระบบที่มีแนวคิดให้สมาชิกในสังคมมีหลักประกันเพื่อปกป้องสมาชิกให้พ้นจากภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เช่นการเจ็บป่วย ความแก่ชรา หรือการว่างงาน เหตุการณ์ดังกล่าวเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด แต่เมื่อเกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการทำมาหากินของสมาชิกในสังคม รัฐจึงมีความจำเป็นต้องจัดระบบเพื่อเป็นการป้องกัน และเยียวยาให้แก่สมาชิกในสังคม จึงเกิดเป็นระบบประกันสังคมที่รัฐมีหน้าที่ต้องจัดตั้งกองทุนขึ้นมา โดยมีผู้ส่งเงินสมทบเข้ากองทุน 3 ฝ่าย ประกอบด้วย รัฐบาล นายจ้าง และตัวประชาชนเองที่เข้าร่วมเป็นผู้ประกันตน ทั้งโดยสมัครใจเองและโดยผลบังคับของกฎหมาย แต่โดยส่วนใหญ่การประกันสังคมจะเป็นในลักษณะบังคับโดยรัฐเป็นผู้ออกกฎหมาย โดยให้นายจ้างมีหน้าที่จัดให้ลูกจ้างของตนเข้าเป็นผู้ประกันตน และบังคับให้นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลต้องออกเงินเข้าสมทบในกองทุนประกันสังคม

2.5 แนวคิดในการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานในระบบประกันสังคม โดยทั่วไปแล้ว การจ่ายค่าตอบแทนให้กับแพทย์และ โรงพยาบาลในระบบประกันสังคม แบ่งได้เป็น 3 วิธีการ คือ

1) ระบบการจ่ายตามใบเสร็จ (Fee for Services or Price Per Item)⁴⁷

ระบบการจ่ายตามใบเสร็จ หมายถึง วิธีการจ่ายค่าตอบแทนตามกิจกรรมที่ให้บริการ เช่นการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ทุกครั้งที่มีการปรึกษาหรือมี การตรวจรักษา การจ่ายค่ายาและชนิดและจำนวนของยาที่สั่งจ่าย เป็นต้น โดยทั่วไปเป็นการยากที่จะควบคุมค่าใช้จ่าย เนื่องจากจะมีการเรียกเก็บมากที่สุดเท่าที่จะเรียกเก็บได้ จ่ายค่าตอบแทนเป็นรายหน่วยย่อยของ การให้บริการซึ่งมีการจำแนกเป็น 4 วิธีการ คือ

⁴⁶ กระทรวงแรงงาน. (2552). *บริหารแรงงาน 2552*. หน้า 103.

⁴⁷ สุพัชรี รอดภัยปวง. (2541). *การปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย: ผลกระทบของค่าเงินบาทลอยตัว*. หน้า 18.

- (1) คนใช้จ่ายเงินแพทย์เต็มจำนวนแล้ว ไปเบิกกับกองทุน โดยมีแพทย์เป็นผู้กำหนดราคา (หรือใช้ราคาตลาด)
- (2) คนใช้จ่ายเงินให้แก่แพทย์เต็มจำนวน แล้วไปเบิกกับกองทุนได้บางส่วนหรือทั้งหมด โดยมีการกำหนดราคามาตรฐาน เช่น ราคาสำมะโน เป็นต้น
- (3) คนใช้จ่ายเงินให้กับแพทย์ส่วนหนึ่ง (Co-Payment) และกองทุนจ่ายให้แก่แพทย์อีกส่วนหนึ่ง โดยให้มีการตั้งราคามาตรฐานไว้ก่อน
- (4) กองทุนจ่ายเงินให้แก่แพทย์โดยตรงตามราคา มาตรฐานที่ได้ตกลงกันไว้ก่อน เช่น ราคาสำมะโน โดยที่คนไข้ไม่ต้องจ่ายสมทบ

2) ระบบเหมาจ่าย (Capitation)⁴⁸

ระบบเหมาจ่าย หมายถึง การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบดูแลภายในช่วงเวลาที่แน่นอนระยะหนึ่ง โดยไม่คำนึงว่าประชกรนั้นเจ็บป่วยหรือไม่ และไม่คำนึงถึงจำนวนกิจกรรมหรือรายการที่ใช้ในการรักษา ดังนั้น ระบบนี้จึงเสมือนสถานพยาบาลเข้ามาร่วมรับผิดชอบต่อความเสี่ยงด้วย หากสมาชิกของตนมีสุขภาพอนามัยที่ดีก็จะมีรายจ่ายต่ำกว่ารายรับ ถ้าได้สมาชิกที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ทำให้การให้บริการบ่อย ค่าใช้จ่าย ก็อาจสูงเกินกว่ารายได้

ค่าตอบแทนในระบบนี้ จะดำเนินการจ่ายให้ตามจำนวนสมาชิกที่เลือกสถานพยาบาลนั้นๆ เพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันและมีการพัฒนาคุณภาพบริการอยู่เสมอๆ จึงจำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเปลี่ยนสถานพยาบาลได้เมื่อเป็นสมาชิกแล้วช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งไม่นานเกินไป หรือบ่อยเกินไปนัก โดยปกติประมาณปีละครั้ง ซึ่งระบบนี้ใช้กับกองทุนประกันสังคม

วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาลโดยใช้การเหมาจ่ายเป็นหลักนำมาใช้นับตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานประกันสังคม ในปี พ.ศ. 2534 ไม่มีความเปลี่ยนแปลงในระบบเหมาจ่ายที่มีมาแต่เดิม สำหรับการรักษาพยาบาลคนไข้นอกและคนไข้ในซึ่งดำเนินการ โดยสถานพยาบาลที่มีการรับรองคุณภาพและสถานพยาบาลเครือข่าย สถานพยาบาลหลักต้องมีเตียงอย่างน้อยที่สุด 100 เตียง และสถานพยาบาลเครือข่ายจะให้บริการเฉพาะคนไข้เป็นหลัก⁴⁹

⁴⁸ สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์. (2540). เหมาจ่ายยุทธศาสตร์เพื่อเสถียรภาพของการประกันสังคม. หน้า 17.

⁴⁹ Aviva Ron and Kenichi Hirose. (2541). รายงานผลการปฏิบัติงานของผู้เชี่ยวชาญองค์การแรงงานระหว่างประเทศ เรื่อง การทบทวนโครงการประกันสังคมในประเทศไทย. หน้า 18.

3) จ่ายตามกรณีของโรค (Case Payment) หรือตามกลุ่มอาการของโรค (Diagnostic Related Group หรือ DRGs)⁵⁰

จ่ายตามกรณีของโรค (Case Payment) หรือตามกลุ่มอาการของโรค (Diagnostic Related Group หรือ DRGs) หมายถึง การจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยใน เป็นการจ่าย ตรงให้โรงพยาบาลตามจำนวนครั้งที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยจะจำแนกตามกลุ่มอาการของโรคในกลุ่มเดียวกันถือว่าสิ้นเปลืองทรัพยากรเท่ากัน และแต่ละกลุ่มมีราคาค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน ในประเทศกำลังพัฒนา ระบบ DRGs ถือว่าค่อนข้างซับซ้อนยุ่งยากในทางปฏิบัติและยากต่อการควบคุมการดำเนินการ

⁵⁰ สุพัชรี รอดภัยปวง. (2541). การปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย: ผลกระทบของค่าเงินบาทลอยตัว. หน้า 20.

บทที่ 3

มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดหลักเกณฑ์และประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานตามอนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศและกฎหมายประกันสังคมต่างประเทศ เปรียบเทียบกับกฎหมายประกันสังคมของประเทศไทย

เกิด แก่ เจ็บ ตายเป็นสิ่งที่ มนุษย์เร าย่อมหนี ไม่พ้น เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ย่อมต้องเกิดภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายทั้งค่าปรึกษาแพทย์ ค่ารักษาพยาบาล ค่าเวชภัณฑ์ ตามมาด้วย โดยเฉพาะ หากต้องการการรักษาพยาบาลที่ใช้เทคโนโลยีที่สูง เพื่อประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีขึ้น ค่าใช้จ่ายก็จะสูงขึ้นตามไปด้วย หากผู้ ที่เจ็บป่วยมีฐานะทางการเงินดี ย่อมมีโอกาสได้รับการรักษาที่ดีที่สุดได้ แต่หากผู้ที่เจ็บป่วยมีฐานะทางการเงินที่ไม่ดี ย่อมไม่มีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีตามที่ควรได้รับ ระบบประกันสังคมจะเป็นระบบที่เข้ามาแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ลูกจ้างผู้ประกันตนซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีฐานะทางการเงินไม่มั่นคง มีหลักประกันหากต้องเจ็บป่วย จะสามารถได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีได้

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีระบบประกันสังคม โดยออกเป็นกฎหมายบังคับให้ลูกจ้างทุกคนต้องเข้าเป็นผู้ประกันตน และต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสังคมทุกเดือน สิทธิ ของผู้ประกันตนจึงเป็นสิทธิที่ไม่ได้มาฟรี แต่ผู้ประกันตนต้องเสียเงินเพื่อจะได้สิทธิดังกล่าวมา เมื่อผู้ประกันตนต้องเสียเงินเพื่อเข้าเป็นสมาชิกในระบบประกันสังคมก็มีความมุ่งหวังว่าระบบประกันสังคมจะเป็นที่พึ่งพิงในยาม เจ็บป่วย และได้รับการรักษาพยาบาลโดยเร็วและ ดีที่สุด ดังนั้นในการศึกษาในบทนี้จึงทำการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดหลักเกณฑ์และประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานตามกฎหมายไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายระหว่างประเทศ

3.1 อนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ

องค์การแรงงานระหว่างประเทศจัดตั้งขึ้น เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2462 (ค.ศ. 1919) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดนโยบายทางสังคม ให้แก่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ได้แก่ การกำหนดระยะเวลาในการทำงาน สิทธิการลา สภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งเป็นพื้นฐานของการทำงาน

ดังนั้นประเทศต่างๆ ต่างได้รับอิทธิพลจากองค์การแรงงานระหว่างประเทศ ในการร่างกฎหมาย รวมถึงนโยบายทางสังคม

อนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ ได้นำมาใช้เป็นครั้งแรกในกฎหมายความมั่นคงทางสังคม (Social Security) ของสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1935 ต่อมา ILO นำมาใช้ในความหมายของมาตรการทางกฎหมายและสังคม เพื่อรักษาและ ค้ำจุนครองรายได้ของบุคคล ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างเสริมสวัสดิการทางสังคมภายใต้อนุสัญญาระดับที่ 102 ว่าด้วยมาตรฐานขั้นต่ำของความมั่นคงทางสังคม ILO Social Security Convention 1952 (No. 102) ดังนี้ กฎหมายความมั่นคงทางสังคม (Social Security) คือ¹

ความคุ้มครองที่สังคมจัดสรรแก่สมาชิกผ่านมาตรการสาธารณะเพื่อต่อต้านปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุของการหยุดหรือลดลงของรายได้ อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย การคลอดบุตร การได้รับอันตรายจากการทำงาน การว่างงาน การทุพพลภาพ ชราภาพ และการตาย การจัดบริการทางการแพทย์ และการจัดสรรเงินอุดหนุนแก่ครอบครัวที่มีเด็กอยู่ในอุปการะ²

ขอบเขตของอนุสัญญาแรงงานระหว่างประเทศ ฉบับที่ 102 (ค.ศ. 1952)

ประเทศสมาชิกซึ่งให้สัตยาบันต่ออนุสัญญานี้จะต้องให้ความคุ้มครองอย่างน้อย 3 ประเภท โดยเลือกจากการรักษาพยาบาล เงินทดแทนกรณีเจ็บป่วย ประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน ชราภาพ ประสบอันตรายจากการว่างงาน สงเคราะห์ครอบครัว คลอดบุตร และสงเคราะห์ผู้อยู่ในอุปการะ และจะต้องให้ความคุ้มครองอย่างน้อย 1 ประเภท โดยเลือกจากประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน ชราภาพ ประสบอันตรายจากการทำงาน ทุพพลภาพและสงเคราะห์ผู้อยู่ในอุปการะ

ขอบเขตการครอบคลุมบุคคลที่ได้รับการคุ้มครองจากการประกันสังคม ประกอบด้วย

- 1) ประเภทของลูกจ้างตามที่ระบุ โดยจะต้องครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 50 ของจำนวนลูกจ้างทั้งหมด รวมทั้งภรรยาและบุตร หรือ
- 2) ประเภทของประชาชนที่มีรายได้ตามที่ระบุ โดยจะต้องครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในประเทศ รวมทั้งภรรยาและบุตร
- 3) ประเภทของประชาชนในประเทศตามที่ระบุ โดยจะต้องครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 50 ของจำนวนประชาชนทั้งหมดที่พักอาศัยอยู่ภายในประเทศ

¹ ปารีชาติ ศรีประเสริฐ. (2541). การให้ความคุ้มครองในระบบประกันสังคม: ศึกษาเปรียบเทียบโครงการประกันสังคมของประเทศไทยและฟิลิปปินส์. หน้า 11.

² แหล่งเดิม.

4) ประชาชนในประเทศทุกคนที่มีรายใ ดระหว่างเกิดสิทธิไม่เกินระดับตามที่ระบุ ซึ่งเป็นระดับที่สอดคล้องกับกฎเกณฑ์การจ่ายเงินทดแทนเป็นรายงวด หรือ

5) ในกรณีที่ประเทศสมาชิกขอได้รับการยกเว้นชั่วคราว เนื่องจากความไม่พร้อม ทางด้านเศรษฐกิจ และศักยภาพในการรักษาพยาบาลยังไม่เพียงพอ ก็สามารถขอยก เว้นที่จะทำเต็ม มาตรฐานขั้นต่ำได้ แต่ในช่วงยกเว้นนั้น ควรจะประกันให้คนงานอย่างน้อยร้อยละ 50 ในสถาน ประกอบการที่เป็นอุตสาหกรรมและมีลูกจ้างเกินกว่า 20 คน ซึ่งให้ครอบคลุมประโยชน์ทดแทนแก่ ภรรยาและบุตรในด้านการรักษาพยาบาล การเป็นมารดา ผู้ขาดอุปการะและการเจ็บป่วยจากงาน ประโยชน์ ทดแทนตามระบบความมั่นคงทางสังคม ตามอนุสัญญาแรงงานระหว่าง ประเทศ ฉบับที่ 102 ค.ศ. 1952 กำหนดประโยชน์ทดแทนไว้ 9 ประเภท ได้แก่

- 1) การรักษาพยาบาล (Medical Care)
- 2) การให้ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วย (Sick Benefit)
- 3) การให้ประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน (Unemployment Benefit)
- 4) การให้ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ (Old-age Benefit)
- 5) การให้ประโยชน์ทดแทนกรณีอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการงาน

(Employment Injury Benefit)

- 6) การให้ประโยชน์ทดแทนแก่ครอบครัว (Family Benefit)
- 7) การให้ประโยชน์ทดแทนการเป็นมารดาหรือการมีบุตร (Maternity Benefit)
- 8) การให้ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ (Invalidity Benefit)
- 9) การให้ประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ที่ยังมีชีวิตที่ขาดอุปการะ (Survivors Benefit)

การจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีต่าง ๆ

- 1) การรักษาพยาบาล

กรณีเจ็บป่วย อย่างน้อยจะต้องได้รับ

- (1) การรักษาดูแลโดยแพทย์ทั่วไป รวมทั้งการตรวจเยี่ยมอาการที่บ้าน
- (2) การรักษาดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ทั้งในกรณีของผู้ป่วยในและผู้ป่วย

นอก และการรักษาดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่สามารถจัดหาได้นอกโรงพยาบาล

- (3) เวชภัณฑ์ที่จำเป็น ตามที่ระบุ โดยอายุรแพทย์หรือแพทย์ที่มีคุณสมบัติอื่นๆ
- (4) การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตามที่จำเป็น

กรณีตั้งครรภ์ และคลอดบุตร อย่างน้อยจะได้รับ

- (1) การรักษาดูแลในช่วงก่อนคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด โดยอายุรกรรมหรือ

ผดุงครรภ์ที่มีคุณสมบัติ

(2) การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตามที่จำเป็น

ผู้ประกันตนจะ ได้รับสิทธิประโยชน์ตามที่ระบุไปตลอดช่วงระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ยกเว้นกรณีเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะ ได้รับเพียง 26 สัปดาห์ สำหรับการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง อย่างไรก็ตาม ถ้ายังคงได้รับเงินทดแทนกรณีเจ็บป่วยอยู่ ก็จะได้รับ การรักษาพยาบาลไปเรื่อยหรือถ้า เป็นโรคที่ต้องการการรักษาดูแลเป็นระยะเวลานานๆ ก็จะได้รับ การรักษาพยาบาลนานกว่า 26 สัปดาห์เช่นกัน

ในกรณีที่ประเทศสมาชิก ได้รับการยกเว้นชั่วคราวเนื่องจากความไม่พร้อมทางเศรษฐกิจ และด้านสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ ผู้ประกันตนอาจจะ ได้รับการรักษาพยาบาลนานแค่ 13 สัปดาห์ สำหรับการป่วยแต่ละครั้ง

2) เงินทดแทนกรณีเจ็บป่วย

(1) ถ้าบุคคลที่ได้รับการคุ้มครองคือลูกจ้างหรือประชนช น ที่มีรายได้ตามที่ระบุ จะ ได้รับเงินทดแทนเป็นการจ่ายรายงวด ซึ่งคำนวณให้สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ใน มาตรา 16 (Article 16)

(2) ถ้าบุคคลที่ได้รับการคุ้มครองคือ ประชาชนใน ประเทศที่มีรายได้ตามที่ระหว่าง เกิดสิทธิไม่เกินระดับที่ระบุ จะได้รับเงินทดแทนเป็นก ารจ่ายรายงวด ซึ่งคำนวณให้สอดคล้องกับ กฎเกณฑ์ในมาตรา 22 (Article 22)

(3) ผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิประโยชน์ตามที่ระบุไปตลอดช่วงระยะเวลาที่เจ็บป่วย แต่ระยะเวลาที่จะได้รับเงินทดแทนอาจจะจำกัดเพียง 26 สัปดาห์ สำหรับการเจ็บป่วยแต่ละครั้งซึ่งมี ระยะเวลาเกิน 3 วัน

(4) ในกรณีที่ประเทศสมาชิกขอได้รับการยกเว้นชั่วคราวเนื่องจากความไม่พร้อมทาง เศรษฐกิจและด้าน สิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ระยะเวลาที่ผู้ประกันตนจะได้รับเงิน ทดแทนจะจำกัดโดยที่

ก. จำนวนวันทั้งหมดที่มีการจ่ายเงินทดแทนในแต่ละปีไม่น้อยไปกว่า 10 เท่า ของจำนวนที่ได้รับการคุ้มครองโดยเฉลี่ยของปีนั้นๆ หรือ

ข. ได้รับจำกัดแค่ 13 สัปดาห์สำหรับการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ซึ่งมีระยะเวลาเกิน 3 วัน (3 วันแรกที่ขาดรายได้อาจจะไม่ได้รับเงิน)

3.2 หลักกฎหมายต่างประเทศ

ในการศึกษารูปแบบการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยอันมิได้เกิดจากการทำงาน ตามกฎหมายประกันสังคมนั้น เนื่องจากแนวคิดเรื่องประกันสังคมในต่างประเทศได้มีแนวคิดใน

เรื่องประกันสังคมมาก่อนประเทศไทยเป็นระยะเวลาานพอสมควร ทำให้แนวคิดต่างๆตกผลึก
 จำเป็นรูปแบบที่ชัดเจนมากกว่าของประเทศไทย ผู้เขียนจึงขอ ยกตัวอย่างประเทศที่อยู่ในภูมิภาค
 เดียวกันกับประเทศไทยอันประกอบด้วย ประเทศที่มีอุตสาหกรรมก้าวหน้า อย่างเช่นประเทศญี่ปุ่น
 และประเทศที่จะกำลังพัฒนาอุตสาหกรรมใหม่ในกลุ่มอาเซียน เช่น ประเทศฟิลิปปินส์ ดังนี้

3.2.1 หลักกฎหมายประกันสังคมประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกของทวีปเอเชียที่กลายเป็นประเทศอุตสาหกรรม ซึ่ง
 ประเทศญี่ปุ่นมีมาตรฐานในการครองชีพของประชาชนจัดได้ว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สูงขึ้นเรื่อยๆ มีค่า
 รายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปี คือ 22,000 เหรียญสหรัฐ ซึ่งการจัดสวัสดิการด้านแรงงานของประเทศญี่ปุ่น
 จะทำการศึกษาตามมาตรการทางรัฐธรรมนูญ มาตรการคุ้มครองแรงงาน และรวมถึงมาตรการทาง
 กฎหมายประกันสุขภาพ

ประเทศญี่ปุ่น เป็นประเทศแรกในทวีปเอเชียที่เริ่มนำระบบการประกันสังคมมาใช้
 บังคับ โดยเริ่มใช้ในปี 2524

ประกันสังคมในญี่ปุ่น เริ่มจากการเป็นโครงการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (Mutual
 Aid System) สำหรับลูกจ้างในสถานที่ทำงาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเฉลี่ยความเสี่ยงภัยซึ่งกันและ
 กัน (Sharing Mutual Risks) ต่อมาจึงขยายเป็นระบบประกันของลูกจ้าง (Employees' Insurance
 System) ที่คุ้มครองลูกจ้างทุกคน และขยายถึงบุคคลที่มีได้เป็น ลูกจ้างและที่มีได้รับความคุ้มครอง
 จากระบบประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน (Occupational Insurance System) ในระยะต่อมา³

ระบบการประกันของประเทศญี่ปุ่น ได้พัฒนาเทียบกับประเทศตะวันตก ระหว่างปี
 ค.ศ. 1945-1954 ข้อตกลงการก่อสร้างระบบประกันสังคม เริ่มขึ้นภายหลังสงครามโลก ครั้งที่ 2
 ระหว่างปี ค.ศ. 1955-1964 ระบบประกันสุขภาพนำมาใช้ระหว่างปี ค.ศ. 1965-1974 ส่วนระบบ
 ประโยชน์ทดแทนปรับปรุงขึ้นภายหลังปี ค.ศ. 1975 และพยายามก่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการ
 จ่ายประโยชน์ทดแทนและการเรียกเก็บเงินสมทบ ซึ่งมีการปรับปรุงมาตลอด ระบบประกันสังคม
 จึงเริ่มมาจากการใช้ระบบประกันสุขภาพและมีระบบบำนาญครอบคลุมประชากรทุกคน แรกเริ่ม
 นั้นระบบดังกล่าวจะเป็นการดูแลช่วยเหลือ ลูกจ้างในสถานที่ทำงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความ

³ ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม. (2538). บทความแปล เรื่อง
 แนวการดำเนินงานประกันสังคมในประเทศญี่ปุ่น และระบบประกันสังคมของฟิลิปปินส์ ในปี ค.ศ. 2000. หน้า 1.

เสี่ยงภัยจากทำงานต่อมา ระบบนี้จึงได้ขยายไปสู่ลูกจ้างทุกคนแม้กระทั่งกลุ่มอิสระที่ไม่มีลูกจ้าง หรือกลุ่มว่างงาน⁴

สาขาของการประกันสังคม (Branches of Insurance) ในประเทศญี่ปุ่น แบ่งเป็น 6 สาขาใหญ่ๆ ตามลักษณะของบทบาท ได้แก่

- 1) การประกันกรณีเจ็บป่วยหรือการประกันทางการแพทย์ (Medical Care Insurance)
- 2) การประกันกรณีบำนาญ (Pension Insurance)
- 3) การประกันการจ้างงาน (Employment Insurance)
- 4) การประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน (Occupational Accident Compensation Insurance)
- 5) การสงเคราะห์บุตร (Child Allowance)
- 6) การประกันการดูแลผู้ป่วยระยะยาว(Long-Term Care Insurance)

1) การประกันกรณีเจ็บป่วยหรือการประกันทางการแพทย์ (Medical Care Insurance)⁵
ระบบนี้ให้ประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตนกรณีที่สูงสูญเสียรายได้ในระยะสั้น เช่น คลอดบุตร เจ็บป่วย ตาย

การประกันทางการแพทย์นี้จะไม่มีการจ่ายในรูปแบบเงินสด (In Cash) แต่จะให้ประโยชน์ในรูปแบบของการบริการ (In Kind) ผ่านสถาบันประกันทางการแพทย์ตามที่รัฐบาลท้องถิ่น กำหนด ซึ่งผู้ประกันตนต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งสมทบกับค่ารักษาทางการแพทย์แก่สถาบันประกันดังกล่าวนี้

การเจ็บป่วย การเกิดโรค หรือความตายของลูกจ้างขณะทำงาน จะอยู่ในความคุ้มครองของโครงการประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน จะอยู่ในความคุ้มครองของโครงการประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน ซึ่งบังคับให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลชดเชยแก่ลูกจ้าง

- 2) การประกันกรณีบำนาญ (Pension Insurance)⁶

การประกันกรณีบำนาญ เป็นระบบการจ่ายบำนาญแก่ผู้ประกันตนและผู้เป็นทายาท โดยครอบครัว บคลุมกรณีชราภาพ ทูพพลภาพ และกรณีตายซึ่งเป็นการจ่ายประโยชน์ระยะยาว เมื่อผู้ประกันสูญเสียความสามารถในการทำงานหรือตาย กล่าวคือ เมื่อลูกจ้างผู้ประกันตนตาย

⁴ เยาวลักษณ์ สวัสดิ์ธิติม . (2544). รายงานการฝึกอบรมหลักสูตร The 11th Study Programme for The Asian Social Insurance Administrators จัดโดย Japan International Corporation of Welfare Services (JICWELS). หน้า 3.

⁵ ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม. เล่มเดิม. หน้า 3.

⁶ แหล่งเดิม. หน้า 4.

ประโยชน์ทดแทนนั้นจะตกเป็นของทายาทเรียกว่า บำนาญตกทอด (Survivors Pension) ขณะที่ระบบประกันทางการแพทย์จะจ่ายค่าทำศพ

บำนาญชราภาพจะจ่ายให้แก่ผู้ที่จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 25 ปีขึ้นไป และมีอายุถึงเกณฑ์เกษียณที่กำหนดไว้ อัตราเงินสมทบจะคำนวณไว้ระยะยาว

3) การประกันการจ้างงาน (Employment Insurance)⁷

โครงการนี้เป็นการประกันแก่ลูกจ้างผู้ประกันตนเมื่อว่างงาน เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะมีรายได้เพียงพอแก่การดำรงชีวิตขณะที่กำลังหางานทำ อัตราประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานจะแตกต่างกันไปตามประเภทของผู้ประกันตน ได้แก่ ลูกจ้างทั่วไป ลูกจ้างสูงอายุ ลูกจ้างชั่วคราวหรือลูกจ้างรายวัน

นอกเหนือจากประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานดังกล่าวแล้ว กองทุนประกันการจ้างงานยังมีภาระในกรณีการดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงในการมีงานทำเสถียรภาพในการจ้างงาน การป้องกันการว่างงาน ปรับปรุงสภาพการทำงาน ขยายโอกาสในการมีงานทำ ปรับปรุงความสามารถ และทักษะของลูกจ้างให้สูงขึ้น รวมทั้งโครงการปรับปรุงสวัสดิการลูกจ้างและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

4) การประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน (Occupational Accident Compensation Insurance)⁸

โครงการนี้ให้ความคุ้มครองกรณีความเสียหายหลายประการ ได้แก่ ความเจ็บป่วย โรค ความพิการ และความตายอันเนื่องมาจากการทำงาน หรือระหว่างการเดินทางไป-กลับ จากสถานที่ทำงาน

ประโยชน์ทดแทนในโครงการนี้ จ่ายเป็นบำนาญหรือเป็นเงินก้อนก็ได้ ทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การทดแทนรายได้ระหว่างการขาดงาน การช่วยเหลือกรณีขาดความสามารถในการทำงานเนื่องมาจากความพิการ และเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้เป็นทายาท

กฎหมายมาตรฐานแรงงาน (Labour Standards Act) กฎหมายลูกจ้างของรัฐ (National Government Employees Act) และกฎหมายผู้เดินเรือทะเล (Seamen's Act) และกฎหมายแรงงานพื้นฐานอื่นๆ ล้วนกำหนดชัดเจนให้นายจ้างต้องจ่ายเงินทดแทนกรณีเกิดอุบัติเหตุกับลูกจ้าง

⁷ แหล่งเดิม.

⁸ แหล่งเดิม. หน้า 5.

5) การสงเคราะห์บุตร (Child Allowance)⁹

ระบบสงเคราะห์บุตรมีความมุ่งหมายที่จะให้เงินช่วยเหลือแก่บุคคลที่เลี้ยงดูบุตร และเพื่อช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ให้มีความมั่นใจในการประกอบอาชีพ ด้วยการให้ความช่วยเหลือแก่เด็กซึ่งจะเป็นผู้นำสังคมญี่ปุ่นต่อไปในอนาคต ให้เติบโตอย่างมั่นคง และเพื่อที่จะให้ได้รับการส่งเสริมคุณภาพและความสามารถด้านต่างๆ ให้ดียิ่งขึ้น

เงินสงเคราะห์บุตรจะจ่ายให้แก่คนที่ให้การเลี้ยงดูบุตรที่มีอายุถึง 12 ปีหรือต่ำกว่า แต่หากรายได้ของคนที่เลี้ยงดูบุตรมีจำนวนเกินกว่าที่ กำหนดจะไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์บุตร ทั้งคนที่มิสิทธิจะได้รับเงินเลี้ยงดูบุตรต้องมีหนังสือรับรองจากเทศบาลท้องถิ่นในเขตที่ตนอาศัยอยู่ โดยได้รับการรับรองเกี่ยวกับสิทธิ และจำนวนเงินสงเคราะห์ที่มีสิทธิได้รับ ในกรณีของลูกจ้าง รัฐบาลแห่งชาติหรือรัฐบาลท้องถิ่น นั้นหนังสือรับรองต้องออกโดยผู้มีอำนาจสูงสุดของกระทรวง หรือหน่วยงานราชการ หรือออกโดยผู้ได้รับมอบอำนาจจากหน่วยงานต้นสังกัดนั้นๆ

จำนวนเงินสงเคราะห์บุตรที่จ่ายให้แก่บุตรคนแรกและคนที่สองคือ 5,000 เยนต่อคน และ 10,000 เยนต่อคน สำหรับบุตรคนที่สามและบุตรในลำดับต่อไป

6) การประกันการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long-Term Care Insurance)¹⁰

ในประเทศญี่ปุ่นการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ เป็นสาเหตุให้เกิดความต้องการดูแลด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย จำนวนคนที่ต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจึงเพิ่มขึ้น เดิมระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจะมีอยู่ใน 2 ระบบที่แยกจากกันคือ ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ และระบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นเหตุให้เกิดการขัดแย้งในการเบิกจ่าย การให้บริการ เพื่อขจัดปัญหาต่าง ระบบทั้งสองจึงถูกปรับโครงสร้างใหม่จึงเกิดการ ประกันการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long-Term Care Insurance) มีการกำหนดเงื่อนไขระหว่างสิทธิประโยชน์ต่างๆ และค่าใช้จ่ายไว้อย่างชัดเจน โดยมุ่งเน้นให้เกิดทางเลือกในการใช้บริการหลากหลายขึ้น จะครอบคลุมการดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาล และบริการด้านสวัสดิการต่างๆ

ระบบประกันการดูแลผู้ป่วยระยะยาว จะคุ้มครองประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ประกันตนประเภทที่ 1 ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และผู้ประกันตนประเภทที่ 2 ที่มีอายุยังไม่ถึง 65 ปี

ค่าใช้จ่ายสำหรับประโยชน์ทดแทนในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวมาจากเงินสมทบและค่าใช้จ่ายของภาครัฐ (จากรัฐบาลแห่งชาติ องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลท้องถิ่น)

⁹ กองแผนงานและสารสนเทศ สำนักงานประกันสังคม. (2550). ระบบประกันสังคมในประเทศไทย. หน้า 46.

¹⁰ แหล่งเดิม . หน้า 49

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับเทศบาลท้องถิ่นจะเป็นผู้ให้ความเห็นชอบเป็นหนังสือรับรองบุคคลที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว โดยจะขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของคณะกรรมการ และคณะ กรรมการจะตัดสินใจโดยพิจารณาจากกายภาพและสภาพจิตใจของผู้ประกันตน รวมทั้งความเห็นของแพทย์ผู้ให้การรักษา ประโยชน์ทดแทนของการประกันการดูแลผู้ป่วยระยะยาว จะจ่ายให้แก่บริการดังต่อไปนี้

(1) การให้บริการที่บ้าน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้าน บริการเช็ดตัวดูแลทำความสะอาดให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น

(2) การให้บริการด้านความสะดวกต่าง ๆ ได้แก่ บริการต่างๆ ในสถานที่ที่ให้ความสะดวกทางด้านสวัสดิภาพแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว (สถานพยาบาลพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ) บริการในสถานที่ให้ความสะดวกในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวและบริการในสถานที่ให้ความสะดวกด้านการรักษาพยาบาลในสถานพักพิ้นสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล

(3) การให้บริการชุมชน ได้แก่ บริการดูแลผู้ป่วยในเวลากลางคืน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ความจำเอนที่บ้าน การเยี่ยมไข้ผู้ป่วยที่บ้านโดยการบริการนอกประสงค์ เป็นต้น

(4) การให้บริการต่างๆ เพื่อป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะที่ต้องการการดูแลระยะยาว ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อป้องกันการดูแลระยะยาว บริการเช็ดตัวทำความสะอาดให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น

(5) การให้บริการชุมชนเพื่อป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะที่ต้องการการดูแลระยะยาว ได้แก่ กลุ่มเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความจำเอนเพื่อป้องกันการดูแลระยะยาว การดูแลเยี่ยมเยือนผู้ป่วยที่บ้าน โดยการบริการนอกประสงค์ เป็นต้น

จากที่ได้กล่าวมาแล้วเบื้องต้นเกี่ยวกับการประกันสังคมในประเทศญี่ปุ่น ประเทศญี่ปุ่นยังมีการประกันสังคมที่น่าสนใจ กล่าวคือประเทศญี่ปุ่นมีระบบการประกันสังคมตามประเภทดังต่อไปนี้

1) กรณีประกันการชราภาพ ทูพพลภาพ และตาย มีระบบการประกันสังคมอยู่ 2 ระบบหลัก ได้แก่ การประกันบำนาญคนงาน (Employees Pension Insurance) ให้ครอบคลุมถึงกิจการต่างๆ ในอุตสาหกรรมและการพาณิชย์รวมกะลาสีเรือด้วย และระบบโครงการประกันบำนาญแห่งชาติ (National Pension Program) ใช้งบพลเมืองทุกคนที่มีอายุ 20-59 ปี ภายใต้ระบบนี้มีระบบการประกันสังคมแบบ บสมัครใจกับพลเมืองที่มีอายุ 60-64 ปี และผู้ที่ไปทำงานต่างประเทศที่อายุ 20-64 ปี นอกจากนี้ยังมีระบบพิเศษสำหรับเกษตรกร ครูโรงเรียนเอกชน ลูกจ้างในภาคเกษตร ป่าไม้ สหกรณ์ ประมง และคนงานในกิจการสาธารณะ โดยระบบแรกผู้มีหน้าที่ออกเงินสมทบ

ได้แก่ นายจ้างและลูกจ้างเท่านั้น โดยไม่ออกเท่ากัน คือ ร้อยละ 7.25 (ผู้ชาย) หรือ ร้อยละ 7.75 (ผู้หญิง) ของเงินเดือน ส่วนระบบที่สองมีรัฐบาลเข้ามามีส่วนร่วมด้วย โดยรัฐออกร้อยละ 33.3 ของผลประโยชน์และค่าบริหาร ที่เหลือเป็นของนายจ้างและลูกจ้างที่ต้องสมทบ (แต่ขาดข้อมูลว่าแต่ละฝ่ายต้องสมทบเท่าใด) เรื่องประโยชน์ทดแทนมีหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นบำนาญชราภาพ บำนาญทุพพลภาพ บำนาญตกทอด รวมทั้งให้เงินเสริมเมื่อมีผู้อยู่ภายใต้อุปการะผู้ประกันตนด้วย และทุกๆ ปีจะมีการปรับอัตราค่าให้ผลประโยชน์ทดแทนโดยอัตโนมัติในทั้ง 2 ระบบหลัก ส่วนเงื่อนไขกำหนดให้การประกันชราภาพในทั้ง 2 ระบบหลัก ลูกจ้างต้องสมทบเงินมาแล้วไม่ต่ำกว่า 25 ปี¹¹

2) กรณีการเจ็บป่วยและคลอดบุตร ในระบบประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่นมีอยู่สองระบบ คือ การประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) ซึ่งเน้นครอบคลุมพลเมืองทั่วไป และการประกันสุขภาพพนักงาน (Employee Health Insurance) ซึ่งเน้นผู้ทำงานในอุตสาหกรรมและพาณิชย์และผู้ประกันตนโดยสมัครใจ และมีระบบพิเศษสำหรับผู้มีอายุตั้งแต่ 70 ปี กระลาตีเรือ ครูเอกชน และคนงานกิจการสาธารณะ ระบบแรกให้เฉพาะประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์เท่านั้น ระบบหลังมีทั้งการให้ประโยชน์ในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ระบบแรกประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ให้ใช้กับพลเมืองทุกคนที่มีใ้ได้อยู่ภายใต้การประกันสุขภาพพิเศษอื่นๆ โดยไม่กำหนดเวลาก่อนการให้ประโยชน์ ส่วนประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์และประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้ในระบบหลังนั้น โดยต้องทำงานใน รอบ 12 เดือน ที่ผ่านมา ในระบบแรกสำหรับการส่งเงินสมทบ ผู้ประกันตนและรัฐบาลสมทบโดยผู้ประกันตนสมทบน้อยกว่ารัฐบาล เพราะรัฐบาลออกร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ค่าบริหารงาน และเงินอุดหนุนในบางท้องที่ ส่วนนายจ้างไม่ต้องสมทบ ส่วนในระบบที่สอง ลูกจ้างและนายจ้างออกเงินสมทบเท่ากัน และรัฐบาลออกน้อยกว่าแต่ก็ช่วยออกค่าบริหารงาน การให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด ค่าโรงพยาบาล ค่าพยาบาล การทำฟัน การคลอดบุตร ค่ายาและยานพาหนะ ส่วนผลประโยชน์ทดแทนเป็นเงินสด กรณีเจ็บป่วยจะให้ ร้อยละ 60 ของค่าจ้างเฉลี่ย 3 เดือนสุดท้าย ส่วนกรณีคลอดบุตรจะให้ร้อยละ 60 ของค่าจ้างเฉลี่ย โดยจ่ายให้ 42 วันก่อนคลอด และ 56 วันหลังคลอด (รวม 98 วัน) นอกจากนี้ ยังให้เงินก้อนเมื่อคลอดบุตร 1 ใน 2 เดือนของเงินค่าจ้าง (20,000 เยน) และเงินค่าพยาบาลเด็ก (2,000 เยน) เป็นต้น¹²

3) กรณีประกันประสบอุบัติเหตุและเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน คู่สมรสลูกจ้างในอุตสาหกรรมและพาณิชย์ ที่ไม่ได้รวมอยู่ในการประกันโดยสมัครใจในกิจการเกษตร ป่าไม้ และ

¹¹ นิคม จันทรวินิจ ค. (2537). กฎหมายประกันสังคม: แนวคิด พัฒนาการและก้าวแรกของการดำเนินงานในประเทศไทย. หน้า 27-28.

