



**ปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมเปรียบเทียบกับ
กับการประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพภาคเอกชน**

พิมล เกษมเสาวภาคย์

**วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต
สาขานิติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต**

พ.ศ. 2553

**Problems on Determining Medical Expenses under Social Security Law
comparing with Health Insurance under Health Insurance Policy
in Private Sector**

Phimol Kasemsaowaphak

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Laws
Department of Law**

Graduate School, Dhurakij Pundit University

2010

| | |
|----------------------|------------------------------------------|
| เลขทะเบียน..... | 0214359 |
| วันลงทะเบียน..... | - 7 ส.ค. 2554 |
| เลขเรียกหนังสือ..... | กค 344-0956 พ 424 [๖๕๖] ค1 |



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

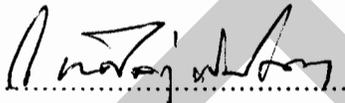
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

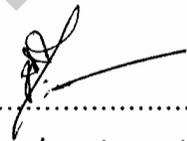
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม
เปรียบเทียบกับประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพภาคเอกชน

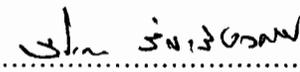
เสนอโดย พิมล เกษมเสาวภาคย์
สาขาวิชา นิติศาสตร์ หมวดวิชา กฎหมายเอกชนและกฎหมายธุรกิจ

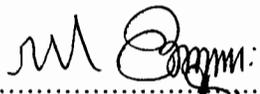
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ ศรีธรรมรักษ์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์แล้ว


..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศิษฐ์ พิพัฒน์กุล)


..... กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ ศรีธรรมรักษ์)


..... กรรมการ
(อาจารย์รุ่งโรจน์ รื่นเรืองวงศ์)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ภูมิ โชคเหมาะ)

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว


..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.ธนิศา จิตรน้อมรัตน์)

วันที่ 5 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เกิดขึ้นด้วยความเมตตาและเอาใจใส่จากบุคคลทั้งหลาย ซึ่งขอกล่าวนามเพื่อเป็นการประกาศเกียรติคุณดังนี้ ท่านศาสตราจารย์ ดร.ไพศิษฐ์ พิพัฒน์กุล ที่ท่านได้ให้ความกรุณาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ภูมิ โชคเหมาะ และอาจารย์รุ่งโรจน์ รื่นเรืองวงศ์ ที่ให้ความกรุณาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และให้ความกรุณาแนะนำ ให้คำปรึกษา เสียสละเวลาตรวจสอบความถูกต้องแห่งเนื้อหาเพื่อความสมบูรณ์ถูกต้องของวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณท่าน ณ โอกาสนี้

ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ ศรีธรรมรักษ์ ที่ท่านได้ให้ความกรุณาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งจากการดูแลเอาใจใส่ของท่าน ที่ท่านได้กรุณาช่วยเหลือช่วยเหลือแนะ ชักถาม ให้แนวคิดและคำแนะนำในทางวิชาการรวมทั้งด้านตำราแหล่งข้อมูลการศึกษาค้นคว้าอย่างใกล้ชิดตลอดจนผลักดันให้ข้าพเจ้ามีความกระตือรือร้นต่อการค้นคว้าศึกษาข้อมูลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และเป็นการสมควรอย่างยิ่งที่ต้องแสดงความขอบพระคุณท่าน

ขอขอบคุณสำนักงานประกันสังคมที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ นายพิทักษ์ และนางทองมัน เกษมเสาวภาคย์ บิดาและมารดาของผู้เขียนที่สนับสนุนให้การศึกษาและเป็นกำลังใจให้ผู้เขียนตลอดมาจนผู้เขียนมีวันนี้ และขอบคุณนางสาวอรปภา เกษมเสาวภาคย์ พี่สาวของผู้เขียนที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ผู้เขียนตลอดมา นอกจากนี้ขอขอบคุณท่านอาจารย์ทุกท่านและขอบคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยทุกท่านที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้เขียน รวมถึงพี่ๆนักศึกษา รุ่น 48 และเพื่อนๆพี่น้องนักศึกษารุ่น 50 ที่คอยเป็นกำลังใจอันสำคัญและให้ความช่วยเหลือและมอบสิ่งที่ดีให้ตลอดมา

หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถก่อให้เกิดความรู้และข้อคิดที่มีประโยชน์อันควรแก่การศึกษาหรือปฏิบัติ ขอมอบความดีครั้งนี้ด้วยความระลึกถึงพระคุณครูบาอาจารย์ทุกท่านตลอดจนผู้แต่งหนังสือตำราทุกท่านที่ผู้เขียนใช้อ้างอิงในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และผู้มีพระคุณของผู้เขียนทุกท่าน แต่หากมีข้อผิดพลาดหรือข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้เขียนขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

พิมล เกษมเสาวภาคย์

สารบัญ

| | หน้า |
|---------------------------------------------------------------------------|----------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ๗ |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | ๖ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ๗ |
| สารบัญตาราง..... | ๘ |
| บทที่ | |
| 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 ความเป็นมาและความหมายของการประกันสังคมและการประกันสุขภาพ | |
| ในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ | 8 |
| 2.1 แนวคิด ความเป็นมาและความหมายของการประกันสังคม..... | 8 |
| 2.1.1 แนวคิดของการประกันสังคม..... | 9 |
| 2.1.2 ความเป็นมาของการประกันสังคม..... | 17 |
| 2.1.3 ความหมายของการประกันสังคม..... | 22 |
| 2.2 แนวคิด ความเป็นมาและความหมายของการประกันสุขภาพ | |
| ในกฎหมายกรมธรรม์ประกันสุขภาพ..... | 26 |
| 2.2.1 แนวคิดของการประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ..... | 26 |
| 2.2.2 ความเป็นมาของการประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ..... | 28 |
| 2.2.3 ความหมายของการประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ..... | 37 |
| 2.3 แนวคิดและความหมายที่เกี่ยวกับการกำหนดค่ารักษาพยาบาล..... | 40 |
| 2.3.1 แนวคิดในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล..... | 40 |
| 2.3.1.1 แนวคิดในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลตามการประกันสังคม..... | 40 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.3.1.2 แนวคิดในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลตามการประกันสุขภาพ ในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ..... | 48 |
| 2.3.2 ความหมายของการกำหนดค่ารักษาพยาบาล | 54 |
| 3. ปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมกับ การประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชนของต่างประเทศ เปรียบเทียบกับประเทศไทย | 60 |
| 3.1 ปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมกับ การประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน ของต่างประเทศ | 61 |
| 3.1.1 ประเทศญี่ปุ่น | 61 |
| 3.1.1.1 การกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม | 62 |
| 3.1.1.2 การกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามการประกันสุขภาพ ภาคเอกชน | 68 |
| 3.1.2 ประเทศฟิลิปปินส์..... | 75 |
| 3.1.2.1 การกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม | 76 |
| 3.2 ปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมกับ การประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพ ในภาคเอกชนของประเทศไทย..... | 89 |
| 3.2.1 ปัญหาเรื่องการจ่ายเงินสมทบ | 90 |
| 3.2.1.1 การประกันสังคม | 90 |
| 3.2.1.2 การประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพ ในภาคเอกชน | 93 |
| 3.2.2 ปัญหาเรื่องประ โยชน์ทดแทน..... | 99 |
| 3.2.2.1 การประกันสังคม | 99 |
| 3.2.2.2 การประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพ ในภาคเอกชน | 117 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.2.3 ปัญหาเรื่องบุคคลผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน | 119 |
| 3.2.3.1 การประกันสังคม | 119 |
| 3.2.3.2 การประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพ ในภาคเอกชน | 121 |
| 4. วิเคราะห์เปรียบเทียบปัญหาของการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม กับการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน | 125 |
| 4.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบในเรื่องการจ่ายเงินสมทบ | 130 |
| 4.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบในเรื่องประโยชน์ทดแทน..... | 134 |
| 4.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบในเรื่องบุคคลผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน..... | 147 |
| 5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ | 150 |
| 5.1 บทสรุป..... | 150 |
| 5.2 ข้อเสนอแนะ..... | 157 |
| บรรณานุกรม | 163 |
| ประวัติผู้เขียน | 170 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 3.1 ตารางอัตราเงินสมทบ | 70 |
| 3.2 ตารางประเภทเงินทดแทน (ประโยชน์ทดแทนในรูปเงินสด) | 71 |
| 3.3 ตารางเปรียบเทียบอัตราการส่งเงินสมทบ | 79 |
| 3.4 ตารางกำหนดวงเงินในการรักษา | 86 |
| 4.1 ตารางเปรียบเทียบระบบจ่ายตามใบเสร็จ (Fee For Service) | 126 |
| 4.2 ตารางเปรียบเทียบระบบเหมาจ่าย (Capitation)..... | 127 |
| 4.3 ตารางเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมกับ การประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน | 128 |
| 4.4 ตารางเปรียบเทียบการจ่ายเงินสมทบ (Contribution) ตามกฎหมายประกันสังคม..... | 131 |
| 4.5 ตารางเปรียบเทียบเงื่อนไขของการเกิดสิทธิ (Qualifying Condition) ตามกฎหมายประกันสังคม..... | 134 |
| 4.6 ตารางเปรียบเทียบการจ่ายประโยชน์ทดแทน (Benefit) ตามกฎหมายประกันสังคม..... | 140 |

| | |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | ปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม เปรียบเทียบกับประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ ภาคเอกชน |
| ชื่อผู้เขียน | พิมล เกษมเสาวภาคย์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ ศรีธรรมรักษ์ |
| สาขาวิชา | นิติศาสตร์ |
| ปีการศึกษา | 2552 |

บทคัดย่อ

ระบบประกันสังคม เป็นเรื่องสำคัญที่รัฐบาลของประเทศต่างๆ ในโลกส่วนใหญ่ นำระบบประกันสังคมไปใช้ในการให้ความคุ้มครองความเสี่ยง ให้หลักประกันชีวิตแก่ประชาชนของตน ตั้งแต่เกิดจนตาย ระบบประกันสังคม เป็นระบบของการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุขซึ่งกันและกันระหว่างมวลสมาชิก ซึ่งโดยทั่วไปรัฐบาลของทุกประเทศจะให้ความสำคัญแก่บุคคลที่ทำงานมีรายได้และอยู่ในระบบแรงงาน ก่อนขยายความคุ้มครองไปสู่ผู้ที่มีรายได้นอกระบบการจ้างงานปกติ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่าแรงงานนอกระบบ ทั้งนี้ความสำเร็จประการหนึ่งของการประกันสังคมก็คือเป้าหมายหลักที่จะทำให้การประกันสังคมสามารถครอบคลุมทุกตัวบุคคล (Universal Coverage) ของประชาชนในชาติ ได้ในอนาคต

การประกันสุขภาพถือว่าเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะนำมาใช้ในการโอนความเสี่ยงภัยของตนเองไปให้กับผู้อื่นหรือไปให้กับกลุ่มอื่น แต่การประกันสุขภาพไม่ได้มีเฉพาะในภาคของเอกชนเท่านั้นแต่ก็มีการประกันสุขภาพที่เกิดจากการที่รัฐบาลประกันสุขภาพให้กับประชาชนภายในรัฐของตนเองด้วย โดยอาจกล่าวได้ว่าอยู่ในรูปแบบของหลักประกันสุขภาพและกองทุนประกันสังคม

การกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม เป็นการกำหนดให้ผู้ประกันตนใช้สิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย โดยสำนักงานประกันสังคมจะเป็นผู้กำหนดจำนวนเงินเหมาจ่ายที่จะต้องจ่ายให้กับสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานประกันสังคม และเป็นโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนต้องขึ้นทะเบียนเพื่อกำหนดในบัตรรับรองสิทธิ โดยจะกำหนดให้จ่ายเป็นรายหัวหรือเท่ากับจำนวนที่มีผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนไว้ ส่วนการประกันสุขภาพภาคเอกชนจะใช้วิธีการจ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินจำนวนเงินที่ระบุไว้ในตารางสิทธิประโยชน์ ซึ่งการที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับการคุ้มครองมากน้อยเท่าใดก็ขึ้นอยู่กับจำนวนเงินที่ผู้เอาประกันภัยได้ทำเอาไว้กับบริษัทประกัน

จากการศึกษาถึงปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมเปรียบเทียบกับประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพภาคเอกชน พบว่าในการกำหนดค่ารักษาพยาบาลของกฎหมายประกันสังคมมีปัญหาจากการที่ใช้สิทธิในการดูแลสุขภาพของผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมมีข้อจำกัดในการใช้สิทธิอยู่มากมาย ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดสถานพยาบาลที่สามารถเข้ารับการรักษา การกำหนดค่าใช้จ่ายที่มีลักษณะเหมาะสมจ่ายเป็นรายปี ทำให้ผู้ประกันตนไม่สามารถใช้สิทธิอันเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ ดังนั้น จึงต้องมีกฎหมาย หรือระเบียบข้อบังคับ กำหนดค่ารักษาพยาบาล ซึ่งปัจจุบันกฎหมายประกันสังคมกำหนดให้ค่ารักษาพยาบาลเป็นแบบเหมาจ่าย และควรเปลี่ยนเป็นแบบจ่ายตามใบเสร็จดังเช่นประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและเป็นธรรมสำหรับผู้ประกันตนอย่างแท้จริง

ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะให้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายประกันสังคมในเรื่องของกำหนดค่ารักษาพยาบาล ซึ่งปัจจุบันกฎหมายประกันสังคมกำหนดให้ค่ารักษาพยาบาลเป็นแบบเหมาจ่าย และควรเปลี่ยนเป็นแบบจ่ายตามใบเสร็จเช่นเดียวกับแนวปฏิบัติของประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ โดยการแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ ควรให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เองและสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานประกันสังคมได้ทุกแห่ง โดยการแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนและแก้ไขเพิ่มเติมกฎกระทรวงกำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม เพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและเป็นธรรมสำหรับผู้ประกันตนมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งน่าจะก่อประโยชน์สูงสุดให้กับผู้ประกันตน ทั้งที่เป็นผู้ประกันตนที่มีรายได้น้อยและผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม อันนำมาซึ่งความเป็นธรรมที่จะเกิดขึ้นในสังคม และเป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายประกันสังคมที่ต้องการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขระหว่างผู้ประกันตนด้วยกัน และเป็นการก่อให้เกิดการพัฒนากฎหมายประกันสังคมของประเทศไทยให้มีความทัดเทียมอารยประเทศต่อไป

From the study focusing on problems on determining medical expenses under social security law comparing with health insurance under health insurance policy in private sector, it indicated that problems on determining medical expenses under social security system root from many restrictions in exercising the right for maintaining the insured person's health such as specifically designating the medical facilities to be sought for medical services, yearly lump sum of budget and thus prevent the insured persons from fully enjoying their right for their health. It is therefore necessary to have legislation or regulation specifically defining medical expenses to be changed from lump sum basis to actual expenses basis as implemented in Japan and the Philippines in order to truly establish appropriate and fair system for the insured persons.