¹² แหล่งเดิม. หน้า 28-29.

ประมง ที่มีลูกจ้างในสถานประกอบการนั้นน้อยกว่า 5 คน นอกจากนี้ยังมีระบบพิเศษสำหรับ ผู้ประกอบการอาชีพอิสระและคนงานในกิจการสาธารณะ การจ่ายเงินสมทบนั้นเป็นหน้าที่ของนายจ้าง ประมาณร้อยละ 0.6-14.9 ของเงินเดือน (ตามอัตราการเกิดอุบัติเหตุในรอบ 3 ปี) ลูกจ้างผู้ประกันตน ไม่ต้องจ่าย ส่วนรัฐบาลช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายบางอย่างจำกัดจากงบประมาณ การได้รับประโยชน์ทดแทนจะได้ทันทีโดยไม่มีเงื่อนไขเกี่ยวกับระยะเวลาการทำงานขั้นต่ำแต่อย่างใด ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับจะมีทั้งประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้ เช่น กรณีพิการ ได้ร้อยละ 60 ของรายได้เฉลี่ยรายวัน และการให้บริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังมีบ้านพักฉุกเฉินสำหรับผู้มีสิทธิ ได้รับ ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดา มารดา ปู่ ย่า หลานและพี่น้องที่ต้องดูแลด้วย¹³

องค์การบริหารระบบความมั่นคงทางสังคม ในส่วนของการประกันสุขภาพ พิจารณา พุพพลภาพและตาย การเจ็บป่วยและคลอดบุตร และการสงเคราะห์บุตร จะรับผิดชอบหลักโดย กระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ (Ministry of Health and Welfare) ส่วนการประกันการเจ็บป่วยจาก งาน และการว่างงาน จะรับผิดชอบหลักโดยกระทรวงแรงงาน (Ministry of Labour)¹⁴

การกำหนดอัตราเงินค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่น วิวัฒนาการความเป็นมาของระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น เริ่ม มาประมาณกว่า 70 ปีแล้ว กล่าวคือ เริ่มมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1922 ระบบการประกันการรักษาพยาบาล ของประเทศญี่ปุ่น เป็นระบบที่ประกอบด้วยหลายรูปแบบ มีกฎหมายรองรับมากมายหลายฉบับ การ เกิดขึ้นของการประกันแต่ละรูปแบบ เนื่องมาจากวิวัฒนาการความเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้า ทางอุตสาหกรรมประกอบกับความจำเป็นที่รัฐต้องจัดสวัสดิการรองรับ¹⁵

ประเภทของระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น¹⁶ ครอบคลุมถึง ประชาชนทุกคนในประเทศมาประมาณ 30 ปีแล้ว คือ เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1961 เป็นต้นมา ประเภท ของการให้ประกันแบ่งออกเป็น 2 โครงการหลักๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ประเทศญี่ปุ่นจัดประกันสุขภาพ เป็นระบบผสมแบบชนานและแบบช้อน กล่าวคือ

1) การประกันสุขภาพของลูกจ้าง (Employee Health Insurance, EHI) เป็นโครงการ ประกันที่จัดให้แก่ลูกจ้างในสถานประกอบการ ซึ่งรวมถึงลูกจ้างที่ทำงานอยู่กับรัฐบาลด้วย

¹³ แหล่งเดิม. หน้า 29.

¹⁴ แหล่งเดิม. หน้า 30.

¹⁵ พรรณี ศรียุทธศักดิ์ และเพ็ญศรี ดาวัลย์. (2536). เรื่อง ระบบการประกันการรักษาพยาบาลของ ประเทศญี่ปุ่น(รายงานการศึกษาดูงาน). หน้า 1.

¹⁶ แหล่งเดิม. หน้า 6.

2) การประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance, NHI) เป็นโครงการประกันที่จัดแก่ประชาชนโดยทั่วไปที่ไม่อยู่ภายใต้ EHI บุคคลใดก็ตามที่ไม่อยู่หรือปลดเกษียณออกจากโครงการ EHI แล้ว จะต้องสมัครอยู่ภายใต้ NHI

นอกจากโครงการหลัก 2 โครงการดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีโครงการพิเศษเฉพาะที่จัดตั้งขึ้นอีกโครงการหนึ่ง คือ โครงการสุขภาพและการให้บริการการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ (Health and Medical Services for the Aged) ซึ่งผู้ประกันตนที่อยู่ในโครงการนี้ คือ คนที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป หรืออยู่ระหว่างอายุ 65-70 ปี ที่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาล โครงการสุขภาพและการให้บริการการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุนี้ได้เริ่มออกกฎหมายมาใช้บังคับมาตั้งแต่ปี 1983 ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากการที่ประเทศญี่ปุ่นประสบปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตามลำดับ และจากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการมีผู้สูงอายุมาใช้บริการมากโดยเฉพาะเป็นกรณีคนไข้ใน ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ใช้โรงพยาบาลเป็นที่พักผ่อนและหาเพื่อน ส่งผลให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนมาก ปัจจุบันญี่ปุ่นมีผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป 12.6% (ประมาณ 15 ล้านคน) และ ช่วงอายุของชีวิตเฉลี่ย (Average Life Expectancy) ของเพศชายเท่ากับ 76.11 และของเพศหญิงเท่ากับ 82.11 ปี และจากการคาดการณ์ปรากฏว่า ในปี 2014 ญี่ปุ่นจะมีผู้สูงอายุมากกว่า 30 ล้านคนจากตัวเลขดังกล่าวข้างต้น ทำให้ประมาณได้ว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก ดังนั้น เพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาลที่ต้องจ่ายเงินสนับสนุนช่วยเหลือแก่โครงการสุขภาพและการให้บริการการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุด้วย

ปัจจุบันมีผู้อยู่ในโครงการนี้ 10.33 ล้านคน เป็นคนที่อยู่ในโครงการ การประกันสุขภาพของลูกจ้าง (Employee Health Insurance 3.188) ล้านคน และอยู่ในโครงการ การประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance 7.142) ล้านคน คนกลุ่มนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของรัฐบาลในแต่ละท้องถิ่น (จังหวัด เมือง หรือ หมู่บ้าน) และเมื่อไปรับ การรักษาพยาบาลจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลร่วม ดังนี้

กรณีคนไข้นอก จ่าย 1,000 เยน¹⁷ต่อเดือน

กรณีคนไข้ใน จ่าย 700 เยนต่อวัน แต่ถ้าเป็นคนไข้ที่มีรายได้น้อยจะจ่าย 300 เยนต่อวัน และจ่ายไม่เกิน 2 เดือน¹⁸

¹⁷ อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ ณ วันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2554 จากธนาคารกรุงเทพ 100 เยน มีค่าเท่ากับ 41.13 บาท.

¹⁸ พรณิ ศรียุทธศักดิ์ และเพ็ญศรี ดาวลัย. เล่มเดิม. หน้า 6-7.

สำหรับกรณีเรื่องอัตราเงินสมทบ เนื่องจากระบบการประกันการรักษายาบาลแบ่งออกเป็นโครงการย่อยๆ มากมาย ในแต่ละโครงการย่อมมีการบริหารงานเป็นอิสระซึ่งกันและกัน และในแต่ละโครงการย่อย มีการเก็บเงินสมทบต่างๆ กัน¹⁹ ดังนี้

ตารางที่ 3.1 ตารางอัตราเงินสมทบ

โครงการหลัก	โครงการย่อย	อัตราเงินสมทบ (นายจ้าง+ลูกจ้าง)
1. โครงการเพื่อลูกจ้าง	1. กลุ่มลูกจ้างทั่วไป 2. กลุ่มลูกจ้างในบริษัทขนาดใหญ่ 3. กลุ่มแรงงานรายวัน 4. กลุ่มชาวประมง 5. กลุ่มข้าราชการ 6. กลุ่มข้าราชการส่วนท้องถิ่น 7. กลุ่มครูและเจ้าหน้าที่โรงเรียนราษฎร์	8.2% 8.254% 1.307-2,640 เยน ต่อวัน 8.8% 8.429%
2. โครงการเพื่อประชาชนทั่วไป	1. กลุ่มเกษตรกรและอาชีพอิสระ 2. กลุ่มที่เกษียณอายุแล้ว	แตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น โดยพิจารณาจากรายได้ , จำนวนผู้ประกันตน , ทรัพย์สินสมบัติ (Property) และจำนวนคนในครอบครัวที่อยู่ภายใต้โครงการ

สำหรับกรณีเรื่อง ประโยชน์ทดแทน²⁰ โดยประโยชน์ทดแทนที่ได้จากการประกันแบ่ง ออกได้เป็นประโยชน์ทดแทนตามที่กฎหมายกำหนดไว้และประโยชน์ทดแทนเพิ่มเติม (Additional Benefits) ซึ่งประโยชน์ทดแทนเพิ่มเติมนี้ เป็นประโยชน์ทดแทนที่ผู้ขายประกันให้แก่ผู้ประกันตนเพิ่มเติมจากประโยชน์ทดแทนที่กฎหมายกำหนดไว้

¹⁹ แหล่งเดิม. หน้า 10.

²⁰ แหล่งเดิม. หน้า 10.

ประโยชน์ทดแทนตามที่กฎหมายกำหนดไว้ แบ่งออกได้เป็น 2 แบบ คือ

1) ประโยชน์ทดแทนในรูปการให้การรักษาพยาบาล (Medical Benefits)

(1) อัตราค่ารักษาพยาบาล อัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยเฉลี่ยแล้ว ค่ารักษาพยาบาลนี้จะจ่ายโดยระบบการประกันประมาณ 84% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ผู้ประกันตนจ่ายค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลร่วม (Co-Payment) ประมาณ 16%

(2) ลักษณะของระบบการให้การรักษาพยาบาล²¹

ระบบการให้การรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น ใช้ระบบจ่ายตาม ใบเสร็จ (Fee For Service) คือ ผู้ประกันตนและผู้อยู่ในอุปการะสามารถจะไปใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเกิดจากการเจ็บป่วยที่สถานพยาบาลที่ไหนก็ได้ ปัจจุบันมีสถานพยาบาลทางการแพทย์ (Medical Institution) จำนวน 85,000 แห่ง, คลินิกทันตแพทย์ 55,000 แห่ง และ ร้านขายยาที่มีเภสัชกร (Pharmacies) 32,000 แห่ง มีผู้ขายประกันทั้งหมด 12,000 แห่ง แต่ผู้ประกันตนและผู้อยู่ในอุปการะจะต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลร่วมในอัตรา ที่แต่ละโครงการกำหนดไว้ เช่น ในโครงการประกันสังคมเพื่อลูกจ้าง ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลร่วม 10% อีก 90% โครงการจะเป็นผู้จ่ายให้ โดยเรียกเก็บจากผู้ขายประกันภายหลัง

2) ประโยชน์ทดแทนในรูปเงินสด (Cash Benefits)²²

แยกตามประเภทของโครงการรายละเอียดตามตารางดังนี้

ตารางที่ 3.2 ตารางประเภทเงินทดแทน (ประโยชน์ทดแทนในรูปเงินสด)

โครงการ	กรณี เจ็บป่วย (Injury Allowance)	กรณี คลอดบุตร (Maternity Allowance)	กรณี ต้องหยุดงาน (For loss of day at work)	ค่าคลอดบุตร (Delivery expenses)
กลุ่ม ลูกจ้าง ทั่วไป	60% ของเงินเดือน ไม่เกิน 1.5 ปี	60% ของเงินเดือน จ่ายก่อนคลอด 42 วันหลังคลอด 56 วัน	-	50% ของเงินเดือน(ต่ำสุด 240,000 เยน กำหนดโดย กฤษฎีกา)

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

²¹ แหล่งเดิม. หน้า 12.

²² แหล่งเดิม. หน้า 15-16.

โครงการ	กรณี เจ็บป่วย (Injury Allowance)	กรณี คลอดบุตร (Maternity Allowance)	กรณี ต้องหยุดงาน (For loss of day at work)	ค่าคลอดบุตร (Delivery expenses)
กลุ่ม แรงงาน รายวัน	2% ของค่าจ้างไม่ เกิน 6 เดือน (บางกรณี 1.5 ปี)	2% ของค่าจ้าง จ่าย ก่อนคลอด 42 วัน หลัง คลอด 56 วัน	-	50% ของ ค่าจ้างต่ำสุด 240,000 เยน
กลุ่ม ชาวประมง	60% ของเงินเดือน ไม่เกิน 3 ปี	60% นับตั้งแต่วันที่ ได้รับการยืนยันว่า ตั้งครรภ์ และจ่าย 56 วัน หลังคลอด	-	50% ของ เงินเดือน ต่ำสุด 240,000 เยน
กลุ่ม ข้าราชการ	65% ของเงินเดือน ไม่เกิน 1.5 ปี (บางกรณี 3 ปี)	65% ของเงินเดือนจ่าย ก่อนคลอด 42 วัน หลังคลอด 56 วัน	50% ของ เงินเดือน	เงินเดือน 1 เดือน ต่ำสุด 240,000 เยน
กลุ่ม ข้าราชการ ส่วน ท้องถิ่น	80% ของเงินเดือน ไม่เกิน 1.5 ปี (บาง กรณี 3 ปี)	80% ของเงินเดือนจ่าย ก่อนคลอด 42 วัน หลัง คลอด 56 วัน	10% ของ เงินเดือน	เงินเดือน 1 เดือน ต่ำสุด 240,000 เยน
กลุ่มครูและ เจ้าหน้าที่ โรงเรียน ราษฎร์	80% ของเงินเดือน ไม่เกิน 6 เดือน (บางกรณี 3 ปี)	80% ของเงินเดือนจ่าย ก่อนคลอด 42 วัน หลัง คลอด 56 วัน	60% ของ เงินเดือน	เงินเดือน 1 เดือน ต่ำสุด 240,000 เยน

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

โครงการ	กรณี เจ็บป่วย (Injury Allowance)	กรณี คลอดบุตร (Maternity Allowance)	กรณี ต้องหยุดงาน (For loss of day at work)	ค่าคลอดบุตร (Delivery expenses)
กลุ่ม ประชาชน ทั่วไป	ไม่มีกำหนดไว้ (ปัจจุบันยังไม่มี ท้องถิ่นไหนให้)	ไม่มีกำหนดไว้ (ปัจจุบันยังไม่มี ท้องถิ่นไหนให้)	-	กำหนดโดย เทศบัญญัติ (มาตรฐาน จ่าย 240,000 เยน)
กลุ่มลูกจ้าง ทั่วไป	กำหนดโดกฤษฎีกา เท่ากับ 240,000 เยน	กำหนดโดกฤษฎีกา เท่ากับ 2,000 เยน	เงินเดือน 1 เดือน (ต่ำสุด 100,000 เยนกำหนด โดกฤษฎีกา)	กำหนดโด กฤษฎีกา (ต่ำสุด 100,000 เยน)
กลุ่ม แรงงาน รายวัน	กำหนดโดกฤษฎีกา เท่ากับ 240,000 เยน	กำหนดโดกฤษฎีกา เท่ากับ 2,000 เยน	ค่าจ้าง 1 เดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)	กำหนดโด กฤษฎีกา (ต่ำสุด 100,000 เยน)
กลุ่ม ชาวประมง	กำหนดโดกฤษฎีกา เท่ากับ 240,000 เยน	กำหนดโดกฤษฎีกา เท่ากับ 2,000 เยน	เงินเดือน 2 เดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)	1.4 เท่าของ เงินเดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

โครงการ	ค่าคลอดบุตร ของคู่สมรส (Delivery expenses of spouse)	ค่าน้ำนม (Child Rearing Allowance)	ค่าทำศพ (Burial Expenses)	ค่าทำศพของ ผู้อยู่ใน อุปการะ (Burial Expenses of dependents)
กลุ่มครูและ เจ้าหน้าที่ โรงเรียน ราษฎร์	70% ของเงินเดือน (ต่ำสุด 240,000 เยน)	2,400 เยน	เงินเดือน 1 เดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)	70% ของ เงินเดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)
กลุ่ม ประชาชน ทั่วไป	70% ของเงินเดือน (ต่ำสุด 240,000 เยน)	จะให้หรือไม่ก็ได้ (ที่ให้ส่วนมากต่ำ กว่า 6,000 เยน)	กำหนดโดยเทศ บัญญัติ(โดยทั่วไป 10,000-50,000 เยน)	-
กลุ่ม ข้าราชการ	70% ของเงินเดือน (ต่ำสุด 240,000 เยน)	2,400 เยน	เงินเดือน 1 เดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)	70% ของ เงินเดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)
กลุ่ม ข้าราชการ ส่วน ท้องถิ่น	70% ของเงินเดือน (ต่ำสุด 240,000 เยน)	2,400 เยน	เงินเดือน 1 เดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)	70% ของ เงินเดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)

เป็นที่น่าสังเกต ว่าระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น เริ่มมีมานานแล้ว และมีการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงมาโดยตลอด เพื่อให้เหมาะสมกับสภาวะความเจริญและก้าวหน้าทางอุตสาหกรรมของประเทศ ระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่นจึงมีหลากหลายรูปแบบ มีผู้ดำเนินการ (ผู้ขายประกัน) มากมายทั้งภาครัฐและเอกชน อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันระบบดังกล่าวได้ครอบคลุมประชาชนทั่วทั้งประเทศแล้ว นั่นก็แสดงให้เห็นว่าคนญี่ปุ่นทุกคนได้รับการคุ้มครองดูแลในเรื่องการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต ระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น มีมาตรการจ่ายค่าบริการ²³ ดังนี้

ผู้ให้บริการปฐมภูมิ ค่าบริการจ่ายแบบตามใบเสร็จ (Fee for Services) ซึ่งแบ่งเป็นสองส่วนคือ ค่าบริการทางการแพทย์ และค่ายาและค่าวัสดุ โดยที่ค่าบริการทางการแพทย์ถูกกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ ในลักษณะสูตรคะแนนของบริการแต่ละประเภทและค่าบริการต่อหน่วย และค่านั้นปรับให้สอดคล้องกับราคาตลาด และกำหนดโดยใช้ราคาเฉลี่ยบวกอีกร้อยละ 5

ผู้ให้บริการทุติยภูมิ / ตติยภูมิ การจ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาลนั้นเป็นการจ่ายแบบตามใบเสร็จ (Fee for Services) โดยมีการกำหนดเป็น ตารางรายการ (Fee Schedule) มีการแยกประเภทเตียงที่เป็น การรักษาระยะสั้น (Acute Care) และการรักษาระยะยาว (Long Term Care) เพื่อให้มีความชัดเจนของประเภทผู้ป่วย แยกการจ่ายออกจากสถานพยาบาลการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์นั้น พิจารณาจากทักษะและประเภทบริการ (เช่น ทักษะในการให้บริการ ผ่าตัด เทคโนโลยี และทักษะ จำนวนบุคลากร) และราคาของยาและค่าวัสดุการแพทย์มีการให้น้ำหนักสำหรับทักษะของแพทย์ในการคำนวณอัตราค่าบริการที่จ่ายให้เพื่อให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการ ในปี ค.ศ. 1997 ได้มีการทบทวนเพื่อหามาตรการที่จะลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลง ซึ่งในขณะนี้กำลังพิจารณาในกลุ่มโรคร่วม (DRGs) มาใช้

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ประเทศญี่ปุ่น ใช้ระบบจ่ายตามใบเสร็จ (Fee for Services) ซึ่งก็เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ที่ใช้ระบบนี้ คือ ประสบปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1986 ประเทศ ญี่ปุ่น ได้ออกกฎหมายกำหนดให้ผู้ประกันตนจะต้องออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลร่วมด้วย 10% อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายก็คงยังเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่าปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากญี่ปุ่นมีจำนวนผู้ประกันตนที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยปัจจุบันมีมากกว่า 10 ล้านคน และกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว มักจะใช้โรงพยาบาลเป็น สมือนที่พักผ่อน หรือเป็นที่หาเพื่อน ให้มีคนมาคอยดูแล นอกจากนี้

²³ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (2544). ระบบประกันสุขภาพ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ. หน้า 52-53.

เนื่องจากประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ใช้ระบบจ่ายตาม ใบเสร็จ โดยมีองค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ ใบเสร็จ (Payment Organization) โดยเฉพาะ ซึ่งองค์กรนี้มีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 10,826 คน ซึ่งสูงมาก แต่ถึงแม้จะมี เจ้าหน้าที่ที่มากแต่เวลาที่สถานพยาบาลจะได้รับ เงินค่ารักษาพยาบาลเร็วที่สุดใช้เวลา ประมาณ 51 วัน ซึ่งค่อนข้างนานพอสมควร

3.2.2 หลักกฎหมายประกันสังคมของประเทศฟิลิปปินส์²⁴

ประเทศฟิลิปปินส์ เป็นประเทศหนึ่งในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งจัดว่าเป็น ประเทศกำลังพัฒนาอุตสาหกรรมใหม่ในกลุ่มอาเซียน ซึ่งประเทศฟิลิปปินส์ เป็นประเทศเดียวใน ภูมิภาคเอเชียที่มีวัฒนธรรมคล้ายประเทศตะวันตก อาจเนื่องมาจากการที่เคยเป็นประเทศอาณานิคม ของประเทศสเปน ประเทศฟิลิปปินส์จึงเป็นประเทศหนึ่งที่ทำให้ความสนใจต่อหลักการให้ความ ค้ำครองแก่ประชาชนด้านสวัสดิการ

เนื่องจากเป็นภารกิจของรัฐที่จะต้องส่งเสริมความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในสังคมจึงได้มีการ ให้ความสนใจต่อหลักการให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนด้านสวัสดิการมานานแล้ว แต่มีการ ปฏิบัติซึ่งมิใช่รูปแบบของการประกันสังคมโดยตรง ในปี พ .ศ. 2473 (ค.ศ. 1930) ประธานาธิบดี มานูเอล เกซอน ได้ประกาศใช้โครงการเพื่อความเป็นธรรมของสังคม เพื่อแก้ไขวิกฤตการณ์ทาง เศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ ยังได้พยายามวางแนวทางเพื่อชักจูงให้มีความโน้มเอียงในการที่รัฐ จะจัดระบบความมั่นคงทางสังคมให้แก่ประชาชน เช่น การดำเนินงานของรัฐเกี่ยวกับการประกันภัย เพื่อให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการ ซึ่งเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2475 (ค.ศ. 1932) โดยให้ ความคุ้มครองกรณีตาย ทูพพลภาพ ชราภาพ การสูญเสียทรัพย์สินจากภัยพิบัติ เช่น อัคคีภัย แผ่นดินไหว ภูเขาไฟระเบิด ฯลฯ

ต่อมาเมื่อประเทศฟิลิปปินส์ได้รับเอกราช ในปี พ .ศ. 2489 (ค.ศ. 1946) ซึ่งเป็นเวลาที่นานา อารยประเทศได้มีการประกันสังคมเกิดขึ้นแล้ว ประธานาธิบดีรามอน แม็คไซไซ ตระหนัก ถึง ความสำคัญของประกันสังคม จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นคณะหนึ่ง เมื่อปี พ.ศ. 2491 (ค.ศ. 1948) ให้ศึกษาและวิจัยเพื่อวางโครงร่างการจัดตั้งระบบประกันสังคมขึ้น โดยได้รับความ ร่วมมือและการสนับสนุนจากองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) จนกระทั่งปี พ .ศ. 2497 (ค.ศ. 1954) จึงได้ออกกฎหมายประกันสังคมฉบับแรกขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายจะให้ดำเนินงานภายใน ปี พ.ศ. 2499 (ค.ศ. 1956) แต่ได้รับเสียงคัดค้านอย่างรุนแรงจากธุรกิจประกันภัยภาคเอกชนและ การเมือง ในวันที่ 30 สิงหาคม พ .ศ. 2497 (ค.ศ. 1954) ประชาชนได้เดินขบวนไปยังทำเนียบ

²⁴ คณะผู้เข้าร่วมการฝึกอบรม หลักสูตรนักบริหารประกันสังคม รุ่นที่ 4. (2543). การประกันสังคม ณ ประเทศฟิลิปปินส์ และประเทศมาเลเซีย 18-24 มิถุนายน 2543 (รายงานการศึกษาดูงาน). หน้า 1.

ประธานาธิบดี เป็นเหตุให้ประธานาธิบดีแม็คไซไซระจัดการดำเนินงานประกันสังคมชั่วคราว และกลับมาปรับปรุงข้อคิดเห็นจากฝ่ายต่างๆ มาประมวล เพื่อแก้ไขปรับปรุงกฎหมายประกันสังคมขึ้นใหม่

ต่อมา ประธานาธิบดีคาร์ลอส ที่ การเซีย ได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์อย่างเข้มแข็ง จนสามารถลดความขัดแย้งที่เกิดจากความไม่เข้าใจระบบประกันสังคมได้ ทุกฝ่ายเริ่มเกิดความเข้าใจอันดีต่อกันและยอมรับรู้ถึงคุณค่าของการประกัน สังคม เมื่อประเทศฟิลิปปินส์ได้ประกาศใช้กฎหมายประกันสังคมอีกครั้ง เมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2500 (ค.ศ. 1957) จึงได้รับการตอบรับจากประชาชน หนังสือพิมพ์ทุกฉบับให้ความร่วมมือตีพิมพ์กฎหมายประกันสังคม และบทความเพื่อสนับสนุนการประกันสังคมเป็นอย่างดี ระยะแรกกฎหมายบังคับใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป หลังจากนั้น 2 ปี ได้ขยายความคุ้มครองไปยังผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระ ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 (ค.ศ. 1992) จึงได้ขยายความคุ้มครองไปยังผู้มีอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพประมงด้วย

ปัจจุบันระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) ได้ให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างในโครงการประกันสังคม 3 โครงการ ได้แก่ โครงการประกันสังคม ซึ่งดำเนินการตามกฎหมายประกันสังคม (Social Security Law, 1957) ให้ความคุ้มครองลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป และขยายการประกันตนโดยสมัครใจไปยังลูกจ้างต่างประเทศที่มีการจ้างงานในประเทศ รวมทั้งลูกจ้างชาวฟิลิปปินส์ที่ไปทำงานในต่างประเทศ โครงการประกันสุขภาพซึ่งดำเนินการตามกฎหมาย โครงการสวัสดิการ (Medicare, 1972) ให้ความคุ้มครองสมาชิกของระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) รวมไปถึงผู้ที่อยู่ในความอุปการะของสมาชิก ซึ่งได้แก่ คู่สมรส บุตรที่ต้องตามกฎหมาย และบิดามารดา และโครงการการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน ซึ่งดำเนินการตามกฎหมายการชดเชยลูกจ้าง (Employees Compensation, 1975)

ดังนั้น รัฐบาลฟิลิปปินส์ จึง สร้างระบบประกันสังคมขึ้น ให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มผู้ใช้แรงงานประชาชนทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยแบ่งออกเป็น 3 โครงการ คือ

1) โครงการประกันสังคม (The Social Security Program) ดำเนินการตามกฎหมายประกันสังคม (Social Security Law, 1957) ให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป และขยายการประกันตนโดยสมัครใจไปยังลูกจ้างต่างประเทศที่มีการจ้างงานในประเทศ และลูกจ้างฟิลิปปินส์ที่ไปทำงานในต่างประเทศ

การขยายความคุ้มครองได้ดำเนินการเป็นระยะๆ ดังนี้

ปี พ.ศ. 2523 (ค.ศ. 1980) ขยายความคุ้มครองไปยังผู้ประกอบการอาชีพอิสระ

ปี พ.ศ. 2535 (ค.ศ. 1992) ขยายความคุ้มครองไปยังลูกจ้างในภาคเกษตรกรรม และลูกจ้างชาวฟิลิปปินส์ที่ไปทำงานในเรือเดินทะเลระหว่างประเทศ

ปี พ.ศ. 2536 (ค.ศ. 1993) ขยายความคุ้มครองไปยังคนรับใช้ภายในบ้านที่มีรายได้อ่างต่ำ 1,000 เปโซ²⁵ / เดือน

ปี พ.ศ. 2538 (ค.ศ. 1995) ขยายความคุ้มครองไปยังลูกจ้างที่ไม่มีกรจ้างงานเป็นรูปแบบ (ไม่มีสัญญาจ้าง) และมีรายได้อ่างต่ำ 1,000 เปโซ / เดือน เช่น ลูกจ้างตามร้านแผงลอย คนเฝ้ารถ ฯลฯ

ปี พ.ศ. 2541 (ค.ศ. 1997) รัฐบาลฟิลิปปินส์ได้ออกกฎหมายเพื่อจัดระบบประกันสังคมให้ประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตนมากขึ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนโดยสมัครใจเข้าเป็นสมาชิกด้วย

ลักษณะของการประกัน มี 2 รูปแบบ คือ

(1) การประกันโดยบังคับ (Compulsory) อยู่ในความคุ้มครอง ได้แก่

ก. ลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราวที่อยู่ในสถานประกอบ การ และมีอายุ ไม่นเกิน 60 ปี

ข. ผู้ประกอบอาชีพอิสระมีรายได้อ่างต่ำตั้งแต่ 1,800 เปโซ ขึ้นไป และมีอายุ ไม่นเกิน 60 ปี

ค. คนทำงานบ้านที่มีรายได้อ่างต่ำตั้งแต่ 1,000 เปโซ ขึ้นไป

(2) การประกันโดยสมัครใจ (Voluntier) ผู้ที่อยู่ในความคุ้มครอง ได้แก่

ก. ลูกจ้างที่ออกจากงาน และมีความประสงค์ที่จะประกันตนต่อ

ข. ลูกจ้างที่ทำงานในต่างประเทศ

ค. ลูกจ้างต่างชาติที่ทำงานในประเทศฟิลิปปินส์

ง. คู่สมรสของลูกจ้างที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน

2) โครงการประกันสุขภาพ (The Medicare Program) ดำเนินการตามกฎหมายโครงการสวัสดิการสังคม (Medicare) ปี ค.ศ. 1972 โครงการนี้จะคุ้มครองสมาชิกของระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) รวมไปถึงผู้ที่อยู่ในอุปการะของสมาชิก ได้แก่ คู่สมรส บุตรที่ถูกต้องตามกฎหมาย และบิดามารดา

3) โครงการประกันการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ดำเนินการตามกฎหมายการชดเชยลูกจ้าง (Employees Compensation) ปี ค.ศ. 1975

²⁵ ธนาคารกรุงเทพ. (2554). อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ. สืบค้นเมื่อ 27 กันยายน 2554, จาก <http://www.bangkokbank.com/Bangkok+Bank+Thai/Web+Services/Rates/FX+Rates.htm>.

ภายใต้กฎหมายประกันสังคมของฟิลิปปินส์ ลูกจ้างในภาคเอกชนทุกคน จะต้องเป็นสมาชิกของระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) โดยก่อนที่จะสมัครเข้าทำงาน ต้องสมัครเข้าเป็นสมาชิกของระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) เสียก่อน ไม่ว่าจะป็นงานชั่วคราวหรืองานถาวรก็ตาม ในการสมัครงานจะต้องมีบัตรประกันสังคม ซึ่งระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) ออกให้ไปแสดงต่อนายจ้าง ยกเว้น ลูกจ้างที่อายุเกิน 60 ปี ขึ้นไป การสมัครเป็นสมาชิกระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) ทำได้ง่ายมาก สามารถรับบัตรประกันสังคมในทันทีที่ได้สมัครเป็นสมาชิก และเมื่อสมัครแล้วจะถือได้ว่าสมัครเข้าอยู่ใน 2 โครงการทันที คือ โครงการประกันสุขภาพ และโครงการประกันการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน สำหรับผู้ประกันตนที่ประกอบอาชีพอิสระและผู้ประกันตนโดยสมัครใจ จะให้ความคุ้มครองแก่ผู้ที่สมัครใจเป็นสมาชิกด้วยตนเอง และกลุ่มที่เป็นผู้ประกันตนโดยบังคับ ซึ่งยินดีส่งเงินสมทบต่อแม้ว่าจะออกจากงานแล้ว (เทียบได้กับผู้ประกันตนในมาตรา 39 ของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ของไทย) ทั้งนี้อายุจะต้องไม่เกิน 60 ปี ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและประมง ก็สามารถสมัครเข้าโครงการได้ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2535 (ค.ศ. 1992) การส่งเงินสมทบก็คิดเป็นรายปี และการคุ้มครองผู้ประกันตนก็นับเป็นรายปีปฏิทินเช่นกัน เริ่มตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม ของทุกปี

การจัดเก็บเงินสมทบ

1) อัตราเงินสมทบ

ระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) จัดเก็บเงินสมทบจาก 2 ฝ่าย คือ นายจ้างและลูกจ้างในอัตราร้อยละของรายได้ต่อเดือน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.3 ตารางเปรียบเทียบอัตรากำไรส่งเงินสมทบ

ประเภทของโครงการ	อัตราเงินสมทบ (%)			เพดานรายได้
	นายจ้าง	ลูกจ้าง	รวม	
1. ประกันสังคม (SS)	5.04 %	3.36 %	8.40 %	10,000 เปโซ
2. ประกันสุขภาพ	1.25 %	1.25 %	2.50 %	(เริ่มปี 1998)
3. ประกันการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน (EC)	1 %	-	1 %	3,000 เปโซ 1,000 เปโซ

หมายเหตุ

(1) ผู้ประกันตนโดยสมัครใจ จำนวนเงินค่าจ้างที่นำมาคำนวณเงินสมทบ คือ รายได้เดือนสุดท้าย แต่ทั้งนี้ต้องไม่ต่ำกว่า 1,000 เปโซ /เดือน ยกเว้นประชาชนประเทศฟิลิปปินส์ที่ไปทำงานต่างประเทศ รายได้ที่นำมาคำนวณเงินสมทบไม่ต่ำกว่า 3,000 เปโซ/เดือน

(2) คู่สมรสไม่ได้ทำงานจะจ่ายเงินสมทบร้อยละ 50 ของสามี โดยสามีจะต้องมีรายได้ไม่ต่ำกว่า 1,000 เปโซ/เดือน

2) การนำส่งเงินสมทบ

วิธีการนำส่งเงินสมทบ สามารถส่งเงินสมทบได้ 3 วิธี

- (1) ผ่านธนาคาร
- (2) ที่สำนักงาน โครงการประกันสังคม (SSS)
- (3) ส่งมาทางข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Data Interchange: EDI)

3) ระยะเวลาการนำส่งเงินสมทบ แบ่งเป็น 2 ช่วง

- (1) สำหรับภาคบังคับ จะต้องส่งเงินสมทบในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป
- (2) สำหรับภาคสมัครใจ จะต้องส่งเงินสมทบในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

การจ่ายประโยชน์ทดแทน

1) โครงการประกันสังคม

ประเทศฟิลิปปินส์มีการประกันสังคมตามประเภทต่างๆ ดังต่อไปนี้

- ชราภาพ ทูพพลภาพ และตาย
- เจ็บป่วยและคลอดบุตร
- ประสบอุบัติเหตุและเจ็บป่วยจากการทำงาน
- (ไม่มีการประกันการว่างงาน และสงเคราะห์บุตร)

ประโยชน์ทดแทนในโครงการประกันสังคม ประกอบด้วย

(1) ประโยชน์ทดแทนระยะยาว ได้แก่

- ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ
- ประโยชน์ทดแทนกรณีทูพพลภาพ
- ประโยชน์ทดแทนกรณีตาย

(2) ประโยชน์ทดแทนระยะสั้น

- ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยหรือการประสบอันตรายที่ไม่เนื่องจากการทำงาน
- ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

กรณีประกันการเจ็บป่วยและคลอดบุตร ผู้ได้รับการคุ้มครองคือลูกจ้างฟิลิปปินส์ที่ทำงานในทะเล และผู้ทำงานอิสระที่มีรายได้ไม่ต่ำกว่า 1,800 เปโซต่อปี ไม่รวมลูกจ้างที่ทำงานที่บ้านและครอบครัว มีโครงการพิเศษสำหรับลูกจ้างของรัฐ โดยทั้งลูกจ้างและนายจ้างจะต้องออกเงินสมทบในอัตราเท่ากัน คือ ร้อยละ 1.25 ของเงินเดือน ส่วนรัฐบาลจะไม่ออกเงินสมทบยกเว้นกรณีขาดทุนในด้านประโยชน์ทดแทนนั้น จะให้ทั้งในรูปแบบเงินสด ซึ่งจ่ายให้โดยคิดตามส่วนจากค่าจ้างเฉลี่ยรายวัน แต่มีขึ้นสูงสุดของค่าทดแทน และมี การให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนและผู้ที่อยู่ในอุปการะ และเด็กกำพร้า รวมถึงค่าทำศพด้วย ก่อนรับประโยชน์ทดแทนมีการกำหนดเงื่อนไข เช่น กรณีประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ประโยชน์ทดแทนเป็นเงินสด การเจ็บป่วยและกรณีคลอดบุตรต้องสมทบเงินมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน ในรอบ 12 เดือน ประโยชน์ทดแทนที่ได้เป็นเงินสด กรณีเจ็บป่วยจะได้ ร้อยละ 90 ของค่าจ้างเฉลี่ยรายวันที่สูงที่สุดในรอบ 6 เดือน ของ 12 เดือนสุดท้ายในการทำงาน โดยขั้นต่ำจะได้ 10 เปโซต่อวัน ขึ้นสูงสุดจะได้ 100 เปโซต่อวัน และได้ไม่เกิน 120 วัน กรณีประโยชน์ทดแทนการคลอดบุตรจะได้ร้อยละ 100 ของค่าจ้างที่สูงสุดในรอบ 6 เดือน ของ 12 เดือนสุดท้ายในการทำงาน และได้รับเป็นเวลา 45 วัน

- ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยไม่เนื่องจากการทำงาน

เงื่อนไขและประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยไม่เนื่องจากการทำงานจะต้องจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 12 เดือน ซึ่งจะเริ่มจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ ในวันที่ 5 ของการหยุดงานจำนวนร้อยละ 90 ของค่าจ้างเฉลี่ย 6 เดือน จำนวนเงินสูงสุดไม่เกิน 360 เปโซต่อวัน ไม่เกิน 120 วันต่อปี และจะต้องยื่นขอรับประโยชน์ทดแทนภายใน 1 ปีนับตั้งแต่เจ็บป่วย

2) โครงการประกันสุขภาพ

โครงการนี้จะคุ้มครองสมาชิกโครงการประกันสังคม Social Security System (SSS) รวมไปถึงผู้ที่อยู่ในอุปการะของสมาชิก ได้แก่ คู่สมรส บุตรที่ถูกต้องตามกฎหมาย และบิดามารดา

3) โครงการประกันการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการ ทำงานให้นายจ้าง

กรณีประกันอุบัติเหตุและเจ็บป่วยจากการทำงาน คุ้มครองลูกจ้างคนที่เป็นชาวฟิลิปปินส์แต่ทำงานในทะเล ไม่รวมลูกจ้างที่ทำงานตามบ้าน แรงงานครอบครัว และผู้ประกอบการ อาชีพอิสระ นอกจากนี้ยังมีระบบพิเศษสำหรับลูกจ้างของรัฐบาล การจ่ายเงินสมทบเป็นหน้าที่ของนายจ้างเท่านั้น เป็นเงิน ร้อยละ 1 ของค่าจ้าง มีการกำหนดยอดเงินเดือนขั้นสูงของลูกจ้างที่ใช้คำนวณในการจ่ายเงินสมทบไม่เกิน 1,000 เปโซต่อเดือน กำหนดเงื่อนไขระยะเวลาก่อนรับ

ประโยชน์ทดแทนว่า เมื่อจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 1 เดือน การให้ประโยชน์ทดแทนมีทั้งการบริการทางการแพทย์ การให้ประโยชน์ทดแทนเป็นเงินสด กรณีทุพพลภาพชั่วคราวได้ ร้อยละ 90 ของค่าจ้างรายวันที่สูงสุด 6 เดือนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ไม่เกิน 240 วัน กรณีทุพพลภาพถาวรได้เงิน 115% ของเงินบำนาญชราภาพรายเดือนไม่เกิน 5 ปี มีเงินเสริมกรณีมีผู้อุปการะ ร้อยละ 10 ของเงินบำนาญ สำหรับบุตรที่อายุน้อยที่สุด 5 คน ที่อายุไม่เกิน 21 ปี ส่วนเงินตกทอด ได้บำนาญตกทอด ร้อยละ 100 ของเงินบำนาญ ให้แก่เด็กกำพร้า 5 คน ที่อายุน้อยที่สุด 21 ปี และยังมีเงินช่วยเหลือผู้ยังมีชีวิตอยู่เพิ่มเติมเป็นเงินก้อน 35 เท่าของเงินบำนาญแก่คู่สมรสที่ยังมีชีวิตและเด็ก²⁶

ตารางที่ 3.4 ตารางกำหนดวงเงินในการรักษา²⁷

รายการ การรักษาพยาบาล (Items of Hospitalization)	อัตราการครอบคลุม		
	โรงพยาบาล ระดับต้น (Primary Hospital)	โรงพยาบาล ระดับกลาง (Secondary Hospital)	โรงพยาบาล ระดับใหญ่ (Tertiary Hospital)
ค่าบริการของโรงพยาบาล (Hospital Charge)			
1. ค่าห้อง : ทั้งครอบครัวผู้ประกันตน มีสิทธิเป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลได้ไม่เกิน 45 วันต่อปี	85 เปโซต่อวัน	150 เปโซต่อวัน	220 เปโซต่อวัน
2. ค่ายา : ในโรคเดียวกันสามารถ ได้รับการรักษาต่อเนื่องจนหายเป็น ปกติได้ภายใน 90 วัน แบ่งเป็น - การเจ็บป่วยปกติ (Ordinary Cases)	895 เปโซ	1,185 เปโซ	1,525 เปโซ

²⁶ คณะผู้เข้าร่วมการฝึกอบรม หลักสูตรนักรับประกันสังคม รุ่นที่ 4. เล่มเดิม. หน้า 49.

²⁷ ปารีชาติ ศรีประเสริฐ. เล่มเดิม. หน้า 55 – 57.

ตารางที่ 3.4 (ต่อ)

รายการ การรักษาพยาบาล (Items of Hospitalization)	อัตราการครอบคลุม		
	โรงพยาบาล ระดับต้น (Primary Hospital)	โรงพยาบาล ระดับกลาง (Secondary Hospital)	โรงพยาบาล ระดับใหญ่ (Tertiary Hospital)
- การป่วยหนัก (Intensive Care Cases)	2,025 เปโซ	2,430 เปโซ	4,375 เปโซ
- การป่วยจากภัยพิบัติ (Catastrophic Cases)	-	5,475 เปโซ	6,255 เปโซ
3. ค่าห้องผ่าตัด : ขึ้นอยู่กับข้อตกลง กับสถานพยาบาลในโครงการ ตาม RUV. Scheme (Relative unit Value)			
- RUV 5 และ ต่ำกว่า 5	255 เปโซ	445 เปโซ	705 เปโซ
- RUV 5.1 - 10.0	-	760 เปโซ	900 เปโซ
- RUV 10.0 – และมากกว่า	-	1,440 เปโซ	2,325 เปโซ

ค่าบริการวิชาชีพ (Professional Fees) ถูกกำหนดโดยแยกประเภทของแพทย์ดังนี้

1) แพทย์ ทันตแพทย์ โดยทั่วไปจะได้รับค่าจ้าง 55 เปโซ ถ้าเป็นผู้ชำนาญการพิเศษ
เฉพาะทาง จะได้รับค่าจ้างไม่ต่ำกว่า 80 เปโซ ต่อวัน ในการรักษาโรคหนึ่งๆ จนหาย กรณีโรคทั่วไป
แพทย์จะได้รับ 300 เปโซ และแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางจะได้รับ 450 เปโซ ในรายที่เป็นผู้ป่วยหนัก

หรือผู้ป่วยรุนแรงจากภัยพิบัติ แพทย์จะได้ 450 เปโซ และแพทย์เฉพาะทางจะได้รับ 750 เปโซ ต่อการรักษาโรคหนึ่ง ให้หายในช่วงเวลาหนึ่ง

2) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด จะได้รับตามข้อตกลงไว้กับสถานพยาบาลในโครงการ ไม่เกิน 7,080 เปโซต่อราย

3) แพทย์ดมยา จะได้รับเป็นจำนวน ร้อยละ 30 ของจำนวนที่แพทย์ผู้ผ่าตัดได้รับ แต่ไม่เกิน 2,125 เปโซ

4) จ่ายให้กรณีทำหมันชาย 400 เปโซ และกรณีทำหมันหญิง 500 เปโซ

วิธีการจ่ายประโยชน์ทดแทน

วิธีการจ่ายประโยชน์ทดแทน มี 2 วิธี คือ

(1) สั่งจ่ายผ่านเช็ค โดยส่งทางไปรษณีย์ในการขอรับเงินก้อน

(2) สั่งจ่ายผ่านธนาคาร ในการขอรับเงินบำนาญเป็นรายเดือน ซึ่งสำนักงานใหญ่ของโครงการประกันสังคม (SSS) เป็นผู้โอนเงินไปยังสำนักงานใหญ่ของธนาคาร และให้ธนาคารสำนักงานใหญ่โอนไปยังสาขาที่ผู้ประกันตนแจ้งความจำนงไว้ เพื่อนำเข้าในบัญชีของผู้ประกันตนต่อไป

ในการโอนเงินผ่านธนาคาร จะเข้าระบบบัญชีและจะไม่อนุญาตให้ใช้บัตรเอทีเอ็มในการเบิกถอนเงิน หากผู้ประกันตนไม่สามารถมารับด้วยตนเองจะใช้วิธีการมอบอำนาจ ซึ่งใบมอบอำนาจจะมีอายุการใช้งาน 1 ปี หากผู้ประกันตนรายได้ไม่มารับเงินภายใน 6 เดือนติดต่อกัน ธนาคารจะส่งเงินคืนให้กับ โครงการประกันสังคม (SSS)

การบริหารการประกันสังคม มีการจัดตั้งคณะกรรมการในระบบไตรภาคี เรียกว่า คณะกรรมการความมั่นคงทางสังคม (Social Security Commission) ควบคุมดูแลงานโดยทั่วไป ทางด้านการแพทย์มีการจัดตั้งคณะกรรมการการแพทย์ขึ้นดูแล ส่วนกรณีอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยจากงานเป็นการร่วมกันดูแลจากกระทรวงแรงงาน คณะกรรมการความมั่นคงทางสังคม และ คณะกรรมการเงินทดแทนของลูกจ้าง²⁸

การประกันสังคมในฐานะส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงทางสังคมในประเทศต่างๆ ที่นำเสนอมานั้น จะเห็นได้ว่าภายใต้ความหลากหลายของระบบความมั่นคงทางสังคมนั้น เราสามารถเปรียบเทียบความแตกต่างได้ ยกตัวอย่างเช่น สาขาของระบบความมั่นคงทางสังคม หรือประเภทของการประกันสังคม และการจ่ายเงินสมทบของแต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยในเรื่องของการจ่ายเงินสมทบนั้นผู้เขียนเห็นว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างมากที่ทุกๆ ประเทศควรให้ความสนใจ เนื่องจากในการกำหนดอัตราเงินสมทบให้สอดคล้องกับการที่จะรับบริการ ชดเชยจากเงินสมทบ ที่

²⁸ นิคม จันทรวาทูร ค เล่มเดิม. หน้า 49.

จ่ายไปนั้นควรจะต้องสัมพันธ์กัน และเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ประกันตน โดยเฉพาะในส่วนที่ผู้ประกันตนจะได้รับไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี และเพียงพอ โดยปราศจากการถูกจำกัดอัตราค่ารักษาพยาบาล เพราะหากมีการจำกัดอัตราค่ารักษาพยาบาลแล้วจะเห็นว่าจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อ การเข้ารับการรักษาพยาบาลตามสิทธิของตน ที่พึงจะได้รับตามกฎหมายและจากการที่ตนต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน

3.2.3 ระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไต ในต่างประเทศ²⁹

1) ระบบสวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโดยบำบัดทดแทนไต ในสหรัฐอเมริกา สหรัฐอเมริกาถือเป็นประเทศแรก ที่พัฒนาการบริการบำบัดทดแทนไต จนมีการออกกฎหมายให้เป็นการรักษาพยาบาลที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากร ระบบสวัสดิการการประกันสังคมของรัฐได้ ตั้งแต่ปี พ .ศ. 2515 เป็นต้นมา ผู้ป่วยทุกรายรวมทั้งคู่สมรสที่ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสังคม (Medicare) ระบบประกันสังคมจะให้สิทธิเบิกค่ารักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตกับผู้ได้รับสิทธิทั้งหมดโดยไม่แยกกลุ่มอายุ แต่เนื่องจากการบำบัดทดแทนไตมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ทำให้ประกันสังคม (Medicare) ของสหรัฐอเมริกาต้องรับภาระค่าใช้จ่ายประมาณ ร้อยละ 9 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด จึงได้มีการออกระเบียบเกี่ยวกับผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ พร้อมทั้งปรับปรุงระเบียบ ปัจจุบันกำหนดผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ดังนี้

- (1) ผู้ที่ได้จ่ายภาษี ทั้งของตนเองและคู่สมรสได้สิทธิประโยชน์โดยไม่ต้องซื้อเบี้ยประกันเพิ่ม
- (2) หากไม่ได้จ่ายภาษี แต่มีอายุถึง 65 ปี หรือมากกว่านั้นสามารถซื้อเบี้ยประกันเพิ่มได้เพื่อให้ได้สิทธิบำบัดไต

สิทธิประโยชน์ การบำบัดทดแทนไตในระบบประกันสังคม (Medicare)เดิมให้เบิกได้เต็มจนมีการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายโดยวางระเบียบในปี พ.ศ. 2547 ดังนี้

- ก. ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีฟอกเลือด อดด้วยเครื่องไตเทียม ให้ร่วมจ่ายเพียงร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ถูกเรียกเก็บในแต่ละครั้ง
- ข. ผู้ป่วยที่ผ่านการอบรมให้ล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรด้วยตนเอง หรือผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเองที่บ้านให้ร่วมจ่ายเพียงร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ถูกเรียกเก็บ

²⁹ พลอยกนก สุภากร. (2549) การศึกษาและวิเคราะห์การให้ประโยชน์ทดแทนกรณีปลูกถ่ายไตในโครงการประกันสังคม (เอกสารหมายเลข 1). หน้า 23

ค. ค่ายาเพิ่มเติมรวมทั้งค่ายาคคคุมคุ้มกันให้ร่วมจ่ายเพียงร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ถูกเรียกเก็บ

ง. ค่าใช้จ่ายต่างๆ สำหรับการปลูกถ่ายไต ให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

จากระบบดังกล่าวในสหรัฐอเมริกา ทำให้มีผู้เข้าถึงการบำบัดทดแทนไต มากขึ้นจนมีผู้เข้าถึงสูงที่สุดในโรค ผู้ป่วยที่สูงอายุสามารถเข้าถึงการรักษาที่ดีได้ แต่งบประมาณสาธารณสุขก็สูงตามไปด้วย

2) ระบบสวัสดิการ การรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโดยบำบัดทดแทนไต ในประเทศสิงคโปร์

ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลประชาชนสิงคโปร์เป็นระบบที่เรียกเก็บเงินประกันสุขภาพ โดยประชาชนทั่วไปถูกบังคับให้จ่ายเข้ากองทุน ในอัตราร้อยละ 6-8 ของรายได้ต่อเดือน หากต้องการให้คุ้มครองการป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย ต้องซื้อประกันสุขภาพเพิ่มซึ่งดำเนินการโดยรัฐ มีมูลค่าสูงถึง 1,000-2,500 เหรียญสิงคโปร์ต่อเดือน จึงพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีรายได้มากพอจนสามารถซื้อประกันดังกล่าวได้ จึงมีตั้งมูลนิธิโรคแห่งชาติของสิงคโปร์ ในปี พ.ศ. 2507 มีผลให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในการบำบัดทดแทนไตโดยวิธีต่างๆ โดยผู้ป่วยทุกรายสามารถขอรับความช่วยเหลือโดยร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายตามกำลังความสามารถ ค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเองคือ 100 เหรียญสิงคโปร์ต่อเดือน สำหรับผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,600 เหรียญสิงคโปร์ ส่วนที่เหลือได้รับการช่วยเหลือจากมูลนิธิโรคแห่งชาติของสิงคโปร์

3) ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโดยบำบัดทดแทนไตในประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นมีอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย ที่ใช้การบำบัดทดแทนไตมากที่สุดในโลก ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้ชีวิต ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีไม่มาก เนื่องจากวัฒนธรรมเดิมไม่ยอมรับหลักเกณฑ์เรื่องสมองตาย เป็นข้อกำหนดการตาย จึงเป็นอุปสรรคต่อการให้อวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ประเทศญี่ปุ่นได้พัฒนาระบบควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยแยกค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย จากนั้นได้มีความพยายามควบคุมความคุ้มค่าของการรักษา เช่นกำหนดแถมให้ผู้บริการแต่ละสถาบัน และให้คะแนนพิเศษสำหรับการเพิ่มคุณภาพการรักษา เช่นเพิ่มแถมสำหรับการเพิ่มเวลาฟอกเลือด อดให้ผู้ป่วย การนัดผู้ป่วยฟอกเลือดนอกเวลาทำงาน หรือวันหยุด สถานพยาบาลที่ได้รับแถมเพิ่มจากการบริการการบำบัดทดแทนไต จะได้รับเงินมากขึ้น ทำให้ญี่ปุ่นสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ใช่เพิ่มสูงมากโดยไม่เกิดผลลดคุณภาพของบริการลงแต่อย่างใด

3.3 หลักกฎหมายเกี่ยวกับการให้ความคุ้มครองด้านประกันสังคมไทย

หลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศ และไปประจำทำงานในต่างประเทศ มีดังต่อไปนี้

3.3.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

หลักว่าด้วยความเสมอภาคของบุคคล

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 30 ได้บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมเสมอภาคกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครอง ตามกฎหมายเท่าเทียมกัน

ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน

การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล เพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาฝึกอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมือง อันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำมิได้”

3.3.2 หลักกฎหมายประกันสังคมไทย

เพื่อที่จะขยายความคุ้มครองตามกฎหมายประกันสังคมให้รวมถึงลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศไทย และไปประจำทำงานในต่างประเทศ ดังนี้จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงหลักกฎหมายประกันสังคมไทย ดังนี้

3.3.2.1 การเข้าเป็นผู้ประกันตน

ตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พุทธศักราช 2533 ได้ให้ความหมายของผู้ประกันตนไว้ว่า “ผู้ซึ่งจ่ายเงินสมทบอันก่อให้เกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตาม พระราชบัญญัตินี้”

การเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมไทย มี 3 ประเภท กล่าวคือ

1) ผู้ประกันตนแบบบังคับ

มาตรา 33 ได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ประกันตนไว้ว่าจะต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ เว้นแต่ในกรณีที่มิอายุ 60 ปีบริบูรณ์แล้วยังคงทำงานในสถานประกอบการเดิมอยู่ต่อไปอย่างต่อเนื่อง ให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ประกันตนต่อไป แม้ว่าจะมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์

หมายเหตุ ในกรณีที่มีการโอนสิทธิของนายจ้างตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์โดยลูกจ้างทำงานกับนายจ้างรายใหม่ ถึงแม้ลูกจ้างจะมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ ลูกจ้างนั้นยังคงมีสิทธิเป็นผู้ประกันตนต่อไป

2) ผู้ประกันตนแบบสมัครใจ

- (1) เคยเป็นผู้ ประกันตนตามมาตรา 33 โดยจ่ายเงินสมทบกองทุน ประกันสังคมมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน
- (2) ความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลงตาม มาตรา 38 (2) คือสิ้นสภาพการเป็น ลูกจ้าง
- (3) ยื่นแบบแสดงความจำนงสมัครภายใน 6 เดือน นับแต่วันสิ้นสภาพการ เป็นลูกจ้าง

3) ผู้ประกันตนอิสระตามมาตรา 40

ผู้ประกันตนมาตรา 40 หมายถึง บุคคลที่มีใช้ลูกจ้างตามมาตรา 33 หรือเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ มาตรา 39 เรียกว่า ผู้ประกันตนโดยอิสระ

คุณสมบัติในการสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

- (1) ต้องเป็นผู้ที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์
- (2) ไม่เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และ ผู้ประกันตนโดยสมัครใจ มาตรา 39

3.3.2.2 เงินสมทบ

เงินสมทบ หมายถึง เงินที่จัดเก็บจากนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล หรือเงินที่ ผู้ประกันตนออกร่วมกับรัฐบาลจ่ายสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม เพื่อจ่ายประโยชน์ทดแทน ให้แก่ผู้ประกันตน เมื่อเกิดเคราะห์ภัยหรือประสบความเดือดร้อน และเข้าหลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขตามที่กฎหมายกำหนดไว้

1) อัตราเงินสมทบ

อัตราเงินสมทบที่ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล จ่ายเข้ากองทุนประกันสังคม มี ดังนี้

(1) ผู้ประกันตนตามแบบบังคับ

เมื่อเป็นบุคคลที่อยู่ในหลักเกณฑ์ตามที่กฎหมายประกันสังคมกำหนด บุคคลที่เป็นผู้ประกันตนก็มีหน้าที่ในการที่จะต้องจ่ายเงินสมทบเข้า กองทุนประกันสังคม กล่าวคือ ผู้ที่เป็นลูกจ้างจะต้องเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมโดยใช้บังคับกับลูกจ้างใน ภาคเอกชนเป็นหลัก³⁰ โดยในการส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมนั้น กฎหมายประกันสังคม กำหนดอัตราเงินสมทบเอาไว้ คือ

³⁰ นิคม จันทรวินิต ค เล่มเดิม. หน้า 49.

ก. อัตราเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีคลอดบุตร กฎหมายได้กำหนดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2546 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546 ให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนออกเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตายและกรณีคลอดบุตร³¹ ฝ่ายละเท่ากัน ในอัตราร้อยละ 1 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน ต่อมาเมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนจะต้องออกเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตายและกรณีคลอดบุตรฝ่ายละเท่ากัน ในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน³² ต่อมาเมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 ได้มีประกาศกระทรวง เรื่องการกำหนดอัตราสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2552 โดยให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนจะต้องออกเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตายและกรณีคลอดบุตรฝ่ายละเท่ากัน ในอัตราร้อยละ 0.5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน³³ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 และตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 เป็นต้นไปให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตน จะต้องออกเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตายและกรณีคลอดบุตรฝ่ายละเท่ากัน ในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน³⁴ และล่าสุดเมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2555 ได้มีกฎกระทรวง เรื่องกำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2555 โดยให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนจะต้องออกเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตายและกรณีคลอดบุตรฝ่ายละเท่ากัน ในอัตราร้อยละ 0.5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน³⁵ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555 และตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นไป ให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตน จ่ายเข้ากองทุนอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน

³¹ กฎกระทรวงกำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2545 ให้ไว้ ณ วันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2545 ประกาศในกฤษฎีกา เล่ม 115, ตอนที่ 119, วันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2545.

³² ปราณี สุขศรี. (2548). หลักกฎหมายประกันสังคมสำหรับนายจ้างและลูกจ้าง. หน้า 20.

³³ ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2552. (2552, 17 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 126, ตอนที่ 44 ก. บัญชีอัตราเงินสมทบ บัญชี ก. หน้า 3.

³⁴ ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2552. (2552, 17 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 126, ตอนที่ 44 ก. บัญชีอัตราเงินสมทบ บัญชี ข. หน้า 3.

³⁵ กฎกระทรวง กำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2555 . (2555, 6 มกราคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 129, ตอนที่ 6ก.

ข. อัตราร้อยละ 1 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน นายจ้างและผู้ประกันตนออกเงินสมทบในอัตราร้อยละ 3 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน ต่อมาเมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 ได้มีประกาศกระทรวง เรื่องการกำหนดอัตราสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2552 โดยให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนจะต้องออกเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพ ฝ่ายละเท่ากัน ในอัตราร้อยละ 2 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน³⁶ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 และตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 เป็นต้นไปให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนจะต้องออกเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพ โดยให้รัฐบาลออกเงินสมทบในอัตราร้อยละ 1 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน นายจ้างและผู้ประกันตนออกเงินสมทบในอัตราร้อยละ 3 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน³⁷ และล่าสุดเมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2555 ได้มีกฎกระทรวง เรื่องกำหนดอัตราร้อยละของเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2555 โดยให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตน ต้องออกเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพในอัตราร้อยละ 2 ของค่าจ้างของผู้ประกันตนตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2555 และตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555 ให้ นายจ้างกับผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบในอัตราร้อยละ 3 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน รัฐบาลจ่ายเงินสมทบในอัตราร้อยละ 2 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 ให้ นายจ้างกับผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบในอัตราร้อยละ 3 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน รัฐบาลจ่ายเงินสมทบในอัตราร้อยละ 2 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน

ค. อัตราร้อยละ 0.25 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน ส่วนนายจ้างและผู้ประกันตนออกเงินสมทบในอัตราร้อยละ 0.50 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน³⁸

³⁶ ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดอัตราร้อยละของเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2552. (2552, 17 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 126, ตอนที่ 44 ก. บัญชีอัตราร้อยละของเงินสมทบ บัญชี ก. หน้า 3.

³⁷ ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดอัตราร้อยละของเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2552. (2552, 17 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 126, ตอนที่ 44 ก. บัญชีอัตราร้อยละของเงินสมทบ บัญชี ข. หน้า 3.

³⁸ กฎกระทรวงกำหนดอัตราร้อยละของเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน พ.ศ. 2546 ให้ไว้ ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546. ประกาศในราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา, เล่ม 120, ตอนที่ 129, วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546.

การจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม โดย มุ่งเน้นที่จะให้หลักประกันแก่ ลูกจ้างที่จะประกันตนในเรื่องความมั่นคงที่จะดำรงชีวิตตลอด 24 ชั่วโมง เป็นการให้ประโยชน์ทดแทนระยะยาว โดยลูกจ้าง นายจ้าง รัฐบาลร่วมกันออกเงินสมทบในสัดส่วนตามความจำเป็น เรียกว่าระบบ ไตรภาคี มีข้อน่าสังเกต คือ ลูกจ้างเท่านั้นที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมได้ อาจกล่าวได้ดังนี้

(ก) ผู้ประกันตน ส่งเงินสมทบเพื่อจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย ในอัตราร้อยละ 1.5 (ร้อยละ 0.5 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555) ของค่าจ้าง โดยจะคำนวณจากค่าจ้างต่ำสุด เดือนละ 1,650 และสูงสุดเดือนละ 15,000 บาท

(ข) นายจ้าง ส่งเงินสมทบเพื่อจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย รวมกันในอัตราร้อยละ 1.5 (ร้อยละ 0.5 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555) ของค่าจ้าง โดยจะคำนวณจากค่าจ้างต่ำสุด เดือนละ 1,650 และสูงสุดเดือนละ 15,000 บาท

(ค) รัฐบาล ส่งเงินสมทบเพื่อจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย รวมกันในอัตราร้อยละ 1.5 (ร้อยละ 0.5 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555) ของค่าจ้าง โดยจะคำนวณจากค่าจ้างต่ำสุด เดือนละ 1,650 และสูงสุดเดือนละ 15,000 บาท โดยจะคำนวณจากค่าจ้างต่ำสุด เดือนละ 1,650 และสูงสุดเดือนละ 15,000 บาท

จะเห็นได้ว่าประเทศไทยกำหนดอัตราการจัดเก็บเงินสมทบให้นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล รับผิดชอบในจำนวนเงินสมทบในอัตราส่วนที่เท่ากัน

จากการที่กฎหมายกำหนดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม เราก็จะเห็นว่า การจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนนั้นจะเป็นรูปแบบของระบบไตรภาคี³⁹ กล่าวคือ เป็นการออกเงินสมทบของนายจ้าง ลูกจ้างและรัฐบาล โดยนายจ้างออกสมทบร้อยละ 5 (ร้อยละ 3 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2555 , ร้อยละ 4 ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555 และ ร้อยละ 5 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นไป) ของค่าจ้างลูกจ้างแต่ละคน ลูกจ้างออกร้อยละ 5 (ร้อยละ 3 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2555 , ร้อยละ 4 ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555 และ ร้อยละ 5 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นไป) ของค่าจ้างลูกจ้าง และรัฐบาลออกให้ร้อยละ 2.75 ของค่าจ้างลูกจ้าง

³⁹ ชีระ ศรีธรรมรักษ์ ก (2551). เอกสารประกอบการสอนวิชากฎหมายแรงงานกับปัญหาแรงงาน “วิเคราะห์พระราชบัญญัติประกันสังคม.” หน้า 10.

แต่ละคน สำหรับจำนวนค่าจ้างขั้นต่ำ ขั้นสูงของลูกจ้างที่ใช้เป็น มาตรฐานในการคำนวณเงินสมทบ กฎหมายกำหนดค่าจ้างที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตน ตามกฎหมาย คือ แต่ละคนเดือนละ ไม่ต่ำกว่า 1,650 บาท และไม่เกินเดือนละ 15,000 บาท

ดังนั้นจากการที่ได้ศึกษาในเรื่องของการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ประกันสังคม จะเห็นได้ว่าการส่งเงินสมทบเข้ากองทุนนั้นมีข้อจำกัดในเรื่องของการกำหนดอัตรา ค่าจ้างขั้นต่ำและขั้นสูงของค่าจ้างรายเดือนของลูกจ้างไว้อันเป็นการชี้ให้เห็นว่าลูกจ้างที่มีเงินเดือน น้อยก็ยังคงต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเท่ากับคนที่มียรายได้มาก (เกินกว่า 15,000 บาท) ก็เท่ากับ เป็นการนำเงินจากคนจนมาสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมอยู่นั่นเอง ถึงแม้ว่าคนที่มิฐานะร่ำรวยจะ กล่าวว่าคุณไม่ได้ใช้สิทธิตามกฎหมายประกันสังคมก็ตาม โดยคนที่ใช้ถึงแม้ว่าจะเป็นคนที่มียรายได้ น้อย หากจน ก็เห็นว่าสมควรที่จะใช้สิทธิตามหลักเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขอยู่ แต่ถ้าหากการกำหนดอัตรา การจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมยังคงเป็นอยู่ในรูปแบบเดิมก็คงจะไม่ผิดที่จะกล่าวว่าเป็น การเฉลี่ยทุกข์และเฉลี่ยสุข คือเป็นทุกข์ของลูกจ้างที่มีรายได้น้อยนั่นเอง

(2) ผู้ประกันตนแบบสมัครใจ

มาตรา 46 วรรคสาม ให้ รัฐบาลและผู้ประกันตนออกเงินสมทบเข้า กองทุนโดยรัฐบาล 1 เท่า และผู้ประกันตนออก 2 เท่าของอัตราเงินสมทบที่แต่ละฝ่ายต้องออกใน กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีคลอดบุตร กรณีตาย กรณีสงเคราะห์บุตร และกรณีชราภาพ ดังนี้

เงินสมทบที่ผู้ประกั นตนตามมาตรา 39 ต้องออกสมทบเข้ากองทุน ประกันสังคมตาม มาตรา 39 ประจำเดือน มกราคม พ .ศ. 2546 จนถึงเดือน ธันวาคม พ .ศ. 2546 ซึ่ง จะต้องนำส่งให้แก่สำนักงานประกันสังคม ภายในวันที่ 25 ของเดือนถัดไป ให้ผู้ประกันตนนำส่ง เงินสมทบเดือนละ 384 บาท โดยใช้อัตราเงินสมทบร้อยละ 5 ของจำนวนเงินที่ใช้เป็นฐานในการ คำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตน ตามมาตรา 39 จำนวนเดือนละ 4,800 บาท 2 เท่าของอัตราเงิน สมทบที่ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ต้องออกสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม

เงินสมทบที่ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ต้องออกสมทบเข้ากองทุน ประกันสังคมประจำเดือน มกราคม 2548 เป็นต้นไปให้นำส่งเดือนละ 432 บาท โดยให้ใช้อัตราเงิน สมทบร้อยละ 9 ของจำนวนเงินที่ใช้เป็นหลักฐานในการคำนวณ เงินสมทบของผู้ประกันตน ตาม มาตรา 39 เดือนละ 4,800 บาท ล่าสุดเมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2555 ได้มีกฎกระทรวง เรื่องกำหนด อัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2555 ได้กำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม ปี พ.ศ. 2555 ของผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ได้แก่ งวดเดือนมกราคมถึงงวดเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555

นำส่งเงินสมทบเดือนละ 240 บาท งวดเดือนกรกฎาคมถึงงวดเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 นำส่งเงินสมทบเดือนละ 336 บาท

(3) ผู้ประกันตนอิสระตามมาตรา 40

พระราชกฤษฎีกากำหนด หลักเกณฑ์ และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทของประโยชน์ทดแทน ตลอดจน หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของ บุคคลซึ่งสมัครเป็น ผู้ประกันตน พ.ศ. 2554 กำหนดอัตราเงินสมทบ ของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ไว้ดังนี้

ก. ผู้ประกันตนนำส่งเงินสมทบเดือนละ 100 บาทต่อเดือน (ในระยะแรกรัฐบาลมีนโยบายอุดหนุนให้ 30 บาท และ ผู้ประกันตนจ่าย 70 บาท) ได้ประโยชน์ทดแทน 3 กรณี คือ เงินทดแทนการขาดรายได้เมื่อเจ็บป่วย เงินทดแทนการขาดรายได้ เมื่อทุพพลภาพ เงินค่าทำศพ

ข. ผู้ประกันตนนำส่งเงินสมทบเดือนละ 150 บาทต่อเดือน (ในระยะแรกรัฐบาลมีนโยบายอุดหนุนให้ 50 บาท และ ผู้ประกันตนจ่าย 100 บาท) ประโยชน์ทดแทน 4 กรณี คือ เงินทดแทนการขาดรายได้เมื่อเจ็บป่วย เงินทดแทนการขาดรายได้ เมื่อทุพพลภาพ เงินค่าทำศพ เงินบำเหน็จชราภาพ (เงินออมกรณีชราภาพ)

ในการจ่ายเงินสมทบของผู้ประกันตนมาตรา 40 จ่ายเป็นรายเดือนๆ ละ 1 และจ่ายเงินสมทบล่วงหน้าได้ ครั้งละไม่เกิน 12 เดือน แต่ไม่สามารถจ่ายเงินสมทบย้อนหลังได้ และผู้ประกันตนที่ประสงค์รับเงินบำเหน็จชราภาพเพิ่มขึ้น สามารถจ่ายเงินสมทบเพิ่มเติมได้ไม่เกินเดือนละ 1,000 บาทต่อเดือน

3.3.2.3 ประโยชน์ทดแทน

ประโยชน์ทดแทน เป็นความช่วยเหลือที่กองทุนประกันสังคมให้แก่ผู้ประกันตน หรือผู้มีสิทธิในกรณีที่ผู้ประกันตนประสบเคราะห์ภัยหรือได้รับความเดือดร้อน โดยผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบครบตามระยะเวลาที่ก่อให้เกิดสิทธิรับประโยชน์ทดแทน ตามกฎหมายประกันสังคมของไทยแยกการจ่ายประโยชน์ทดแทนเป็น 2 กรณีคือ

1) กรณีผู้ประกันตนแบบบังคับและแบบสมัครใจ กฎหมายประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พุทธศักราช 2533 ได้กำหนดประโยชน์ทดแทนไว้ทั้งสิ้น 7 ประเภทคือ

(1) ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน หรือนอกงาน

- (2) ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร
- (3) ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ
- (4) ประโยชน์ทดแทนกรณีตาย
- (5) ประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร
- (6) ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ
- (7) ประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน

สำหรับหลักสากลโดยทั่วไปแล้วจะแบ่งการประกันสังคมออกเป็น 8 ประเภท โดยนอกเหนือจากการประกันสังคมทั้ง 7 ประเภทแล้ว ที่ได้กำหนดไว้ในกฎหมายประกันสังคม ฉบับปัจจุบันของไทยดังกล่าวข้างต้น แล้ว ยังมีการประกันสังคมกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย เนื่องจากการทำงานอีกประเภทหนึ่ง⁴⁰ แต่สำหรับกฎหมายไทยนั้น ได้กำหนดให้ความคุ้มครอง ลูกจ้างกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานไว้ก่อนที่จะมีกฎหมายประกันสังคม โดยจะอยู่ในเรื่องของกฎหมายเงินทดแทนที่เป็น ระบบทวิภาคีที่เป็นจ่ายเงินสมทบโดยนายจ้างและ ลูกจ้าง อันเป็นกฎหมายภาคบังคับอีกฉบับหนึ่งและเป็นกฎหมายที่คุ้มครองลูกจ้างหากลูกจ้าง ประสบอันตรายขณะทำงานหรือในเวลาทำงานเกี่ยวเนื่องกับการงาน หรือเจ็บป่วยอันเนื่องจากการงานหรือทำงานอันเกี่ยวเนื่องกับประโยชน์ของนายจ้าง⁴¹

ผู้ประกันตน มีสิทธิ ได้รับ ประโยชน์ทดแทน ตามที่กฎหมายประกันสังคม กำหนดไว้มี 4 รูปแบบ คือ

- (1) การบริการทางการแพทย์
- (2) เงินทดแทนการขาดรายได้
- (3) เงินค่าทำศพ
- (4) เงินสงเคราะห์

เมื่อผู้ประกันตนประสบเคราะห์ภัย หรือประสบความเดือดร้อนตามกรณีที่ กฎหมายประกันสังคมกำหนด โดยได้ปฏิบัติตามเงื่อนไข คือ ได้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ประกันสังคมมาแล้วเป็นระยะเวลาอย่างน้อยตามที่กฎหมายประกันสังคมกำหนด ก็จะเกิดสิทธิ ได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบต่างๆ ดังที่กล่าวข้างต้น โดยมีรายละเอียดดังจะกล่าวต่อไป⁴²

- (1) บริการทางการแพทย์

⁴⁰ วิจิตรา (ฟุ้งถัดดา) วิเชียรชม ง (2540). กฎหมายประกันสังคม. หน้า 26.