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 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยถือได้ว่าเป็นประเทศที่มีความเจริญทางด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีเป็นลำดับขั้นๆ ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งกว่าที่ประเทศไทย จะมีความเจริญเติบโตทางด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีนั้น ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากจากการที่เคยเป็นสังคมเกษตรกรรมเปลี่ยนแปลงมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม หรือมีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทเข้ามาสู่สังคมเมือง อันนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อประชาชนในสังคมเป็นอย่างมาก โดยการเปลี่ยนแปลงที่ไม่มีวันหยุดนิ่งทำให้เกิดทั้ง ผลดีและผลเสียตามมามากมาย จนบางครั้งทำให้ประชาชนต้องเกิดการปรับตัวเพื่อรับกับสภาพ ความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา

การเปลี่ยนแปลงที่ว่ามานี้หากเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีย่อมไม่ก่อให้เกิด ปัญหาหรือผลกระทบตามมามากนัก แต่ถ้าหากมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ดีเกิดขึ้นย่อมนำมาสู่ความ เดือดร้อนวุ่นวายและจำเป็นต้องหาหนทางแก้ไขปัญหา โดยถ้าหากมีการเปลี่ยนแปลงจากสังคม เกษตรกรรมกลายเป็นสังคมอุตสาหกรรมแล้วสิ่งที่ตามมาย่อมก่อให้เกิดผลกระทบในทางลบ มากกว่าที่เป็นไปในทางบวกเป็นแน่ เนื่องจากว่าเมื่อสังคมกลายเป็นสังคมอุตสาหกรรมแล้วย่อมก่ ให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาวะแวดล้อมจากที่เคยปราศจากมลพิษหรือสิ่งปลอมปน สิ่ง ที่ตามมาคงหนีไม่พ้น ไรศกภัยไข้เจ็บต่างๆ และหากเมื่อเกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยแล้วก็เป็น ที่แน่นอนว่าประชาชนก็ต้องแสวงหาทางเยียวยารักษาเพื่อให้ตนเองกลับมีสุขภาพที่ดีดังเดิมอีกครั้ง ในเมื่อมีการแสวงหาการเยียวยารักษาค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นย่อมเป็นภาระที่เกิดขึ้น โดยไม่อาจ หลีกเลี่ยงได้ โดยถ้าหากบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยรุนแรงก็จะก่อให้เกิดความเสียหายที่ไม่อาจเยียวยาให้ กลับมาเป็นเหมือนเดิมได้จนอาจก่อให้เกิดการพิการได้

เมื่อวิวัฒนาการทางการแพทย์มีความเจริญมากขึ้นเราจึงปฏิเสธไม่ได้เลยว่าในการ รักษาพยาบาลในแต่ละครั้งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายมากเท่าใดเพื่อแลกกับการได้สุขภาพอนามัยที่ดี กลับมาให้มีความใกล้เคียงดังเดิมอีกครั้ง ดังนั้นถ้าหากประชาชนสามารถโอนความเสี่ยงภัยไปยัง บุคคลอื่นหรือกลุ่มอื่นให้เป็นผู้เยียวยาความเสียหายเพื่อที่จะบรรเทาภาระของตนเองก็ถือว่าน่าจะเป็น ทางออกที่ดีสำหรับประชาชนที่ต้องเผชิญกับความเสี่ยงภัยที่ไม่อาจคาดเห็นได้ว่าจะ

เกิดขึ้นเมื่อไหร่ ดังนั้นจึงมีความพยายามที่จะแสวงหาหนทางในการ โอนความเสี่ยงภัยในส่วนที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพไปยังบุคคลอื่นหรือกลุ่มอื่น

ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพหลักๆ แบ่งได้เป็น 4 ระบบ คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การประกันสังคม (Social Security Scheme, SSS) สวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ (Civil Service Medical Benefits Scheme, CSMBS) และการประกันเอกชน (ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยๆ หลายแบบ ขึ้นอยู่กับบริษัทประกัน)

การประกันสุขภาพ คือการทำสัญญาระหว่างบุคคลสองฝ่าย คือ ฝ่ายผู้รับประกันภัย (Insurer) กับฝ่ายผู้เอาประกันภัย (Insured) โดยผู้รับประกันภัยตกลงจะชดใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สัตว์กรรมและอื่นๆ ให้กับผู้เอาประกันภัยเมื่อผู้เอาประกันภัยเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บหรือจากอุบัติเหตุ ทำให้ต้องเข้าพักรักษาตัว เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบการจากรัฐบาล ทั้งนี้ผู้เอาประกันภัยต้องจ่ายเงินจำนวนหนึ่ง เรียกว่าเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้รับประกันภัย (บริษัทประกันภัย)¹

การประกันสุขภาพ เป็นสิ่งที่ทำให้คนๆ หนึ่งมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง มีการป้องกันโรคเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยโดยง่ายและเมื่อเจ็บป่วย ไม่สบาย ก็สามารถไปหาหมอ หรือแม้แต่ได้รับยา เพื่อแก้ไขเยียวยาโรคได้ โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลเกินไป จนทำให้ขาดโอกาสในการรักษาตัว

การประกันสุขภาพถือว่าเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะนำมาใช้ในการ โอนความเสี่ยงภัยของตนเองไปให้กับผู้อื่นหรือไปให้กับกลุ่มอื่นเท่านั้น แต่การประกันสุขภาพไม่ได้มีเฉพาะในภาคของเอกชนเท่านั้นแต่ก็มีการประกันสุขภาพที่เกิดจากการที่รัฐบาลประกันสุขภาพให้กับประชาชนภายในรัฐของตนเองด้วย โดยอาจกล่าวได้ว่าปัจจุบันปรากฏอยู่ในรูปแบบของหลักประกันสุขภาพและกองทุนประกันสังคม ที่สามารถจัดการให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่ได้ประกันตนในประเทศเพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับอย่างเท่าเทียมกัน อย่างชอบธรรม มีศักดิ์ศรีไม่ใช้ “บริการสงเคราะห์” หรือ “บริการราคาถูก” อันเป็นหลักการที่สำคัญของการประกันสังคมในเรื่องของการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข² (Solidarity) ซึ่งหมายถึง การที่ทุกคนในระบบประกันสังคมแบกรับภาระร่วมกันจึงทำให้เกิดการสร้างการเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างกลุ่มต่างๆ เช่น คนไม่ป่วยช่วยคนป่วย คนรวยช่วยคนจน ถ้าทุกคนช่วยกัน

¹ สุวณี สุรเสียงสังข์. (2547). การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย (รายงานการวิจัย). หน้า 1.

² ธนินท์ ลอยพิมาย. (2552, กันยายน - ตุลาคม). “ประกันสังคมในต่างแดน : กำเนิดประกันสังคม.” วารสารประกันสังคม, ปีที่ 15, ฉบับที่ 5. หน้า 18.

จากการที่ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมได้ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเพื่อที่จะเป็นประกันในการที่ตนจะได้รับการช่วยเหลือในเรื่องของการรักษาพยาบาลเมื่อตนเจ็บป่วยโดยส่วนใหญ่แล้วผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมเป็นบุคคลผู้มีรายได้น้อยจึงไม่สามารถหาหลักประกันสุขภาพทางอื่นใดที่จะโอนความเสี่ยงภัยในเรื่องของสุขภาพได้ ซึ่งผู้ประกันตนเหล่านี้ต่างก็ต้องเผชิญปัญหาในเรื่องของอัตราค่ารักษาพยาบาลที่เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลแล้วจะไม่ได้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีและมีข้อจำกัดอยู่มากมายหลายประการ เช่น การกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นรายปี ทำให้ในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในแต่ละครั้งผู้ประกันตนจะมีความรู้สึกที่ไม่ได้รับสิทธิอย่างที่ตนคาดหวังไว้จากการที่ต้องส่งเงินสมทบซึ่งหักจากรายได้ของตนในทุกๆ เดือน ทำให้เห็นว่าประโยชน์ทดแทนในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมนั้นยังไม่เพียงพอสำหรับผู้ประกันตนที่ต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนไปและการที่ให้ผู้ประกันตนระบุสถานพยาบาลที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลเพียงแห่งเดียว แต่ถ้าหากมีการเปรียบเทียบกับประกันสุขภาพของภาคเอกชนแล้ว จะเห็นว่าสิ่งที่เราได้ส่งเงินเข้าประกันสุขภาพภาคเอกชนซึ่งไม่ได้เป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับอย่างเช่นกฎหมายประกันสังคม การประกันสุขภาพภาคเอกชนจะให้ความคุ้มครองที่ดีกว่าการประกันสุขภาพที่ต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมและในเรื่องของอัตราค่ารักษาพยาบาลนั้นก็ไม่ได้กำหนดเป็นรายเดือนไว้แต่กำหนดตามวงเงินที่เป็นเบี้ยประกันที่ผู้เอาประกันภัยต้องจ่ายไม่ว่าจะเป็นรายวัน รายเดือน หรือรายปีก็ตาม นอกจากนี้หากเข้ารับการรักษาพยาบาลก็ยังยังสามารถได้รับเงินชดเชยสำหรับการขาดรายได้อีกด้วย และยังสามารถเลือกรับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลแห่งใดก็ได้ ภายใต้สัญญาที่โรงพยาบาลเป็นคู่สัญญากับบริษัทประกัน ซึ่งหากพิจารณาแล้วจะเห็นว่าประกันสุขภาพภาคเอกชนจะเป็นไปในรูปแบบของระบบจ่ายตามใบเสร็จโดยพิจารณาจากการจ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินจำนวนที่กำหนดไว้ในตารางสิทธิประโยชน์ ซึ่งถือว่าดีกว่าระบบเหมาจ่ายที่กฎหมายประกันสังคมเป็นอยู่ในปัจจุบันนี้ ถึงแม้ว่าการที่กฎหมายประกันสังคมจะเป็นกฎหมายที่กำหนดว่าเป็นการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข ระหว่างคนที่มียาได้มากกับคนที่มียาได้น้อยก็ตาม แต่การที่กำหนดให้การจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นแบบเหมาจ่ายเหมือนในปัจจุบันนี้คนที่เข้ารับการรักษาตามสิทธิประกันสังคมจริงๆ ก็คงหนีไม่พ้นผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีสิทธิเลือกได้ ส่วนผู้ประกันตนที่พอมียาได้มากกว่าก็จะหันไปทำประกันสุขภาพภาคเอกชนแทน

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการประกันสุขภาพตามกฎหมายประกันสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอัตราค่ารักษาพยาบาลในปัจจุบันยังคงมีปัญหาอีกมาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน ทำให้ในการเข้ารับการรักษาพยาบาลผู้ประกันตนไม่ได้ได้รับการรักษาที่ดีและเพียงพอ อันก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันของคนในสังคมซึ่งเป็นการขัดต่อกฎหมายรัฐธรรมนูญที่กำหนดให้