⁴¹ วีระ ศรีธรรมรักษ์ ก เล่มเดิม. หน้า 5.

⁴² วิจิตรา (ฟุ้งถัดดา) วิเชียรชม ง เล่มเดิม. หน้า 64.

ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานประกันสังคม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ทำสัญญาให้บริการทางการแพทย์กับสำนักงานประกันสังคม เพื่อประโยชน์ของผู้ประกันตน ทั้งโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐบาลและของเอกชน รวมกันแล้วประมาณ 244 แห่ง ในจำนวนนี้เป็นของรัฐบาลจำนวน 152 แห่ง และเป็นของเอกชนอีก 90 แห่ง โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลทั้งหมดนี้ได้ทำสัญญาโดยตรงกับสำนักงานประกันสังคม เพื่อผูกพันในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน นอกจากนี้ก็ยังมีโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลในเครือข่ายของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลหลักที่ทำสัญญาโดยตรงดังกล่าว อีกจำนวน 1,900 กว่าแห่ง ซึ่งหากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลหลักไม่สามารถให้บริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึงหรือให้บริการได้ไม่เพียงพอ ก็สามารถส่งผู้ประกันตนไปยังโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในเครือข่ายเหล่านี้ เพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวก รวดเร็ว และได้รับบริการอย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น โดยผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบของบริการทางการแพทย์ สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลดังกล่าว ด้วยการแสดงบัตรรับรองสิทธิ⁴³

การให้บริการการรักษาพยาบาลภายใต้กฎหมายประกันสังคม เป็นการให้บริการในระบบ เหมาจ่าย (Capitation) คือ เป็นวิธีการที่กองทุนประกันสังคมใช้อยู่ขณะนี้ โดยการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่สถานพยาบาล ตามรายหัวของผู้เอาประกันภัยที่เลือกรักษากับสถานพยาบาลนั้นๆ โดยไม่คำนึงว่าผู้ประกันตนจะเจ็บป่วยหรือไม่ และด้วยวิธีการนี้สถานพยาบาลจะถูกบังคับทางอ้อมให้เน้นการให้บริการแบบป้องกันและลดต้นทุน⁴⁴

โรงพยาบาลที่ให้บริการภายใต้โครงการประกันสังคม⁴⁵ จะมี 3 ระดับ คือ

ก. Main Contractor หรือ โรงพยาบาลหลักที่เป็นคู่สัญญากับประกันสังคม เป็นศูนย์กลางของเครือข่าย⁴⁶

ข. Sub Contractor เป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับต้น ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง โรงพยาบาลสาขาในเขตจังหวัดนั้น และโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดใกล้เคียงที่มีผู้ประกันตนซึ่งเครือข่ายรับผิดชอบมีภูมิลำเนาอยู่

⁴³ “บัตรรับรองสิทธิ” หมายถึง บัตรรับรองสิทธิเพื่อการรักษาพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมออกให้แก่ผู้ประกันตน.

⁴⁴ ปาริชาติ ศรีประเสริฐ. (2541). เล่มเดิม. หน้า 39.

⁴⁵ ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน. (2538, 8 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 112, ตอนที่ 46 ง.

⁴⁶ ปาริชาติ ศรีประเสริฐ. เล่มเดิม. หน้า 39.

ค. Supra Contractor ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่ใกล้เคียง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภูมิภาคหรือที่กำหนดไว้ โรงพยาบาลหรือสถาบันเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลที่สังกัดหน่วยงานอื่นที่เหมาะสม⁴⁷

สำหรับขั้นตอนการรักษาพยาบาล ผู้ประกันตนที่ป่วยจะต้องไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่ตนเป็นสมาชิก หรือเครือข่ายของโรงพยาบาลนั้นๆ ทั้งนี้ โรงพยาบาลจะให้การรักษาโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด แต่หากผู้ประกันตนไม่สามารถไปรักษา ยังโรงพยาบาลที่กำหนด ก็สามารถเข้ารับการรักษายังโรงพยาบาลที่นอกเหนือจากที่กำหนดได้ โดยสามารถนำใบเสร็จมาเบิกคืนได้ในอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด เฉพาะในกรณีฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุเท่านั้น⁴⁸

ประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์นี้ ผู้ประกันตนจะมีสิทธิได้รับ สำหรับการประกันสังคมกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน กรณีคลอดบุตร และ กรณีทุพพลภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้⁴⁹

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน

ผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิต่อเมื่อได้ส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนเจ็บป่วย โดยจะได้รับประโยชน์ทดแทนในเรื่องต่อไปนี้

- ค่าบริการทางการแพทย์

1) กรณีรักษาพยาบาลทั่วไป

กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลตามที่ระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิหรือเป็นเครือข่ายของสถานพยาบาลนั้น ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ จนสิ้นสุดการรักษาพยาบาล⁵⁰

2) กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือ กรณีประสบอันตราย

ถ้าผู้ประกันตนไม่สามารถเข้ารับ การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิ ผู้ประกันตนสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็น ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งแรก (ไม่รวมวันหยุดราชการ) ตามประเภทและอัตราค่าจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

(1) หากเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ

⁴⁷ แหล่งเดิม.

⁴⁸ แหล่งเดิม.

⁴⁹ วิจิตรา (ฟุ้งตัดดา) วิเชียรชม ง. เล่มเดิม. หน้า 68.

⁵⁰ พินิจ ทิพย์มณี. เล่มเดิม. หน้า 362.

กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจ่ายให้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น
กรณีผู้ป่วยใน ค่าบริการทางการแพทย์ ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงตาม
ความจำเป็นในระยะเวลา 72 ชั่วโมง

ค่าห้องและค่าอาหารตามจำนวน เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละ 700 บาทใน
ระยะเวลา 72 ชั่วโมง

(2) หากเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชน

กรณีผู้ป่วยนอกสามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน
1,000 บาทสามารถ เบิกค่าบริการทางการแพทย์ เท่าที่จ่ายจริงเกิน 1,000 บาทได้ หากมีการตรวจ
รักษาเพิ่มเติมตามรายการในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ดังนี้

ก. การได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 500
บาทต่อยูนิต สารต่อต้านพิษจากเชื้อบาดทะยักชนิดทำจากมนุษย์ เท่าที่จ่ายจริง 400 บาทต่อราย

ข. ค่าฉีดวัคซีน/เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ค. Rabies Vaccine เฉพาะเข็มแรก เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 200 บาท

ง. Rabies antiserum-ERIG เฉพาะเข็มแรก เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000
บาท

จ. Rabies antiserum-HRIG เฉพาะเข็มแรก เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 8,000
บาท ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์กำหนด

ฉ. อัลตราซาวด์ เฉพาะกรณีภาวะฉุกเฉินเฉียบพลันในช่องท้อง เท่าที่จ่าย
จริงไม่เกิน 1,000 บาทต่อราย

ช. CT-SCAN เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 4,000 บาท หรือ MRI เท่าที่จ่ายจริงไม่
เกิน 8,000 บาทต่อราย ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์กำหนด

ซ. การขูดมดลูก เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 2,500 บาทต่อราย เฉพาะกรณีที่มี
ภาวะตกเลือดหลังการคลอดหรือภาวะตกเลือดจากการแท้งบุตร

ณ. ค่าฟีนคีนซีพรรวมค่ายาและอุปกรณ์ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 4,000 บาท
ต่อราย

ญ. กรณีที่มีการสังเกตอาการ รในห้องสังเกตอาการตั้งแต่ 3 ชั่วโมงขึ้นไป
ไป เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 200 บาทต่อราย

กรณีผู้ป่วยใน

ก. ค่ารักษาพยาบาล กรณีที่ไม่ได้รักษาในห้อง ICU เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน
วันละ 2,000 บาท

ข. ค่าห้องและค่าอาหาร เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ 700 บาท

ค. ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาล กรณีที่รักษาอยู่ในห้อง ICU เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินวันละ 4,500 บาท

ง. กรณีที่มีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่

(ก) ค่าผ่าตัดไม่เกิน 1 ชั่วโมง เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 8,000 บาท
 (ข) ค่าผ่าตัดเกิน 1 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 2 ชั่วโมง เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 12,000 บาท

(ค) ค่าผ่าตัดเกิน 2 ชั่วโมงขึ้นไป เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 16,000 บาท

(ง) ค่าฟิ้นคืนชีพรวมค่ายาและอุปกรณ์ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 4,000 บาทต่อราย

(จ) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและ / หรือ เอกซเรย์ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินรายละ 1,000 บาทต่อราย

จ. ค่าตรวจวินิจฉัยพิเศษ มีดังนี้

(ก) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG, ECG) เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 300 บาท
 ต่อรายตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อน ความถี่สูง เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาทต่อราย

(ข) ตรวจคลื่นสมอง (EEG) เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 350 บาทต่อราย

(ค) ตรวจ Ultrasound เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท ต่อราย

(ง) ค่าสวนเส้นเลือดหัวใจ และเอกซเรย์ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 15,000 บาทต่อราย

(จ) ค่าส่งกล้อง ยกเว้น Photocopy เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาทต่อราย

(ฉ) ค่าตรวจ Intravenous Pyelography, IVP เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาทต่อราย

(ช) CT-SCAN เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 4,000 บาท หรือ MRI เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาทต่อราย

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมดผู้ประกันตนต้องสำรองจ่ายไปก่อน และขอใบรับรองแพทย์ระบุเหตุผลของการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แล้วนำมาเบิกเงินคืนที่สำนักงานประกันสังคม ตามอัตราที่กำหนดข้างต้น

กรณีไม่มีบัตรรับรองสิทธิ สำหรับผู้ประกันตนที่จ่ายเงินสมทบในส่วน
ของกรณีการเจ็บป่วยครบตามเงื่อนไขแล้ว แต่ยังไม่มียบัตรรับรองสิทธิ สามารถเข้ารับการ
รักษาพยาบาลในสถานพยาบาลได้ หากประสบอันตรายจากอุบัติเหตุ ให้เบิกค่าบริการทางการแพทย์
ตามอัตราเดียวกับการเจ็บป่วยกรณีอุบัติเหตุ ส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ สามารถเบิก
ค่าบริการทางการแพทย์ได้ในอัตราเดียวกับการเจ็บป่วยกรณีฉุกเฉิน

3) กรณีทันตกรรม

ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ กรณีอุดฟัน ถอนฟัน และ
ขูดหินปูน เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 600 บาทต่อปี และ
มีสิทธิใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก 1-5 ซี่ ในวงเงินไม่เกิน 1,300 และตั้งแต่ 6 ซี่ขึ้นไปเบิกได้
ไม่เกิน 1,500 บาท

4) กรณีการบำบัดทดแทนไต

เพื่อความเข้าใจในเรื่องการบำบัดทดแทนไต จึงต้องศึกษาข้อมูลทาง
วิชาการ⁵¹ในเรื่องการบำบัดทดแทนไตดังต่อไปนี้

การบำบัดทดแทนไตหมายถึง⁵² การใช้กรรมวิธีทดแทนการทำงานของไต
เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เกือบจะปกติ

การบำบัดทดแทนไตมีอยู่ 3 วิธีคือ

(1) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(2) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยา ซึ่งมี 3 แบบ คือ

ก. การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

ข. การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบไซคลิก

ค. การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบเป็นระยะ

(3) การปลูกถ่ายไต หรือการเปลี่ยนไต เป็นการผ่าตัดไตของ คนคนหนึ่ง อาจ
เป็นญาติที่มีชีวิตอยู่หรือผู้บริจาคที่เพิ่งเสียชีวิตหรือจากกรณีสมองตาย มาปลูกถ่ายให้แก่ผู้ป่วยไต
วายระยะสุดท้ายเพื่อให้ไตที่ปลูกถ่ายเข้าไปทำหน้าที่แทนไตที่เสียไปของผู้ป่วย

การผ่าตัดเปลี่ยนไตสามารถแบ่งตามประเภทของผู้ให้ไตได้เป็น 2 แบบ
คือ

ก. ไตจากผู้เสียชีวิต

ข. ไตจากผู้มีชีวิต ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

⁵² พลอยกนก สุภากุล. (2549). เล่มเดิม หน้า 20-25

(ก) จากญาติสายตรง

(ข) จากผู้ไม่ใช่ญาติ ได้แก่สามีภรรยา เป็นต้น

ผู้ให้ไตและผู้ป่วยต้องมีหมู่เลือดและชนิดของเนื้อเยื่อที่เข้ากันได้ และจะต้องได้รับการประเมินความพร้อมของร่างกายและจิตใจจากอายุรแพทย์โรคไตก่อนเสมอ โดยแพทย์จะต้องตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ เอ็กซเรย์ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น เพื่อให้ได้รับไตที่เหมาะสมรวมทั้งรักษาโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อันจะส่งผลให้การผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้ ผลสำเร็จมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตและการทำงานอย่างสมบูรณ์ของไตใหม่ และต้องการให้ผู้บริจาคมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติด้วยไตเพียงข้างเดียวที่ต้องขับขี้ออกจากร่างกาย เหมือนคนปกติตลอดชีวิตของผู้บริจาค

ค. คุณสมบัติของผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการปลูกถ่ายไต (ผู้รับไต)

(ก) ผู้ป่วยไม่ควรมียุเกิน 55 ปี เพราะผู้ป่วยที่มีอายุมาก หลอดเลือดมักแข็งทำให้การผ่าตัดได้ผลไม่ดี ฉะนั้นถ้าผู้ป่วยสูงอายุการรักษาด้วยวิธีนี้จึงต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป

(ข) ไม่มีโรคในอวัยวะที่สำคัญอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคตับ และโรคมะเร็ง โรคเบาหวาน เป็นต้น เพราะผู้ที่เป็โรคอื่นด้วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหรือจากการใช้ยาสลบ สุขภาพอาจไม่ดีขึ้นเพราะมีโรคจากอวัยวะอื่น จึงไม่ดีเหมือนผู้ที่เป็โรคไตอย่างเดียว

(ค) ไม่มีโรคติดเชื้อ เพราะหลังผ่าตัดจำเป็นต้องใช้ยากดภูมิคุ้มกันทางซึ่งทำให้ความสามารถในการต้านทานโรคของร่างกายลดลง

(ง) เป็นผู้มึจิตใจมั่นคง เพราะหลังผ่าตัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหลายอย่างจึงต้องมีจิตใจเข้มแข็งสามารถต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และต้องมีความสนใจรักษาสุขภาพปฏิบัติตามแพทย์สั่ง โดยเฉพาะการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด

ง. ข้อห้ามในการผ่าตัดของผู้รับไต

(ก) มีภาวะการติดเชื้อ

(ข) ติดเชื้อไวรัสเอดส์

(ค) ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ

(ง) โรคมะเร็งที่มีระยะการรักษาน้อยกว่า 2 ปี

(จ) โรคที่เกี่ยวกับระบบหลอดเลือด

(ฉ) โรคที่เกี่ยวกับระบบเมตะบอลิซึมอย่างรุนแรง

(ซ) มีข้อบ่งชี้และภาวะเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด เช่น โรคภาวะหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น

(ซ) มีความผิดปกติการแข็งตัวของเลือด

(ฅ) มีความปกติของบุคลิกภาพและพฤติกรรม เช่น ผู้ป่วยทางจิต

(ญ) โรคเบาหวานที่มีอาการภาวะหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

จ. คุณสมบัติของผู้ให้ไต

ผู้ให้ไตมี 2 ประเภท คือ

กรณีผู้เสียชีวิตและกรณีผู้ยังมีชีวิตอยู่

(ก) กรณีผู้เสียชีวิต

ผู้เสียชีวิตจะเป็นผู้ให้ไตได้ควรมีอายุไม่เกิน 55 ปี ถ้าอายุมากกว่านี้ต้องพิจารณาเป็นกรณีไป ต้องไม่มีโรคติดเชื้อ ไม่เป็นโรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นควรมีหลอดเลือดที่ปกติ เมื่อมีผู้ที่เหมาะสมจะเป็นผู้บริจาคไตแล้ว แพทย์จะทำการตรวจเนื้อเยื่อของผู้ให้ว่าเข้ากับผู้รับคนใดได้บ้าง และจะให้ไตกับผู้มีเนื้อเยื่อตรงกับผู้ให้มากที่สุด เมื่อผู้ให้ไตถึงแก่กรรมคณะแพทย์ผู้ไม่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไตจะเป็นผู้วินิจฉัยการตายของผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์สมองตายของแพทยสภาและแจ้งให้คณะแพทย์ผู้ทำการปลูกถ่ายไต ทราบเพื่อเตรียมนำไตออกจากผู้ให้หรือเก็บไตในน้ำยาพิเศษที่อุณหภูมิต่ำเพื่อรอให้ผู้รับพร้อมก่อน แต่ไม่ควรเก็บไตไว้นานเกิน 24 ชั่วโมง

(ข) กรณีผู้บริจาคมียังมีชีวิตอยู่

ผู้ให้ไตควรมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- อายุระหว่าง 18-65 ปี
- ไม่มีความดันโลหิตสูง
- ไม่เป็นโรคเบาหวาน
- ไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ
- ไม่มีประวัติหรือเป็นนิ่วในไต
- ไม่มีเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ
- ไม่เป็นโรคอ้วน
- ไม่เป็นโรคทางอายุรกรรมบางโรค เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรค

กล้ามเนื้อหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น

- ไม่เป็นโรคทางจิต

ผู้ที่ให้ไตควรมีเนื้อเยื่อเหมือนกับผู้รับมากที่สุด ซึ่งผู้ที่จะมีเนื้อเยื่อใกล้เคียงมากที่สุด คือ พี่ น้อง รองลงมาคือพ่อแม่ ส่วนญาติห่างๆ นั้น เนื้อเยื่ออาจห่างกันมาก พ่อแม่หรือพี่น้องของผู้ป่วยที่จะให้ไตแก่ผู้ป่วย ต้องได้รับการตรวจอย่างละเอียดเสียก่อน

ยากดภูมิคุ้มกัน

ยากดภูมิคุ้มกัน เป็นยาที่จำเป็นมากในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต เพื่อป้องกันและลดปฏิกิริยาการปฏิเสธไตของร่างกาย แบ่งการใช้ยาเป็นสองช่วง คือระยะเริ่มต้น และระยะดูแลรักษาต่อเนื่อง โดยมีหลักการทั่วไปคือ ต้องใช้ยาขนาดสูงพอในระยะเริ่มต้นหลังการผ่าตัดใหม่ และขนาดยาค่อยๆลดลงในระยะต่อไป และต้องใช้ยากดภูมิในการรักษาปฏิกิริยาปฏิเสธไตแบบเฉียบพลัน และภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ไปตลอดชีวิต จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่งและต้องทราบผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น

กฎหมายประกันสังคมได้วางหลักเกณฑ์เรื่องการบำบัดทดแทนไตโดย คณะกรรมการการแพทย์ได้ออกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พุทธศักราช 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับ ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอัตราหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 โดยปรับปรุงสิทธิประโยชน์กรณีการบำบัดทดแทนไต สำหรับผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

- ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในอัตราไม่เกิน 1,500 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 4,500 บาทต่อสัปดาห์สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

- ค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพร้อมอุปกรณ์ไม่เกินเดือนละ 20,000 บาทต่อรายต่อ 2 ปี สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

- ค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ในอัตราไม่เกินเดือนละ 20,000 บาท สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

- ค่าวางท่อรับส่งน้ำขาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ในอัตราไม่เกิน 20,000 บาทต่อรายต่อ 2 ปีสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

- กรณีผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนการเป็นผู้ประกันตนที่ยื่นขอใช้สิทธิให้มีสิทธิดังนี้

กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร ค่าวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์และค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายอยู่

กรณีผู้ประกันตนได้รับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวรแล้วล้มเหลว ให้มีสิทธิเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายอยู่

กรณีผู้ประกันตนประสงค์ใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้มีสิทธิเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในอัตราไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้งและไม่เกิน 3,000 บาทต่อสัปดาห์ กรณีค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพร้อมอุปกรณ์ และค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ให้ได้รับสิทธิตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายอยู่

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไต

การบำบัดทดแทนไต หมายความว่า กรรมวิธีบำบัดทดแทนการทำงานของไต เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเกื้อหนุนปกติได้ การบำบัดทดแทนไตมี 3 วิธี คือ

- 1) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis = HD)
- 2) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis = CPD) มี 3

แบบ คือ

(1) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (CAPD) = Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)

(2) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบไซคลิ่ง (CCPD = Chronic Cycling Peritoneal Dialysis)

(3) การล้างช่องท้องแบบเป็นระยะ (CIPD = Chronic Intermittent Peritoneal Dialysis)

- 3) การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิยื่นขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต

1) กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร ต้องเป็นผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามหลักวิชาการแพทย์

2) กรณีการปลูกถ่ายไต ต้องเป็นผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามหลักวิชาการแพทย์และไม่เป็นโรคดังกล่าวมาก่อนการเป็นผู้ประกันตนคราวที่ยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต

3) ผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไต ต้องเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีหน้าที่การทำงานของไตเสียไปอย่างถาวรเกินกว่าร้อยละ 95

4) ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไต จะต้องยื่นคำขอต่อสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ /จังหวัด/สาขา ที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิและแนบหลักฐานเอกสารประกอบคำขอ ดังต่อไปนี้

(1) กรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือกรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

ก. สำเนาเวชระเบียนและผลการตรวจพิสูจน์ Serum BUN, Serum Creatinine หรืออัตราการกรองของเสียของไต หรือ Creatinine Clearance และขนาดของไต

ข. หนังสือรับรองการเจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษา

(2) กรณีปลูกถ่ายไต

ก. สำเนาแบบพิมพ์การสมัครขอรับการปลูกถ่ายไตจากสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา พร้อมกับสำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

ข. สำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องทั้งหมดกรณีได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดปลูกถ่ายไตและอยู่ระหว่างได้รับยากดภูมิต้านทาน

ค. ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบตามข้อ 3 และเลขานุการหรือผู้ที่เลขานุการมอบหมายเป็นผู้มีอำนาจอนุมัติการได้รับสิทธิบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไต

ง. ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตเท่าที่จ่ายจริง หรือเหมาจ่ายแล้วแต่กรณีและเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดดังต่อไปนี้

จ. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิ จะต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ไม่น้อยกว่า สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง เว้นแต่ การเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมใน สัปดาห์แรก หรือผู้ประกันตนเสียชีวิต หรือคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการ

การแพทย์มอบหมายได้ให้ ความเห็นชอบการไม่อยู่ภายใต้เงื่อนไขแห่งจำนวนครั้ง ระยะเวลา และสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดดังกล่าว

ฉ. กรณีผู้ประกันตนไม่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนการเป็นผู้ประกันตนคราวที่ยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต สำนักงานประกันสังคม จะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ไม่เกิน 1,500 บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน) ต่อครั้ง และไม่เกิน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) ต่อสัปดาห์ สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน (กรณีผู้ประกันตนเป็นโรคไตหลังจากการเป็นผู้ประกันตน)

ช. กรณีผู้ประกันตนเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนการเป็นผู้ประกันตนคราวที่ยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่เกิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ต่อครั้ง และไม่เกิน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน) ต่อสัปดาห์ สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน (กรณีผู้ประกันตนเป็นโรคไตก่อนการเป็นผู้ประกันตน)

ซ. กรณีผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามข้อ 6.1 (ก) และ 6.1 (ข) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พร้อมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ประกันตนในอัตราไม่เกิน 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) ต่อรายต่อ 2 ปี สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

ณ. การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิเข้ารับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องได้รับการตรวจรักษาจากอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง

(ก) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรให้แก่สถานพยาบาลดังกล่าวข้างต้น เป็นค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ไม่เกินเดือนละ 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน เว้นแต่ ภายในเดือนแรกที่ได้รับอนุมัติจะจ่ายค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ ไม่เกินวันละ 750 บาท (เจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน) ตามจำนวนวันที่เหลือในเดือนนั้น สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินให้อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

(ข) กรณีผู้ประกันตนเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนการเป็นผู้ประกันตนคราวที่ยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต หากการรักษาด้วยการล้างช่องท้อง ด้วยน้ำยาอย่างถาวรล้มเหลวให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ตามอัตรา ข้อ 6.1

(ก)

(ค) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ประกันตน ไม่เกิน 20,000 บาท(สองหมื่นบาทถ้วน) ต่อรายต่อ 2 ปี สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

- การปลูกถ่ายไต

ก. ผู้ประกันตนจะต้องได้รับอนุมัติให้มีสิทธิก่อนการปลูกถ่ายไตและจะต้องปลูกถ่ายไตสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลง ลงกับสำนักงานประกันสังคมและสถานพยาบาลดังกล่าว จะดำเนินการให้บริการทางการแพทย์ตามข้อกำหนด

คุณสมบัติของผู้รับไต (recipient)

(ก) ต้องเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) และกำลังได้รับการรักษาด้วยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยา (Peritoneal Dialysis) หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ภายใต้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีบำบัดทดแทนไตของสำนักงานประกันสังคม

(ข) อายุไม่ควรเกิน 60 ปี

(ค) ไม่มี Active infectio

(ง) ไม่เป็นโรคผู้ที่ติดเชื้อ HIV

(จ) ไม่เป็นโรคตับเรื้อรัง (Chronic liver disease) ตามหลักเกณฑ์ข้อบังคับของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

(ฉ) ไม่เป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาให้หายขาดมานานกว่า 3 ปีขึ้นไป

(ช) ไม่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด เช่น Ischemic heart disease, Congestive heart failure, Chronic obstructive pulmonary disease เป็นต้น

(ซ) ไม่มี Persistent coagulation abnormality

(ฅ) ไม่มี Psychiatric disorder

(ญ) ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด

คุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่มีชีวิต (Living related donor)

(ก) อายุเท่ากับหรือมากกว่า 20 ปี และไม่ควรมีอายุเกิน 60 ปี

(ข) ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง (ค่าความดันโลหิต Systolic ไม่มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและค่า Diastolic ไม่มีมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท)

(ค) ไม่เป็นโรคเบาหวาน

(ง) ไม่มีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรัง

(จ) มีค่าโปรตีนในปัสสาวะไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อ 24 ชั่วโมง

(ฉ) มีค่า Creatinine clearance มากกว่า 80 ml/min 1.73 m²

(ช) ไม่มีภาวะโรคอ้วน (ค่า BMI ไม่มากกว่า 35)

(ซ) ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงทางอายุรกรรม เช่น COPD, Ischemic heart disease, Malignancy, Active infectious disease, Drug addiction เป็นต้น

(ณ) Negative test for anti HIV, HBsAg, Anti HCV

(ญ) ต้องมี Informed consent

(ฎ) ผ่านการประเมินทางจิตเวช (Psychiatric evaluation) ก่อน

(ฏ) ต้องเป็นญาติโดยสายเลือดหรือคู่สมรสตามกฎหมายข้อบังคับ

แพทยสภา

(ฐ) ต้องไม่เป็นการซื้อขายไต

คุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต (Cadaveric donor)

เป็นตามกฎหมายข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เวชกรรม และตามประกาศแพทยสภา เรื่อง เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตายและตามหลักเกณฑ์ของ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

- สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตจะ ต้องเป็นสถานพยาบาลหลัก ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามระบบเหมาจ่ายเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลหลักตามระบบเหมาจ่าย ในการรักษาพยาบาลตามเงื่อนไขที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ตั้งแต่ปีที่ 3 ภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นอย่างน้อย

- ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนหลังจากปลูกถ่ายไตตามข้อ 6.3ง. (3) จะต้องรับบริการทางการแพทย์หลักการปลูกถ่ายไต ได้แก่ การตรวจรักษา ยาควบคุมภูมิคุ้มกัน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยา

ภูมิคุ้มกันและอื่นๆ ตามดุลพินิจของแพทย์กับสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกรณีปลูกถ่ายไตกับสำนักงานประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ให้แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไต ดังนี้

1) ค่าใช้จ่ายก่อนการปลูกถ่ายไตไม่เกิน 30,000 บาท (สามหมื่นบาทถ้วน) ต่อราย สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน ทั้งนี้ ให้ครอบคลุมรายการตรวจประเมินของผู้ประกันตนและผู้บริจาคไต

2) ค่าใช้จ่ายระหว่างการปลูกถ่ายไตเหมาจ่ายในอัตรา 230,000 บาท (สองแสนสามหมื่นบาทถ้วน) ต่อราย โดยครอบคลุมผู้ประกันตนและผู้บริจาคไต เป็นเวลา 60 วันนับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตรวมทั้งรักษาภาวะการสลับไตอย่างเฉียบพลัน (Acute rejection) ของผู้ประกันตนเป็นเวลา 2 ปีนับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

3) ค่าใช้จ่ายหลังจากปลูกถ่ายไตสำหรับสถานพยาบาลที่ปลูกถ่ายไต ให้แก่ผู้ประกันตนที่มีสิทธิตามประกาศฉบับนี้ โดยครอบคลุมการตรวจรักษา ยากดภูมิคุ้มกัน ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจปัสสาวะ ตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันเหมาจ่ายในอัตราดังต่อไปนี้

ปีที่ 1 เดือนที่ 1-6 เดือนละ 30,000 บาท 7-12 เดือนละ 20,000 บาท

ปีที่ 2 เดือนที่ 1-6 เดือนละ 15,000 บาท

ปีที่ 3 เป็นต้นไป เดือนละ 10,000 บาท

กรณีผู้ประกันตนได้รับอนุมัติสิทธิประโยชน์กรณีปลูกถ่ายไต แต่ไปรับการปลูกถ่ายไตจากสถานพยาบาลอื่นที่ไม่ได้รับอนุมัติจากสำนักงานประกันสังคมจะไม่ได้รับสิทธิค่าใช้จ่ายระหว่างการปลูกถ่ายไต

สิทธิประโยชน์ทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายไตสิ้นสุดลงนับตั้งแต่วันที่ 1 ของเดือนถัดไป ในกรณีดังต่อไปนี้

(1) กลับเข้ารับการรักษาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

(2) สิ้นสุดการได้รับความคุ้มครองการบริการทางการแพทย์

(3) เสียชีวิต

ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติสิทธิกรณีปลูกถ่ายไตแต่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตยังคงใช้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีบำบัดทดแทนไต โดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร จนกว่าจะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

4) กรณีที่ผู้ประกันตนที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตก่อน วันที่ 5 ธันวาคมพ.ศ. 2547 ซึ่งเป็นวันที่เริ่มประกาศให้สิทธิกรณีปลูกถ่ายไต และอยู่ในระหว่างการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ถือเป็นผู้มีสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีหลังปลูกถ่ายไตตามข้อ 6.3 ง (3) ซึ่งผู้ประกันตนจะต้องยื่นคำขอตามข้อ 2 และข้อ 4.2 เพื่อให้ได้รับการพิจารณาตามข้อ 5

5) กรณีการให้ยา Erythropoietin

(1) ผู้ประกันตนที่มีสิทธิยื่นขอรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin ต้องเป็นผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติจากเลขาธิการหรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมายให้ได้รับสิทธิการบำบัดทดแทนไตตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมเรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานกรณีบำบัดทดแทนไต

(2) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานประกันสังคมที่มีภาวะโลหิตจางระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) เท่ากับหรือน้อยกว่า 36% อันมีสาเหตุจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสิทธิได้รับยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และสถานพยาบาลดังกล่าวสามารถขอเบิกค่ายาตามข้อ 8.3 ข้อ 8.6 และข้อ 8.7

(3) สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องให้อายุรแพทย์โรคไตประจำหน่วยบริการออกหนังสือรับรองตามแบบสำนักงานประกันสังคมที่กำหนด

(4) ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะได้รับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีการให้ยา Erythropoietin จะต้องยื่นคำขอรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin ต่อสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่/จังหวัด/ สาขาที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิ ทั้งนี้ จะต้องแนบเอกสารหลักฐานประกอบคำขอดังต่อไปนี้

ก. แบบขอรับคำบำบัดทดแทนไต กองทุนประกันสังคม

ข. หนังสือรับรองการขอรับยา Erythropoietin ตามข้อ 8.3

(5) ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบตามข้อ 8.2 และข้อ 8.4 ให้ผู้ประกันตนตามข้อ 8.1 มีสิทธิรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin และได้รับการอนุมัติจากเลขาธิการ หรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมาย

(6) สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ให้กับผู้ป่วยประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไต ตามระดับความเข้มข้นของโลหิตในแต่ละเดือน ดังต่อไปนี้

ก. กรณีที่ผู้ป่วยประกันตนมีผลการตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) เท่ากับหรือต่ำกว่า 33% สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ขนาดไม่น้อยกว่า 4000 IU ต่อสัปดาห์ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดและไม่เกินสัปดาห์ละ 750 บาท

ข. กรณีที่ผู้ป่วยประกันตนมีผลการตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) สูงกว่า 33% แต่ไม่เกิน 36% สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ขนาดไม่น้อยกว่า 2000 IU ต่อสัปดาห์ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดและไม่เกินสัปดาห์ละ 375 บาท

(7) สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องจัดยา Erythropoietin ในราคาตามประกาศนี้หากผู้ป่วยประกันตนประสงค์ใช้ยาที่มีราคาสูงกว่าที่กำหนด สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่ายาเฉพาะส่วนเกินแต่ทั้งนี้จะต้องเป็นไปตามราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

การปลูกถ่ายไตหรือการเปลี่ยนไต เป็น วิธีที่ดีที่สุดในการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงคนปกติไม่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รับประทานอาหารได้อย่างเพียงพอ ถ่ายปัสสาวะได้เอง ทำงานประจำได้ สามารถออกกำลัง ตลอดจนสมรรถภาพ ทางเพศดีขึ้น ปฏิบัติกิจต่างๆ ได้มากขึ้น⁵³

ขั้นตอนการรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีปลูกถ่ายไต ได้กำหนดหลักเกณฑ์โดย ประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมเรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีบำบัดทดแทนไต ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547⁵⁴ ดังนี้

1) กรณีที่ยังไม่ได้สมัครขอปลูกถ่ายไตหรือผ่าตัดเปลี่ยนไตกับสถานพยาบาลแห่งใดเลย

⁵³ แหล่งเดิม. หน้า 28

⁵⁴ แหล่งเดิม. หน้า 40

ขั้นตอนที่ 1 เพื่อขออนุมัติในการตรวจประเมินสภาพร่างกายก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต มีขั้นตอนดังนี้

- (1) ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีสมุดคู่มือแสดงสิทธิบำบัดทดแทนไต ที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สาขา เขตพื้นที่ ที่ประสงค์จะใช้สิทธิ
- (2) สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สาขา และพื้นที่ที่รวบรวมหลักฐานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด จัดทำระเบียบวาระ บันทึกพาดคำผู้ประกันตน ส่งเรื่องหรือไปยังกองประสานการแพทย์ และฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพิจารณา
- (3) กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สรุปเรื่องจัดทำระเบียบวาระการประชุม เสนอต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการพิจารณาการบำบัดทดแทนไตเพื่อพิจารณา
- (4) ฝ่ายเลขานุการคณะอนุกรรมการพิจารณาการบำบัดทดแทนไต จัดทำมติที่ประชุม
- (5) กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพแจ้งผลการพิจารณาโดยออกหนังสืออนุมัติกรณีปลูกถ่ายไตตามมติที่ประชุม ส่งเรื่องกลับสำนักงานประกันสังคมจังหวัด สาขา หรือพื้นที่เจ้าของเรื่อง
- (6) สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สาขาหรือเขตพื้นที่ออกหนังสือแจ้งผลการพิจารณาอนุมัติหรือไม่อนุมัติให้แก่ผู้ประกันตนที่ยื่นขอรับสิทธิ
- (7) กรณีอนุมัติให้ได้รับสิทธิกรณีปลูกถ่ายไตให้นำหนังสือออกโดยสำนักงานประกันสังคมจังหวัด สาขา หรือเขต พื้นที่ ให้แก่ผู้ประกันตนเพื่อนำไปแสดงต่อสถานพยาบาลเพื่อขอรับบริการทางการแพทย์กรณีปลูกถ่ายไต โดยไม่ต้องเปลี่ยนบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด สำหรับกรณีไม่อนุมัติให้ได้รับสิทธิปลูกถ่ายไต ให้ผู้ประกันตนใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวรต่อไป สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่มีสิทธิด้วยเหตุผลทางการแพทย์ แต่ต่อมาผู้ประกันตนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงขึ้น รักษาโรคอื่นให้หายแล้วก็สามารถดำเนินการยื่นขอรับสิทธิกรณีการปลูกถ่ายไตเพื่อเสนอคณะอนุกรรมการพิจารณาการบำบัดทดแทนไตได้ใหม่อีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 เพื่อขออนุมัติในการทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต มีขั้นตอนดังนี้

- (1) โรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตจะเป็นผู้ดำเนินการในกระบวนการนี้เฉพาะกรณีที่ตรวจประเมินสภาพร่างกายแล้วมีปัญหาไม่สามารถทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้ ให้ส่งเรื่องไปยังกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน
- (2) กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพสรุปเรื่องจัดทำวาระเสนอต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการพิจารณาการบำบัดทดแทนไตเพื่อพิจารณาใหม่อีกครั้ง

(3) ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการพิจารณาการบำบัดทดแทนไต (กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ) จัดทำมติที่ประชุมของคณะกรรมการพิจารณาการบำบัดทดแทนไต

(4) กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ แจ้งผลการพิจารณาได้ออกหนังสืออนุมัติหรือไม่อนุมัติกรณีปลูกถ่ายไตตามมติที่ประชุมใหม่อีกครั้ง โดยกรณีไม่อนุมัติกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพจะแจ้งเรื่องกลับไปยังสถานพยาบาลที่ทำผ่าตัดปลูกถ่ายไตให้ทราบผลการพิจารณาเพื่อปฏิเสธผู้ประกันตนต่อไป กรณีอนุมัติจะแจ้งให้โรงพยาบาลดำเนินการผ่าตัดได้พร้อมกับดำเนินการแจ้งผลการพิจารณาให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สาขา เจ้าของเรื่อง

(5) สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สาขา หรือเขตพื้นที่ ที่ออกหนังสือ แจ้งผลการพิจารณาให้แก่ผู้ประกันตนทราบ

(6) ผู้ประกันตนนำเอกสารหลักฐานของสำนักงานประกันสังคมไปติดต่อเข้ารับบริการทางการแพทย์กับสถานพยาบาลที่จะทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตต่อไป

ในกรณีนี้ หากเป็นกรณีที่ตรวจประเมินสภาพร่างกายแล้วสถานพยาบาลในความตกลงที่ได้รับสิทธิครั้งแรกมีความเห็นว่าไม่สามารถผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้ แต่มีสถานพยาบาลในความตกลงที่จะทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตแห่งอื่นที่มีความสามารถและศักยภาพมากกว่า สามารถจะทำการปลูกถ่ายไตได้ ที่ประชุมอาจมีมติให้จัดสรรคิวผู้ป่วย ให้แก่สถานพยาบาลในความตกลงแห่งใหม่ กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ มีหน้าที่แจ้งผลให้สถานพยาบาลทราบทั้ง 2 แห่งด้วย

ขั้นตอนที่ 3 กรณีได้รับอนุมัติและได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต มีขั้นตอนดังนี้

(1) ผู้ประกันตนที่ได้รับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือด้วย วิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร นำหลักฐานจากหนังสืออนุมัติจากสำนักงานประกันสังคม จังหวัด สาขา หรือเขตพื้นที่ เข้ารับบริการทางการแพทย์เพื่อทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ได้รับการตรวจประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ

(2) ผู้บริจาคไตที่มีชีวิตให้แก่ผู้ประกันตน เข้ารับการตรวจร่างกายและจิตใจ

(3) ผู้ประกันตนที่ได้รับสิทธิกรณีปลูกถ่ายไตและผู้บริจาคที่มีชีวิต เข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่สถานพยาบาลในความตกลง

(4) โรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตจะต้องดำเนินการแจ้งผลการผ่าตัดในวันถัดไป นับจากวันที่ทำการผ่าตัดไปยังกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยไม่ต้องรอผู้ประกันตนกลับบ้าน ทั้งนี้เพื่อจกได้ดำเนินการเปลี่ยนบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลและ

ติดตามว่าผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงบริการปลูกถ่ายไตจำนวนกี่รายที่สถานพยาบาลใดบ้าง ทั้งนี้เพื่อรายงานต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการพิจารณาบำบัดทดแทนไต

(5) กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพดำเนินการเปลี่ยนบัตรรับรองสิทธิในกรณีที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิมิใช่สถานพยาบาลในความตกลงที่ทำผ่าตัดปลูกถ่ายไตให้แก่ผู้ประกันตน

(6) ดำเนินจัดส่งบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลผ่า ไปยังสำนักงานประกันสังคมจังหวัดและเขตพื้นที่เจ้าของเรื่องและผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิ

(7) สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและเขตพื้นที่ส่งมอบบัตรรับรองสิทธิให้แก่ผู้ประกันตน

(8) ผู้ประกันตนนำบัตรรับรองสิทธิเข้ารับการบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตกรณีหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต เพื่อขอรับยากดภูมิคุ้มกันและติดตามอาการตามแพทย์นัดต่อไป

(9) สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตส่งหลักฐานและรายงานผลเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีปลูกถ่ายไตไปยังกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อตรวจสอบข้อเท็จจริงและเอกสาร เพื่อความถูกต้อง

(10) รวบรวมทำหนังสือเลขที่การผ่านกองการเงินและบัญชีกองทุนเพื่ออนุมัติจ่ายเงิน

(11) กองการเงินและบัญชีกองทุนดำเนินการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไต

กรณีที่ได้รับอนุญาตและรอรับไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

(1) กรณีผู้ประกันตนไม่ได้รับอนุมัติสิทธิกรณีปลูกถ่ายไตให้กลับไปใช้สิทธิการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือด้วยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร

(2) กรณีที่ผู้ประกันตนได้รับอนุมัติสิทธิกรณีปลูกถ่ายไต โดยไม่มีผู้บริจาคไตที่มีชีวิต ขณะรอไตบริจาคจากศูนย์รับบริจาคสภากาชาดไทย กรณีที่ได้ไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต ผู้ประกันตนจะได้รับการติดต่อเพื่อเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ที่สถานพยาบาลที่รับสิทธิหลังวันถัดไปให้สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตแจ้งเรื่องให้กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพทราบเปลี่ยนบัตรรับรองสิทธิเป็นเวลา 2 ปี

(3) กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ เปลี่ยนบัตรรับรองสิทธิให้ทันทีตามหลักเกณฑ์การออกบัตรรับรองสิทธิ จัดส่งให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและเขตพื้นที่

(4) สำนักงานประกันสังคม จังหวัดและเขตพื้นที่ส่งมอบบัตรรับรองสิทธิให้แก่ผู้ประกันตน

(5) ผู้ประกันตนนำบัตรรับรองสิทธิเข้ารับการบริการหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตเพื่อขอรับยากดภูมิ

(6) สถานพยาบาลส่งเรื่องขอเบิกค่ายากดภูมิคุ้มกัน รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการไปยังกองประสานการแพทย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ

(7) กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอเบิกจ่ายเสนอเลขานุการอนุมัติ ผ่านกองการเงินและบัญชีกองทุน

(8) กองการเงินและบัญชีกองทุนจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล
สรุปขั้นตอนดำเนินการให้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีปลูกถ่ายไต ดังนี้⁵⁵

1) สำนักงานประกันสังคมทำความตกลงกับสถานพยาบาลตามบันทึกข้อตกลงการให้บริการทางการแพทย์กรณีปลูกถ่ายไต

2) สำนักงานประกันสังคมพิจารณาอนุมัติแบบคำรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดไตกรณีปลูกถ่ายไต

(1) เพื่อขอให้มีการตรวจประเมินสภาพร่างกายก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

(2) เพื่อขออนุมัติทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

(3) เพื่อขออนุมัติค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต

การยื่นขอรับประโยชน์ทั้ง 3 กรณีต้องมีใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลที่ให้การรักษาในปัจจุบัน ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดมี 2 แบบ คือใบรับรองแพทย์กรณีปลูกถ่ายไต และใบรับรองแพทย์ กรณีหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตและอยู่ระหว่างได้รับยากดภูมิคุ้มกันพร้อมสำเนาเวชระเบียนในส่วนที่เกี่ยวข้อง สำเนาสมุดแสดงสิทธิการบำบัดทดแทนไตเล่มปัจจุบัน สำเนาบัตรประชาชน

(4) สำหรับการยื่นขอรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีปลูกถ่ายไต เมื่อพิจารณาได้รับอนุมัติจะครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ คือก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด

(5) เมื่ออนุมัติแล้ว สำนักงานประกันสังคมโดยกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพมีหนังสือส่งตัวให้สถานพยาบาลในความตกลงดำเนินการ

(6) สถานพยาบาลดำเนินการตรวจร่างกายและจิตใจ และตรวจทางห้องปฏิบัติการตามเงื่อนไขก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และรายงานผลการตรวจพร้อมส่งเบิกค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนด เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 300,000 บาท

⁵⁵ แหล่งเดิม. หน้า 60

(7) สถานพยาบาลส่งหลักฐาน การตรวจนำเข้าพิจารณาอีกครั้งโดย คณะอนุกรรมการพิจารณาการบำบัดทดแทนไตกรณีไม่สามารถทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้ ทั้งนี้ ตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในประกาศ

(8) สำนักงานแจ้งผลการพิจารณาให้สถานพยาบาลและผู้ประกันตนทราบ

(9) กรณีทำผ่าตัดปลูกไตได้ให้สถานพยาบาลทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต พร้อมแจ้ง สำนักงานประกันสังคม (กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ) ทราบทันทีและยื่นเบิก ค่าใช้จ่าย 230,000 บาท โดยจะดำเนินการเปลี่ยนบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลเป็น สถานพยาบาลตาม ข้อตกลงภายหลังได้รับสิทธิ ทั้งนี้ ควรเบิกภาพในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี เพื่อที่ สำนักงานประกันสังคมจะได้ศึกษาข้อมูลค่าใช้จ่ายขาดทุน ค่าไร ของสถานพยาบาลในความตกลง และติดตามผลการให้บริการทางการแพทย์ว่าเป็นไปตามข้อตกลงของสัญญาหรือไม่ ผู้ประกันตน สามารถเข้าถึงบริการหรือไม่

(10) สถานพยาบาลดูแลติดตามการรักษา ผู้ประกันตนหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต เป็นเวลา 2 ปี พร้อมยื่นเบิกค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนด หลังได้รับสิทธิ

(11) กรณีได้รับอนุมัติสิทธิก่อนผ่าตัดแล้วยังไม่ได้ผ่าตัดจะไม่ย้ายบัตรรับรองสิทธิ การรักษาพยาบาลจนกว่าจะได้ทำการผ่าตัด

(12) กรณีหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตและอยู่ระหว่างได้รับยากดภูมิคุ้มกันที่ สถานพยาบาลอื่นจะย้ายสถานพยาบาลมาอยู่ในสถานพยาบาลตามข้อตกลง ที่ผู้ประกันตนได้รับ สิทธิตามมติที่ประชุม แต่จะไม่ย้ายบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

5) การปลูกถ่ายไขกระดูก

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ทำการ ปลูกถ่ายไขกระดูกและได้ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมดังนี้

(1) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีปลูกถ่ายไขกระดูก ตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้
ค่าบริการทางการแพทย์นับแต่วันที่เริ่มต้นที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาตัวใน สถานพยาบาลเพื่อทำการปลูกถ่ายไขกระดูก จนถึงผู้ประกันตนได้รับการไขกระดูก (Stem cell) เหม่าจ่ายเป็นเงิน 500,000 บาท (ห้าแสนบาทถ้วน)

ค่าบริการทางการแพทย์ ยับนับตั้งแต่ที่ผู้ประกันตนได้รับไขกระดูก (Stem cell) จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาล เหม่าจ่ายเป็นจำนวนเงิน 250,000 บาท (สอง แสนห้าหมื่นบาทถ้วน)

(2) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจเนื้อเยื่อ เพื่อปลูกถ่ายไขกระดูกสำหรับผู้ ประกันตนในรายที่ไม่สามารถทำการปลูกถ่ายไข กระดูกได้ตามหลักเกณฑ์และอัตราดังนี้

ผู้ประกันตนจะต้องได้รับการอนุมัติจากสำนักงานให้เข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูกก่อนที่จะเข้ารับตรวจเนื้อเยื่อ ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจเนื้อเยื่อระหว่างผู้ประกันตนกับพี่น้องร่วม บิดามารดาเดียวกัน และผลการตรวจเนื้อเยื่อไม่สามารถเข้ากันได้ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินรายละเอียด 7,000 บาท (เจ็ดพันบาทถ้วน) จำนวนรายเท่าที่จ่ายจริง รวมทั้งผู้ประกันตนด้วย

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการปลูกถ่ายไขกระดูก

(1) ผู้ประกันตนจะต้องเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งดังต่อไปนี้

ก. มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเรื้อรัง (Chronic myeloid leukemia) ในระยะเรื้อรัง (chronic phase) หรือระยะที่มีการดำเนินโรคเร็ว (accelerated phase)

ข. มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเฉียบพลัน (Acute myeloid leukemia) ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์เป็นครั้งแรก (First complete remission) หรือระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์เป็นครั้งที่ 2 (second complete remission)

ค. มะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลัน (Acute lymphoblastic leukemia) ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์เป็นครั้งแรก (First complete remission) หรือระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ครั้งที่ 2 (second complete remission)

ง. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Malignant lymphoma) ที่กลับเป็นอีก (relapse) หรือไม่ตอบสนอง (refractory) ต่อการให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานขั้นต้น (first line chemotherapy) หรือในรายที่มีความเสี่ยงสูง (high risk, high-intermediate risk โดย International prognostic index, IPI) ควรทำในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์เป็นครั้งแรก (First complete remission) หรือระยะที่โรคเข้าสู่ระยะสงบ (First partial remission)

จ. ไขกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (Severe aplastic anemia)

ฉ. มะเร็งเต้านม ที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองเกิน 10 ต่อมน้ำแล้ว

ช. ไขกระดูกผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง (Myelodysplastic syndrome) ชนิดโลหิตจางแบบที่ต้องการรักษาชนิดมีบลาสต์มาก (refractory anemia with excess blast) หรือ โลหิตจางแบบที่ต้องการรักษาชนิดมีบลาสต์มากและเซลล์อยู่ในระยะการเปลี่ยนแปลง (refractory anemia with excess blast in transformation) หรือ ไมอีโตโมโนไซติกลิวคีเมียชนิดเรื้อรัง (chronic myelomonocytic leukemia)

ซ. มะเร็งไขกระดูกชนิดมัลติโพลีไมเอลมา (Multiple myeloma)

- (2) ผู้ประกันตนต้องไม่เป็นโรค ก,ข,ค,ง,จ,ฉ,ช หรือ ซ มาก่อนที่จะเป็นผู้ประกันตน
- (3) ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคในลำดับที่ ก,ข,ค,ง,จ,ฉ,ช จะต้องมียาไม่เกิน 55 ปี และผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคในลำดับที่ ซ. จะต้องมียาไม่เกิน 60
- (4) กรณี ที่ผู้ประกันตนได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกแล้วกลับเป็นโรคเดิมซ้ำ ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิยื่นเรื่องขอรับการพิจารณาอนุมัติการปลูกถ่ายไขกระดูก ใหม่
- (5) ให้คณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำแก่สำนักงานในการพิจารณาอนุมัติให้ผู้ประกันตนเข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูก
- (6) ให้ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติให้ปลูกถ่ายไขกระดูก ไปเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยเหตุหรือโรค อื่นๆ จากสถานพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ปลูกถ่ายไขกระดูกในช่วง ระยะเวลาของกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูก

ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอใช้สิทธิประโยชน์กรณีการปลูกถ่ายไขกระดูก จะต้องยื่นเอกสารขอรับสิทธิประโยชน์ปลูกถ่ายไขกระดูกต่อสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ผู้ประกันตนประสงค์จะขอใช้สิทธิทั้งนี้จะต้องแนบเอกสาร หลักฐานประกอบดังต่อไปนี้

- สำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง
- ความเห็นแพทย์ผู้รักษาในการปลูกถ่ายไขกระดูก

ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบแก่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกและให้เลขานุการหรือผู้ที่เลขานุการมอบหมายเป็นผู้อนุมัติ

สำนักงานประกันสังคมจะส่งตัวผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติ เข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยวิธี Allogeneic Trasplantation หรือ Autologous Trasplantation ในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคม ตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- ให้บริการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อเพื่อการปลูกถ่ายไขกระดูกของผู้ประกันตน
- ให้บริการปลูกถ่ายไขกระดูกจนสิ้นสุดกระบวนการทั้งกรณี Allogeneic Trasplantation และกรณี Autologous Trasplantation
- กรณีที่เป็นการทำปลูกถ่ายไขกระดูกด้วย วิธี Allogeneic Trasplantation กำหนดให้ผู้บริจาคไขกระดูกจะต้องเป็นพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันกับผู้ ประกันตน

- สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไขกระดูกรับผิดชอบให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนเมื่อมีโรค หรืออาการแทรกซ้อนเนื่องจากการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกเป็น ระยะเวลาหนึ่งปี หลังการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกเสร็จสิ้น

- สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไขกระดูกจะต้องเป็นสถานพยาบาลตาม บัตรรับรองสิทธิการ รักษาพยาบาล ในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการ ทำงานแก่ผู้ประกันตนเป็นเวลาอย่างน้อย หนึ่งปี นับแต่วันที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในอัตราหมาจ่าย และค่าบริการทางการแพทย์อื่น ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่องค่าบริการทาง การแพทย์ สำหรับสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล หลังจากหนึ่งปีนับแต่ที่ผู้ประกันตนได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือก สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ตามเงื่อนไขที่สำนั กงานประกันสังคม กำหนด

การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยเหตุหรือกลุ่มโรค และบริการดังต่อไปนี้ ผู้ประกันตน ไม่มีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์

- 1) โรคหรือการประสบ อันตรายอันเนื่องจากการใช้สารเสพติด ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
- 2) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษ ษาตัวในโรงพยาบาล ประเภทคนไข้ในเกิน 180 วันใน 1 ปี
- 3) การบำบัดทดแทนไต กรณีไตวายเรื้อรัง ยกเว้น กรณี เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายให้มีสิทธิได้รับการ ทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม ด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขและอัตราที่กำหนด
- 4) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- 5) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
- 6) การรักษาภาวะมีบุตรยาก
- 7) การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะยกเว้น การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการปลูกถ่ายไขกระดูกของผู้ประกันตน ให้จ่ายค่าตรวจเนื้อเยื่อเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 7,000 บาทต่อรายตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด
- 8) การตรวจใดๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น
- 9) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น

(1) การปลูกถ่ายไขกระดูก ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายในอัตรา 750,000 บาทต่อราย แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่คณะกรรมการการแพทย์รับรอง และได้ทำความตกลงไว้กับสำนักงานในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน กรณี การปลูกถ่ายไขกระดูกตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด

(2) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะระจกตา โดยให้เหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล 20,000 บาทและให้ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย 5,000 บาท ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด

10) การเปลี่ยนเพศ

11) การผสมเทียม

12) การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น

13) ทันตกรรม ยกเว้น การถอนฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูนให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 600 บาทต่อปี กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิกมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ และ ค่าฟันเทียม เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,400 บาทภายในระยะเวลา 5 ปี

14) แวนตา

ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรสำหรับตนเองหรือภรรยา หรือสำหรับหญิงที่อยู่กินฉันสามีภรรยากับผู้ประกันตน โดยเปิดเผย ถ้าไม่มีภรรยาที่จดทะเบียน โดยถูกต้องตามกฎหมาย⁵⁶ ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร ที่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับมีดังนี้

- ค่าบริการทางการแพทย์

ค่าบริการทางการแพทย์ ในกรณีที่ผู้ประกันตนเป็นหญิง จะได้รับเงินช่วยค่าคลอดบุตรแบบเหมา 13,000 บาท แต่จะลาคลอดได้ไม่เกิน 2 ครั้งในชีวิต กรณีผู้ประกันตนเป็นลูกจ้างชาย จะได้รับเงินสดครั้งละ 13,000 บาท และถ้าสามีภรรยาเป็นผู้ประกันตนด้วยกันทั้งคู่ก็จะได้รับค่าตอบแทนการคลอดบุตรคนละ 13,000 บาททั้งคู่ โดยจะต้องเป็นผู้ประกันตนมาแล้วไม่น้อยกว่า 7 เดือน หรือ 210 วันก่อนคลอด⁵⁷

⁵⁶ ปราณี สุขศรี. (2548). หลักกฎหมายประกันสังคมสำหรับนายจ้างและผู้ประกันตน. หน้า 44.

⁵⁷ วีระ ศรีธรรมรักษ์ ก เล่มเดิม. หน้า 20.

- เงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตร

เงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตร ผู้ประกันตนจะใช้สิทธิได้ไม่เกิน 2 ครั้ง โดยเหมาจ่าย เป็นจำนวน 50% ของค่าจ้าง เป็นระยะเวลา 90 วัน (เท่ากับค่าจ้าง 45 วัน)

จากการที่กฎหมายกำหนด เมื่อผู้ประกันตนหญิงลาคลอดเป็นเวลา 90 วัน ลูกจ้างหญิงซึ่งเป็นผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับทั้งค่าจ้างจากนายจ้างเป็นเวลา 45 วันในขณะเดียวกัน ก็ได้รับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรจากกองทุนประกันสังคมอีกด้วยเป็นเวลา 45 วัน

สำหรับสิทธิของผู้ประกันตนชายกรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับหญิง

ผู้ประกันตนชายจะมีสิทธิได้รับเงินทดแทนกรณีคลอดบุตรสำหรับหญิงซึ่งอยู่กินกันฉันสามีภรรยากับผู้ประกันตน โดยจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขตามที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดเอาไว้ ดังนี้

1. ผู้ประกันตนชายนั้นจะต้องไม่มีภรรยาซึ่งได้จดทะเบียนสมรสอยู่ในขณะนั้น
2. ผู้ประกันตนชายจะต้องอยู่กินฉันสามีภรรยาด้วยหญิงนั้น โดยเปิดเผย
3. จะต้องปรากฏชื่อของผู้ประกันตนชายนั้นเป็นบิดาในสูติบัตรของบุตรที่เกิด

อนึ่ง กรณีสามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ให้ใช้สิทธิในการเบิกค่าคลอดบุตรรวมกันไม่เกิน 4 ครั้ง โดยบุตรที่นำมาใช้สิทธิเบิกค่าคลอดบุตรแล้วไม่สามารถนำมาขอรับค่าคลอดบุตรได้อีก⁵⁸

2) กรณีผู้ประกันตนอิสระตามมาตรา 40

พระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทนตลาดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2554 บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ดังนี้

กรณีผู้ประกันตนนำส่งเงินสมทบเดือนละ 100 บาทต่อเดือน

(1) เงินทดแทนการขาดรายได้ เมื่อเจ็บป่วย เมื่อนอนโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป จะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้จำนวน 200 บาทต่อวัน ไม่เกิน 20 วันต่อปี เงื่อนไขเมื่อจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายในระยะเวลา 4 เดือน⁵⁹

⁵⁸ พินิจ ทิพย์มณี. เล่มเดิม. หน้า 365.

⁵⁹ พระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทนตลาดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2554, มาตรา 11.

(2) เงินทดแทนการขาดรายได้ เมื่อทุพพลภาพ รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ค่าทดแทนเดือนละ 500 บาทเมื่อจ่ายเงินสมทบ 6 เดือนใน 10 เดือน ได้ค่าทดแทนเดือนละ 650 บาทเมื่อจ่ายเงินสมทบ 6 เดือนใน 10 เดือน ได้ค่าทดแทนเดือนละ 800 บาทเมื่อจ่ายเงินสมทบ 24 เดือนใน 40 เดือน ได้ค่าทดแทนเดือนละ 1,000 บาทเมื่อจ่ายเงินสมทบ 36 เดือนใน 60 เดือน⁶⁰

(3) เงินค่าทำศพ (เสียชีวิต) จะได้รับค่าทำศพจำนวน 20,000 บาทต่อราย เมื่อจ่ายเงินสมทบครบ 6 เดือน ภายในระยะเวลา 12 เดือน⁶¹

กรณีผู้ประกันตนนำส่งเงินสมทบเดือนละ 150 บาทต่อเดือน

ก. เงินทดแทนการขาดรายได้ เมื่อเจ็บป่วย เมื่อนอนโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป จะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้จำนวน 200 บาทต่อวัน ไม่เกิน 20 วันต่อปี เงื่อนไขเมื่อจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายในระยะเวลา 4 เดือน⁶²

ข. เงินทดแทนการขาดรายได้ เมื่อทุพพลภาพ รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ค่าทดแทนเดือนละ 500 บาทเมื่อจ่ายเงินสมทบ 6 เดือนใน 10 เดือน ได้ค่าทดแทนเดือนละ 650 บาทเมื่อจ่ายเงินสมทบ 6 เดือนใน 10 เดือน ได้ค่าทดแทนเดือนละ 800 บาทเมื่อจ่ายเงินสมทบ 24 เดือนใน 40 เดือน ได้ค่าทดแทนเดือนละ 1,000 บาทเมื่อจ่ายเงินสมทบ 36 เดือนใน 60 เดือน⁶³

ค. เงินค่าทำศพ (เสียชีวิต) จะได้รับค่าทำศพจำนวน 20,000 บาทต่อราย เมื่อจ่ายเงินสมทบครบ 6 เดือน ภายในระยะเวลา 12 เดือน⁶⁴

⁶⁰ พระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทนตลาดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2554, มาตรา 12

⁶¹ พระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทนตลาดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2554, มาตรา 13

⁶² พระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทนตลาดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2554, มาตรา 11.

⁶³ พระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทนตลาดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2554, มาตรา 12.

⁶⁴ พระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทนตลาดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2554, มาตรา 13.

ง. เงินบำเหน็จชราภาพ ผู้ประกันตนสามารถรับเงินก้อน เมื่ออายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ เงื่อนไข มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์เมื่อจ่ายเงินออมขั้นต่ำ 50 บาทต่อเดือน (ผู้ประกันตนสามารถออมเพิ่มได้⁶⁵)

3) การคุ้มครองภายหลังสิ้นสุดสภาพการเป็นลูกจ้าง

(1) พระราชกฤษฎีกากำหนดระยะเวลาการมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนสิ้นสุดสภาพการเป็นลูกจ้าง พ.ศ. 2542 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 116 ตอนที่ 68 ก. ลงวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2542 ข้อ 3 กำหนดให้ผู้ประกันตนซึ่งได้ส่งเงินสมทบครบตามเงื่อนไขเวลาที่ก่อให้เกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย และที่สิ้นสุดสภาพการเป็นลูกจ้าง ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2542 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2542 (ในวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2542 นั้น ผู้ประกันตนมิได้ทำงานให้นายจ้างแล้ว) มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย ต่อไปอีก 12 เดือนนับจากวันที่สิ้นสุดการเป็นลูกจ้าง

(2) สำหรับผู้ประกันตนที่สิ้นสุดสภาพการเป็นลูกจ้างก่อนการบังคับใช้พระราชกฤษฎีกาดังกล่าว และภายหลังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2543 เป็นต้นไป ถ้าผู้ประกันตนนั้นได้จ่ายเงินสมทบครบตามเงื่อนไขเวลาที่ก่อให้เกิดสิทธิ จะมิได้รับสิทธิได้รับความคุ้มครองทั้ง 4 กรณีดังกล่าวต่อไปอีก 6 เดือน นับจากวันที่สิ้นสุดการเป็นลูกจ้าง

(3) ผู้ประกันตนที่สิ้นสุดสภาพการเป็นลูกจ้าง หากเคยจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน สามารถสมัครเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 39 ได้ โดยผู้ประกันตนต้องยื่นแบบแสดงความจำนงสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ภายใน 6 เดือนนับแต่วันที่สิ้นสุดสภาพการเป็นลูกจ้าง

3.3.2.4 ผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายประกันสังคม

เมื่อมีการขึ้นทะเบียนประกันสังคมแล้ว ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบัตรประกันสังคมจากสำนักงานประกันสังคมซึ่งเรียกว่าบัตรรับรองสิทธิ และเมื่อประสบเคราะห์ภัยหรือประสบความเดือดร้อนเข้ากรณีที่จะได้รับบริการคุ้มครองโดยปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดแล้วก็มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์ เงินทดแทนการขาดรายได้ เงินค่าทำศพ และเงินสงเคราะห์แล้วแต่กรณี ดังนั้น ผู้ประกันตนจะมีสิทธิได้รับประโยชน์

⁶⁵ พระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทนตลาดหลักทรัพย์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2554, มาตรา 14.

ทดแทนเมื่อประสบเคราะห์ภัย หรือได้รับความเดือดร้อนเข้ากรณีของการประกันหรือประเภทการประกันสังคม ก็จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดไว้ ดังจะกล่าวต่อไปนี้

ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน หรือนอกงาน โดยผู้ที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน หรือนอกงาน จะต้องเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม เท่านั้น ไม่ว่าผู้ประกันตนจะเป็นหญิงหรือชาย โดยเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมตามที่กฎหมายกำหนด กล่าวคือ เป็นผู้ประกันมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนรับบริการทางการแพทย์ และผู้ประกันตนจะต้องไม่ได้ตั้งใจก่อให้เกิดหรือยินยอมให้ผู้อื่น ก่อให้เกิดการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

3.3.2.5 การสิ้นสุดการเป็นผู้ประกันตน

1) ความเป็นผู้ประกันตนแบบบังคับสิ้นสุดเมื่อผู้ประกันตนนั้น

(1) ตาย

(2) สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง

ในกรณีที่ผู้ประกันตนสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างตามการสิ้นสภาพการจ้าง ได้ส่งเงินสมทบครบตามเงื่อนไขเวลาที่จะก่อให้เกิดสิทธิแล้วให้ผู้นั้นมีสิทธิตามบทบัญญัติต่อไปอีกหกเดือนนับตั้งแต่วันที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง (มาตรา 38)

นอกจากนี้ ผู้ใดเคยเป็นผู้ประกันตนแบบบังคับ โดยจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสิบสองเดือน และต่อมากความเป็นผู้ประกันตนได้สิ้นสุดลงตามมาตรา 38 (2) คือ หมายถึงการสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง ถ้าผู้นั้นประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อไป ให้แสดงความจำนงต่อสำนักงานตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน (มาตรา 39)

จากที่กล่าวมาโดยหลักกฎหมายประกันสังคม มาตรา 38 และมาตรา 39 จะเห็นได้ว่า ความเป็นผู้ประกันตนแบบบังคับ สิ้นสุดลงมี 2 กรณี คือ ตาย และสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง ซึ่งการตายนั้น เป็นการสิ้นสุดของผู้ประกันตนโดยธรรมชาติ และโดยผลของกฎหมาย ส่วนการสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างนั้นเป็นการสิ้นสุดของผู้ประกันตนโดยธรรมชาติ และโดยผลของกฎหมาย ส่วนการสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างนั้นเป็นการสิ้นสุดของผู้ประกันตนตามกฎหมาย กล่าวคือ การที่จะเป็นผู้ประกันตนแบบบังคับจะต้องเป็นลูกจ้างเมื่อสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง นอกจากตายแล้ว จะทำให้การเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดไป โดยไม่สามารถหักค่าจ้างเข้าเป็นเงินสมทบกองทุนประกันสังคมตามกฎหมายประกันสังคมได้

ทางออกของการสิ้นสุดของผู้ประกันตนตามมาตรา 38 (2) คือ การสิ้นสุดสภาพการเป็นลูกจ้าง ก็โดยอาศัยหลักเกณฑ์ตามมาตรา 39 คือ จะต้องเคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสิบสองเดือน

ถ้าประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อไปให้แสดงความจำนงต่อสำนักงานตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน

การจ่ายเงินสมทบดังกล่าวให้เป็นไปตามมาตรา 46 วรรคสอง กล่าวคือให้รัฐบาลและผู้ประกันตนออกเงินสมทบเข้ากองทุน โดยรัฐบาลออกหนึ่งเท่าและผู้ประกันตนออกสองเท่าของอัตราเงินสมทบที่แต่ละฝ่ายต้องออกตามที่กำหนด

ส่วนกรณีการสิ้นสุดของการเป็นผู้ประกันตนอิสระ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 นั้น เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทของประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตน ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิการรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตน ซึ่งมีใช้ลูกจ้างกำหนดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนอิสระสิ้นสุดลง ตามมาตรา 10 แห่งพระราชกฤษฎีกา ดังกล่าว คือลาออกจากความเป็นผู้ประกันตน โดยแสดงความจำนงต่อสำนักงานได้เป็นผู้ประกันตนบังคับ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

ความปรากฏต่อสำนักงานว่า ผู้ประกันตนแจ้งข้อความหรือ แสดงหลักฐานเกี่ยวกับคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามในการสมัครเป็นผู้ประกันตนในสาระสำคัญอันเป็นเท็จ⁶⁶

กล่าวโดยสรุป ความสิ้นสุดของการเป็นผู้ประกันตนทั้งแบบอิสระและแบบบังคับ มีที่เหมือนกันก็คือ การตาย ซึ่งเป็นผลโดยตรงของกฎหมายอยู่แล้ว แม้ตามมาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทของประโยชน์ทดแทน ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตน ซึ่งมีใช้ลูกจ้าง พ.ศ. 2537 จะไม่ได้กำหนดไว้ก็ตาม แต่ส่วนที่แตกต่างกันก็คือ ความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดของการประกันตนแบบบังคับจะมีการสิ้นสุดสภาพการเป็นลูกจ้าง แต่ความเป็นผู้ประกันตนแบบอิสระจะสิ้นสุดลงในกรณีลาออกจากความเป็นผู้ประกันตน ได้เป็นผู้ประกันตนแบบบังคับ และผู้ประกันตนได้แสดงหลักฐานเกี่ยวกับคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามในการสมัครเป็นผู้ประกันตนในสาระสำคัญอันเป็นเท็จ

⁶⁶ พระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทน ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตน ซึ่งมีใช้ลูกจ้าง พ.ศ. 2537, มาตรา 10.