ทุกคนมีเสรีภาพเท่าเทียมกันในเรื่องของความชอบธรรมที่ว่า ในเมื่อสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐเป็นสิทธิในฐานะพลเมืองของประเทศตามรัฐธรรมนูญแล้ว เหตุใดประชาชนจึงต้องถูกจำกัดในการเข้ารับประโยชน์ทดแทนจากการที่เป็นผู้ประกันตนตามกฎหมาย ทำให้เกิดข้อเปรียบเทียบว่าการเข้าเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมซึ่งเป็นไปตามที่กฎหมายบังคับผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทนที่เพียงพอและชอบธรรมหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับการที่จะประกันสุขภาพกับภาคเอกชน จากที่ได้กล่าวมาจะเห็นได้ว่ากองทุนประกันสังคมเป็นกองทุนที่มีขนาดใหญ่มีผู้ประกันตนเป็นจำนวนมาก และมีจำนวนไม่น้อยที่ไม่เคยใช้สิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามสิทธิที่ตนเองมีอยู่ เพราะเห็นว่าตนยังมีสิทธิอย่างอื่นที่ดีกว่าการใช้สิทธิประกันสังคม ดังนั้น วิทยานิพนธ์นี้จึงศึกษาถึงสภาพปัญหาและเปรียบเทียบการประกันสุขภาพในส่วนของกฎหมายประกันสังคมเปรียบเทียบกับการประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพภาคเอกชน โดยได้ทำการศึกษาในเรื่องของการประกันสุขภาพตามกฎหมายประกันสังคม การประกันสุขภาพภาคเอกชน ตลอดจนการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาในการกำหนดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากปัจจุบันที่เป็นระบบของการเหมาจ่ายให้กลับมาเป็นระบบจ่ายตามใบเสร็จหรือให้มีการจ่ายอย่างเช่นการประกันสุขภาพภาคเอกชนที่ได้จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินจำนวนเงินที่กำหนดไว้ในตารางสิทธิประโยชน์ รวมทั้งศึกษาหามาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมโดยศึกษากฎหมายไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศและนำกฎหมายต่างประเทศนั้นมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวกับสิทธิในการประกันสุขภาพของประชาชนที่ต้องเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมเพื่อให้เกิดความชัดเจน รัดกุม และเป็นธรรมมากกว่าปัจจุบัน

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหา สาเหตุสำคัญ ของการประกันสุขภาพของผู้ประกันตนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ทดแทนในค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม และการประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย

1.2.2 เพื่อศึกษาแนวคิดและหลักเกณฑ์ของการประกันสุขภาพของผู้ประกันตนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ทดแทนในค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม

1.2.3 เพื่อศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันว่า ประโยชน์ทดแทนที่จะพึงได้รับจากการเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ทดแทนในค่ารักษาพยาบาลมีอยู่น้อยเพียงใด โดยศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับการประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทยและเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ

1.2.4 เพื่อศึกษาและค้นคว้ามาตรการทางกฎหมายมาใช้เป็นแนวทางสำหรับการแก้ไข ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพของผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมใน ส่วนที่ประโยชน์ทดแทนในค่ารักษาพยาบาลที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันให้เหมาะสม ชัดเจน และเป็น ธรรม เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่มีการเปลี่ยนแปลงไป

1.3 สมมติฐานของการศึกษา

ในการใช้สิทธิในการดูแลสุขภาพของผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมมีข้อจำกัด ในการใช้สิทธิอยู่มากมายไม่ว่าจะเป็นการกำหนดสถานพยาบาลที่สามารถเข้ารับการรักษา การกำหนดค่าใช้จ่ายที่มีลักษณะเหมาะสมจ่ายเป็นรายปี ทำให้ผู้ประกันตนไม่สามารถใช้สิทธิอื่น เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย เช่น ไม่ได้รับ การรักษาที่ดีและเพียงพอ ไม่ได้รับความสะดวก ทั้งที่การเข้าเป็นผู้ประกันตนเป็นตามที่กฎหมายบังคับ อันเป็นการจำกัดสิทธิเสรีภาพในการที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเป็นธรรม โดยผู้ประกันตนก็ ไม่ได้อยู่ในฐานะที่ได้รับการรักษาแบบให้เปล่าหากแต่ผู้ประกันตนเป็นผู้ที่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้า กองทุนประกันสังคมเพื่อให้ตนมีสิทธิในการที่จะได้เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นประจำทุกเดือน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีกฎหมาย หรือระเบียบข้อบังคับ กำหนดค่ารักษาพยาบาล ซึ่งปัจจุบันกฎหมาย ประกันสังคมกำหนดให้ค่ารักษาพยาบาลเป็นแบบเหมาจ่าย และควรเปลี่ยนเป็นแบบจ่ายตาม ใบเสร็จคั่งเช่นประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและเป็นธรรม สำหรับผู้ประกันตน

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวกับสิทธิในการประกัน สุขภาพ โดยมุ่งเน้นถึงการคุ้มครองสิทธิในฐานะที่เป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม อันจะพึงได้รับสิทธิในส่วนที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพตามที่กฎหมายบังคับอยู่ในปัจจุบันซึ่ง ได้แก่พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บทบัญญัติของกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง โดย ขอบเขตของการศึกษาเริ่มจากศึกษาสภาพปัญหา สาเหตุสำคัญของสิทธิในการประกันสุขภาพของ ผู้ประกันตนในส่วนที่เกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนในค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม และการประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย จากนั้นศึกษาเปรียบเทียบและวิเคราะห์กฎหมาย ที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันว่า สิทธิที่จะพึงได้รับจากการเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม ในส่วนที่เกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนในค่ารักษาพยาบาลมีอยู่มากน้อยเพียงใด และมีบทกฎหมายที่

เกี่ยวข้องอยู่เพียงใด โดยศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับ การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย และเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ ตลอดจนศึกษาและค้นคว้ามาตรการทางกฎหมายมาใช้เป็นแนวทางสำหรับการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวกับสิทธิในการประกันสุขภาพของผู้ประกันตนในส่วนที่เกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนในค่ารักษาพยาบาล เพื่อที่จะทำให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิอย่างเต็มที่ ปราศจากการที่จะต้องถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกจำกัดค่ารักษาพยาบาลที่เป็นอัตราเหมาจ่าย หรือการถูกบังคับให้ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลแห่งหนึ่งแห่งใด เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในสถานการณ์ปัจจุบัน อันนำมาซึ่งความเหมาะสม ชัดเจน และเป็นธรรมกับการได้รับสิทธิในการประกันสุขภาพอย่างเต็มที่และดีที่สุด

1.5 วิธีดำเนินการศึกษา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นการศึกษาข้อมูลโดยวิจัยเอกสาร (Documentary Research) กล่าวคือเป็นการใช้วิธีการศึกษาโดยการค้นคว้าและวิเคราะห์ข้อมูลจากหนังสือ บทความ และเอกสารต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์ในเชิงคุณภาพเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการประกันสุขภาพ เช่น พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์บรรพ 3 เอกเทศสัญญา ลักษณะ 20 ประกันภัย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 อนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ บทบัญญัติของกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ กระทรวง รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ อนุสัญญา คำพิพากษาฎีกา เอกสารคำสอน เอกสารการประชุมสัมมนา ข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ อินเทอร์เน็ต รวมทั้งข้อเสนอแนะของบุคคลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทำให้ทราบถึงสภาพปัญหา สาเหตุสำคัญของการประกันสุขภาพของผู้ประกันตนในส่วนที่เกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนในค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม และการประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย

1.6.2 ทำให้ทราบถึงแนวคิดและหลักเกณฑ์ของการประกันสุขภาพของผู้ประกันตนในส่วนที่เกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนในค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

1.6.3 ทำให้ทราบผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันว่าประโยชน์ทดแทนที่จะพึงได้รับจากการเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมในส่วนที่เกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนในค่ารักษาพยาบาลมีอยู่มากน้อยเพียงใด โดยศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับ การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทยและเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ

1.6.4 ทำให้สามารถค้นคว้าหาวิธีทางกฎหมายมาใช้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ ของผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมใน ส่วนที่เกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนในค่ารักษาพยาบาลที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันให้เหมาะสม ชัดเจน และเป็นธรรมเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่มีการเปลี่ยนแปลงไป



บทที่ 2

แนวคิด ความเป็นมาและความหมายของการประกันสังคมและ การประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ

การให้ความคุ้มครองในการประกันสุขภาพ ปัจจุบันมีอยู่ด้วยกันหลากหลายลักษณะ ไม่ว่าจะเป็นการให้ความคุ้มครองในรูปแบบของการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมายหรือว่าเป็นการคุ้มครองในรูปแบบของการแสวงหาการคุ้มครองโดยเสรี แต่ก็ยังอยู่ภายใต้การออกกฎหมายมาควบคุมเพื่อไม่ให้ก่อความเดือดร้อนหรือก่อความเสียหายให้กับประชาชนหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดขอบเขตการคุ้มครองการประกันสุขภาพไม่ว่าจะเป็นรูปแบบบังคับหรือแบบเสรี ดังนั้น ก่อนที่จะไปกำหนดขอบเขตแห่งการคุ้มครองเพื่อให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดได้ต้องมีการศึกษาก่อนว่าการประกันสุขภาพที่ถือว่าอยู่ในลักษณะบังคับสำหรับบุคคลที่ต้องเข้าเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม และการประกันสุขภาพในรูปแบบเสรีตามการประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ มีแนวคิด ความเป็นมา และความหมายอย่างไร อันจะเป็นผลทำให้สามารถเข้าใจและนำไปสู่การวิเคราะห์ถึงปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขต่อไป

2.1 แนวคิด ความเป็นมาและความหมายของการประกันสังคม

แม้ว่าแนวความคิดเกี่ยวกับระบบประกันสังคมจะเกิดขึ้นมาเป็นเวลานานแล้ว แต่สำหรับสังคมไทยเพิ่งจะนำเอาระบบประกันสังคมมาใช้เมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา ทำให้เห็นว่าคนไทยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจ และยังไม่รู้จักระบบประกันสังคมที่ดีพอ นอกจากนี้ คนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจว่าระบบประกันสังคมคืออะไร มีขอบเขตการบังคับใช้อยู่อย่างไร การที่จะนำระบบประกันสังคมมาใช้จะใช้เมื่อใด ผู้ที่เกี่ยวข้องมีใครบ้าง แล้วจะมีสิทธิตามมาอย่างไร หรือแม้กระทั่งว่า ระบบประกันสังคมจะสร้างความกระทบกระเทือนกับผู้ที่เกี่ยวข้องหรือไม่อย่างไร สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่างเกิดขึ้นมาจากความไม่เข้าใจว่า แท้ที่จริงแล้วระบบประกันสังคมนั้นมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศได้อย่างไร ดังนั้น ผู้เขียนจึงเห็นว่าควรมีการศึกษาเพื่อให้เข้าใจถึงระบบประกันสังคมว่ามีแนวคิด ความเป็นมาและความหมายอย่างไร ดังต่อไปนี้

2.1.1 แนวคิดของการประกันสังคม

หลักการสำคัญของการประกันสังคม อันเป็นหลักสากล หรือเป็นหลักที่ถือปฏิบัติกันโดยทั่วไปใน นานาอารยประเทศ มีหลักการที่สำคัญดังนี้ คือ

1) หลักแห่งความคุ้มครอง (Coverage)

ในการให้ความคุ้มครองประชาชน ประชาชนที่จะได้รับการคุ้มครอง คือ ผู้ประกันตนหรือสมาชิกของโครงการ ซึ่งครอบคลุมผู้ประกอบการอาชีพทุกสาขา ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าบุคคลที่จะอยู่ภายใต้การคุ้มครองของการประกันสังคมนั้น มีอยู่ 3 ประเภท ดังนี้

- (1) ผู้ทำงานจ้างหรือลูกจ้าง (Employed Person) ได้แก่ บุคคลซึ่งตกลงทำงานให้แก่ผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง (Employer) เพื่อรับค่าจ้าง
- (2) ผู้ทำงานส่วนตัว (Self-employed Person) ได้แก่ บุคคลซึ่งทำงานในกิจการอันเป็นอิสระแก่ตนเอง โดยไม่ได้ทำงานจ้างกับผู้ว่าจ้างโดยเฉพาะ
- (3) ผู้ไม่ได้ทำงาน (Non-employed Person) ได้แก่ บุคคลซึ่งไม่ได้เป็นผู้ทำงานจ้างและทำงานส่วนตัว¹

สำหรับบุคคล ใน (1) ต้องดำเนินการประกันสังคม โดยอาศัยโครงการประกันสังคมแบบบังคับ (Compulsory Scheme of Social Insurance) จึงจะบังเกิดผลดีแก่โครงการ เพราะโดยปกติอันเป็นสามัญสำนึกของบุคคลทั่วไป ย่อมทราบและเข้าใจดีว่า มนุษย์ทุกคนที่เกิดมาต้องแก่ ต้องเจ็บ ต้องตาย และต้องเสี่ยงภัยพิบัติ (Risks) นานาประการที่จะกระทำให้ตนเองต้องได้รับความเดือดร้อนทุกข์ยาก หรือขาดเงินรายได้อันเป็นหลักประกันในการดำรงชีวิตลงเมื่อใดก็ได้ แต่ทุกคนก็ไม่ค่อยจะเห็นคุณค่าของการมีหลักประกันอันมั่นคงในการดำรงชีวิตด้วยการจ่ายประโยชน์ทดแทนให้ความช่วยเหลือในเคราะห์กรรมหรือภัยพิบัติตามระบบประกันสังคม ครั้นเมื่อเกิด แก่ เจ็บ ตาย และภัยพิบัตินั้นมาถึงตนเมื่อใด เมื่อนั้นจึงจะมีความระส่ำระสายถึงคุณค่าของการมีหลักประกัน ฉะนั้น โดยอาศัยเหตุผลและความจำเป็นที่กล่าวมาแล้วทุกประการจึงยอมรับในหลักการที่จะให้มีการดำเนินงานประกันสังคมในแบบบังคับ²