3.3.3 กฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

พระราชบัญญัติ คิกกองทุนเงินทดแทนพุทธศักราช 2537 ได้บัญญัติไว้ตาม มาตรา ให้มี กองทุนเงินทดแทนขึ้นเพื่อเป็นทุนให้มีการจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนและนายจ้างต้องจ่ายเงิน สมทบเข้ากองทุนเงินทดแทนตามประ เภทและขนาดของกิจการและท้องที่ที่นายจ้างต้องจ่ายเงิน สมทบตามที่กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมประกาศกำหนด (มาตรา 44) กองทุนเงิน ทดแทนเป็นหน่วยงานที่รัฐจัดตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่เรียกเก็บเงินสมทบจากนายจ้างและมีหน้าที่ จ่ายเงินทดแทนแทนนายจ้างให้แก่ลูกจ้าง ผู้ประสบ อันตรายหรือเจ็บป่วยหรือให้แก่ผู้มีสิทธิรับ ประ โยชน์ที่ลูกจ้างตายเนื่องจากการทำงาน กองทุนนี้เป็นรูปแบบหนึ่งของการประกันสังคมที่ให้นายจ้างประกันกับรัฐต้องการจ่ายเงินสมทบสะสมไว้กับสำนักงานกองทุนเงินทดแทนในอัตราที่ เหมาะสมตามลักษณะของความเสี่ยงในกิจการของนายจ้างแต่ละประเภท กองทุนนี้ได้ถูกจัดตั้งขึ้น เป็นส่วนหนึ่งในสำนักงานประกันสังคมกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

นายจ้างที่จะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทนก็คือนายจ้างที่มีลูกจ้างในสถาน ประกอบกิจการตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป โดยมีกิจการบางประเภทที่ได้รับยกเว้นไม่ต้อง อยู่ภายใต้บังคับ ของกองทุนเงินทดแทน อัน ได้แก่

- 1) ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และราชการส่วนท้องถิ่น
- 2) รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 3) นายจ้างซึ่งประกอบธุรกิจโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชนเฉพาะ ในส่วนที่เกี่ยวกับครูหรือครูใหญ่
- 4) นายจ้าง ซึ่งดำเนินกิจการที่มีได้มีวัตถุประสงค์ เพื่อแสวงหากำไรในทางเศรษฐกิจ
- 5) นายจ้างอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม
- 6) กิจการของการทำอากาศยานแห่งประเทศไทย

นอกจากนั้น ก็ยังมีลูกจ้างอีกประเภทหนึ่งที่ไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเงิน ทดแทน ซึ่งได้แก่ลูกจ้างทำงานบ้านอันมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย (มาตรา 5) ในกรณีที่ ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคที่เนื่องจากการทำงาน ซึ่งอาจทำให้ลูกจ้างบาดเจ็บ เจ็บป่วย ทูพพลภาพหรือตาย ก็เพื่อให้ลูกจ้างมีหลักประกันในการทำ งานมีความแน่ใจว่า เมื่อเกิด เติระห้กรรมดังกล่าวนี้ ตนเองและครอบครัวจะไม่ถูกทอดทิ้ง นับว่าเป็นการให้หลักประกันทาง สังคม (social security) ประการหนึ่ง

3.3.4 กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 เป็นกฎหมายที่ออกมา เพื่อรองรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 และมาตรา 82 ที่

กำหนดให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน ให้เป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยพระราชบัญญัติฉบับนี้มีเหตุผลที่ทำให้มีการประกันสิทธิของประชาชนตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน เป็นการแก้ปัญหาเรื่องความซ้ำซ้อนของระบบหลักประกันสุขภาพในอดีต และเป็นการลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพด้วยระบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

คำนิยามที่สำคัญได้แก่

“บริการ สาธารณสุข ” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

“สถานบริการ ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภาวิชาชีพ หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตาม พระราชบัญญัตินี้

“เครือข่ายหน่วยบริการ ” หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียน เป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติฉบับนี้

“ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ได้แก่

- 1) ค่าสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- 2) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- 3) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์
- 4) ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์
- 5) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์
- 6) ค่าทำคลอด
- 7) ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ
- 8) ค่าบริบาลทารกแรกเกิด
- 9) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- 10) ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
- 11) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ
- 12) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริหารสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จึงสรุปได้ว่ากฎหมายฉบับนี้เอื้อประโยชน์ให้กับผู้ยากไร้ หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด ได้รับสิทธิพิเศษในการเข้ารับบริการบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ส่วนบุคคลทั่วไปมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้ โดยคณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ โดยผู้รับบริการต้องจ่าย 30 บาท (มาตรา 5 มาตรา 6)

สิทธิการรับบริการกรณีฉุกเฉิน บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้วให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการ ปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานที่บริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน (มาตรา 7)

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พุทธศักราช 2535 ซึ่งเดิม มีหลักการที่สำคัญของพระราชบัญญัตินี้ อาจสรุปได้ดังนี้⁶⁷

1) เป็นพระราชบัญญัติที่มีเจตนารมณ์ เพื่อการคุ้มครองประชาชนด้านสุขภาพลักษณะ และการอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ซึ่งหมายถึง การจัดการและควบคุมปัจจัย หรือสภาวะแวดล้อมที่เป็นหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพและสภาวะความเป็นอยู่ที่เหมาะสมกับการดำรงชีพของประชาชน

2) เป็นพระราชบัญญัติที่มีลักษณะการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากที่สุด กล่าวคือให้ “ราชการส่วนท้องถิ่น” มีอำนาจในการออก “ข้อกำหนดของท้องถิ่น” ซึ่งสามารถใช้บังคับในเขตท้องถิ่นนั้นได้ และให้อำนาจแก่ “เจ้าพนักงานท้องถิ่น” ในการควบคุมดูแล โดยการออกคำสั่งให้แก้ไขปรับปรุง การอนุญาตหรือไม่อนุญาต การสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต รวมทั้งการเปรียบเทียบคดี เป็นต้น ทั้งนี้โดยถือว่า ราชการส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มาจาก การเลือกตั้งของประชาชน ใกล้ชิดประชาชน ซึ่งนี้ จะปฏิบัติการให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนมากที่สุด

⁶⁷ ศุภล ศรีสุขวัฒนา และ นัทธ์หทัย ไตรรัตน์ . (ม.ป.ป.). พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ .ศ. 2535. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2552, จาก <http://laws.anamai.moph.go.th>

3) เพื่อให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นสามารถดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กฎหมายจึงกำหนดให้มี “เจ้าพนักงานสาธารณสุข” เป็นเจ้าพนักงานสายวิชาการที่มีอำนาจในการตรวจตราให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมในแง่วิชาการรวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำแก่เจ้าพนักงานท้องถิ่นในการวินิจฉัย สั่งการ หรือออกคำสั่ง เป็นต้น

4) กำหนดให้มี “คณะกรรมการสาธารณสุข” เป็นองค์กรส่วนกลาง มีบทบาทในการควบคุมกำกับดูแล และให้การสนับสนุนการปฏิบัติการของราชการส่วนท้องถิ่น โดยการเสนอแนะแผนงาน นโยบาย และมาตรการด้านสาธารณสุข รวมทั้งการออกกฎกระทรวง และประกาศ กระทรวง แก่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

5) กำหนดให้สิทธิแก่ประชาชนหรือผู้ประกอบการที่ได้รับคำสั่งจากเจ้าพนักงานท้องถิ่น และเห็นว่าไม่ได้รับความเป็นธรรมหรือไม่ถูกต้อง มีสิทธิยื่นคำอุทธรณ์ต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้

และตามมาตรา 47 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 ระบุว่า เพื่อเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ซึ่งมาตราดังกล่าวถือเป็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว การเข้ามามีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพนั้นเป็นกลวิธีที่สำคัญในการนำมาใช้เพื่อปฏิรูปการบริหารสุขภาพทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เพราะการกระจายอำนาจถูกมองว่าสามารถทำให้มีการสร้างโอกาสให้เกิดหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงขึ้นมาได้ และยังสามารถทำให้หลักประกันสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ดีกว่ารัฐบาลกลาง ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่างๆ ตั้งแต่ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด ล้วนมีการเจริญเติบโตและมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนมากขึ้น

การสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการตามพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพ มาตรา 19 (9) และมาตรา 47 เพื่อให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 ตามมาตรา 18 (9) และมาตรา 47 ได้สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ ให้อัตลักษณ์การสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังกล่าว เป็นผู้ดำเนินการและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

ที่มาของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

1) เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 37.50 บาทต่อคน

2) เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบลสมทบ ตามสัดส่วน

องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่ หรือเทศบาล ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนสุขภาพแห่งชาติ

องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนสุขภาพแห่งชาติ

องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนสุขภาพแห่งชาติ

3) เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน

4) รายได้อื่นๆ หรือทรัพย์สินที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือเรียกกันว่า 30 บาทรักษาทุกโรค เป็น โครงการรัฐบาล ที่ทำเพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ โดยคนไทยทุกคนสามารถรับบริการรักษาโรค โดยจ่ายเพียงสามสิบบาท โดยภาครัฐจะให้ประชาชนลงทะเบียนกับโรงพยาบาลและรัฐจัดสรร งบประมาณ ลงใน โรงพยาบาล ตามจำนวนคน และแจกบัตรประจำตัวให้แก่ผู้รับบริการ เรียกกันว่า บัตรทอง และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ เป็น โครงการที่รัฐเป็นผู้จัดหาสวัสดิการ เพื่อสุขภาพแก่ประชาชน ปัจจุบันการประกันสุขภาพที่ยังมีปัญหาซ้ำซ้อนกัน สงเคราะห์ผู้ป่วยรายได้น้อย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็น “สิทธิ” ชั้น

พื้นฐานของประชาชน เป็นการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น⁶⁸

หลักการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- 1) ให้ประชาชน มีส่วนร่วมในทุกระดับเป็นเจ้าของและรับผิดชอบร่วมกับรัฐ โดยมีเป้าหมาย คือ สุขภาวะ
 - 2) ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และในระยะต่อมาประชาชนควรมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียน และใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นที่พอใจ ใกล้ที่พักหรือที่ทำงาน
 - 3) สถานพยาบาลจะต้องมีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality accreditation)
 - 4) หน่วยบริการระดับต้น (Primary care) เป็นจุดบริการด่านแรก ที่รับขึ้นทะเบียน ประชาชนทำหน้าที่บริการแบบผสมผสาน (ทั้งรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ) ทั้งบริการภายในและภายนอกสถานพยาบาล โดยมีแพทย์อย่างน้อย 1 คน เจ้าหน้าที่อื่นเป็นผู้ให้บริการ กรณีเกินความสามารถ จะส่งผู้ป่วยต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น
 - 5) หน่วยบริการ จะให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider network) ระหว่างภาครัฐด้วยกันเองหรือระหว่างภาครัฐกับเอกชน
 - 6) ระบบการเงินการคลัง สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost containment system) ระวังมิให้เกิดสภาพที่ประชาชนพึ่งบริการมากเกินไปจนความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบ ปลายปิด (Close end) และมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance related payment)
 - 7) สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (Payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน
 - 8) ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว
- ผู้มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ⁶⁹

⁶⁸ เกยูร วิศาลเวทย์. (ม.ป.ป.). หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สืบค้นเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2552, จาก <http://healthnet.md.chula.ac.th>

⁶⁹ สถานีอนามัยบางกะปิ. (ม.ป.ป.). การประกันสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2552, จาก <http://www.bangaja.multiservers.com/favorite.htm>

เป็นประชาชนที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักอย่างถูกต้องตามกฎหมาย มีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลประชากรของสำนักบริหารการทะเบียนกระทรวงมหาดไทย (คือมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านใดบ้านหนึ่งอย่างถูกต้อง) และไม่มีสิทธิประกันสุขภาพในกองทุนอื่น เช่น ประกันสังคมข้าราชการ ลูกจ้างประจำและครอบครัว รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรอิสระอื่นที่ยังไม่ได้ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากนี้กระทรวงการคลังได้มีการสนับสนุนเสนองบประมาณเพิ่มเติมของกระทรวงสาธารณสุขต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁷⁰ สำหรับผู้มีสิทธิสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผู้มีสิทธิในสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนสูงกว่าที่ได้ประมาณการไว้จำนวน 992,202 คน เป็นเงิน 1,955 ล้านบาท กระทรวงการคลังสนับสนุนการของงบประมาณเพิ่มเติมของกระทรวงสาธารณสุขต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยผู้มีสิทธิที่มีจำนวนสูงกว่าที่ได้ประมาณการไว้จำนวน มีรายละเอียดดังนี้

1) ผู้มีสิทธิที่สูงกว่าเป้าหมายของปีงบประมาณ 2550 จำนวน 642,000 คน เป็นจำนวนเงิน 1,219 ล้านบาท จากการคิดอัตราเหมาจ่ายรายหัว 1,899 บาท

2) ผู้มีสิทธิที่สูงกว่าเป้าหมายของปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 จำนวน 350,202 คน เป็นจำนวนเงิน 735 ล้านบาท จากการคิดอัตราเหมาจ่ายรายหัว 2,100 บาท

โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแจ้งว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2551 มีผู้มีสิทธิลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 46.7 ล้านคน และ 46.8 ล้านคน ตามลำดับ โดยมีผู้มีสิทธิลงทะเบียนสูงกว่าประมาณการจำนวน 642,000 คน และ 350,202 คน ในปี พ.ศ.2550 และปี พ.ศ. 2551

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะให้ความคุ้มครองในกลุ่มการรักษาในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
- 2) การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการและภาวะโภชนาการ รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
- 3) การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
- 4) การวางแผนครอบครัว (ยาคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด และการทำหมันถาวร)
- 5) ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่ตั้งครรภ์สู่ลูก

⁷⁰ สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2552, 29 มกราคม). กระแสหุ้นออนไลน์. สืบค้นเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2552, จาก http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/

- 6) การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
 - 7) การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
 - 8) การให้คำปรึกษา (Counseling) และสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
 - 9) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่อง ปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำ ด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูโอไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่ม เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ รวมทั้งการเคลือบหลุมร่องฟัน
- บริการด้านการตรวจวินิจฉัย มีดังต่อไปนี้
- 1) การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษาทั้งนี้รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - 2) การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง (กรณีบุตรคลอดแล้วรอดออกมามีชีวิต) โดยนับตั้งแต่วันที่สิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 3) ค่าอาหาร และค่าห้องสามัญ
 - 4) การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษา โพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
 - 5) ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ
 - 6) การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ
- บริการทางการแพทย์ที่ผู้มีสิทธิไม่ได้รับความคุ้มครอง มีดังต่อไปนี้⁷¹
- กลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐาน ซึ่งได้แก่ การรักษาอุบัติเหตุ การผสมเทียม การเปลี่ยนเพศ การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การตรวจวินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และการรักษาที่อยู่ระหว่างการ คั่นคว่ำทดลอง
- กลุ่มบริการที่มีงบประมาณจัดสรรเป็นการเฉพาะ ได้แก่ โรคจิต กรณีที่ต้องรับไว้รักษา เป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและสารเสพติดตามกฎหมายว่า ด้วยยาเสพติด และอุบัติเหตุการประสบภัยจากรถและผู้อยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการ คุ้มครองประสบภัยจากรถเฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย หลังจาก ใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติครบแล้วจึงจะสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

⁷¹ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). สืบค้นเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2552, จาก <http://www.nhso.go.th>

กลุ่มบริการอื่นๆ ซึ่งได้แก่ โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นกรณีที่มีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากการแทรกซ้อน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต (Peritoneal Dialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และการเปลี่ยนอวัยวะ (Organ Transplant)

สวัสดิการที่จัดให้กับบุคคลที่มีรายได้น้อยที่สำคัญ คือ การออกบัตรให้กับผู้มีรายได้น้อย บัตรผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการออกบัตรให้กับผู้นำชุมชน และอาสาสมัครชุมชนต่างๆ การให้สิทธิในการรักษาพยาบาลแก่เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี และผู้ป่วยยากไร้ในโรงพยาบาลของรัฐ โครงการทั้งหมดนี้อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ก็ยังมี การให้สวัสดิการแก่ผู้ประสบภัยพิบัติต่างๆ หรือผู้สูงอายุที่ยากจน และผู้พิการ ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของกรมประชาสงเคราะห์

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้กับผู้มีรายได้น้อย มีอยู่ด้วยกันในหลายรูปแบบ เช่น

1) การออกบัตรให้กับผู้มีรายได้น้อย โดย มีผลถึงครอบครัวของผู้ถือบัตรด้วย ในการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของรัฐที่ระบุในบัตร ยกเว้น กรณีฉุกเฉิน ก็สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของรัฐแห่งอื่นๆ ได้ คุณสมบัติของผู้รับบัตร ต้องมีรายได้น้อยเข้าตามเกณฑ์ที่จะมีการประกาศเป็นระยะ ขึ้นอยู่กับภาวะค่าครองชีพ

2) การออกบัตรให้กับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีการออกบัตรให้ต้องมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป นอกจากนี้มีการออกบัตรให้กับผู้สูงอายุแล้ว ก็ยังมีการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลในลักษณะเดียวกันแก่เด็กอายุไม่เกิน 12 ปีด้วย แต่กรณีของเด็กไม่มีการออกบัตร และยังมีบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาล คือ กลุ่มผู้พิการ มีการออกบัตรให้เช่นเดียวกับบัตรของผู้สูงอายุ⁷²

⁷² สำนักงานประกันสังคม. (ม.ป.ป.). การศึกษาเพื่อกำหนดรูปแบบการให้หลักประกันแก่ผู้ประกอบอาชีพอิสระ. หน้า 39.

3.4 ตาราง สรุปเปรียบเทียบระหว่างกฎหมายประกันสังคมไทยกับกฎหมายประกันสังคมต่างประเทศ

ตารางที่ 3.5 เปรียบเทียบขอบข่ายการคุ้มครอง (Coverage)

ประเทศ	ขอบข่ายการคุ้มครอง
ประเทศไทย	บังคับใช้กับสถานประกอบการทุกประเภท กิจการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป ⁷³ ผู้ประกันตนจะต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ เว้นแต่ในกรณีที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์แล้ว ยังคงทำงานในสถานประกอบการเดิมต่อเนื่อง ⁷⁴ ในปัจจุบันให้ความคุ้มครองกับบุคคลอื่นซึ่งมิใช่ลูกจ้าง ⁷⁵ โดยการขยายการประกันตนโดยสมัครใจ และการประกันตนของผู้ประกอบอาชีพอิสระ
ประเทศฟิลิปปินส์ ⁷⁶	ให้ความคุ้มครองลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป และขยายการประกันตนโดยสมัครใจไปยังลูกจ้างต่างประเทศที่มีการจ้างงานในประเทศรวมทั้งลูกจ้างชาวฟิลิปปินส์ที่ไปทำงานในต่างประเทศ
ประเทศญี่ปุ่น	มีระบบประกันสังคมอยู่ 2 ระบบหลัก ได้แก่ การประกันบำนาญคนงาน (Employees Pension Insurance) ใช้ครอบคลุมถึงกิจการต่างๆ ในอุตสาหกรรม และการพาณิชย์กรรมรวมกะลาสีด้วย และระบบโครงการประกันบำนาญแห่งชาติ (National Pension Program) ใช้กับพลเมืองทุกคนที่มีอายุ 20-59 ปี ภายใต้ระบบนี้มีระบบการประกันแบบสมัครใจกับพลเมืองที่มีอายุ 60-64 ปี และผู้ที่ไปทำงานในต่างประเทศ ที่อายุ 20-64 ปี

⁷³ พระราชกฤษฎีกาให้ใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 บังคับแก่นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไป พ.ศ. 2545.

⁷⁴ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533, มาตรา 33.

⁷⁵ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533, มาตรา 40.

⁷⁶ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. เล่มเดิม. หน้า 1-3.

ตารางที่ 3.6 เปรียบเทียบเงื่อนไขการเกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศญี่ปุ่น
1. กรณีประสบ ⁷⁷ อันตรายหรือเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการ ทำงาน	จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน	จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 12 เดือน	ต้องทำงานในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

ตารางที่ 3.7 เปรียบเทียบการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เกิดจากการทำงาน

ประเทศ	ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เกิดจากการทำงาน
ประเทศไทย	<ol style="list-style-type: none"> 1. การรับบริการทางการแพทย์ 2. เงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 50 ของค่าจ้าง ครั้งละไม่เกิน 90 วันปี ละไม่เกิน 180 วัน (เว้นแต่โรคเรื้อรัง) 3. ค่าอวัยวะเทียม หรือ ค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคตามประเภทราคาที่กำหนด

⁷⁷ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533, มาตรา 62.

ตาราง 3.7 (ต่อ)

ประเทศ	ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เกิดจากการทำงาน
ประเทศฟิลิปปินส์	1. การรับบริการทางการแพทย์ 2. เงินทดแทนการขาดรายได้เป็นรายวันเท่ากับร้อยละ 90 ของค่าจ้างรายวันเป็นเวลา 6 เดือน สูงสุดภายใน 12 เดือน
ประเทศญี่ปุ่น	1. ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด ค่าโรงพยาบาลการทำฟัน ประโยชน์ทดแทนเงินสด 2. เงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 60 ของค่าจ้างเฉลี่ย 3 เดือนสุดท้าย

ตาราง 3.8 เปรียบเทียบการบำบัดทดแทนไตของต่างประเทศกับประเทศไทย

ประเทศ	ประโยชน์ทดแทนกรณีบำบัดไต
ประเทศสหรัฐอเมริกา	1. ผู้ป่วยนอกที่ได้รับ การดูแลรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้ร่วมจ่ายเพียงร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ถูกเรียกเก็บในแต่ละครั้ง 2. ผู้ป่วยที่ผ่านการอบรมให้ล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรด้วยตนเอง หรือผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเองที่บ้านให้ร่วมจ่ายเพียงร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ถูกเรียกเก็บ

ตาราง 3.8 (ต่อ)

ประเทศ	ประโยชน์ทดแทนกรณีบำนาญ
	<p>3. ค่ายาเพิ่มเติมรวมทั้งค่ายากดภูมิคุ้มกัน ให้ร่วมจ่ายเพียงร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ถูกเรียกเก็บ</p> <p>4. ค่าใช้จ่ายต่างๆ สำหรับการปลูกถ่ายไต ให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด</p>
ประเทศสิงคโปร์	<p>1. ผู้ประกันตนซื้อประกันสุขภาพเพิ่มซึ่งดำเนินการโดยรัฐ มีมูลค่าสูงถึง 1,000-2,500 เหรียญสิงคโปร์ต่อเดือน</p> <p>2. มุณินิโรคแห่งชาติของสิงคโปร์ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการบำบัดทดแทนไต โดยวิธีต่างๆ โดยผู้ป่วยทุกรายสามารถขอรับความช่วยเหลือโดยร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายตามกำลังความสามารถ ค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเองคือ 100 เหรียญสิงคโปร์ต่อเดือน สำหรับผู้มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,600 เหรียญสิงคโปร์ ส่วนที่เหลือได้รับการช่วยเหลือจากมุณินิโรคแห่งชาติของสิงคโปร์</p>

ตาราง 3.8 (ต่อ)

ประเทศ	ประโยชน์ทดแทนกรณีบาดเจ็บ
ประเทศไทย	<p>ระบบประกันสังคม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นผู้ประกันตนก่อนล้างไต ได้ค่าฟอกเลือด 1,500 บาทต่อครั้ง (ส่วนเกินผู้ป่วยเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย) ใช้สิทธิได้ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2. ผู้ป่วยเป็นโรคไตก่อนเป็นผู้ประกันตน ได้ค่าฟอกเลือด 1000 บาทต่อครั้ง (ส่วนเกินผู้ป่วยเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย) ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. ปลุกถ่ายไต ค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคม <p>ค่าใช้จ่ายก่อนการปลุกถ่ายไตไม่เกิน 30,000 บาท ค่าใช้จ่ายระหว่างการปลุกถ่ายไต 230,000 บาท</p>

บทที่ 4

วิเคราะห์ปัญหาและหลักเกณฑ์ในการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยอัน มิใช่เนื่องจากการทำงาน

ประกันสังคม คือ หลักการกำหนดให้ประชาชนที่มีรายได้ช่วยเหลือตนเอง และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ด้วยการออมและรู้จักเสียดสละเพื่อส่วนรวม ตามแนวทางการเฉลี่ย ภัย ร่วมกันของสมาชิก การจะอาศัยเงินภาษีอากรเพียงอย่างเดียวย่อมสำเร็จได้ยาก เนื่องจากต้องใช้เงินจำนวนมาก จึงกำหนดให้ผู้ประกันตนแต่ละคนร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุน และให้นายจ้างกับรัฐบาร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุนด้วย

กล่าวได้ว่าประกันสังคมเป็นการเฉลี่ยทุกข์และสุข ระหว่างผู้ ที่อยู่ในสังคม เป็นการเฉลี่ยเงินจากผู้มีฐานะร่ำรวย มาสู่ผู้ที่ยากจน แต่ในความเป็นจริง กฎหมายประกันสังคมของประเทศไทย ยังวางหลักเกณฑ์ต่างๆ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อผู้ประกันตนให้ เข้าถึง ประโยชน์ทดแทนตาม กฎหมายประกันสังคม นำไปสู่ความไม่เป็นธรรมในสังคม กีดกันการเข้าถึงบ ริการทางการแพทย์ ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนชาวไทย

การบริหารทางการแพทย์ในส่วนที่เกี่ยวกับการประกันสังคม จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ประเทศญี่ปุ่นแบ่งการประกันสุขภาพในส่วนของประกันสังคมออกเป็น 2 ประเภทคือ การประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งคุ้มครองประชาชนทั่ว ไป และการประกันสุขภาพลูกจ้างซึ่งคุ้มครองแก่ ลูกจ้างต่างๆ โดยการประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่มีการจ่ายในรูปเงินสด (In Cash) แต่จะให้ ประโยชน์ในรูปของการบริการ (In Kind) ผ่านสถาบันประกันทางการแพทย์ตามที่รัฐบาลท้องถิ่น กำหนด ส่วนการประกันสุขภาพ ลูกจ้างจะได้รับทั้งบริ การทางการแพทย์และเงินทดแทนการขาด รายได้จากเงินที่จ่ายเข้ากองทุนโดยนายจ้างและลูกจ้างเท่าๆ กัน โดยในส่วนที่เป็นบริการทาง การแพทย์ ผู้ประกันตนต้อง งเสียดค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งสมท บกับค่ารักษาทางการแพทย์แก่สถาบัน ประกันดังกล่าว โดยประเทศญี่ปุ่นจะใช้ระบบการจ่ายเงินแบบจ่ายต ามใบเสร็จ (Fee For Service)

โดยผู้ประกันตนและผู้อยู่ในอุปการะสามารถใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเกิดเจ็บป่วยที่สถานพยาบาลที่ไหนก็ได้ ส่วนประเทศฟิลิปปินส์ก็ใช้ระบบการจ่ายตามใบเสร็จ (Fee For Service) เช่นกัน โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด แต่มีตารางอัตราค่ารักษาพยาบาลเป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับประเทศไทยการประกันสังคมนั้นใช้ระบบเหมาจ่าย (Capitation) โดยนำเอาระบบการจ่ายเงินเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์มาใช้ ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายให้โรงพยาบาลในอัตรา 2,050 บาทต่อคนต่อปี จ่ายเงินเพิ่มให้กับโรงพยาบาล นอกจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เช่น โรคเรื้อรัง จำนวน 26 โรค ที่ประกันสังคมเหมาจ่าย ให้โรงพยาบาล 1,404 บาท แต่หากมีผู้ป่วยมาใช้บริการเพิ่มก็จะจ่ายให้อีกหัวละ

100 บาทต่อคนต่อปี ส่วนโรคที่มีภาวะเสี่ยงจะเป็นโรคเรื้อรัง จะเหมาจ่ายให้อีกหัวละ 469 บาท และหากเป็นสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองว่ามีมาตรฐานจะได้รับเพิ่มอีก 77 บาทต่อคนต่อปี เห็นได้ว่าปัญหาเรื่องมาตรฐานสถานพยาบาลและการกำกับมาตรฐานการรักษาพยาบาล เป็นเรื่องที่จะต้องนำมาเชื่อมโยงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะ สถานพยาบาล หวังผลกำไรจากเงินเหมาจ่าย สถานพยาบาลจะลด ต้นทุนการให้บริการน้อยลง ทำให้ผู้ประกันตนต้องอยู่ในภาวะที่เสี่ยงในการได้รับบริการทางการแพทย์ที่ต้องขึ้นอยู่กับ ผลกำไรและขาดทุนของสถานพยาบาล ทำให้ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดอันควรได้รับจากการประกันสังคม

จากการศึกษากฎหมายประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่นและ ประเทศฟิลิปปินส์ในเรื่องการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานเปรียบเทียบกับกฎหมายประกันสังคมได้วิเคราะห์ศึกษาปัญหาในประเด็นดังต่อไปนี้

4.1 วิเคราะห์ปัญหาในเรื่องการจ่ายเงินสมทบ

เงินสมทบ คือ เงินที่นายจ้าง ลูกจ้าง จะต้องนำส่งเข้ากองทุนประกันสังคมทุกเดือน โดยคำนวณจากค่าจ้างที่ลูกจ้างได้รับ ซึ่งกำหนดจากฐานค่าจ้างที่ไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1,650 บาท และสูงสุดไม่เกินเดือนละ 15,000 บาท โดยรัฐจะออกเงินสมทบเข้ากองทุนด้วยส่วนหนึ่งกล่าวได้ว่ากองทุนประกันสังคมเป็นกองทุนภาคบังคับที่กำหนดให้สถานประกอบการ ที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคม อันเป็นระบบที่เป็นระบบไตรภาคีที่มีบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยกัน 3 ฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้างและรัฐบาล ซึ่งมีหน้าที่ต้องส่งเงินเข้าสมทบกองทุนประกันสังคมตามกฎหมาย โดยหากไม่ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนก็จะมีผลตามกฎหมาย ทั้งที่เป็นความผิดของนายจ้างและความผิดของลูกจ้างด้วย

การส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมของประเทศไทยนั้น ผู้ประกันตน อันได้แก่ ลูกจ้างที่มีเงินเดือนแน่นอน ตั้งแต่ 1,650 บาทขึ้นไป ต้องเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมาย ต้องจ่ายเงิน

สมทบเข้ากองทุนเป็นจำ นวนร้อยละห้าของค่าจ้างรายเดือนที่ลูกจ้างได้รับ นายจ้างต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมร้อยละห้าของเงินเดือนของลูกจ้างแต่ละคน และรัฐบาลก็ต้องออกเงินสมทบอีกร้อยละห้าของเงินเดือนของลูกจ้างแต่ละคนเช่นกัน

ลักษณะของการเก็บเงินสมทบดังกล่าว เป็นการแบ่งความรั บผิดออกเป็น 3 ฝ่าย ซึ่งเป็นหลักของการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขที่กฎหมายประกันสังคมมีความประสงค์จะให้เป็นอย่างนั้น ในปัจจุบันกฎหมายประกันสังคมกำหนดให้ รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตน จะต้องออกเงินสมทบดังต่อไปนี้

1) เงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตายและกรณีคลอดบุตร นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล จ่ายฝ่ายละเท่ากันในอัตราร้อยละ 1.5 (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555 จ่ายในอัตราร้อยละ 0.5 และตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นไปจ่ายในอัตราร้อยละ 1.5 ตามเดิม) ของค่าจ้างของผู้ประกันตน

2) เงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพ ให้รัฐบาลออกเงินสมทบในอัตราร้อยละ 1 (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555 จ่ายในอัตราร้อยละ 2 และตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นไปจ่ายในอัตราร้อยละ 1 ตามเดิม) ของค่าจ้างของผู้ประกันตน นายจ้างและผู้ประกันตนออกเงินสมทบในอัตราร้อยละ 3 (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2555จ่ายในอัตราร้อยละ 2 และตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2555จ่ายในอัตราร้อยละ 3 ตามเดิม) ของค่าจ้างของผู้ประกันตน

3) เงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานให้รัฐบาลออกเงินสมทบในอัตราร้อยละ 0.25 ของค่าจ้างผู้ประกันตน ส่วนนายจ้างและผู้ประกันตนออกเงินสมทบในอัตราร้อยละ 0.50 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน

รวมลูกจ้างและนายจ้างออกเงินสมทบร้อยละ 5 รัฐบาลออกเงินสมทบร้อยละ 2.75 ของอัตราเงินเดือนที่ได้รับแต่ละเดือน

การที่กฎหมายประกันสังคมได้กำหนด ฐานค่าจ้างที่ไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1,650 บาท และสูงสุดไม่เกินเดือนละ 15,000 บาท นั้น เป็นการขัดต่อหลักการเฉลี่ยความทุกข์ และสุขระหว่างคนจนกับคนรวย แม้ผู้ที่มีรายได้เกินกว่าเดือนละ 15,000 บาท ผู้นั้นก็ส่งเงินสมทบเข้าสู่กองทุนประกันสังคม เพียงร้อยละ 5 (ร้อยละ3ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2555 และร้อยละ 4 ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555) ของเงิน 15,000 บาท ซึ่งเท่ากับ 750 บาท (450 บาทหรือ 600 บาท) ต่อเดือนเท่านั้น เมื่อแยกส่วนเฉพาะเงินสมทบการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตายและ

กรณีคลอดบุตร ที่นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ต้องจ่ายในอัตรา 1.5 (0.5ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555) เท่ากับจ่ายสูงสุดเพียง 225 บาทต่อเดือน จึงขัดต่อหลักการเฉลี่ยทุกข์และสุขระหว่างคนจนกับคนรวย เป็นอุปสรรคในการดึงเงินจากคนรวยมาช่วยคนจนสุดท่ายระบบประกันสังคมก็เป็นเพียงกลไกในการเฉลี่ยทุกข์ระหว่างคนจนกับคนจนต่อไป

กรณีผู้ประกันตนอิสระตามมาตรา 40 พระราชกฤษฎีกากำหนด หลักเกณฑ์และอัตรา การจ่ายเงินสมทบ ประเภทของประโยชน์ทดแทน ตลอดจนหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ .ศ. 2554 กำหนดอัตราเงินสมทบของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ไว้ดังนี้

1) ผู้ประกันตนนำส่งเงินสมทบเดือนละ 100 บาทต่อเดือน (ในระยะแรกรัฐบาลมีนโยบายอุดหนุนให้ 30 บาท และ ผู้ประกันตนจ่าย 70 บาท) ได้ประโยชน์ทดแทน 3 กรณี คือ เงินทดแทนการขาดรายได้เมื่อเจ็บป่วย เงินทดแทนการขาดรายได้ เมื่อทุพพลภาพ เงินค่าทำศพ

2) ผู้ประกันตนนำส่งเงินสมทบเดือนละ 150 บาทต่อเดือน (ในระยะแรกรัฐบาลมีนโยบายอุดหนุนให้ 50 บาท และ ผู้ประกันตนจ่าย 100 บาท) ได้ประโยชน์ทดแทน 4 กรณี คือ เงินทดแทนการขาดรายได้เมื่อเจ็บป่วย เงินทดแทนการขาดรายได้ เมื่อทุพพลภาพ เงินค่าทำศพ เงินบำเหน็จชราภาพ (เงินออมกรณีชราภาพ)

ในการจ่ายเงินสมทบของผู้ประกันตนมาตรา 40 จ่ายเป็นรายเดือนๆ ละ 1 ครั้ง และจ่ายเงินสมทบล่วงหน้าได้ ครั้งละไม่เกิน 12 เดือน

ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เป็นผู้ประกันตนตามความสมัครใจ มีวัตถุประสงค์ต้องการให้คนรายได้น้อยเข้าสู่ระบบประกันสังคม เป็นการขยายฐานผู้ประกันตนในแนวลง มุ่งเน้นให้คนจนเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขกันเอง ขัดต่อหลักประกันสังคมที่ดี ที่ต้องการให้เฉลี่ยทุกข์และสุขระหว่างคนจนกับคนรวย

4.2 วิเคราะห์ปัญหาการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

ผู้ที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณี เจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน หรือนอกงาน จะต้องเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม เท่านั้น ไม่ว่าจะผู้ประกันตนจะเป็นหญิงหรือชาย โดยเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมตามที่กฎหมายกำหนด กล่าวคือ เป็นผู้ประกันมาแล้วไม่น้อยกว่า

3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนรับบริการทางการแพทย์ และผู้ประกันตนจะต้องไม่ได้ตั้งใจก่อให้เกิดหรือยินยอมให้ผู้อื่น ก่อให้เกิดการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ดังนั้นสิทธิในการเข้า

รักษาพยาบาลของผู้ประกันตนจะได้รับต่อเมื่อได้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมไม่น้อยกว่า 3 เดือน มิได้รับสิทธิตั้งแต่ได้สมัครเข้าเป็นผู้ประกันตน

4.2.1 ปัญหา กรณีเจ็บป่วยทั่วไป

ผู้ประกันตนเมื่อจ่ายเงินครบ 3 เดือนภายในระยะเวลา 15 เดือนแล้ว ผู้ประกันตนต้องเลือกสถานพยาบาลที่จะเข้ารับการรักษา ซึ่งต้องเป็นสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญากับสำนักงานประกันสังคมเท่านั้น เมื่อผู้ประกันตนเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลที่เลือก จะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด การเลือกสถานพยาบาลสามารถเปลี่ยนได้ปีละ 1 ครั้ง

กรณีดังกล่าวผู้เขียนเห็นว่า เนื่องจากการประกันสังคมของประเทศไทย สำนักงานประกันสังคมเลือกการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ สถานพยาบาลซึ่งเป็นคู่สัญญากัน สำนักงานประกันสังคม แบบเหมาจ่าย (Capitation) เป็นรายหัวต่อไป และให้สถานพยาบาลบริหารจัดการความเสี่ยงเอง เมื่อสถานพยาบาลต้องรับความเสี่ยงที่จะขาดทุนจากการรักษา และเนื่องจาก สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญากับสำนักงานประกันสังคมส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลเอกชนซึ่งมุ่งเน้นที่ผลกำไรเป็นหลัก รูปแบบในการรักษาจึงไม่ใช่ว่ารูปแบบการรักษาที่ดีที่สุด ตามความต้องการของผู้ป่วย แต่จะขึ้นอยู่กับนโยบายของสถานพยาบาลนั้นๆ ว่ามองผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมอย่างไร หากมองว่าเป็นผู้ป่วยเหมือนผู้ป่วยทั่วไป ก็จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่ดีเหมือนผู้ป่วยทั่วไป แต่หากมองว่าผู้ป่วยประกันสังคมเป็นภาระของสถานพยาบาลที่ต้องทำการรักษา การบริการที่ได้รับจะต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็น จากการศึกษาของผู้เขียน บางสถานพยาบาลจะแบ่งแผนกรับผู้ป่วยประกันสังคมออกจากผู้ป่วยทั่วไป ขั้นตอนการรักษาจะรวบรัดกว่าผู้ป่วยทั่วไป หากผู้ประกันตนมีทางเลือกอื่นเช่นประกันสุขภาพ เป็นต้น ผู้ประกันตนส่วนใหญ่มักสละสิทธิในประกันสังคม

การกำหนดให้เลือกสถานพยาบาลที่เข้าทำการรักษาเพียง 1 แห่ง และสามารถเปลี่ยนได้ปีละ 1 ครั้ง กรณีดังกล่าวผู้เขียนเห็นว่าเป็นการจำกัดเสรีภาพในการ รักษาพยาบาลของผู้ประกันตนสาเหตุเกิดจาก สำนักงานประกันสังคมได้ เหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นรายหัวรายปีแก่สถานพยาบาลนั้นแล้ว ผู้ประกันตนจึงต้องรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลนั้นตลอดปีนั้นๆ ปัญหาที่พบ หากผู้ประกันตนไม่พอใจในการบริการของสถานพยาบาลผู้ประกันตนไม่สามารถเปลี่ยนสถานพยาบาล ได้ ต้องรอให้ครบกำหนดรอบปีที่ทางสำนักงานประกันสังคมกำหนด (ช่วงเดือนมกราคม-มีนาคมของทุกปี) ผู้ประกันตนจึงต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลนั้นต่อไป เมื่อศึกษา การให้บริการทางการแพทย์ ประเทศญี่ปุ่น ใช้ระบบจ่ายตาม ใบเสร็จ (Fee For Service) คือ ผู้ประกันตนและผู้อยู่ในอุปการะสามารถจะไปใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเกิดจากการเจ็บป่วยที่สถานพยาบาลที่ไหนก็ได้ แต่ผู้ประกันตนและผู้อยู่ในอุปการะจะต้อง จ่ายเงินค่า

รักษาพยาบาลร่วมในอัตรา ที่แต่ละโครงการกำหนดไว้ เช่น ในโครงการประกันสังคมเพื่อลูกจ้าง ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลร่วม 10% อีก 90% โครงการจะเป็นผู้จ่ายให้ ระบบของประเทศญี่ปุ่นทำให้ผู้ประกันตนได้รับการบริการทางการแพทย์ที่สะดวก และบริการที่ดีจากระบบประกันสังคม

4.2.2 ปัญหากรณีทันตกรรม

ผู้ประกันตน มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ กรณีอุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินปูน เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 600 บาท ต่อปี และมีสิทธิใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก 1-5 ซี่ ในวงเงินไม่เกิน 1,300 และตั้งแต่ 6 ซี่ขึ้นไปเบิกได้ไม่เกิน 1,500 บาท ผู้ประกันตนสามารถรับบริการได้ทุกสถานพยาบาล แล้วสำรองจ่ายค่าบริการไปก่อน เสร็จแล้วจึงนำไปเสร็จมาขอเบิกกับสำนักงานประกันสังคมพื้นที่ หรือจังหวัด

กรณีดังกล่าวผู้เขียนมีความเห็นว่า หากนำมาเปรียบเทียบกับบริการ ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ที่ผู้ใช้สิทธิบัตรต้องสามารถได้รับบริการ ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูนรวมถึงบริการทางทันตกรรมอื่นใดไม่ต้องเสียค่าบริการใดๆ แต่ในขณะที่ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม ต้องจ่ายเงินสมทบทุกเดือน และหากเข้ารับการรักษา อุดฟัน ถอนฟัน หรือขูดหินปูน ผู้ประกันตนต้องออกค่ารักษาไปก่อนแล้วจึงนำหลักฐานขอเบิกคืนกับสำนักงานประกันสังคมภายหลัง อีกทั้งยังจำกัดค่ารักษา ในกรณีอุดฟัน ถอนฟัน หรือขูดหินปูน ไม่เกินครั้งละ 300 บาท และไม่เกิน 600 บาทต่อปี ผู้ประกันตนสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีทันตกรรมได้ ปีละ 2 ครั้ง ครั้งละ 300 บาท ดังนั้นหาก ผู้ประกันตนมีฟันผุ 2 ซี่ ผู้ประกันตนต้องเข้ารับรักษา 2 ครั้ง การจำกัดเพดานการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ไว้เพียง 300 บาทต่อครั้งนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงในปัจจุบันซึ่งค่ารักษาพยาบาลตามคลินิกต่างๆ ไปเช่นค่าขูดหินปูนประมาณครั้งละ 500 บาท แต่ผู้ประกันตนสามารถเบิกคืนได้เพียง 300 บาท ส่วนต่าง 200 บาทผู้ประกันตนต้องเป็นผู้จ่ายเอง หากผู้ประกันตนมีฟันผุ 10 ซี่ผู้ประกันตนต้องใช้เวลา 5 ปีในการรักษา กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก 1-5 ซี่ ในวงเงินไม่เกิน 1,200 และตั้งแต่ 6 ซี่ขึ้นไปเบิกได้ไม่เกิน 1,500 บาท จำกัดเพียง 6 ซี่ ดังนั้นส่วนของซี่ที่ 7 ผู้ประกันตนต้องเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเอง ทั้งเพดานที่ประกันสังคมกำหนดไว้ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่ค่าบริการทางทันตกรรมมีราคาสูงกว่าเพดาน ราคา ของประกันสังคมเป็นอย่างมาก กรณีการใส่รากฟันเทียม ผู้ประกันตนสามารถได้รับการรักษาโดยการใส่รากฟันเทียม แต่ต้องมีเงื่อนไขต่างๆ อีกมากมายเช่น ผู้ประกันตนต้องลงทะเบียนขอรับบริการภายในวันที่ 1 เมษายน 2554 ผู้ประกันตนต้องประสบอุบัติเหตุจนไม่มีฟันเหลือ ต้องมีอายุ 53 ปีขึ้นไป ในวงเงินไม่เกิน 16,000 บาท และไม่เกิน 2 ราก หากได้รับการอนุมัติ ผู้ประกันตนต้องเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลที่ประกันสังคมกำหนดเท่านั้น แตกต่างจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(บัตรทอง) ที่จะได้รับการรักษาทางทันตกรรมโดยไม่จำกัดยกเว้นกรณีใส่รากฟันเทียม ไม่ จำกัดจำนวนครั้งและไม่มีเพดานกำหนด ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลแต่อย่างใด ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นการกำหนดเพดานการรักษาทางทันตกรรมทำให้ผู้ประกันตนไม่ได้รับการรักษาที่ดีที่สุด ตามสิทธิที่ผู้ประกันตนควรได้รับจากระบบประกันสังคม

ตาราง 4.1 เปรียบเทียบการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรมในระบบประกันสังคมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระบบหลักประกัน	ประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรม
ระบบประกันสังคม	อุดฟัน ถอนฟัน หรือขูดหินปูน ไม่เกินครั้งละ 300 บาท และไม่เกิน 600 บาทต่อปี ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอะคริลิก 1-5 ซี่ ในวงเงินไม่เกิน 1,300 และตั้งแต่ 6 ซี่ขึ้นไปเบิกได้ไม่เกิน 1,500 บาท จำกัดเพียง 6 ซี่
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	บริการ ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูนรวมถึงบริการทางทันตกรรมอื่น โคนไม่ต้องเสียค่าบริการใดๆ

4.2.3 ปัญหากรณีบำบัดทดแทนไต

ตามกฎหมายประกันสังคมของไทยได้ให้อำนาจ คณะกรรมการการแพทย์ ออกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พุทธศักราช 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 โดยปรับปรุงสิทธิประโยชน์กรณีการบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้ การบำบัดทดแทนไตจะแบ่งเป็น 3 วิธี 1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. การล้างช่องท้องด้วยน้ำยา 3. การปลูกถ่ายไต

1) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 ได้วางหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ไว้ดังนี้

(1) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในอัตราไม่เกิน 1,500 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 4,500 บาทต่อสัปดาห์สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

(2) ค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพร้อมอุปกรณ์ไม่เกินเดือนละ 20,000 บาท ต่อราย ต่อ 2 ปี สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

(3) ค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ในอัตราไม่เกินเดือนละ 20,000 บาท สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

(4) ค่าวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ในอัตราไม่เกิน 20,000 บาทต่อรายต่อ 2 ปี สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

(5) กรณีผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนการเป็นผู้ประกันตนที่ขึ้นขอใช้สิทธิให้มีสิทธิดังนี้

ก. กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร ค่าวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์และค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายอยู่

ข. กรณีผู้ประกันตนได้รับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวรแล้วล้มเหลวให้มีสิทธิเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายอยู่

ค. กรณีผู้ประกันตนประสงค์ใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้มีสิทธิเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในอัตราไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้งและไม่เกิน 3,000 บาทต่อสัปดาห์ กรณีค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพร้อมอุปกรณ์ และค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ให้ได้รับสิทธิตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายอยู่

จากหลักเกณฑ์ข้างต้นผู้เขียนเห็นว่า ตามประกาศของคณะ กรรมการการแพทย์ เรื่องหลักเกณฑ์ในเรื่องการบำบัดทดแทนไต โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวรนั้น คณะกรรมการทางการแพทย์ได้แบ่งผู้ประกันตนที่จะเข้ารับประโยชน์ทดแทนกรณีดังกล่าวเป็นสองกลุ่มคือ 1 ผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคไตหลังจากเข้าเป็นผู้ประกันตน 2 ผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคไตก่อนเข้าเป็นผู้ประกันตน แต่หลักการรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ได้วางหลักในมาตรา 62 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม ว่า “ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ ทดแทนในกรณีประสบ

อันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานต่อเมื่อภายในระยะเวลาสิบห้าเดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสามเดือน ” ดังนั้นการที่คณะกรรมการการแพทย์ออกกฎเกณฑ์ดังกล่าว จึงเป็นการขัดต่อหลักทั่วไปของประกันสังคมที่ต้องการให้สมาชิกในสังคมเฉลี่ยทุกข์และเฉลี่ยสุขต่อกัน แต่ตามประกาศของคณะกรรมการการแพทย์ที่กำหนดหลักเกณฑ์ในเรื่องการบำบัดทดแทนไต กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร นั้น มีการกำหนดค่าใช้จ่ายในอัตราที่แตกต่างกัน คือ หากผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคไตหลังจากเข้าเป็นผู้ประกันตน จะสามารถจะขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีดังกล่าวได้สูงกว่าผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคไตก่อนเข้าเป็นผู้ประกันตน ดังนั้นผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคไตก่อนเข้าเป็นผู้ประกันตน จึงต้องรับภาระการส่วนต่างในค่าบริการทางการแพทย์ สูงกว่าผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคไตหลังจากเข้าเป็นผู้ประกันตน จึงเป็นการฝักการะให้แก่อผู้ประกันตนมากเกินไป

กรณีอัตราค่าฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ได้กำหนดอัตราค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในอัตราไม่เกิน 1,500 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 4,500 บาท ต่อสัปดาห์ กรณีนี้ผู้เขียนเห็นว่า หากพิจารณาจากสภาพความเป็นจริง อัตราค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะอยู่ประมาณ 1,700-2,000 บาทต่อครั้ง โดยผู้ป่วยโรคไตต้องเข้ารับการฟอกเลือดอย่างต่ำอาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง หากมิได้รับการฟอกเลือดผู้จะเสียชีวิต ดังนั้นเมื่อผู้ประกันตนเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะต้องออกค่าใช้จ่ายส่วนต่างประมาณครั้งละ 200-500 บาทในการเข้ารับการฟอกเลือดแต่ละครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เท่ากับ 600-1,500 บาทต่อ สัปดาห์ เดือนละ 2,400 – 6,000 บาท ซึ่งเป็นเงินจำนวนไม่น้อยสำหรับผู้ประกันตนที่มีรายได้น้อย ซึ่งต้องเสียทั้งค่ารักษาและค่าเดินทางมายังสถานพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ที่ให้สิทธิผู้ถือบัตรดังนี้ กรณีฟอกเลือดก่อน 1 ตุลาคม พ.ศ. 2551 ได้ค่าฟอกเลือด 1,000 บาทต่อครั้งผู้ป่วยจ่ายร่วมครั้งละ 500 บาท แต่ไม่จำกัดจำนวนครั้งที่ฟอกเลือด จะเห็นได้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) เป็นระบบที่รัฐมอบให้แก่ประชาชนโดยประชาชนไม่ต้องเสียเงินค่าตอบแทนแต่อย่างใด แต่ระบบประกันสังคมผู้ประกันตนต้องเสียเงินเข้าสมทบกองทุนประกันสังคม ในอัตราร้อยละ 5 ของเงินเดือนทุกเดือน แต่สิทธิที่ได้รับใกล้เคียงกับสิทธิที่ผู้ถือบัตรทองในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับจึงไม่เป็นธรรมแก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม เพราะเมื่อเป็นผู้ประกันตนแล้วจะไม่สามารถใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) หากผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมประสงค์จะใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ต้องสิ้นสภาพจากการเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมก่อนกล่าวคือ ต้องลาออกจางานประจำที่ทำเสียก่อน

ตารางที่ 4.2 แสดงสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ระบบหลักประกัน	การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ระบบประกันสังคม	-เป็นผู้ประกันตนก่อนล้างไต ได้ค่าฟอกเลือด 1,500 บาทต่อครั้ง (ส่วนเกินผู้ป่วยเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย) ใช้สิทธิได้ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ -ป่วยเป็น โรคไตก่อนเป็นผู้ประกันตน ได้ค่าฟอกเลือด 1000 บาท ต่อครั้ง(ส่วนเกินผู้ป่วยเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย) ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ได้ค่าฟอกเลือดครั้งละ 1,000 บาท (ส่วนเกินผู้ป่วยเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย) ไม่จำกัดจำนวนครั้ง

2) กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรนั้นเป็นวิธีการที่ไม่ค่อยได้รับความนิยมเพราะผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการล้างช่องท้องนับ 10 ชั่วโมง โดยต้องทำการเชื่อมต่อกับเครื่องมือทางการแพทย์ตลอดเวลาที่ทำการล้างช่องท้อง จึงไม่สามารถทำงานตามปกติได้ วิธีดังกล่าวจึงเหมาะกับผู้ป่วยที่อยู่กับบ้านเฉยๆมิได้ทำงานนอกบ้าน แรงงานผู้ประกันตนจึงไม่เหมาะกับวิธีการดังกล่าว

3) กรณีการปลูกถ่ายไตสำนักงานประกันสังคมได้วางหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ไว้โดยสรุปดังนี้

(1) สำนักงานประกันสังคมทำความตกลงกับสถานพยาบาลตามบันทึกข้อตกลงการให้บริการทางการแพทย์กรณีปลูกถ่ายไต

(2) สำนักงานประกันสังคมพิจารณาอนุมัติแบบคำรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดไตกรณีปลูกถ่ายไตดังต่อไปนี้

ก. เพื่อขอให้มีการตรวจประเมินสภาพร่างกายก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ข. เพื่อขออนุมัติทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ค. เพื่อขออนุมัติค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต

การยื่นขอรับประโยชน์ทั้ง 3 กรณีต้องมีใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลที่ให้การรักษาในปัจจุบัน ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดมี 2 แบบ คือใบรับรองแพทย์กรณีปลูกถ่ายไต และใบรับรองแพทย์กรณีหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตและอยู่ระหว่างได้รับยากด

ภูมิคุ้มกันพร้อมสำเนาเวชระเบียนในส่วนที่เกี่ยวข้อง สำเนาสมุดแสดงสิทธิการบำบัดทดแทนไต
เล่มปัจจุบัน สำเนาบัตรประชาชน

สำหรับการยื่นขอรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีปลูกถ่ายไต เมื่อพิจารณาได้รับ
อนุมัติจะครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ คือก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด เมื่ออนุมัติแล้ว
สำนักงานประกันสังคมโดยกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพมีหนังสือส่งตัวให้
สถานพยาบาลในความตกลงดำเนินการ ต่อไป ต่อจากนั้น สถานพยาบาลดำเนินการตรวจร่างกาย
และจิตใจ และตรวจทางห้องปฏิบัติการตามเงื่อนไขก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และรายงานผลการ
ตรวจพร้อมส่งเบิกค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนด เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 300,000 บาท สถานพยาบาลส่ง
หลักฐานการตรวจนำเข้าพิจารณาอีกครั้ง โดยคณะกรรมการพิจารณาการบำบัดทดแทนไตกรณี
ไม่สามารถทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้ ทั้งนี้ตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในประกาศ

กรณี สามารถ ผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้ให้สถานพยาบาลทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต พร้อมแจ้ง
สำนักงานประกันสังคม (กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ) ทราบทันทีและยื่นเบิก
ค่าใช้จ่าย 230,000 บาท โดยจะดำเนินการเปลี่ยนบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลเป็น
สถานพยาบาลตามข้อตกลงภายหลังได้รับสิทธิ ทั้งนี้ ควรเบิกภาพในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี เพื่อที่
สำนักงานประกันสังคมจะได้ศึกษาข้อมูลค่าใช้จ่ายขาดทุน กำไร ของสถานพยาบาลในความตกลง
และติดตามผลการให้บริการทางการแพทย์ว่าเป็นไปตามข้อตกลงของสัญญาหรือไม่ ผู้ประกันตน
สามารถเข้าถึงบริการหรือไม่ และสถานพยาบาลดูแลติดตามการรักษาผู้ประกันตนหลังการผ่าตัด
ปลูกถ่ายไตเป็นเวลา 2 ปี พร้อมยื่นเบิกค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนด หลังได้รับสิทธิ

จากหลักเกณฑ์ข้างต้นปัญหาที่พบผู้เขียนขอเสนอข้อดังต่อไปนี้

1) จำนวนสถานพยาบาล ตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานประกันสังคม การปลูกถ่ายไต
นั้นต้องทำการปลูกถ่ายกับสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมเท่านั้น ใน
ประเทศไทยมีสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมที่สามารถดำเนินการปลูกถ่าย
ไตได้มีอยู่ 14 แห่ง ผู้เขียนเป็นว่ายังเป็นจำนวนที่น้อยเกินไป ระบบประกันสังคมใช้วิธีประสา นกับ
สภาวิชาชีพในการรับบริจาคไตจากผู้เสียชีวิต แต่ในความเป็นจริงเมื่อสถานพยาบาลได้รับ
บริจาคไตจากผู้เสียชีวิต สถานพยาบาลนั้นมักไม่ยอมส่งต่อไตนั้นไปยังสภาวิชาชีพ แต่จะเก็บไว้
ให้กับคนไข้ของตนเองก่อน เพื่อสถานพยาบาลนั้นจะได้ค่า บริการทางการแพทย์ จากคน ไข้ของตน
ดังนั้นการรอรับไตจากสภาวิชาชีพจึงใช้เวลานาน เมื่อเทียบกับการที่ผู้ป่วยแสวงหาไตจาก
ผู้เสียชีวิตเองโดยการฝากประวัติ เพื่อการเทียบเนื้อเยื่อไว้ตาม โรงพยาบาลเอกชนต่างๆ

2) การกำหนดขั้นตอน มีขั้นตอนที่มากเกินไป หากผู้ประกันตน ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนใน
ขั้นตอนหนึ่งจะไม่รับสิทธิการปลูกถ่ายไต เช่น

(1) กรณีก่อนผ่าตัดหากผู้ประกันตนเข้ารับการตรวจประเมินสภาพร่างกายและจิตใจแล้วมีผู้บริจาคนที่มีชีวิต ผลการตรวจเนื้อเยื่อเข้ากันได้ดี และกำหนดวันผ่าตัดแล้ว หากผู้ประกันตนทำการผ่าตัดก่อนได้รับอนุมัติแม้ว่าจะมีเหตุฉุกเฉินจำเป็นต้องปลูกถ่ายไตโดยแล้ว กรณีนี้ผู้ประกันตนไม่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด ค่าใช้จ่ายต่างๆ ผู้ประกันตนต้องผู้รับผิดชอบเองทั้งสิ้น

(2) กรณีหากผู้ประกันตนได้รับอนุมัติให้ปลูกถ่ายไต อยู่ในช่วงรอไตจากผู้เสียชีวิต ผู้ประกันตนต้องรอปลูกถ่ายไตจากสถานพยาบาลที่ประกันสังคมกำหนดเท่านั้น หากผู้ประกันตนได้รับแจ้งจากสถานพยาบาลอื่นว่ามีไตจากผู้เสียชีวิตที่เนื้อเยื่อเข้ากับผู้ประกันตนได้ กรณีดังกล่าวผู้ประกันตนก็ไม่สามารถให้สิทธิประกันสังคมเข้ารับการปลูกถ่ายไตจากสถานพยาบาลดังกล่าว ได้ หากผู้ประกันตนต้องการปลูกถ่ายไต ผู้ประกันตนต้องเสียค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด และไม่สามารถขอรับประโยชน์ทดแทนหลังผ่าตัดได้ ดังนั้นผู้ประกันตนจึงไม่สามารถขอรับยากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัดได้อีกต่อไป

(3) กรณีการรับยากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัด สำนักงานประกันสังคม ได้กำหนดอัตราการจ่ายประโยชน์ทดแทนการเจ็บป่วยอันมิได้เกิดจากการทำงานในเรื่องการกำหนดอัตราเบิกจ่ายยากดภูมิคุ้มกันหลังจากการปลูกถ่ายไตดังนี้ ปีที่ 1 เดือนที่ 1-6 เดือนละ 30,000 บาท 7-12 เดือนละ 20,000 บาท, ปีที่ 2 เดือนที่ 1-6 เดือนละ 15,000 บาท, ปีที่ 3 เป็นต้นไป เดือนละ 10,000 บาท เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำหนดอัตราการเบิกจ่ายยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไตดังนี้ปีที่ 1 เดือนที่ 1-6 เดือนละ 30,000 บาท 7-12 เดือนละ 25,000 บาท, ปีที่ 2 เดือนละ 25,000 บาท, ปีที่ 3 เป็นต้นไป เดือนละ 15,000 บาท จากอัตราดังกล่าวผู้เขียนเห็นว่าระบบประกันสังคมของประเทศไทย ได้สร้างความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ดี อัตราการจ่ายยากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัดมีอัตราที่น้อยกว่าอัตราที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2 และปีที่ 3 ระบบประกันสังคมจ่ายให้ที่ 2 เดือนที่ 1-6 เดือนละ 15,000 บาท, ปีที่ 3 เป็นต้นไป เดือนละ 10,000 บาท แต่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจ่ายให้ปีที่ 2 เดือนละ 25,000 บาท, ปีที่ 3 เป็นต้นไป เดือนละ 15,000 บาท ซึ่งเป็นระบบขั้นพื้นฐานของประชาชนในประเทศ เป็นระบบที่ผู้ใช้สิทธิไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ไม่ต้องเป็นสมาชิกของกองทุนใดๆ เป็นสิทธิที่ได้มาตั้งแต่เกิด แต่ระบบประกันสังคมเป็นระบบที่มีการเก็บเงินเข้ากองทุนประกันสังคม แต่การกำหนดอัตราการจ่ายดังกล่าวยังคงน้อยกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่น่าจะเกิดขึ้น ทำให้ผู้ประกันตนต้องรับภาระในส่วนต่างที่เกิดขึ้น มากกว่าส่วนต่างที่ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องจ่าย ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมจึงรู้สึกถึงความด้อยสิทธิของตนเอง

(4) อัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่ทำสัญญาทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามที่ประกาศคณะกรรมการทางการแพทย์ดังนี้ ค่าใช้จ่ายก่อนผ่าตัดไม่เกิน 30,000 บาท ช่วงผ่าตัดไม่เกิน 230,000 บาท อัตราดังกล่าวเป็นอัตราที่น้อยเกินไป ทำให้โรงพยาบาลที่เข้าทำสัญญากับประกันสังคมจึงมีเพียง 14 แห่งทั่วประเทศซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ อัตราดังกล่าวไม่จูงใจให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าทำสัญญา ทำให้ผู้ประกันตนไม่สะดวกในการรับบริการจากสถานพยาบาลของประกันสังคมที่ไม่เพียงพอ

ตารางที่ 4.3 แสดงสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาโดยการปลูกถ่ายไตระหว่างระบบประกันสังคมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระบบหลักประกัน	การปลูกถ่ายไต
ระบบประกันสังคม	ก่อนผ่าตัดไม่เกิน 30,000 บาท ช่วงผ่าตัด ไม่เกิน 230,000บาท
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ก่อนผ่าตัด เหม่าจ่ายกับโรงพยาบาล ช่วงผ่าตัด เหม่าจ่ายกับโรงพยาบาล

ตารางที่ 4.4 แสดงสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลหลังผ่าตัด (ค่ายากดภูมิคุ้มกัน)

ระบบหลักประกัน	ค่ารักษาพยาบาลหลังผ่าตัด
ระบบประกันสังคม	ปีที่ 1 เดือนที่ 1-6 เดือนละ 30,000 บาท 7-12 เดือนละ 20,000 บาท ปีที่ 2 เดือนที่ 1-6 เดือนละ 15,000 บาท ปีที่ 3 เป็นต้นไป เดือนละ 10,000 บาท
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ปีที่ 1 เดือนที่ 1-6 เดือนละ 30,000 บาท 7-12 เดือนละ 25,000 บาท ปีที่ 2 เดือนละ 25,000 บาท ปีที่ 3 เป็นต้นไป เดือนละ 15,000 บาท

จากตารางเปรียบเทียบจะเห็นได้ว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สิทธิในการปลูกถ่ายไต และสิทธิการรับยากดภูมิที่ดีกว่าระบบประกันสังคม

4.2.4 ปัญหากรณีการให้บริการจากโรงพยาบาล

เมื่อผู้ประกันตนป่วยแล้วเข้ารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลที่ตนเองเลือก การบริการมักจะเป็นการบริการที่มีการแบ่งกลุ่ม ผู้ป่วยมีการประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน จะเป็นลูกค้าชั้น 1 ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง เป็นลูกค้าชั้น 2 ผู้ป่วยจากประกันสังคม เป็นลูกค้าชั้น 3 ผู้ใช้สิทธิประกันสังคมจะได้รับบริการที่ต่างจากผู้ป่วยอื่น มีการแยกวิธีการรักษา สำหรับยา และความใส่ใจจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่อื่น ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนคือการรับเข้าเป็น ผู้ป่วยใน เนื่องจากระบบประกันสังคมของไทยใช้ระบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายกับผู้ประกันตน การที่สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลจะรับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมไว้เป็นคนไข้ใน สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลมักจะปฏิเสธที่จะรับผู้ประกันตนเนื่องมาจากต้องการสำรองห้องพักไว้ให้กับคน ไข้ที่มีสิทธิคิดว่า ไม่ว่าจะเป็นคนไข้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยเงินสดหรือคน ไข้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยการประกันสุขภาพเอกชน ดังนั้น ผู้เขียนเห็นว่าปัญหาในการที่จะได้รับห้องพักหรือไม่ของผู้ประกันตนนั้น มีผลมาจากการที่กฎหมายประกันสังคมของประเทศไทยใช้ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย ทำให้สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลเห็นว่าตนจะได้รับค่าบริการในส่วนที่เกี่ยวกับห้องพักของผู้ป่วยในกรณีประกันสังคมน้อยกว่าการสำรองห้องพักไว้ให้กับผู้ป่วยของตนเองทั้งที่ในความเป็นจริงผู้ประกันตนควรได้รับการบริการที่ดีกว่าคน ไข้รายอื่น เพราะสำ นักงานประกันสังคมได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอาไว้ล่วงหน้าแล้ว ซึ่งไม่มีคน ไข้รายใดจ่ายค่ารักษาของตนไว้ล่วงหน้าอย่างเช่นประกันสังคม โรงพยาบาลจึงได้เงินไปก่อนล่วงหน้าที่จะมีการบริการทางการแพทย์ ผู้ประกันตนจึงควรเป็นลูกค้าชั้นดีของโรงพยาบาล ซึ่งแตกต่างกับประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ที่กำหนดให้ค่าห้องของผู้ประกันตนกรณีผู้ป่วยในมีการแบ่งประเภทของสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลเอาไว้ และกำหนดให้จ่ายค่าห้องเป็นจำนวนแน่นอนตามประเภทของสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลทำให้ผู้ประกันตนมั่นใจว่า เมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน ตนจะมีห้องพักสำหรับการรักษาพยาบาล ซึ่งประเทศฟิลิปปินส์กำหนดเอาไว้ปีหนึ่งไม่เกิน 45 วันต่อผู้ประกันตน 1 ราย

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น ตามกฎหมายประกันสังคมในผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นได้ ปีละ 2 ครั้ง ทั้งที่ในความเป็นจริงการเจ็บป่วยในกรณีฉุกเฉินไม่อาจกำหนดจำนวนครั้งได้ เมื่อผู้ประกันตนเจ็บป่วยฉุกเฉิน จะรู้สึกทรมานตามร่างกายเป็นอย่างมาก จึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด เพื่อให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ดังนั้นผู้เขียนเห็นว่าการจำกัดจำนวนครั้งในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินจึงเป็นการจำกัดสิทธิของผู้ประกันตนมาก

เกินไป หากผู้ประกันตนให้สิทธิไปแล้ว 2 ครั้ง และเกิดป่วยฉุกเฉินขึ้นอีก ผู้ประกันตนต้องอดทน และเดินทางไปยังโรงพยาบาลที่ตนเองมีสิทธิ ในระหว่างเดินทางอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ต่างจากระบบประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่นที่ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลแห่งใดก็ได้ ไม่มีการกำหนดไว้ตายตัวทำให้อลดความเสี่ยงในชีวิตของผู้ประกันตน

4.2.5 ปัญหากรณีโรคที่ผู้ประกันตนไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์

- 1) โรคหรือการประสบอันตรายอันเนื่องจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
- 2) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ประเภทคนไข้ในเกิน 180 วันใน 1 ปี
- 3) การบำบัดทดแทนไต กรณีไตวายเรื้อรัง ยกเว้น กรณี เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขและอัตราที่กำหนด
- 4) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- 5) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
- 6) การรักษาภาวะมีบุตรยาก
- 7) การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการปลูกถ่ายไขกระดูกของผู้ประกันตน ให้จ่ายค่าตรวจเนื้อเยื่อเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 7,000 บาทต่อรายตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด
- 8) การตรวจใดๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น
- 9) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น
 - (1) การปลูกถ่ายไขกระดูก ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายในอัตรา 750,000 บาทต่อราย แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่คณะกรรมการการแพทย์รับรองและได้ทำความตกลงไว้กับสำนักงานในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน กรณี การปลูกถ่ายไขกระดูกตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด
 - (2) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระดูก โดยให้เหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล 20,000 บาทและให้ศูนย์ดวงตาสุภาพชาติไทย 5,000 บาท ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด
- 10) การเปลี่ยนเพศ

11) การผสมเทียม

12) การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น

13) ทัศนกรรม ยกเว้น การถอนฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูนให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 600 บาทต่อปี กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิกมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ และ ค่าฟันเทียม เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,400 บาทภายในระยะเวลา 5 ปี

14) แวนตา

กฎหมายประกันสังคมกำหนดกลุ่มโรคที่ไม่การคุ้มครองเอาไว้ที่ผู้เขียนเห็นว่าไม่ควรกำหนดข้อยกเว้นเอาไว้ แม้ว่าโรคที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดยกเว้นไว้จะเป็นโรคที่ต้องใช้เงินรักษาอย่างมหาศาล แต่การที่กฎหมายประกันสังคมยกเว้นวันนั้น เสมือนเป็นการทอดทิ้งผู้ประกันตนที่ส่งเงินเข้ากองทุนทุกเดือน ไม่เคยขาด การยกเว้นโรคดังกล่าวจึงเป็นการเอาเปรียบผู้ประกันตนมากเกินไป เช่น การรักษาภาวะมีบุตรยาก คนทุกคนเมื่อมีครอบครัวก็ต้องการที่จะมีบุตรเพื่อสืบทอดวงศ์ตระกูลต่อไป ภาวะมีบุตรยากเป็นสิ่งที่ผู้ประกันตนทุกคนไม่ต้องการที่จะเป็นโรคดังกล่าว แต่เมื่อเป็นแล้วก็ต้องการที่จะหายและมีบุตรสายเลือดของตนเองต่อไป ดังนั้นการที่ประกันสังคมยกเว้นไม่คุ้มครองภาวะมีบุตรยากจึงเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง หรือกรณีแวนตาเมื่อผู้ประกันตนประสบปัญหาสาวยตา ทั้ง สายตาวัว สายตาสั้น หรือสายตาเอียง จนต้องใส่แว่นตานั้น แวนตาเปรียบเสมือนเป็นอุปกรณ์ในการรักษาให้บรรเทาจากการผิดปกติของสายตา เมื่อได้รับแว่นตาก็จะทำให้ประสิทธิภาพในการมองเห็นดีขึ้น ทั้งบรรจุนราคาแว่นตาก็มีได้สูงมากนัก เมื่อเทียบกับกำหนดค่าการรักษาโรคอื่น ๆ ตามกฎหมายประกันสังคม ดังนั้นการที่กฎหมายประกันสังคมกำหนด โรคที่ผู้ประกันตนไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ ผู้เขียนเห็นว่า โรคดังกล่าวควรได้รับการคุ้มครองด้วย ไม่ควรกำหนดเป็นโรคที่ไม่ได้รับการคุ้มครอง ทั้งปัจจุบันมีผู้ประกันตนเป็นจำนวนไม่น้อยที่เป็นโรคดังกล่าว เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ ทั้งสองประเทศจะไม่กำหนดโรคที่ไม่ได้รับการคุ้มครองไว้ แต่จะกำหนดให้ ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมดว่าจะเป็นกรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุก็ตาม

ดังนั้น ผู้เขียนเห็นว่า การประกันสังคมเป็นระบบที่มุ่งเน้นให้ผู้เป็นสมาชิกเฉลี่ยทุกข์เมื่อเจอทุกข์และเฉลี่ยสุขเมื่อพบสุข แต่เมื่อผู้ประกันตนป่วย ก็ได้รับการบริการ รวมถึงสิทธิและอัตราในการได้รับการรักษาพยาบาลที่ด้วยสิทธิกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งที่ตนเองมีหน้าที่ต้องส่งเงินเข้ากองทุน ประกันสังคมทุกเดือน แต่ระบบประกันสังคมมีการจำกัดเพดาน ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล จึงเป็นภาระของผู้ประกันตนที่ต้องจ่ายค่าส่วนต่าง ทำให้ผู้ประกันตนมีภาระมากขึ้นทั้งที่ตนหวังว่าเมื่อตนได้จ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสังคมทุกเดือนแล้วภาระในค่า

รักษาพยาบาลควรเป็นของกองทุนป ระกันสังคม ทั้งที่ปัจจุบันนี้สำนักงานประกันสังคมของไทยมีเงินอยู่ในกองทุนอู่หม่หาศาล จนสามารถมีโรงพยาบาลชั้นดีเป็นของตนเองได้ แต่การกำหนดอัตรา การจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กลับมีอัตราที่น้อยเกินความเป็นจริง และหลักเกณฑ์ที่มากเกินไป ป จึงเป็นอุปสรรคทำให้ผู้ประกันตน ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดีได้

4.2.6 ปัญหาสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนตามมาตรา 40

พระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทนตลาดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2554 บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ดังนี้

กรณีผู้ประกันตนนำส่งเงินสมทบเดือนละ 100 บาทต่อเดือน

1) เงินทดแทนการขาดรายได้ เมื่อเจ็บป่วย เมื่อนอนโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป จะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้จำนวน 200 บาทต่อวัน ไม่เกิน 20 วันต่อปี เงื่อนไขเมื่อจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายในระยะเวลา 4 เดือน

2) เงินทดแทนการขาดรายได้ เมื่อทุพพลภาพ รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ค่าทดแทนเดือนละ 500 บาทเมื่อจ่ายเงินสมทบ 6 เดือนใน 10 เดือน ได้ค่าทดแทนเดือนละ 650 บาทเมื่อจ่ายเงินสมทบ 6 เดือนใน 10 เดือน ได้ค่าทดแทนเดือนละ 800 บาทเมื่อจ่ายเงินสมทบ 24 เดือนใน 40 เดือน ได้ค่าทดแทนเดือนละ 1,000 บาทเมื่อจ่ายเงินสมทบ 36 เดือนใน 60 เดือน

3) เงินค่าทำศพ (เสียชีวิต) จะได้รับค่าทำศพจำนวน 20,000 บาทต่อราย เมื่อจ่ายเงินสมทบครบ 6 เดือน ภายในระยะเวลา 12 เดือน

กรณีผู้ประกันตนนำส่งเงินสมทบเดือนละ 150 บาทต่อเดือน

1) เงินทดแทนการขาดรายได้ เมื่อเจ็บป่วย เมื่อนอนโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป จะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้จำนวน 200 บาทต่อวัน ไม่เกิน 20 วันต่อปี เงื่อนไขเมื่อจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายในระยะเวลา 4 เดือน