ส่วนบุคคลในข้อ (2) และ (3) นั้น เป็นบุคคลที่แตกต่างจากบุคคลในประเภทแรกอยู่ 2 ประการ กล่าวคือ มีรายได้อันไม่แน่นอน และไม่มีผู้ว่าจ้างหรือนายจ้างรับผิดชอบในด้านสวัสดิการจึงไม่อาจใช้โครงการประกันสังคมแบบบังคับกับบุคคลเหล่านี้ได้ อย่างไรก็ตาม รัฐก็ไม่สามารถปล่อยให้ละเลยบุคคลทั้ง 2 ประเภทนี้ให้ผจญกับความเดือดร้อนทุกข์ยากไปโดยลำพังได้

¹ บัณฑิต บรูณบัณฑิต. (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 ส่วน โครงการประกันสังคมแบบสมัครใจ ซึ่งมีผู้จ่ายเงินสมทบเฉพาะ ฝ่ายผู้ทำงานส่วนตัว หรือผู้ไม่ได้ทำงานร่วมกับรัฐบาล ก็ต้องมีเงื่อนไขกำหนดเพิ่มขึ้นจากขั้นตอน การบังคับ และบทลงโทษ จากโครงการประกันสังคมแบบบังคับด้วย⁴

3) หลักแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทน (In Cash)

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

(1) เป็นเงิน (In Cash) ได้แก่ เงินชดเชยค่าจ้างในระหว่างหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาล 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 บริการสังคมสงเคราะห์ และบริการอื่นๆ อันจำเป็นแก่การดำรงชีวิต⁸

ประโยชน์ทดแทนทั้งสามประการนี้ อาจให้อย่างหนึ่งอย่างใด หรือทั้งสองอย่าง หรือทั้งสามอย่างเลยก็ได้ สุดแต่การจำเป็นของการประกันในแต่ละประเภท ซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 7 ประเภทด้วยกัน คือ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน หรือนอกงาน กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ กรณีว่างงาน⁹

นอกจากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นถึงแนวคิดของการประกันสังคม การประกันสังคมยังมีแนวคิดทางทฤษฎีที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่จะต้องมีการศึกษานั้นคือ พื้นฐานของระบบความมั่นคงทางสังคม

คำว่า ความมั่นคงทางสังคม (Social Security) ได้นำมาใช้เป็นครั้งแรกในกฎหมายความมั่นคงทางสังคม (Social Security Act) ของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1935 ต่อมา องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) นำมาใช้ในความหมายของมาตรการทางกฎหมายและสังคมเพื่อรักษาและคุ้มครองรายได้ของบุคคล ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างเสริมสวัสดิการทางสังคมภายใต้อนุสัญญาฉบับที่ 102 ว่าด้วยมาตรฐานขั้นต่ำของความมั่นคงทางสังคม ILO Social Security Convention 1952 (No. 102) ดังนี้

ความมั่นคงทางสังคม (Social Security) คือ¹⁰ “ความคุ้มครองที่สังคมจัดสรรแก่สมาชิกผ่านมาตรการสาธารณะเพื่อต่อต้านปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุของการหยุดหรือลดลงของรายได้อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย การคลอดบุตร การได้รับอันตรายจากการทำงาน การว่างงาน การทุพพลภาพ ชราภาพและการตาย การจัดบริการทางการแพทย์ และการจัดสรรเงินอุดหนุนแก่ครอบครัวที่มีเด็กอยู่ในอุปการะ”¹¹

⁷ แหล่งเดิม.

⁸ แหล่งเดิม.

⁹ แหล่งเดิม. หน้า 11.

¹⁰ ปาริชาติ ศรีประเสริฐ. (2541). การให้ความคุ้มครองในระบบประกันสังคม: ศึกษาเปรียบเทียบโครงการประกันสังคมของประเทศไทยและฟิลิปปินส์. หน้า 11.

¹¹ แหล่งเดิม.

ระบบความมั่นคงทางสังคมถือว่าเป็นหลักการพื้นฐานของการประกันสังคมที่ ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยมีผู้ให้ความหมายของระบบ ความมั่นคงทางสังคมมากมาย เช่น

Sir William Beveridge¹² ผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นบิดาแห่งความมั่นคงทางสังคมของ ประเทศอังกฤษ ได้ให้ความหมายของคำว่าความมั่นคงทางสังคมไว้ว่า ความมั่นคงทางสังคม หมายถึง ระบบการให้หลักประกันทางรายได้ โดยจัดสรรการทดแทนรายได้เมื่อรายได้ต้องสะดุด หยุดลงจากการเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุ การเกษียณอายุ การขาดผู้อุปการะอันเนื่องมาจากการ ตายของสมาชิกในครอบครัว และการมีรายจ่ายที่ได้รับการยอมรับ เช่น รายจ่ายจากการเกิด การตาย และการสมรส โดยทั่วไปแล้วความมั่นคงทางสังคม หมายถึง หลักประกัน หรือรายได้ในระดับ ขั้นต่ำ แต่การจัดสรรรายได้จะต้องสัมพันธ์กับการช่วยเหลือที่ทำให้เกิดการสะดุดหยุดลงของรายได้ สิ้นสุดลงโดยเร็วเท่าที่จะทำได้

เบอร์เกสส์ (Burgess) และ สเตร์น¹³ (Stem) (1991:40-47) เห็นว่า ความมั่นคง ในสังคมในประเทศกำลังพัฒนา มีแนวทางต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมักจะถูกพิจารณาในรูป ของโครงการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์สังคม (Social Assistance) การประกันสังคม (Social Insurance) และการแบ่งปันใหม่ (Redistribution) แต่ความมั่นคงในประเทศกำลังพัฒนาไม่ เป็นเช่นนี้เสมอไปเพราะมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การสนับสนุนจากสาธารณะ การขาดแคลน ทรัพยากร ระดับการพัฒนาทางสถาบันของระบบความมั่นคงทางสังคมที่ยังต่ำ รวมถึงการขาด อำนาจการต่อรองของคนยากจน และคนที่อ่อนแอในสังคม เบอร์เกสส์ และสเตร์น จึงเน้น ความหมายของความมั่นคงทางสังคมว่า “เป็นการปฏิบัติการทางสาธารณะ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน และรัฐ เพื่อที่จะขจัดและลดความเห็นแก่ตัว และสภาวะการณ์อ่อนแอของมนุษย์ โดยจะต้อง พิจารณาถึงความเป็นไปได้ระหว่างการช่วยเหลือจากรัฐ และการสนับสนุนจากครอบครัว และบทบาทของสาธารณะด้วย”

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ¹⁴ (ILO) ให้ความหมายของคำว่า ความมั่นคง ทางสังคม หมายถึง วิธีป้องกันซึ่งสังคมจัดสรรให้แก่สมาชิกผ่านมาตรการสาธารณะเพื่อต่อต้านกับ ความทุกข์ยากทางเศรษฐกิจและสังคม ทั้งที่มีสาเหตุจากการลดหรือการหยุดลงของรายได้ ซึ่งเป็น ผลจากการเจ็บป่วย การเป็นมารดา การเจ็บป่วยจากการทำงาน ว่างาน ชราภาพและตาย ตลอดจน

¹² William. Beveridge. (1924). *Social Insurance and Allied Services*. p 153.

¹³ นิคม จันทรวิทุร ก (2537). *กฎหมายประกันสังคม แนวคิด พัฒนาการและก้าวแรกของการ ดำเนินงานในประเทศไทย*. หน้า 2.

¹⁴ ศักดิ์ศรี บริบาลบรรพตเขตต์. (2535). *ระบบความมั่นคงทางสังคม*. หน้า 17.

การจัดบริการทางการแพทย์ และการจัดสรรเงินอุดหนุนแก่ครอบครัวที่มีเด็กอยู่ในอุปการะ โดยที่องค์การแรงงานระหว่างประเทศ ได้กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อการพิจารณาการเป็นระบบความมั่นคงทางสังคมไว้ 3 ประการคือ

ก. วัตถุประสงค์ของระบบจะต้องจัดสรรความช่วยเหลือทางการเงิน เพื่อการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัย หรือเพื่อรักษารายได้ในกรณีเกิดการสูญเสียรายได้โดยไม่สมัครใจ หรือรายได้ส่วนที่สำคัญหรือให้เงินเสริมรายได้แก่บุคคลซึ่งต้องรับผิดชอบต่อครอบครัว

ข. ระบบจะต้องถูกกำหนดโดยกฎหมายในเหตุผลของการกำหนดรายละเอียด สิทธิ บุคคล หรือเงื่อนไขต่างๆ

ค. ระบบจะต้องบริการ โดยองค์การของรัฐบาล กึ่งรัฐบาล หรือองค์กรอิสระ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความหมายของความมั่นคงทางสังคม คือ ระบบสวัสดิการทางสังคมระบบหนึ่งของรัฐบาล ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชนว่าจะได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ เมื่อบุคคลเหล่านั้นต้องประสบกับภาวะการสูญเสียรายได้ การมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น และการมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ อันเนื่องมาจากการเสี่ยงภัยทางสังคม ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นนอกเหนือการควบคุมและการที่จะช่วยเหลือตนเองให้พ้นจากกรณีดังกล่าวไปได้ด้วยตนเอง

มาตรการคุ้มครองความมั่นคงทางสังคม (Social Protection) เป็นมาตรการของรัฐภายใต้กฎหมายมีรูปแบบและวิธีการจัดสรรบริการและความคุ้มครองรายได้แก่ประชาชนที่สัมพันธ์กับระบบความมั่นคงทางสังคม คือ การประกันสังคม ประโยชน์ทดแทนที่จ่ายจากภาษีทั่วไป โครงการตามความรับผิดชอบของนายจ้าง ความช่วยเหลือทางสังคม (การสงเคราะห์) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ¹⁵

ประโยชน์ทดแทนตามระบบความมั่นคงทางสังคม ILO Convention 102 กำหนดประโยชน์ทดแทนไว้ 9 ประเภท ได้แก่

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

¹⁵ แหล่งเดิม.

8. ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

9. ประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์ผู้อยู่ในความอุปการะ

ระบบความมั่นคงทางสังคมมีแนวคิดที่เป็นพื้นฐานทางความคิดอยู่หลายประการด้วยกัน โดยแต่ละแนวคิดต่างเป็นตัวเสริมซึ่งกันและกันอันก่อให้เกิดระบบความมั่นคงทางสังคมขึ้น ซึ่งแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วย

(ก) แนวคิดทางการเมืองและสังคม

การกำหนดหน้าที่ของรัฐตามแนวคิดที่ว่าสังคมต้องประกอบด้วยชนชั้นของบุคคล แล้วแต่ว่าจะนำปัจจัยอย่างใดมาเป็นหลักในการแบ่งชนชั้นหรือกลุ่มคนซึ่งมีหน้าที่และความรับผิดชอบต่อสังคมที่แตกต่างกันไปนี้ จึงมีนักคิดทางสังคมและการเมืองกลุ่มหนึ่งเชื่อว่า

- สังคมจะเข้มแข็งได้ต่อเมื่อชนชั้นทางสังคมมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

- การขัดแย้งทางเศรษฐกิจระหว่างชนชั้นต่างๆ ในสังคมเป็นสถานการณ์ทางการเมืองที่ร้ายแรงที่สุด ดังนั้น ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจจึงเป็นเครื่องกำหนดการรวมกลุ่มและการดำเนินการทางการเมือง

- สิ่งที่จะยึดเหนี่ยวเอกชนและรัฐไว้ได้คือ การพึ่งพาอาศัยกัน

ในทางเศรษฐกิจ

ดังนั้น หน้าที่และความรับผิดชอบของรัฐต่อประชาชนที่สำคัญคือ ความพยายามในการทำให้ชนชั้นหรือกลุ่มต่างๆ ในสังคมรวมกันคำนึงความมีระเบียบและเศรษฐกิจของสังคม

(ข) แนวคิดมนุษย์กับการเสี่ยงภัย (Risk)

การที่มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมนั้นจำเป็นที่จะต้องเผชิญกับการเสี่ยงภัยทางสังคมนานัปการ กล่าวคือ การเสี่ยงภัยที่เกิดจากธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว ไฟป่า การประกอบอาชีพ เช่น การเจ็บป่วย การประสบอันตรายเนื่องมาจากการทำงาน การเกิดปัญหาหรือข้อขัดแย้งระหว่างทำงาน หรือแม้กระทั่งการเสี่ยงภัยที่เกิดจากความบกพร่องทางสังคม เช่น การที่คนในสังคมขาดระเบียบวินัยในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคม นำมาซึ่งความไม่ปลอดภัยในชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สิน หรือสิทธิที่ตนพึงมีตามกฎหมาย การที่เกิดสงครามระหว่างประเทศขึ้น หรือการเกิดความไม่สงบภายในประเทศหรือผลที่เกิดจากการจัดการเศรษฐกิจในประเทศ สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องเผชิญและอยู่ในภาวะที่เสี่ยงภัยทั้งสิ้น นอกจากนั้น มนุษย์ยังต้อง

เสี่ยงภัยจากธรรมชาติของการเป็นมนุษย์ที่สำคัญนั้นคือ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ทำให้สังคมมีแนวคิดเกี่ยวกับการเสี่ยงภัยต่างๆ ของบุคคลและครอบครัว ดังนี้

- ภัยพิบัติและความไม่มั่นคงจากการเสี่ยงภัยต่างๆ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน มิใช่เรื่องของโชคชะตาหรือเวรกรรมของแต่ละบุคคล
- การเสี่ยงภัยต่างๆ มีลักษณะเป็นภัยและความไม่มั่นคงร่วมกันของกลุ่มบุคคล อาชีพ หรือชุมชนเดียวกัน
- ภัยพิบัติต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระดับบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน ย่อมเกิดความสูญเสียและมีผลกระทบต่อความสงบสุขและความเจริญก้าวหน้าของสังคมส่วนรวมทั้งสิ้น บุคคลในสังคมจึงต้องร่วมรับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อต่อสู้กับภาวะความไม่มั่นคงของบุคคลอันเกิดจากการเสี่ยงภัยต่างๆ นั้น

(ค) แนวความคิดเรื่องของความยากจน (Poverty)

แนวคิดเรื่องของความยากจนมีจุดเริ่มจากการตัดสินใจการเป็นคนยากจน (The Poor) ที่รัฐพึงให้การดูแล กลุ่มคนยากจนถูกกำหนดอย่างชัดเจนเป็นครั้งแรกในกฎหมายของประเทศอังกฤษ ที่เรียกว่า Elizabethan Poor Law of 1598 ซึ่งแม้จะเป็นกฎหมายที่แสดงแนวคิดในลักษณะของการเป็นชนชั้นที่ถูกกดขี่และลงโทษกลุ่มยากจน แต่ก็ถือได้ว่าเป็นการแสดงความรับผิดชอบของรัฐต่อการแก้ปัญหาความยากจน

ความยากจนมักจะเกิดจากสาเหตุ 4 ประการคือ

- ระบบทางสังคมไม่เอื้ออำนวยต่อการสร้างและการกระจายรายได้อย่างเท่าเทียมกันให้แก่ประชาชน
- การมีเหตุการณ์เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์ในระดับสังคมหรือในระดับบุคคล เช่น ภัยทางธรรมชาติ ทางเศรษฐกิจ ทางการเมือง การเจ็บป่วยและการตายของบุคคล โดยเฉพาะผู้ที่เป็นหัวหน้าครอบครัว
- ปัญหาเฉพาะบุคคลซึ่งเกิดความล้มเหลว ความผิดพลาดเฉพาะบุคคล ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถจัดหาสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตเพื่อตนและครอบครัว แม้ว่าความยากจนซึ่งมีสาเหตุมาจากความเกียจคร้านและขาดความรับผิดชอบส่วนบุคคลจะไม่ได้ได้รับความสนใจเท่ากับสาเหตุที่เกิดจากความบกพร่องในเศรษฐกิจในสังคม แต่ในแต่ละสังคมก็ยังมีคนจำนวนหนึ่งที่มีสาเหตุจากความบกพร่องเฉพาะบุคคล ซึ่งมีไ้หมายเฉพาะความบกพร่องทางกายเท่านั้น หากหมายรวมถึงความบกพร่องจากการขาดศักยภาพที่เหมาะสม เช่น การศึกษา ทักษะการฝึกอบรม และความพอใจ

- สภาพแวดล้อมทางกายภาพ อันเป็นข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถหารายได้ให้เพียงพอในการหาปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีพ แม้ว่าบุคคลจะมีความสามารถและความตั้งใจในการทำงาน

(ง) แนวความคิดในเรื่องสิทธิและความรับผิดชอบร่วมกันทางสังคม

แนวคิดของการที่บุคคลและครอบครัวต้องรับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือดูแลบุตร หลาน และบิดามารดาของตนเองตามลำพัง ได้เปลี่ยนแปลงมาเป็นการขยายความรับผิดชอบไปสู่กลุ่มคนนอกครอบครัวที่มีความสามารถมากกว่า ความเปลี่ยนแปลงนี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีทางการดำรงชีวิตร่วมกันในสังคม โดยมีสิทธิและหน้าที่เป็นเครื่องกำหนดความสัมพันธ์ทางสังคม ตลอดจนการยอมรับสิทธิที่บุคคลพึงได้รับจากสังคม โดยเฉพาะสิทธิได้รับความคุ้มครองสวัสดิภาพทางสังคม จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้เกิดสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นสิทธิที่ทุกคนได้มาในฐานะที่เกิดเป็นมนุษย์

แนวคิดพื้นฐานที่เกี่ยวกับความมั่นคงทางสังคมดังกล่าว สะท้อนให้เห็นค่านิยมทางสังคม (Social Value) ที่จำเป็นต่อการสร้างและพัฒนาระบบความมั่นคงทางสังคมในสังคม โดยเฉพาะสังคมในยุคปัจจุบันที่เป็นสังคมอุตสาหกรรมที่สำคัญ 3 ประการ คือ

- ความยากจนทางกายภาพ (Physical Poverty) เป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาและต้องขจัดให้หมด
- มนุษย์ทุกคนเกิดมาพร้อมกับสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองจากสังคม

- การยอมรับความไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจและสังคม (Economic and Social Inequality) ของบุคคลหรือกลุ่มคน ถ้าเป็นความไม่เท่าเทียมกันอย่างมีจุดมุ่งหมายและถูกต้องตามกฎระเบียบที่กำหนด

แนวคิดพื้นฐานที่เกี่ยวกับความมั่นคงทางสังคมจึงเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญต่อการที่บุคคลจะอยู่ร่วมกันในสังคม โดยแต่ละคนต่างก็อยู่บนพื้นฐานการดำรงชีวิตที่แตกต่างกัน การที่จะให้ทุกคนอยู่ร่วมกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่สามารถทำได้โดยง่าย จึงต้องมีการหาความร่วมมือจากหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายที่เกี่ยวข้องโดยตรง หรือฝ่ายที่มีอำนาจ หรือ แม้แต่ฝ่ายที่กำหนดหรือควบคุมกฎหมายที่ใช้บังคับกับคนในสังคม การนำแนวคิดพื้นฐานที่เกี่ยวกับความมั่นคงทางสังคมมาใช้จึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นต้องพิจารณา เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและความเป็นอยู่ของประชาชน อย่างไรก็ตามหากมองย้อนกลับไปที่จะเห็นว่าแนวความคิดดังกล่าวเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการที่จะนำมาใช้กับการประกันสังคม

เนื่องจากการประกันสังคมเป็นเรื่องของบุคคลที่ต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่ายและเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์กับบุคคลเหล่านั้นเองในอนาคต

ถ้าพิจารณาจากแนวทางการพัฒนาประเทศแล้ว จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีแนวโน้มในการขยายตัวทางภาคอุตสาหกรรมมากขึ้นเรื่อยๆ แรงงานภาคเกษตรกรรมเคลื่อนย้ายมาเป็นแรงงานในเมืองมากขึ้น เป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญที่ควรได้รับการดูแลและพัฒนาให้เป็นแรงงานที่มีคุณภาพ ภายใต้พื้นฐานที่มีสุขภาพกายและใจที่ดี ตลอดจนมีหลักประกันที่แน่นอนในชีวิต ซึ่งผู้ใช้แรงงานอาจได้รับจากภาวะการเสี่ยงภัย ซึ่งเป็นความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นกับใครเมื่อใดก็ได้ ดังนั้น นโยบายประกันสังคมจึงเป็นวิธีการให้หลักประกันความมั่นคงทางสังคมวิธีหนึ่งแก่ผู้ใช้แรงงานและบุคคลที่เดือดร้อนว่า ในยามจำเป็นเขาจะไม่ถูกทอดทิ้ง¹⁶

ดังนั้น หลักการประกันสังคมจึงเป็นหลักการที่ถือว่าเป็นหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข หมายถึง เงินที่นายจ้าง ลูกจ้าง จ่ายไปลักษณะพิเศษ จะมาช่วยคนที่อยู่ในกลุ่มคนที่ไม่มีควมจำเป็นอาจจะไม่ได้รับความช่วยเหลือ คนที่มีความจำเป็นเท่านั้นจึงจะได้รับความช่วยเหลือ เมื่อเราสบายดีไม่เดือดร้อนก็แบ่งให้คนอื่นบ้าง เพื่อให้เขามีทุกข์น้อยลง โดยเป็นบริการที่จะให้เฉพาะกลุ่มที่เป็นสมาชิกเท่านั้น เพราะเป็นภาษีพิเศษ ไม่ได้หมายความว่าเก็บจากคนกลุ่มหนึ่งเพื่อนำไปช่วยคนอีกกลุ่มหนึ่ง และการประกันสังคมยังมีลักษณะที่สำคัญ กล่าวคือ เป็นภาษีพิเศษ หมายถึง ภาษีหมายหุ (Ear mark Tax) เงินที่นำมาใช้ในโครงการประกันสังคมก็คือ ภาษีนั่นเอง แต่เป็นภาษีพิเศษดำเนินการโดยรัฐ นายจ้าง และลูกจ้างจะต้องจ่ายเงินสมทบ ซึ่งก็คือภาษีนั่นเอง แต่เป็นภาษีพิเศษที่เจาะจงไว้¹⁷

2.1.2 ความเป็นมาของการประกันสังคม

การประกันสังคมเกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศเยอรมัน และแพร่หลายไปประเทศในยุโรป โดยเฉพาะในประเทศที่มีการปฏิวัติอุตสาหกรรม ทั้งนี้เพื่อแก้ปัญหาภาวะเศรษฐกิจตกต่ำอย่างรุนแรงในปี ค.ศ. 1929-1932 เนื่องจากมีคนว่างงานเป็นจำนวนมาก รัฐต้องยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือในรูปรัฐสวัสดิการ และจัดระบบประกันสังคมขึ้นเพื่อช่วยเหลือลูกจ้างเหล่านั้น¹⁸

¹⁶ รัชชา กุลวานิชไชยนันท์. (2535). ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์. หน้า 9.

¹⁷ อ่ำพล สิงห์โกวินท์. (2536). การประกันสังคมแนวทางการดำเนินงานในอนาคต. หน้า 3-5.

¹⁸ แหล่งเดิม.

สำหรับประเทศไทยได้เคยมีพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 มาครั้งหนึ่งแล้ว แต่ถูกระงับการประกาศใช้โดยไม่มีกำหนด จนถึงปี พ.ศ. 2533 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคมขึ้นอีกครั้งหนึ่ง¹⁹

การประกันสังคมได้เริ่มมีบทบาทเข้ามาสู่ประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495 โดยรัฐบาลสมัยนั้นซึ่งมีจอมพล ป.พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี 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 ซึ่งต่อมากรมประกันสังคมได้เตรียมงานเกี่ยวกับการบังคับใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ซึ่งพร้อมที่จะบังคับใช้ในกลางปี 2497 แต่ในระหว่างนั้นได้มีการคัดค้านจากหลายฝ่ายอย่างรุนแรง รัฐบาลในสมัยนั้นจึงได้สั่งให้ระงับใช้กฎหมายประกันสังคมอย่างไม่มีกำหนด ต่อมาภายหลังได้ยกเลิกกิจการกรมประกันสังคมโดยโอนเจ้าหน้าที่มาสังกัดกรมประชาสงเคราะห์ ชื่อว่า “กองความมั่นคงแห่งสังคม” เมื่อ พ.ศ. 2501 มีหน้าที่พิจารณาปรับปรุงแก้ไข พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 และเตรียมงานต่างๆ ให้พร้อมที่จะดำเนินการประกันสังคมต่อไป²⁰

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 นับว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกที่วางแนวทางการประกันสังคมค่อนข้างกว้างขวาง และมีแนวทางก้าวหน้าในเรื่องการช่วยเหลือสงเคราะห์ประชาชน โดยกฎหมายฉบับนี้ให้ความคุ้มครองประชาชนในเรื่องความเสี่ยง และการขาดรายได้ ตลอดจนความไม่แน่นอนของชีวิตนั้นตั้งแต่บุคคลเกิดจนถึงวัยชรา และถึงแก่กรรมในวาระสุดท้าย ส่วนในระหว่างที่ทำงานนั้น ก็ให้ความคุ้มครองในเรื่องการเจ็บป่วย พิกัด แม้กระทั่งการสงเคราะห์บุคคลซึ่งมีบุตรมากด้วย แนวทางการที่กว้างขวางเช่นนี้ เป็นที่น่าเสียดายว่าไม่ได้มีการถูกหยิบยกขึ้นมาใช้²¹

ในปี พ.ศ. 2515 รัฐบาลโดยคณะปฏิวัติพิจารณาเห็นว่า ลูกจ้างซึ่งประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือถึงแก่ความตาย เนื่องจากการทำงานให้แก่นายจ้าง ควรจะมีหลักประกันว่า จะได้รับเงินทดแทนจึงได้ออกประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 ให้จัดตั้งกองทุนเงิน

¹⁹ แหล่งเดิม.

²⁰ ปาโรชาติ ศรีประเสริฐ. เล่มเดิม. หน้า 25.