2) เงินทดแทนการขาดรายได้ เมื่อทุพพลภาพ รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ค่าทดแทนเดือนละ 500 บาทเมื่อจ่ายเงินสมทบ 6 เดือนใน 10 เดือน ได้ค่าทดแทนเดือนละ 650 บาทเมื่อจ่ายเงินสมทบ 6 เดือนใน 10 เดือน ได้ค่าทดแทนเดือนละ 800 บาทเมื่อจ่ายเงินสมทบ 24 เดือนใน 40 เดือน ได้ค่าทดแทนเดือนละ 1,000 บาทเมื่อจ่ายเงินสมทบ 36 เดือนใน 60 เดือน

3) เงินค่าทำศพ (เสียชีวิต) จะได้รับค่าทำศพจำนวน 20,000 บาทต่อราย เมื่อจ่ายเงินสมทบครบ 6 เดือน ภายในระยะเวลา 12 เดือน

4) เงินบำนาญชราภาพ ผู้ประกันตนสามารถรับเงินก้อน เมื่ออายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ เงื่อนไข มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์เมื่อจ่ายเงินออมขั้นต่ำ 50 บาทต่อเดือน (ผู้ประกันตนสามารถออมเพิ่มได้)

กรณีประโยชน์ทดแทนที่ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ได้รับนั้น ผู้เขียนเห็นว่า พระราชกฤษฎีกาดังกล่าว มิได้ให้สิทธิประโยชน์เรื่องการบริการทางการแพทย์ แต่มุ่งเน้นเรื่องเงินทดแทนการขาดรายได้ ผู้ประกันตนอิสระตามมาตรา 40 จึงไม่ได้รับการบริการทางการแพทย์จากระบบประกันสังคม เมื่อเจ็บป่วยไม่สามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคม ต้องใช้สิทธิอื่นของรัฐเช่น โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้นการเข้าเป็นผู้ประกันตนแบบอิสระตามมาตรา 40 จึงไม่มีประโยชน์แก่ผู้ประกันตนที่จะใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามระบบประกันสังคมแต่อย่างใด

บทที่ 5

บทสรุป และข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

ระบบประกันสังคม เป็นระบบของการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุขซึ่งกันและกันระหว่างผู้ประกันตนซึ่งเป็น สมาชิก โดยจัดตั้งเป็นกองทุนทางการเงินขึ้น กำหนดให้สมาชิกส่งเงินเข้าร่วมในกองทุน เมื่อสมาชิกคนใดประสบเคราะห์กรรมจะได้รับการเยียวยาจากกองทุนประกันสังคม โดยทั่วไปรัฐบาลของทุกประเทศจะให้ความสำคัญแก่บุคคลที่ทำงานมีรายได้และอยู่ในระบบแรงงาน ก่อนขยายความคุ้มครองไปสู่ผู้ที่มีรายได้นอกระบบการจ้างงานปกติ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่าแรงงานนอกระบบ และมุ่งหมายให้คนส่วนใหญ่ของประเทศเข้าสู่ระบบ ประกันสังคมเพื่อเป็นหลักประกันของชีวิต

การประกันสังคมเริ่มต้นครั้งแรกที่ประเทศเยอรมัน และแพร่หลายไปในยุโรป เกิดจากภาวะคนว่างงานเป็นจำนวนมาก ทำให้รัฐต้องเข้ามาช่วยเหลือในรูปแบบของสวัสดิการ สำหรับประเทศไทย ได้ริเริ่มระบบประกันสังคม มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495 แต่ประสบความสำเร็จในปี พ.ศ. 2533 โดยบัญญัติเป็น พระราชบัญญัติประกันสังคม ฉบับ ปี พ.ศ. 2533 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา กฎหมายฉบับนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ แก่ลูกจ้างเป็นอย่างมาก ให้มีโอกาสได้เข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

จากการศึกษาระบบประกันสังคมของประเทศไทยได้ กำหนดหลักเกณฑ์การรักษาพยาบาล เป็นการกำหนดให้ผู้ประกันตนใช้สิทธิในการ เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด โดยสำนักงานประกันสังคมจะเป็นผู้กำหนดจำนวนเงินเหมาจ่ายที่จะต้องจ่าย ให้กับสถานพยาบาลหรือ โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานประกันสังคม และเป็นโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนต้องขึ้นทะเบียนเพื่อกำหนดในบัตรรับรองสิทธิ โดยจะกำหนดให้จ่ายเป็นรายหัวหรือเท่ากับจำนวนที่มีผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนไว้

จากระบบการจ่ายประโยชน์ทดแทน ผู้เขียนพบว่าเกณฑ์การกำหนดความคุ้มครองเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ ยังมีปัญหาที่ต้องพิจารณา เนื่องการบริการทางการแพทย์เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่บุคคลพึง มีสิทธิได้รับตามกฎหมายแต่กลับ ถูกจำกัดสิทธิเพื่อไม่ให้ได้รับสิทธิ อย่างเต็มที่ นำไปสู่ปัญหาต่าง เช่น ความเหลื่อมล้ำทางสังคม เมื่อศึกษาแล้วจะเห็นว่ามิบุคคลจำนวนหนึ่งไม่ต้องการเข้าสู่ระบบของการประกันสังคม แต่ถูกกฎหมายบังคับให้ต้องเป็นผู้ประกันตนไป

โดยปริยาย เมื่อก้าวเข้ามาสู่การเป็น ลูกจ้างในสถานประกอบการ จึงทำให้เกิดปัญหาจากการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม ดังนี้

ปัญหาประการแรก คือปัญหาเรื่องการจ่ายเงินสมทบ จากการที่ผู้ประกันตน ตามกฎหมายประกันสังคม กำหนดให้ผู้ประกันตน ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเพื่อที่จะเป็นประกันในการที่ตนจะได้รับการช่วยเหลือในเรื่องของการรักษาพยาบาลเมื่อตนเจ็บป่วย เก็บเข้ากองทุนในอัตราร้อยละ 5 (ร้อยละ 3 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2555 และร้อยละ 4 ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555) จากฐานค่าจ้างที่ไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1,650 บาท และสูงสุดไม่เกินเดือนละ 15,000 บาท นั้น เป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้องขัดต่อหลักการเฉลี่ยความทุกข์ และสุขระหว่างคนจนกับคนรวย แม้ผู้ที่มีรายได้เกินกว่าเดือนละ 15,000 บาท ผู้นั้นก็ส่งเงินสมทบเข้าสู่กองทุนประกันสังคม เพียงร้อยละ 5 (ร้อยละ 3 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2555 และร้อยละ 4 ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555) ของเงิน 15,000 บาท ซึ่งเท่ากับ 750 บาท (450 บาทหรือ 600 บาท) ต่อเดือนเท่านั้น จึงขัดต่อหลักการเฉลี่ยทุกข์และสุขระหว่างคนจนกับคนรวย ส่วนกรณีผู้ประกันตนอิสระตามมาตรา 40 นั้นผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบเดือนละ 100 บาทหรือ 150 บาทแล้วแต่ผู้ประกันตนจะเลือกรับประโยชน์ทดแทนกรณีใดบ้าง ผู้เขียนเห็นว่า การเปิดโอกาสแรงงานนอกระบบเข้าเข้ามาสู่ระบบประกันสังคมเป็นเรื่องที่ดี ทั้งนี้จะต้องพิจารณาถึงประโยชน์ทดแทนที่ผู้ประกันตนอิสระจะได้รับด้วย การเปิดช่องทางให้แรงงานนอกระบบเข้าสู่ระบบเป็นการขยายฐานผู้ประกันตนในแนวลง แต่ในทางกลับกันคนที่มียาได้มากกว่า 15,000 ต่อเดือนต้องส่งเงินเข้ากองทุนประกันสังคมเพียง 750 (450 บาทหรือ 600 บาท) บาทต่อเดือน (ร้อยละ 5 ของเงินเดือน 15,000 บาท)

ปัญหาประการที่ สอง คือปัญหาเรื่อง การให้ ประโยชน์ทดแทน กรณีเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ดังนี้

1) ปัญหาเงื่อนไขการได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบให้ครบ 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน หากผู้ประกันตนจ่ายจ่ายเงินสมทบยังไม่ครบ 3 เดือนจะไม่ได้รับบริการทางการแพทย์จากระบบประกันสังคม

2) ปัญหาการกำหนดอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วยทั่วไป ปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมได้ใช้ ระบบเหมาจ่าย (Capitation) โดยนำเอาระบบการจ่ายเงินเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์มาใช้ ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายให้โรงพยาบาลในอัตรา 2,050 บาทต่อคนต่อปี จ่ายเงินเพิ่มให้กับโรงพยาบาล นอกจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เช่น โรคเรื้อรัง จำนวน 26 โรค ที่ประกันสังคมเหมาจ่าย ให้โรงพยาบาล 1,404 บาท แต่หากมีผู้ป่วยมาใช้บริการเพิ่มก็จะจ่ายให้

อีกหัวละ 100 บาทต่อคนต่อปี ส่วนโรคที่มีภาวะเสี่ยงจะเป็นโรคเรื้อรัง จะเหมาะจ่ายให้อีกหัวละ 469 บาท และหากเป็นสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองว่ามีมาตรฐานจะได้รับเพิ่มอีก 77 บาทต่อคนต่อปี สถานพยาบาลรับความเสี่ยงในผลกำไรขาดทุน เป็นต้นเหตุให้แต่ละสถานพยาบาลจะจำกัดวงเงินการให้บริการเอาไว้เพื่อไม่ให้สถานพยาบาลต้องขาดทุน ทำให้ผู้ประกันตนได้รับการทางการแพทย์ที่ขาดประสิทธิภาพตามมา

3) ปัญหาการกำหนดให้เลือกสถานพยาบาลที่เข้าทำการรักษาเพียง 1 แห่ง และสามารถเปลี่ยนได้ปีละ 1 ครั้ง กรณีดังกล่าวผู้เขียนเห็นว่าเป็นการจำกัดเสรีภาพในการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตน สาเหตุเกิดจากสำนักงานประกันสังคมได้เหมาะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นรายหัวรายปีแก่สถานพยาบาลนั้นแล้ว ผู้ประกันตนจึงต้องรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลนั้นตลอดปีนั้นๆ หากต้องการจะเปลี่ยนสถานบริการผู้ประกันตนต้องรอให้ครบกำหนด 1 ปีจึงสามารถเลือกสถานพยาบาลใหม่ เกิดความไม่สะดวกและไม่เป็นธรรมแก่ผู้ประกันตน

4) ปัญหากรณีทันตกรรม ผู้ประกันตน มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ กรณีอุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินปูน เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 600 บาท ต่อปี และมีสิทธิใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก 1-5 ซี่ ในวงเงินไม่เกิน 1,300 และตั้งแต่ 6 ซี่ขึ้นไปเบิกได้ไม่เกิน 1,500 บาท ผู้ประกันตนสามารถรับบริการได้ทุกสถานพยาบาล แล้วสำรองจ่ายค่าบริการไปก่อน เสร็จแล้วจึงนำไปเสร็จมาขอเบิกกับสำนักงานประกันสังคมพื้นที่ หรือจังหวัด หลักเกณฑ์ดังกล่าว เป็นการกำหนด อัตราการรักษา ที่น้อยเกินไปเมื่อเทียบกับรายการให้บริการทันตกรรมในสถานพยาบาลเอกชน และส่วนต่ำ เป็นภาระที่ผู้ประกันตนเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเอง

5) ปัญหากรณีบำบัดทดแทนไต ตามกฎหมายประกันสังคม ตามกฎหมายประกันสังคมได้กำหนด เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณี เจ็บป่วยด้วย ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ได้แก่ ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าบำบัดทางการแพทย์ ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย ค่าบริการอื่นที่จำเป็น ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ (ตามมาตรา 63)

คณะกรรมการการแพทย์ออกประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พุทธศักราช 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่อง จากการทำงาน ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 ได้วางหลักเกณฑ์ต่างๆ ไว้เป็นจำนวนมาก ทำให้ประกาศดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อันผู้ประกันตนความ ได้รับ ทั้งอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ในเรื่องการฟอกเลือดด้วย

เครื่องไตเทียม การล้างช่องท้องด้วยน้ำ ยา และการปลูกถ่ายไต เป็นอัตราที่น้อยเมื่อเทียบกับอัตราค่าบริการที่แท้จริง เป็นปัญหาทำให้มีจำนวนสถานพยาบาลที่เข้าโครงการบำบัดทดแทนไตน้อยกว่าจำนวนผู้ประกันตนที่เป็นโรคไต

กรณีการปลูกถ่ายไต มีขั้นตอนเป็นจำนวนมาก หากมีการข้ามขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง ผู้ประกันตนจะไม่ได้รับสิทธิการบำบัดทดแทนไตจากระบบประกันสังคมอีกต่อไป ทั้งกรณีหลังผ่าตัด ประกันสังคมได้กำหนดอัตราการจ่ายประโยชน์ทดแทนการเจ็บป่วยอันมิได้เกิดจากการทำงานในเรื่องการกำหนดอัตราเบิกจ่ายยากดภูมิคุ้ม โดยมียอดที่น้อยเกินไป เมื่อเทียบกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นระบบที่ไม่ต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุน แต่เมื่อเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะสิ้นไป ทำให้ผู้ประกันตนเสียโอกาสในการเลือกระบบบริการทางการแพทย์ที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง

6) ปัญหากรณีการให้บริการจากโรงพยาบาล การบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลมักแยกกลุ่มผู้ประกันตนออกจากคนไข้อื่นของโรงพยาบาล มีการแยกการรักษา แยกบัญชียา และการใส่ใจจากแพทย์ผู้รักษา สาเหตุเกิดจากระบบประกันสังคมของไทยเลือกระบบจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลแบบเหมาจ่าย ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมกับผู้ประกันตน และสถานพยาบาล

7) ปัญหากรณีโรคที่ผู้ประกันตนไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ ระบบประกันสังคมได้กำหนดกลุ่มโรคที่ไม่ได้รับการคุ้มครองไว้ 13 กลุ่ม โดยเป็นโรคที่ต้องให้เงินรักษาเป็นจำนวนมาก จึงเปรียบเสมือนการทอดทิ้งผู้ประกันตนต้องออกค่ารักษาพยาบาลเอง ทั้งที่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเป็นประจำอยู่ทุกเดือน

8) ปัญหาสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เมื่อพิจารณาถึงสิทธิการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนพบว่า ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 กฎหมายไม่ได้ให้ประโยชน์แทนกรณีเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ดังนั้นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จึงไม่ได้รับบริการทางการแพทย์จากระบบประกันสังคม ทั้งที่ต้องจ่าย เงินเข้ากองทุนประกันสังคมอยู่ทุกเดือน เดือนละ 100 หรือ 150 บาท แต่ไม่มีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์

เมื่อนำปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม ได้ศึกษาแล้ว จะเห็นว่าประเทศญี่ปุ่นแบ่งการประกันสุขภาพในส่วนของประกันสังคมออกเป็น 2 ประเภทคือการประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งคุ้มครองประชาชนทั่วไป และการประกันสุขภาพลูกจ้างซึ่งคุ้มครองแก่ลูกจ้างต่างๆ โดยการประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มี การจ่ายในรูปเงินสด (In Cash) แต่จะให้ประโยชน์ในรูปของการบริการ (In Kind) ผ่านสถาบันประกันทางการแพทย์ตามที่รัฐบาลท้องถิ่นกำหนด ส่วนการประกันสุขภาพลูกจ้างจะได้รับทั้งบริการทางการแพทย์ และเงินทดแทนการขาด

รายได้จากเงินที่จ่ายเข้ากองทุน โดยนายจ้างและลูกจ้างเท่าๆ กัน โดยในส่วนตัวที่เป็นบริการทางการแพทย์ ผู้ประกันตนต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งสมทบกับค่ารักษาทางการแพทย์แก่สถาบัน ประกันดังกล่าว โดยประเทศญี่ปุ่นจะใช้ระบบการจ่ายเงินแบบจ่ายตามใบเสร็จ (Fee For Service) โดยผู้ประกันตนและผู้อยู่ในอุปการะสามารถจะไปใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่สถานพยาบาลที่ไหนก็ได้

ส่วนประเทศฟิลิปปินส์ก็ใช้ระบบการจ่ายตามใบเสร็จ (Fee For Service) เช่นกัน โดยประเทศฟิลิปปินส์จะมีการแบ่งสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลออกเป็น 3 ระดับเพื่อให้มีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่างกันตามระดับของสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล ทั้งค่าห้อง ค่ายา และค่าผ่าตัดรวมถึงค่าบริการวิชาชีพที่ได้กำหนดไว้เป็นจำนวนแน่นอน โดยประโยชน์ทดแทนทางด้านการแพทย์มีการจำกัดวงเงินในการรักษาและจำนวนวันที่จะใช้บริการทางการแพทย์ได้ภายใน 1 ปี และประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ของประเทศฟิลิปปินส์ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นกรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุก็ตาม นอกจากนั้นยังครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลแก่ครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย

สรุปได้ว่า ปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม เกิดขึ้นมาจากการที่กฎหมายประกันสังคมของประเทศไทยได้ ใช้ระบบเหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ และเกิดจากการกำหนดหลักเกณฑ์ ความคุ้มครองเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ ที่ไม่ตรงตามความต้องการของผู้ประกันตน จึงเป็นอุปสรรคต่อการรับบริการทางการแพทย์ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการแก้ไข ปรับปรุงและกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม เพื่อให้เกิดความเหมาะสม สอดคล้องและเป็นธรรมสำหรับผู้ประกันตน

5.2 ข้อเสนอแนะ

ผู้เขียนได้ศึกษาปัญหาการกำหนดหลักเกณฑ์ความคุ้มครองเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ ตามกฎหมายประกันสังคมทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศแล้ว มีข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไขกฎหมายประกันสังคมของประเทศไทย ดังต่อไปนี้

5.2.1 ในเรื่องการแก้ไขเกี่ยวกับเรื่องการจ่ายเงินสมทบ

การที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดให้ผู้ประกันตน ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม ร้อยละ 5 จากฐานค่าจ้างที่ไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1,650 บาท และสูงสุดไม่เกินเดือนละ 15,000 บาท การที่กำหนดเพดานเงินเดือนไว้ที่ 15,000 บาทไม่น่าจะถูกต้อง เนื่องจากการจำกัดการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนไว้เพียงร้อยละ 5 ของเงินเดือน 15,000 บาท เท่ากับ 750 บาท แม้ผู้ประกันตนจะมีเงินเดือนเกินกว่า 15,000 บาท ก็จ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสังคมเพียง 750 บาท

กรณีดังไม่เป็นไปตามหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขระหว่างคนในสังคม ผู้ประกันตนที่มีฐานะร่ำรวย ซึ่งส่วนใหญ่คือนายจ้าง จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเพียง 750 บาท

เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและเป็นประโยชน์ต่อตัวลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตน ควรมีการแก้ไขอัตราเงินสมทบ โดยแก้ไขเพิ่มเติมกฎกระทรวงกำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม ดังนี้

ไม่ควรกำหนดเพดานอัตราเงินเดือน แต่ควรเก็บเงินสมทบเข้ากองทุน แบบอัตรา ถดถอย โดยเก็บเงินสมทบร้อยละ 5 จากฐานค่าจ้าง ที่ไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1,650 -15,000 บาท ส่วนที่ เกิน 15,000 บาทขึ้นไปเก็บเข้ากองทุน ประกันสังคมร้อยละ 1.5 เป็นเงินสมทบเพื่อการจ่าย ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ซึ่งก็จะ เป็นไปตามหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ของการประกันสังคมทำให้เงินเดือนทุกส่วนของผู้ ประกันตนที่มีเงินเดือนสูง ได้มีส่วนเข้ามาสู่ กองทุนประกันสังคม ทำให้กองทุน มีเงินเข้ามามากขึ้นเพื่อใช้เพิ่มสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน ให้ดีขึ้นตามไปด้วย

5.2.2 ในเรื่องการแก้ไขเกี่ยวกับเรื่องประโยชน์ทดแทน

เนื่องจากประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายประกันสังคมก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมต่อ ตัวผู้ประกันตน โดยเฉพาะประโยชน์ทดแทนที่เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล จึงควรมีการแก้ไข ดังนี้

5.2.2.1 ปัญหาเงื่อนไขการได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการ ทำงาน

ควรมีการปรับเปลี่ยนให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน นับแต่จ่ายเงินสมทบเข้าสู่กองทุนประกันสังคมในงวดแรก เพื่อให้ ได้รับสิทธิในการคุ้มครองชีวิตและสุขภาพ การได้รับการรักษาพยาบาล เพื่อความเป็นธรรมต่อ ผู้ประกันตน โดยการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

5.2.2.2 ปัญหาการกำหนดอัตราค่าบริการทางการแพทย์เจ็บป่วยทั่วไป

ควรมีการเปลี่ยนการจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากการที่สำนักงานประกันสังคม จะต้องจ่ายเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวให้สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลในเครือข่ายของการ ประกันสังคม โดยให้เปลี่ยนมาเป็นการจ่ายจริงตามความจำเป็นหรือจ่ายตามใบเสร็จ ให้กับ สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานประกันสังคม โดยจ่ายไม่เกินวงเงิน ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด โดยการแก้ไขเพิ่มเติม ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์

5.2.2.3 ปัญหาปัญหาการกำหนดให้เลือกสถานพยาบาลโรงพยาบาล

ควรเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เอง และสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานประกันสังคมได้ทุกแห่ง โดยสำนักงานประกันสังคมมีหน้าที่ที่จะต้องแจ้งให้ผู้ประกันตนทราบว่าผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลแห่งใดได้บ้าง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์ ให้สถานพยาบาลเรียกค่ารักษาพยาบาลกับสำนักงานประกันสังคมตามอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด โดยทำเป็นประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม และโดยแก้ไขเพิ่มเติมประกาศ สำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

5.2.2.4 ปัญหากรณีทันตกรรม

ควรมีการเพิ่มอัตราค่าบริการตามความเป็นจริง และสถานพยาบาลหรือคลินิกทันตกรรม เรียกค่ารักษาพยาบาลกับสำนักงานประกันสังคมตามอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด โดยทำเป็นประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม และ ทำประกาศของคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ทันตกรรม)

5.2.2.5 ปัญหากรณีบำบัดทดแทนไต

กรณีการบำบัดทดแทนไต โดยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรให้สำนักงานประกันสังคม เป็นรับสถานพยาบาลเพิ่มเติมให้เพียงพอต่อความต้องการ ของผู้ป่วย มีการให้คำแนะนำพิเศษสำหรับสถานพยาบาลที่เปิดให้บริการนอกเวลางาน เพื่อความสะดวกของผู้ประกันตนจะได้ใช้บริการหลังเลิกงาน แก้ไขอัตราค่าบริการฟอกเลือดให้สูงขึ้นและไม่ควรจำกัดจำนวนครั้งในแต่ละอาทิตย์ โดยปรับปรุงสิทธิประโยชน์กรณีการบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่ เนื่องจากการทำงาน

กรณีการบำบัดทดแทนไต โดยวิธีปลูกถ่ายไต ควร เพิ่มจำนวนสถานพยาบาล ในการปลูกถ่ายไต ลดขั้นตอนการขอเข้ารับการรักษาให้น้อยลง หากผู้ประกันตนผ่านการตรวจสอบและอยู่ในช่วงรอการบริจาคไตจากผู้เสียชีวิต ควรเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนเข้ารับการปลูกถ่ายไตจากสถานพยาบาลอื่นที่ไม่ได้ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมแต่ใช้อัตราค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้กำหนด หากมีค่าใช้จ่ายมากกว่าที่สำนักงาน

ประกันสังคมกำหนดให้ผู้ประกันตนรับผิดชอบในส่วนดังกล่าวเอง โดยปรับปรุงสิทธิประโยชน์กรณีการบำบัดทดแทนไต สำหรับผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยอันมิใช่ เนื่องจากการทำงาน กรณีหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน ควรครอบคลุมถึงผู้ประกันตนที่ไม่ได้รับการปลูกถ่ายไตโดยใช้สิทธิประกันสังคมให้มีสิทธิได้รับยากดภูมิคุ้มกันจากระบบประกันสังคม ควรเพิ่มอัตราค่าบริการจ่ายยากดภูมิคุ้มกันให้เป็นไปตามราคาที่เป็นอยู่จริง ควรเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนได้ย้ายสถานพยาบาลหลังการผ่าตัดหากไม่พอใจในบริการทางการแพทย์ที่ได้รับ โดยปรับปรุงสิทธิประโยชน์กรณีการบำบัดทดแทนไต สำหรับผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยอันมิใช่ เนื่องจากการทำงาน

5.2.2.6 ปัญหากรณีการให้บริการจากโรงพยาบาล

ปัญหานี้มีสาเหตุเกิดจากสำนักงานประกันสังคม จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลแบบเหมา ปัญหาดังกล่าวแก้ไขได้โดยเปลี่ยนมาเป็นการจ่ายจริงตามความจำเป็นหรือจ่ายตามใบเสร็จ ให้กับสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานประกันสังคม โดยจ่ายไม่เกินวงเงินที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด โดยการแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์

5.2.2.7 ปัญหากรณีโรคที่ผู้ประกันตนไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์

ควรยกเลิกโรคบางประเภทที่ไม่ มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ การรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม แวนตา หากโรคใดต้องใช้เงินรักษาเป็นจำนวนมาก สำนักงานประกันสังคมควรกำหนดอัตราค่าบริการในโรคนั้นๆ ส่วน ค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินให้ผู้ประกันตนเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย เอง โดยการแก้ไขเพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ .ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

5.2.2.8 ปัญหาสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนตามมาตรา 40

ควรเพิ่มสิทธิรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ให้เท่าเทียมกับผู้ประกันตนประเภทอื่น โดยการแก้ไข พระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทนตลาดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2554

จากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้เขียนเห็นว่า ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจาก พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 63 ที่กำหนดให้ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ได้แก่ ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าบำบัดทางการแพทย์ ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย ค่าบริการอื่นที่จำเป็น ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ แต่ประกาศของ คณะกรรมการการแพทย์ ในบางกรณีเป็นอุปสรรคต่อผู้ประกันตนให้ได้รับบริการทางการแพทย์ที่ดีและเพียงพอ กรณีดังกล่าวจึงควรแก้ไข พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และควรแก้ไขแก้ไข พระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทนตลาดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2554 ควรมิกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับกำหนดค่ารักษาพยาบาล ซึ่งปัจจุบันกฎหมายประกันสังคมกำหนดให้ค่ารักษาพยาบาลเป็นแบบเหมาจ่าย และควรเปลี่ยนเป็นแบบจ่ายตามใบเสร็จ เช่นเดียวกับแนวปฏิบัติของประเทศญี่ปุ่นและประเทศ สหพันธ์ฟิลิปปินส์ โดยการแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ ควรประกาศให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เอง และสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานประกันสังคมได้ทุกแห่ง โดยการแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนแก้ไขเพิ่มเติมกฎกระทรวงกำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคมเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพและกรณีตาย แก้ไขเพิ่มเติม ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม และ ทำประกาศของคณะกรรมการการแพทย์ ตาม พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ทันตกรรม) แก้ไขเพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่ เนื่องจากการทำงาน ในส่วนที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์กรณีการบำบัดทดแทนไต แก้ไขเพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ในส่วนที่เกี่ยวกับกลุ่มโรคที่ผู้ประกันตนไม่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและเป็นธรรมสำหรับผู้ประกันตนมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ประกันตน นำมาซึ่งความเป็น

ธรรมที่จะเกิดขึ้นในสังคมและเป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายประกันสังคมที่ต้องการเฉลี่ย
ทุกข์เฉลี่ยสุขระหว่าง ผู้ประกันตนด้วยกัน ก่อให้เกิดการพัฒนากฎหมายประกันสังคมของประเทศ
ไทยให้มีความทัดเทียมอารยประเทศต่อไป





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

- นิคม จันทรวีฑูร. (2528). การประกันสังคม: 30 ปี แห่งการรอคอย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- ปรีดี เกษมทรัพย์. (2525). กฎหมายแพ่งหลักทั่วไป. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พินิจ ทิพย์มณี. (2551). หลักกฎหมายธุรกิจ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- ไพรัช ล้ายอง. (2545). การจัดส่งแรงงานไทยไปทำงานในประเทศอิสราเอล. กรุงเทพฯ: กรมการจัดหางาน.
- รัชยา กุลวานิชไชยนันท์. (2535). ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์: ศึกษาเฉพาะกรณี ผู้ประกันตนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสังคม.
- รุ่งโรจน์ รื่นเรืองวงศ์. (2540). กฎหมายประกันสังคมฉบับใช้งาน. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา) วิเชียรชม. (2540). กฎหมายประกันสังคม. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- วิชัย โธสุวรรณจินดา. (2533). กฎหมายประกันสังคม. กรุงเทพฯ: ธรรมนิติ.
- ศักดิ์ศรี บริบาลบรรพตเขตต์. (2535). ระบบความมั่นคงทางสังคม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุจิริต ศรีประพันธ์. (2534). ผลกระทบของระบบประกันสุขภาพต่อระบบบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- อมร รักษาสัตย์. (2533). การสร้างความมั่นคงในสังคมด้านการจัดการสวัสดิการและการประกันสังคม: แนวคิดปรัชญา. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.

บทความ

- จำลอง ศรีประสาธน์. (2531, พฤษภาคม - มิถุนายน). “สวัสดิการสังคมกับการประกันสังคม.” การประชาสงเคราะห์. หน้า 12.

บัณฑิต บูรณบัณฑิต. (2522). “ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการประกันสังคม.” วารสารนิติศาสตร์, 9, 2. หน้า 9.

วิจิตร ฟุ้งลัดดา. (2533). “ระบบประกันสังคมของไทย.” วารสารนิติศาสตร์, 20, 2. หน้า 152.

สุดาศิริ วทวงศ์. (2535, 13 มีนาคม). “การประกันสังคม.” วารสารกฎหมายจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 23, 3. หน้า 88.

วิทยานิพนธ์

ทรงพล โลหะมาศ. (2551). ปัญหาการเป็นผู้ประกันตนของแรงงานนอกระบบตามกฎหมายประกันสังคม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชานิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

นราพร ตุนจักรเสรี. (2536). ประสิทธิภาพของการประกันสังคมไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ปาริชาติ ศรีประเสริฐ. (2541). การให้ความคุ้มครองในระบบประกันสังคม: ศึกษาเปรียบเทียบโครงการประกันสังคมของประเทศไทยและฟิลิปปินส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพัฒนบริหารศาสตร์ (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

พรณิภา พรหมมาตร. (2553). ความไม่เป็นธรรมในการบังคับใช้กฎหมายประกันสังคมกับข้าราชการที่ไปทำงานกับภาคเอกชนนอกเวลาราชการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชานิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

พอพันธ์ เขตต์กัน. (2541). มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองประโยชน์ทดแทนของลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรม เปรียบเทียบระหว่างกฎหมายประกันสังคมกับกฎหมายเงินทดแทน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชานิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

พิมล เกษมเสาวภาคย์. (2553). ปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม เปรียบเทียบกับการประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพภาคเอกชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชานิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

- วิทวัส กู้ประเสริฐ. (2539). อนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ ฉบับที่ 102 เปรียบเทียบ
กับพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (มาตรา 40). วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- วิไลเดือน พรอนันต์. (2535). ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของผู้ประกันตนต่อการได้รับความ
คุ้มครอง กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. 2533 ในจังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหาร
สาธารณสุข (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอกสารอื่นๆ

- บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ. (2535). รายงานการศึกษาสำรวจเรื่องสภาพการบังคับใช้กฎหมาย
ประกันสังคม. กรุงเทพฯ: อารมณพงษ์พจน์.
- มานัส หวังไช้. (2551). แนวทางการปฏิบัติงานด้านกองทุนเพื่อช่วยเหลือคนหางานไป
ทำงานในต่างประเทศ (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- ธีระ ศรีธรรมรักษ์ และคณะ. (2536). ผลกระทบของกฎหมายประกันสังคมที่มีต่อลูกจ้าง
ผู้ประกันตน (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา) วิเชียรชม. (2547). เอกสารประกอบการสอนกฎหมายแรงงาน หน่วยที่ 7
กฎหมายประกันสังคม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ . (2547). การปรับปรุงสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมกองทุน
ประกันสังคม (รายงานการวิจัย). ม.ป.ท.
- พลอยกนก สุภากุล . (2549, มีนาคม). แนวปฏิบัติการขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีปลูกถ่ายไต
กองทุนประกันสังคม (รายงานการวิจัยสำนักงานประกันสังคม). ม.ป.ท.
- สิทธิพล รัตนกร และคณะ . (2537). สรุปการศึกษาดูงาน ณ ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์และ
ประเทศมาเลเซีย ระหว่างวันที่ 20- 26 พฤศจิกายน 2537 (สำนักงานประกันสังคม).
ม.ป.ท.
- กองแผนงานและสารสนเทศ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. (2550, กรกฎาคม).
ระบบประกันสังคมในประเทศญี่ปุ่น. ม.ป.ท.

- คณะผู้เข้าร่วมการฝึกอบรม หลักสูตรนักบริหารประกันสังคม รุ่นที่ 4. (2543). รายงานการศึกษา
ดูงาน การประกันสังคม ณ ประเทศฟิลิปปินส์ และประเทศมาเลเซีย 18-24 มิถุนายน
2543. ม.ป.ท.
- ธีระ ศรีธรรมรักษ์. (2551). เอกสารประกอบการสอนวิชากฎหมายแรงงานกับปัญหาแรงงาน
“เจาะประเด็นสำคัญในกฎหมายแรงงาน”. ม.ป.ท.
- ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม. (2538). **บทความแปล เรื่อง**
แนวการดำเนินงานประกันสังคมในประเทศญี่ปุ่น และระบบประกันสังคมของ
ฟิลิปปินส์ ในปี ค.ศ. 2000. International Social Security Association (ISSA). ม.ป.ท.
- เยาวลักษณ์ สวัสดิ์อิทธิคม. (2544). รายงานการฝึกอบรมหลักสูตร **The 11th Study Program for**
The Asian Social Insurance Administrators จัดโดย Japan International
Corporation of Welfare Services (JICWELS). สำนักงานประกันสังคม กระทรวง
 แรงงานและสวัสดิการสังคม.
- อำพล สิงห์โกวินท์. (2536). **การประกันสังคมแนวทางการดำเนินงานในอนาคต**
 (เอกสารเผยแพร่สำนักงานประกันสังคม). ม.ป.ท.

กฎหมาย

- กฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตรา การจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณี
 สงเคราะห์บุตร พ.ศ. 2549.
- พระราชกฤษฎีกา การกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์
 ทดแทนตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของ
 ผู้ประกันตน ซึ่งมีใช้ลูกจ้าง พ.ศ. 2537.
- พระราชกฤษฎีกา กำหนดลูกจ้างตามมาตรา 4 (6) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 พ.ศ.
 2545.
- พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533.
- พระราชบัญญัติประกันสังคม แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2537.
- พระราชบัญญัติประกันสังคม แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2542.
- พระราชบัญญัติจัดหางานและคุ้มครองจัดหางาน พ.ศ. 2528.
- พระราชบัญญัติจัดหางานและคุ้มครองคนหางาน แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537.
- พระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2550.

พระราชบัญญัติแรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ พ.ศ. 2543.

กฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ ระยะเวลา และอัตราค่าจ้างประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ พ.ศ. 2550.

กฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ ระยะเวลา และอัตราค่าจ้างประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพเป็นการเฉพาะในช่วงเวลาที่มีการลดอัตราเงินสมทบ พ.ศ. 2552.

กฎกระทรวง กำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2552.

ระเบียบกระทรวงแรงงาน ว่าด้วยกิจการที่จะใช้เงินจากกองทุนเพื่อช่วยเหลือคนหางานไปทำงานในต่างประเทศ พ.ศ. 2549.

ระเบียบกระทรวงแรงงาน ว่าด้วยการบริหารกองทุนเพื่อช่วยเหลือคนหางานไปทำงานในต่างประเทศ พ.ศ. 2549.

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน.

ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์

ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน.

ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2536.

สารสนเทศจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ธนาคารกรุงเทพ. (2552). อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ. สืบค้นเมื่อ 4 สิงหาคม 2552, จาก <http://www.bangkokbank.com/Bangkok+Bank+Thai/Web+Services/Rates/>

ภาษาต่างประเทศ

BOOK

William. Beveridge. (1924). **Social Insurance and Allied Services.** London: Her Majesty's Stationary.

LAW

The Social Security (Minimum Standards) Convention 1952. No 102. of the ILO from
Introduction to social security ILO 1989, Article 9.



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล

นายอนุวัตร เข้มสงวนศักดิ์

วัน เดือน ปี เกิด

12 กรกฎาคม 2523

วุฒิการศึกษา

นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยกรุงเทพ

ปีการศึกษา 2546

เนติบัณฑิตไทย สำนักอบรมศึกษากฎหมาย

แห่งเนติบัณฑิตยสภา สมัยที่ 58 ปีการศึกษา 2548

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

ทนายความประจำ

บริษัท เอช ที เกิล คอลชัลแทนท์ จำกัด