²¹ แหล่งเดิม.

ทดแทนขึ้นในกรมแรงงาน โดยมีเจตนารมณ์ที่จะให้หลักประกันแก่ลูกจ้างที่เจ็บป่วยประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการทำงาน ประกาศปฏิวัติฉบับนี้ กำหนดให้นายจ้างเป็นผู้ส่งเงินสมทบให้กองทุนเงินทดแทน เพื่อใช้ในการจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างแทนนายจ้างโดยกองทุนเงินทดแทนได้เริ่มบริหารงานกองทุน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2517 เป็นต้นมา โดยมีนายอำพล สิงห์ โกวิวิท เป็นผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนเงินทดแทนคนแรก นับได้ว่าเป็นก้าวแรกของการประกันสังคมอย่างแท้จริง²²

การดำเนินการเพื่อผลักดันการประกันสังคมให้เต็มรูปแบบ ได้มีการดำเนินการมาตลอด โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาหลายคณะเพื่อพิจารณาในเรื่องนี้ จนกระทั่ง ปลายปี พ.ศ. 2524 คณะกรรมการเตรียมการประกันสังคม ซึ่งมีปลัดกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน ได้เสนอเรื่องการประกันสังคมผ่านกระทรวงมหาดไทย ไปยังคณะรัฐมนตรี ในการเสนอนี้มีหลักการคือ ระยะเวลาจะคุ้มครองในกรณีเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน และกรณีคลอดบุตร ส่วนเงินสมทบนั้นให้เก็บจากลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล ในอัตราส่วนที่เท่ากัน คือ แต่ละฝ่ายจ่ายเงินสมทบ ในอัตราร้อยละ 1.5 ของรายได้จากลูกจ้าง ในด้านการบริหารงานนั้นให้มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคม มีฐานะเท่าเทียมกรม สังกัดกระทรวงมหาดไทย ภายใต้การกำกับบริหารงาน โดยคณะกรรมการไตรภาคี และในระยะเริ่มต้นให้ความคุ้มครองเฉพาะลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ใน 10 จังหวัดที่มีอุตสาหกรรมหนาแน่นก่อน ในกรณีที่นายจ้างได้จัดสวัสดิการที่สูงกว่าหรือบริการที่ดีกว่าก่อนการใช้กฎหมายนี้ก็ให้ลูกจ้างมีสิทธิคงเดิม²³

คณะรัฐมนตรีได้พิจารณาและได้มีมติเมื่อวันที่ 14 กันยายน 2525 อนุมัติในหลักการตามที่คณะกรรมการเตรียมการประกันสังคมเสนอ โดยให้คณะกรรมการการปฏิรูประบบราชการและระเบียบบริหารราชการแผ่นดินพิจารณาในรายละเอียดอีกขั้นหนึ่ง โดยที่การพิจารณาดำเนินการในเรื่องนี้ต้องใช้ระยะเวลา สำนักงานกองทุนเงินทดแทน กรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย จึงรีบไปพิจารณาดำเนินการขยายขอบเขตการคุ้มครองแรงงานที่กำหนดไว้ในประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 ให้ครอบคลุมถึงการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือถึงแก่ความตาย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ต่ไปอีกทางหนึ่งด้วย²⁴

ในปี พ.ศ. 2527 คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการฯ ได้พิจารณาข้อเสนอแล้ว และมีความเห็นว่าควรขยายขอบเขตการดำเนินงานของกองทุนเงินทดแทนออกไปให้ครบทุกจังหวัดก่อน

²² แหล่งเดิม.

²³ แหล่งเดิม.

²⁴ แหล่งเดิม.

เพื่อเป็นการวางรากฐานของการประกันสังคม ความเห็นนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี โดยคณะรัฐมนตรีได้ลงมติในเดือนพฤษภาคมให้มีการขยายกองทุนเงินทดแทนออกไปทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2528 ขณะนี้งานของกองทุนเงินทดแทนขยายงานครบทุกจังหวัดแล้ว

สภาที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาแรงงานแห่งชาติ ได้เสนอหลักการให้มีการดำเนินงานการประกันสังคมไปยังคณะรัฐมนตรี คณะรัฐมนตรีได้มีมติวันที่ 11 พฤศจิกายน 2529 ให้กระทรวงมหาดไทยรับเรื่องนี้ไปพิจารณา กระทรวงมหาดไทยพิจารณาแล้วได้เสนอหลักการดำเนินงานการประกันสังคมให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2530 เห็นด้วยกับหลักการตามกระทรวงมหาดไทยเสนอ โดยให้คำนึงถึงผลกระทบต่อรัฐวิสาหกิจที่อยู่ในข่ายโครงการนี้ด้วย และให้กระทรวงมหาดไทยรับไปพิจารณาร่างพระราชบัญญัติในเรื่องนี้ขึ้นเป็นการเฉพาะ แล้วส่งให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณาต่อไป โดยให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเชิญผู้แทนส่วนราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปร่วมชี้แจงด้วย²⁵

กระทรวงมหาดไทยได้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมนี้ ตามมติคณะรัฐมนตรีแล้วได้ส่งให้คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ตรวจพิจารณาแล้วให้ใช้ชื่อว่าร่างพระราชบัญญัติกองทุนสวัสดิการแรงงาน

รัฐบาลได้เสนอร่างพระราชบัญญัติกองทุนสวัสดิการแรงงานต่อสภาผู้แทนราษฎร โดยมีการประกันการเจ็บป่วยและการตาย อันมิใช่เนื่องจากการทำงานและการคลอดบุตร โดยนายจ้างและลูกจ้างเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนฝ่ายละเท่าๆ กัน ในอัตราร้อยละ 1.5 ของรายได้ของลูกจ้าง ส่วนรัฐบาลจ่ายเงินอุดหนุนให้ตามความจำเป็นและให้ใช้บังคับกับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ใน 17 จังหวัด ก่อนสภาผู้แทนราษฎรได้ลงมติรับหลักการ โดยให้พิจารณาร่วมกันร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการประกันสังคมของพรรคการเมืองต่างๆ อีก 5 ฉบับ ซึ่งสภาผู้แทนราษฎรได้ตั้งคณะกรรมการวิสามัญสภาผู้แทนราษฎรขึ้นมาพิจารณา เมื่อพิจารณาเสร็จแล้วให้ใช้ชื่อว่าร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม และได้ผ่านการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2532²⁶

วุฒิสภาได้มีมติเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2533 เห็นชอบด้วยกับหลักการแห่งร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม ซึ่งสภาผู้แทนราษฎรเห็นชอบแล้ว และได้ตั้งคณะกรรมการวิสามัญวุฒิสภามา เพื่อพิจารณาร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว คณะกรรมการวิสามัญวุฒิสภาได้แก้ไขร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมที่สภาผู้แทนราษฎรเห็นชอบแล้ว และวุฒิสภามีมติเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2533 เห็นชอบด้วยการแก้ไขเพิ่มเติมของคณะกรรมการวิสามัญวุฒิสภา จึงได้มี

²⁵ แหล่งเดิม.

²⁶ แหล่งเดิม.

การตั้งคณะกรรมการร่วมทั้ง 2 สภา เพื่อพิจารณาร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมที่ได้มีการแก้ไข คณะกรรมการร่วมทั้ง 2 สภา พิจารณาแล้วมีมติให้เป็นไปตามร่างที่ได้รับอนุมัติจากสภาผู้แทนราษฎร

วุฒิสภาได้มีมติเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2533 ไม่เห็นชอบกับร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการร่วมทั้ง 2 สภา และได้ส่งให้สภาผู้แทนราษฎรพิจารณา

สภาผู้แทนราษฎรได้มีมติเป็นเอกฉันท์ เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2533 ยืนยันตามร่างที่คณะกรรมการร่วมกันทั้ง 2 สภาพิจารณา จึงถือว่าร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมได้รับความเห็นชอบของรัฐสภา ทำให้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน 2533 เป็นต้นไป และได้มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้น สังกัดกระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ 3 กันยายน 2533 โดยโอนงานของกรมประชาสงเคราะห์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกันสังคม และงานของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน กรมแรงงาน ไปอยู่ในสังกัดของสำนักงานประกันสังคม โดยมีนายอำพล สิงห์โกวินท์ รองเลขาธิการเร่งรัดพัฒนาชนบท ผู้ซึ่งเคยเป็นผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนเงินทดแทนคนแรก กลับมาดำรงตำแหน่งเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคม ได้โอนมาอยู่ในสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ในวันที่ 23 กันยายน 2536

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เป็นหน่วยงานรับผิดชอบและให้การดูแลในเรื่องการประกันสังคมของไทยโดยตรง ซึ่งจะมีหน้าที่ดำเนินการจัดเก็บเงินสมทบ เพื่อนำไปใช้จ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนให้แก่ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทูพพลภาพ ตาย ทั้งที่เนื่องและไม่เนื่องจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ผู้ใช้แรงงานให้สามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข²⁷

นอกจากนั้น สำนักงานประกันสังคมยังให้การดูแลลูกจ้างที่ประสบอันตรายจนถึงขั้นพิการ สูญเสียอวัยวะ หรือสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะบางส่วนของร่างกาย ด้วยการจัดให้ลูกจ้างเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการแพทย์และอาชีพในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพลูกจ้าง จังหวัดปทุมธานี เพื่อให้ลูกจ้างที่พิการสามารถกลับเข้าทำงานเดิมหรือประกอบอาชีพใหม่ได้ โดยไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม

²⁷ แหล่งเดิม.

2.1.3 ความหมายของการประกันสังคม

การประกัน คือ การเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างผู้ประกันตนทุกคนที่ตกลงจะจ่ายเงินสมทบอย่างสม่ำเสมอ ตามเวลาที่กำหนด โดยมุ่งหวังเพื่อลดความเสี่ยงจากภัยต่างๆ เช่น โรคร้ายไข้เจ็บ วิชาศกัย เป็นต้น ค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตน 1 ราย ได้มาจากการนำเงินสมทบของผู้ประกันตนทุกรายมาเฉลี่ยกัน²⁸

ระบบประกันสังคม คือ ระบบที่ให้การประกันต่อบุคคลในสังคมที่มีปัญหาหรือได้รับความเดือดร้อนทางการเงิน เนื่องจากการประสบเคราะห์ภัย หรือมีเหตุการณ์อันทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีพซึ่งต้องการได้รับความช่วยเหลือ การประกันสังคมจึงเป็นการร่วมมือกันระหว่างประชาชนในสังคมเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ด้วยการรวบรวมเงินทุนเข้าเป็นกองทุนร่วมกัน และเฉลี่ยความเสี่ยง หรือร่วมกันเสี่ยงต่อเคราะห์ภัยหรือปัญหาความเดือดร้อนที่อาจจะเกิดขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นระบบสวัสดิการที่รัฐจัดให้มีขึ้นเพื่อให้หลักประกันแก่ประชาชนว่า ประชาชนจะได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจหรือด้านการเงินในระดับหนึ่งเมื่อเขาต้องประสบกับภาวะความเดือดร้อนจากการสูญเสียรายได้เนื่องจากการต้องว่างงาน จากการมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษอันส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตหรือความเป็นอยู่ ซึ่งประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการสร้างหลักประกันดังกล่าวก็ได้แก่ ผู้ที่ส่งเงินสมทบร่วมเป็นกองทุน ซึ่งได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขอันก่อให้เกิดสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองหรือได้รับประโยชน์ทดแทนการสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้น²⁹

นอกจากที่ได้กล่าวถึงระบบประกันสังคมตามความหมายข้างต้นแล้ว ความหมายของการประกันสังคมยังมีผู้ที่ให้ความหมายของการประกันสังคมไว้เป็นจำนวนมาก กล่าวคือ

นิคม จันทรวาทูร ให้ความหมายของการประกันสังคม คือ โครงการที่รัฐจัดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้หลักประกันแก่ประชาชน ให้มีความมั่นคงในการดำรงชีพ โดยมีหลักการให้ประชาชนที่มีรายได้ประจำออกเงินสมทบเข้าสู่กองทุนกลาง เงินสมทบนี้ ในโครงการบางประเภท นายจ้างจะต้องร่วมออกเงินสมทบด้วย และในกรณีที่รัฐบาลเข้าร่วมออกเงินสมทบด้วย กองทุนนี้จ่ายให้แก่ประชาชนผู้ส่งเงินเมื่อประสบเคราะห์กรรมต่างๆ เช่น ในเรื่องการเจ็บป่วย ในเรื่องการคลอดบุตร ในเรื่องการประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ในเรื่องการว่างงาน ตลอดจนการชราภาพ³⁰

อมร รักษาสัตย์ ระบุว่า การประกันสังคม หมายถึง การประกันภัยให้แก่ประชาชนในสังคมในวงกว้างกว่าการประกันภัยภาคเอกชน ได้แก่ การที่รัฐบาลหนุนหลังหรือจัดการให้นายจ้าง ลูกจ้าง จัดระบบประกันในรูปแบบต่างๆ เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงภัยแก่บรรดาผู้ที่เกี่ยวข้อง การ

²⁸ นราพร คุณจักรเสรี. (2536). ประสิทธิภาพของการประกันสังคมไทย. หน้า 25.

²⁹ วิจิตรา พึ่งถัดดา. (2533). “ระบบประกันสังคมของไทย.” วารสารนิติศาสตร์, 20, 2. หน้า 152.

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

ประกันสังคม จึงเป็น โครงการประเภทที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ เพื่อการรักษาพยาบาลที่เจ็บไข้ การประกันรายได้ เมื่อตกงาน การประกันรายได้ยามชราพ้นวัยทำงาน เป็นต้น การประกัน เป็นเรื่องของผู้ที่ให้ประกันกับผู้เอาประกันภัย ซึ่งโดยหลักการแล้วผู้เอาประกันภัย คือผู้ที่จะได้รับ ประโยชน์ภายหลังจากเกิดกรณีที่ตนประกันไว้³¹

วิลเดอเนน พรอนันต์ ระบุว่า การประกันสังคม หมายถึง ระบบที่นายจ้าง ลูกจ้าง และ รัฐบาล ได้เข้ามามีส่วนร่วมกันดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการ และความจำเป็นของลูกจ้าง โดยทั้งสามฝ่ายเข้าร่วมส่งเงินสมทบเข้ากองทุนซึ่งมีลักษณะเป็นการออมทรัพย์ ทั้งนี้กองทุนมีการ บริหารงานในรูปที่ทั้งสามฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วม ส่วนประกอบของการประกันอาจครอบคลุมไป ถึงการคลอดบุตร การสงเคราะห์บุตร การเจ็บป่วย การพิการ หรือทุพพลภาพ การชราภาพ การฌาปนกิจ และการว่างงาน แล้วแต่ความเหมาะสมของแต่ละประเทศ³²

จำลอง ศรีประสาธน์ ให้ความหมายการประกันสังคม คือ มาตรการหนึ่งในการจัด สวัสดิการสังคม เพื่อคุ้มครองป้องกันประชาชนที่มีรายได้ประจำมิให้ได้รับความเดือดร้อน ในความ เป็นอยู่ของชีวิต เมื่อต้องสูญเสียรายได้ทั้งหมด หรือบางส่วน หรือมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการ ครองชีพ³³

วิชัย โถสุวรรณจินดา ให้ความหมายว่า การประกันสังคม คือ การทำให้สังคมมีความ มั่นคง และทำให้ประชาชนมีความสุข โดยให้ได้รับความช่วยเหลือยามที่เดือดร้อนจำเป็น เพื่อที่จะ ไม่กลายเป็นภาระต่อสังคม ตามหลักการที่ก่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม (Social Security) นั้น รัฐ เองก็มีภาระรับผิดชอบที่ต้องให้การช่วยเหลือแก่ผู้ประสบความเดือดร้อน จนไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้ในรูปของการประชาสงเคราะห์และการสาธารณสุข ส่วนนายจ้างก็ต้องดูแลลูกจ้างที่ ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน หรือการรักษาประโยชน์ให้แก่ นายจ้าง แต่การดำเนินการของ รัฐมีข้อจำกัดด้านงบประมาณการดำเนินงานของนายจ้าง ก็มีขอบเขตเพียงที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เท่านั้น แม้นายจ้างบางรายจะตกลงกับลูกจ้างให้มีระบบเงินสะสม โดยทั้งนายจ้าง และลูกจ้าง

³¹ อมร รักษาสัตย์. (2533). การสร้างความมั่นคงในสังคมด้านการจัดการสวัสดิการและการ ประกันสังคม : แนวคิดปรัชญา. หน้า 7.

³² วิลเดอเนน พรอนันต์. (2535). ความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติของผู้ประกันตนต่อการได้รับความ คุ้มครอง กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในจังหวัดสมุทรสาคร. หน้า 25.

³³ จำลอง ศรีประสาธน์. (2531, พฤษภาคม - มิถุนายน). “สวัสดิการสังคมกับการประกันสังคม.” การประชาสงเคราะห์. หน้า 12.

จ่ายเงินสมทบ เพื่อให้ลูกจ้างมีรายได้เลี้ยงชีพ เมื่อต้องพ้นจากการเป็นลูกจ้าง ประโยชน์ที่ลูกจ้างได้รับก็ยังคงเป็นประโยชน์ส่วนน้อย เมื่อเทียบกับความจำเป็นที่ลูกจ้างมีอยู่³⁴

บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ ได้ให้ความหมายว่า ประกันสังคม หมายถึง โครงการที่รัฐบาลจัดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะสร้างความมั่นคงและหลักประกันให้แก่ประชาชน โดยมีการเก็บเงินส่วนหนึ่งจากประชาชนที่มีรายได้ นำมาสมทบพร้อมกันเป็นกองทุนกลาง เพื่อนำไปช่วยเหลือประชาชนในกรณีที่ประสบเคราะห์กรรม เช่น อุบัติเหตุ เจ็บป่วย ทูพพลภาพ ในกรณีตกงาน และชราภาพ โดยปกติ การประกันสังคมในขั้นต้นจะใช้บังคับกับแก่คนทำงานที่รับค่าจ้าง โดยคนงานและนายจ้าง เป็นผู้ส่งมอบเงินสมทบ และรัฐบาลออกเงินสมทบอีกส่วนหนึ่ง³⁵

สุจริต ศรีประพันธ์ ได้ให้ความหมายว่า หลักการประกันสังคมเป็น โครงการที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการ เพื่อให้ความคุ้มครองป้องกันประชาชน ไม่ให้ได้รับความเดือดร้อนในด้านชีวิตความเป็นอยู่ โดยมีหลักการสำคัญที่จะช่วยตนเอง ช่วยครอบครัว และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การจัดกองทุนกลางซึ่งมีนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐออกเงินสมทบ พื้นฐานความคิดของการประกันสังคมตั้งอยู่บนทฤษฎีการกระจายความสูญเสียและการกำจัดปัจจัยเสี่ยง อันไปสู่กฎของการเฉลี่ยความเสี่ยงภัย ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความสุขและความทุกข์ในหมู่ประชาชนด้วยกัน โดยรัฐเป็นผู้เสริม³⁶

นราพร คุณจักรเสรี ได้ให้ความหมายของการประกันสังคม คือ ความพยายามของสังคมที่จะปกป้องสมาชิกในสังคมที่อ่อนแอกว่า และไม่สามารถช่วยตนเองให้พ้นภัยพิบัติในชีวิต เช่น ความเจ็บป่วย ความพิการ ความตายของหัวหน้าครอบครัว การคลอดบุตร และการว่างงาน ซึ่งภัยพิบัติดังกล่าวสมาชิกในสังคมไม่อาจแก้ไขได้ เพราะมีค่าใช้จ่ายมาเกี่ยวข้องและส่วนใหญ่ของประชากรที่หาเข้ากินค่า ตัวอย่างเช่น ไม่สามารถสู้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เมื่อหัวหน้าครอบครัวเจ็บป่วยนั้นหมายถึง รายได้ของครอบครัวต้องวันถูกตัดลง ซึ่งทำให้ภาระทางการเงินทรุดหนักลงไปอีก ในหลายกรณีครอบครัวจะต้องหาทางกู้หนี้ยืมสินจากนายทุนในท้องถิ่น ซึ่งคิดดอกเบี้ยสูงเป็นผลทำให้เศรษฐกิจในครอบครัวย่ำแย่ลงทุกที และอาจเป็นการยากเหลือเกินที่จะหลุดพ้นออกมาจากความเป็นหนี้สินดังกล่าว ดังนั้น การประกันสังคมจึงเป็นการประกันใดๆ ที่รัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการหรือเข้าไปควบคุมดูแลวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในด้านต่างๆ

³⁴ วิชัย โถสุวรรณจินดา. (2533). กฎหมายประกันสังคม. หน้า 3.

³⁵ บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ. (2535). รายงานการศึกษาสำรวจเรื่องสภาพการบังคับใช้กฎหมายประกันสังคม. หน้า 1.

³⁶ สุจริต ศรีประพันธ์. (2534). ผลกระทบของระบบประกันสุขภาพต่อระบบบริการสาธารณสุข. หน้า 2.

เช่นการว่างงาน การเจ็บป่วย การชราภาพ เป็นต้น โดยทั่วไปการประกันสังคมจะเป็นการบังคับ เพื่อให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน หรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เพื่อที่จะทำให้สามารถบังคับใช้กับผู้ มีอัตราเสี่ยงต่ำๆ และผู้มีรายได้สูงด้วย³⁷

นายรอล์ฟ.เอฟ.แบลนชาร์ค บรรณาธิการฝ่ายบรรณสารประกันภัยแห่งบริษัท แม็คกรอว์ ฮิลล์บุค จำกัด แห่งนิวยอร์กและลอนดอนให้ความหมายว่า การประกันสังคม คือ การประกันใน แบบต่างๆ ที่รัฐบาลจัดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ในอันที่จะวางหลักประกันให้ประชาชนมีความมั่นคง ทางสังคม ซึ่งอาจเป็นวิธีบังคับการประกันตนโดยการบริหารของรัฐ หรือสมัครใจโดยความ สนับสนุนขององค์การเป็นเอกเทศ³⁸

นายดับบลิว อาร์ วิลเลียมสัน ที่ปรึกษาคณิตศาสตร์ประกันภัยของฝ่ายบริหารงาน ประกันสังคมแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ความหมายของการประกันสังคมคือ การจัด งบประมาณแผนใหม่ทางสังคม³⁹

ศาสตราจารย์ อัลเบิร์ต เฮช โบวเบอรี แห่งมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ได้ให้ความหมายว่า การประกันสังคม คือ ความพยายามของรัฐบาลในอันที่จะใช้หลักประกันภัยให้บังเกิดผลในทาง ป้องกันมิให้ความยากจนในบ้านเมืองต้องเพิ่มขึ้น และหาทางที่จะบรรเทาความยากจนที่มีอยู่ให้ลด น้อยลง⁴⁰

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization : ILO) ใ้ ให้ความหมายว่า การประกันสังคม คือ การค้ำประกันสุขภาพและฐานะทางเศรษฐกิจของเอกชนแต่ละ คน รวมตลอดถึงผู้อยู่ในความอุปการะในเมื่อต้องเผชิญกับความขาดแคลนรายได้ อันเนื่องมาจาก การสูญเสียรายได้ทั้งหมดหรือบางส่วน หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ⁴¹

กฎหมายประกันสังคม เป็นกฎหมายที่กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้น โดยให้ลูกจ้างหรือผู้สมัครเข้าประกันตน นายจ้าง และรัฐบาลร่วมออกเงินสมทบ เพื่อใช้กองทุน ดังกล่าวเป็นหลักประกันให้แก่ลูกจ้างและผู้สมัครเข้าเป็นผู้ประกันตน ได้รับการสงเคราะห์เมื่อ ประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือตายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน คลอดบุตร ชราภาพ และ ว่างงาน รวมทั้งการสงเคราะห์บุตรซึ่งจะทำให้ชีวิตของลูกจ้างและสังคมมีความมั่นคงขึ้น⁴²

³⁷ นราพร คุณจักรเสรี. เล่มเดิม. หน้า 25-26.

³⁸ รัชยา กุลวานิชไชยนันท์. หน้าเดิม.

³⁹ แหล่งเดิม. หน้า 10.

⁴⁰ แหล่งเดิม.

⁴¹ แหล่งเดิม.

⁴² พินิจ ทิพย์มณี. (2551). หลักกฎหมายธุรกิจ (พิมพ์ครั้งที่ 3). หน้า 359.

การประกันสังคมเป็นมาตรการในการสร้างความมั่นคงให้กับผู้ใช้แรงงาน โดยรัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการให้ประชาชนผู้มีรายได้แต่ละคนได้มีส่วนช่วยตัวเอง ครอบคลุม และช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลที่มีรายได้ในสังคมให้คงมีรายได้อย่างต่อเนื่องตลอดไป ด้วยวิธีการออกเงินสมทบเข้ากองทุนตามความสามารถของแต่ละบุคคล เพื่อไว้ใช้ในการบำบัดความเดือดร้อนสำหรับสมาชิก⁴³

จากความหมายของการประกันสังคมจะเห็นได้ว่าการประกันสังคม เป็นวิธีการที่รัฐบาลออกกฎหมายมาบังคับใช้กับประชาชนเพื่อให้ประชาชนทำประกันรายได้ของตนเอง ประกอบกับเป็นการช่วยเหลือประชาชนเมื่อต้องตกอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า อันส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการทำมาหาเลี้ยงชีพของประชาชน โดยมีผู้ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมสามฝ่าย ประกอบด้วย รัฐบาล นายจ้างและตัวของประชาชนเองที่ยอมตนเข้าผูกพันเป็นผู้ประกันตน ไม่ว่าจะเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจหรือเป็นผู้ประกันตนโดยถูกบังคับตามกฎหมายก็ตาม โดยประโยชน์ที่ผู้ประกันตนได้รับนั้นถือว่าเป็นน้ำพักน้ำแรงของตัวผู้ประกันตนเอง โดยมากแล้วการประกันสังคมจะมีลักษณะบังคับ กล่าวคือ เป็นการบังคับให้นายจ้างจัดการให้ลูกจ้างต้องเข้าเป็นผู้ประกันตน หรือบังคับให้ลูกจ้างที่อยู่ในกฎเกณฑ์ที่กำหนดให้เข้าเป็นผู้ประกันตน และบังคับให้ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาลต้องออกเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม

2.2 แนวคิด ความเป็นมาและความหมายของการประกันสุขภาพในกฎหมายกรมธรรม์ประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อชีวิตของมนุษย์ในปัจจุบัน เนื่องจากมนุษย์ทุกคนย่อมมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุได้ตลอดเวลา การหาหลักประกันสุขภาพจึงถือว่าเป็นทางเลือกหนึ่งของมนุษย์ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาว่าการประกันสุขภาพนั้นมีแนวคิด ความเป็นมาและความหมายอย่างไร ดังต่อไปนี้

2.2.1 แนวคิดของการประกันสุขภาพในกฎหมายกรมธรรม์ประกันสุขภาพ

เมื่อโลกก้าวเข้าสู่การปฏิวัติอุตสาหกรรมภายหลังของการเกิดสงครามโลกครั้งที่ 1 ทำให้เกิดความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งพัฒนาและฟื้นฟูเศรษฐกิจและบ้านเมืองที่เสียหายจากภัยสงคราม อันเป็นผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากการที่สังคมความเป็นอยู่ของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปจากการที่อยู่กันแบบอิสระเสรีต้องกลับมาร่วมมือร่วมใจกัน กล่าวคือ การปฏิวัติ

⁴³ กระทรวงแรงงาน. (2552). บริหารแรงงาน 2552. หน้า 103.

อุตสาหกรรมมีส่วนช่วยในการเร่งการพัฒนาและกระตุ้นให้เกิดการฝึกอาชีพ โดยการนำเครื่องมือเครื่องจักรหรือเทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาแทนกำลังคน ในการพัฒนาที่เกิดขึ้นทำให้ประชาชนต้องมีการเคลื่อนย้ายการทำงานจากชนบทไปสู่สังคมเมือง สะท้อนออกมาในรูปแบบความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงไปจากการที่ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมเกษตรกรรม มีการทำหัตถกรรมพื้นบ้านมาอาศัยอยู่ด้วยกันในสังคมเมืองที่ความเป็นอยู่หนาแน่นแออัดกับบุคคลที่มีอาชีพอย่างเดียวกัน ทำให้เห็นถึงความสำคัญของสถาบันครอบครัวถูกลดระดับลง ในทางตรงกันข้ามกลับให้ความสำคัญกับบุคคลที่เป็นผู้ร่วมอาชีพการงานเดียวกันมากขึ้น นำมาซึ่งการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในสิ่งที่ตนจะช่วยเหลือได้ เช่นการออกเงินเพื่อช่วยเหลือเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย จากเหตุนี้ทำให้ ดร.ซี.เอ.คูลปี ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการศึกษาของชาวอเมริกัน ได้เสนอความเห็นที่ “ควรจะมีการป้องกันความเสียหายในคุณค่ามนุษย์นอกเหนือจากการประกันชีวิต เพื่อลดค่าใช้จ่าย และป้องกันรายได้เมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย”⁴⁴ ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ. 1933 ข้อเสนอแนะนี้ก็เป็นที่จริงเมื่อชาวอเมริกันพร้อมใจกันจัดตั้งระบบประกันสุขภาพขึ้น และเพราะด้วยความสมัครใจเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันที่จะให้การประกันสุขภาพเป็นประโยชน์ทั่วถึงบุคคลทุกระดับอาชีพ ฉะนั้นการแข่งขันในธุรกิจประกันได้มีการจำแนกเป็นสัญญาหลายอย่าง และให้ประโยชน์การให้บริการต่างกัน เป็นผลทำให้การประกันสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาเจริญก้าวหน้า มีบริการให้เลือกประกันชนิดที่เหมาะสมสำหรับความต้องการของแต่ละบุคคล (การประกันสุขภาพรายบุคคล) และแต่ละสังคม (การประกันสุขภาพหมู่)⁴⁵

ระบบการประกันสุขภาพทำหน้าที่ในการรวมเอาเงินที่จะเป็นค่าใช้จ่ายหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเมื่อการเจ็บป่วยของแต่ละคนเกิดขึ้นมารวมไว้ในกองเดียวกัน และจัดระบบให้เกิดการเฉลี่ยหรือกระจายความเสี่ยงนั้น หมายความว่า การประกันสุขภาพเป็นมาตรการที่มีขึ้นเพื่อปกป้องบุคคลจากภาระความเสี่ยงทางการเงินที่เกิดจากการเจ็บป่วย โดยลดหรือขจัดความเสี่ยงทางการเงินของแต่ละบุคคลหรือครอบครัว โดยการจัดระบบให้มีการกระจายความเสี่ยงของบุคคลหรือครอบครัวจำนวนมาก ด้วยวิธีรวบรวมและสำรองเงินค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นล่วงหน้า ซึ่งระบบสุขภาพที่ดี คือ ระบบที่มีความสามารถในการกระจายความเสี่ยงได้ดี⁴⁶

⁴⁴ สุธรรม พงศ์สำราญ, พึงใจ พึ่งพานิช และวิรัช ณ สงขลา. (2542). หลักการประกันชีวิต. หน้า 73.

⁴⁵ แหล่งเดิม.

⁴⁶ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (2548). เจาะลึกระบบประกันสุขภาพ. หน้า 9-10.

2.2.2 ความเป็นมาของการประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพเกิดขึ้นที่ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีเหตุผลในการจูงใจอันเกิดมาจากการปฏิวัติอุตสาหกรรมหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 และได้พัฒนาให้มีชนิดการประกันสุขภาพให้เลือกตามประโยชน์ที่ต้องการ ปัจจุบันชาวอเมริกันที่ทำประกันชีวิตมี 3 ใน 4 ที่ทำการประกันสุขภาพควบคู่ไปด้วย⁴⁷

การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทยที่ดำเนินการในลักษณะธุรกิจประกันสุขภาพโดยเฉพาะนั้น เริ่มเข้ามาในประเทศไทย โดยบริษัทการแพทย์และสุขภาพไทย จำกัด ซึ่งเริ่มดำเนินการ เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2521 และได้เป็นผู้ริเริ่มและจัดตั้งโครงการ “โครงการสุขภาพไทย” โดยได้แนวความคิดมาจาก “มูลนิธิโกเซอร์” ซึ่งเป็นมูลนิธิที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินธุรกิจรับประกันสุขภาพประเภทให้สิทธิประโยชน์ในด้านการให้บริการทางการแพทย์จากการบริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลและคลินิกในโครงการของมูลนิธิ

จากการริเริ่มของโครงการสุขภาพไทย เป็นผลทำให้บริษัทประกันชีวิตบางแห่งขยายงานและเปิดรับบริการประกันสุขภาพขึ้นบ้าง ที่มีทั้งแบบชดเชยค่ารักษาพยาบาลทั้งแบบธรรมดากับและแบบสะสมทรัพย์

เหตุที่บริษัทประกันชีวิตไม่นำแบบบริการรักษาพยาบาลมาใช้เพราะ

1) แบบการบริการรักษาพยาบาล จะต้องมีการติดต่อกลกับโรงพยาบาลและคลินิก เพื่อให้โรงพยาบาลและคลินิกของโครงการซึ่งต้องมีปริมาณมากพอและกระจายอยู่ทั่วไป เพื่อจะได้ให้บริการสมาชิกอย่างทั่วถึง

2) ความรับผิดชอบไม่จำกัดวงเงินจึงทำให้เกิดความเสี่ยงสูงแม้เบี้ยประกันจะ ได้สูงกว่าก็ตาม

3) เนื่องจากความเสี่ยงสูงจึงทำให้มีข้อจำกัดในการรับเข้าเป็นสมาชิก และมีขั้นตอนยุ่งยาก เช่น การตรวจร่างกายอย่างละเอียด การทำบัตรประจำตัวสมาชิกที่จะใช้ยื่นทุกครั้งเมื่อมีการขอใช้บริการ สิ่งเหล่านี้เป็นการกีดกันผู้ที่เข้าเป็นสมาชิก และทำให้บริษัทเองมีค่าใช้จ่ายสูงมาก ต่อจากนั้นก็หันมารับประกันเฉพาะแบบชดเชยค่ารักษาพยาบาลอย่างเดียวสำหรับสมาชิกใหม่ ส่วนบริการรักษาพยาบาลให้เฉพาะสมาชิกเก่าที่สมัครอยู่ก่อนแล้ว⁴⁸

ปัจจุบันบริษัทประกันสุขภาพได้ขยายบริการเพื่อให้บริการสุขภาพที่มีอยู่เดิมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยรับประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลเพิ่มเติมอีกประเภทหนึ่ง ซึ่งผู้เอาประกันภัยที่เป็น

⁴⁷ Mark & R. Greene. (1968). *Risk & Insurance* (2nd Edition). p. 2.

⁴⁸ สุธรรม พงศ์สำราญ, พึงใจ พึ่งพานิช และวิรัช ณ สงขลา. เล่มเดิม. หน้า 74.

สมาชิกประกันสุขภาพอยู่แล้วสามารถที่จะได้รับการบริการคุ้มครองและได้รับค่าชดเชยจากการสูญเสียชีวิต รวมทั้งการสูญเสียอวัยวะ โดยการซื้อกรมธรรม์เพิ่มเติม

การประกันสุขภาพเป็นของใหม่ ทั้งการส่งเสริมการขายประกันมุ่งใช้พนักงานเดินตลาด ฉะนั้นจึงมีผู้รู้จัก ผู้ใช้บริการนี้น้อยมาก เมื่อเทียบกับการประกันชีวิต แต่เนื่องจากมีผู้ประกอบการทางด้านนี้น้อยมาก จึงไม่มีปัญหาทางการแข่งขัน ทั้งเป็นระยะบุกเบิก บริษัทใดเปิดก่อนย่อมมีโอกาสครองตลาดได้มากกว่า ลูกค้ายกคาคหวังคือบริษัทห้างร้าน เพราะการประกันหมู่ย่อมได้ค่าเบี้ยประกันก้อนใหญ่ โดยประหยัดค่าใช้จ่ายและสะดวกกว่าการรับประกันเป็นรายบุคคล และที่สำคัญการได้บริษัทห้างร้านใหญ่ๆ ที่มีชื่อเสียงเป็นสมาชิกได้มากเท่าใด ย่อมสามารถจะกระจายชื่อเสียงและความเชื่อถือของบริษัทต่อประชาชนได้มากเท่านั้น

การประกันชีวิตรายบุคคลหรือการประกันชีวิตกลุ่ม เป็นที่แพร่หลายในประเทศสหรัฐอเมริกา⁴⁹ ประมาณ 66% เป็นการขายประกันสุขภาพกลุ่ม ส่วนที่เหลือ 34% เป็นการขายประกันสุขภาพรายบุคคล การประกันสุขภาพกลุ่มมีส่วนคล้ายคลึงและใช้หลักการที่เหมือนกับการประกันชีวิตกลุ่ม ปัญหาก็คือว่า จำนวนหรือขนาดของกลุ่มควรจะเป็นอย่างใด การขายประกันชีวิตในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นที่ยอมรับว่า การประกันสุขภาพกลุ่มเป็นที่ยอมรับกันอย่างยิ่ง เพราะว่ามูลค่าต้นทุนของการประกันค่อนข้างต่ำ นายจ้างจะทำหน้าที่เก็บหรือรวบรวมเบี้ยประกันจ่ายให้กับบริษัทประกัน ในทำนองเดียวกัน นายจ้างจะทำการพิจารณาการเรียกร้องสิทธิในการชดใช้ค่าเสียหายและพยายามช่วยเหลือฝ่ายลูกจ้างมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ นับว่าเป็นผลดีกับฝ่ายลูกจ้าง เพราะจะได้รับค่าชดใช้ความเสียหายที่เกิดขึ้น

การประกันสุขภาพสามารถแบ่งประเภทได้ ดังนี้

การประกันสุขภาพ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทได้แก่ การประกันอุบัติเหตุและสุขภาพหมู่ และการประกันอุบัติเหตุและสุขภาพรายบุคคล ทั้งสองประเภทให้ความคุ้มครองที่เหมือนกัน โดยแบ่งความคุ้มครองออกเป็น 7 หมวด⁵⁰ ได้แก่

(1) ให้ความคุ้มครองเมื่อผู้เอาประกันภัยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือการป่วยไข้ โดยจะชดเชยค่าใช้จ่ายอันเกิดจาก

ก. ค่าห้องและค่าอาหาร

ข. ค่าบริการทั่วไป

ค. ค่าใช้จ่ายในกรณีที่มีการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน หลังการเกิดอุบัติเหตุ

⁴⁹ Curtis M. Elliott and J. Waughan. (1972). **Fundamentals of Risk and Insurance.**

⁵⁰ กรมการประกันภัย. (2551). การประกันสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 18 กันยายน 2551, จาก

- (2) ค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการผ่าตัด ค่าปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการผ่าตัด
- (3) ค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการให้แพทย์มาดูแล
- (4) ค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาที่คลินิก หรือแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล
- (5) ค่าใช้จ่ายในการคลอดบุตร
- (6) ค่าใช้จ่ายในการรักษาฟัน
- (7) การชดเชยค่าใช้จ่าย

อันเกิดขึ้นจากการบริการโดยพยาบาลพิเศษขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน ภายหลังจากการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้ต้องเป็นไปตามคำสั่งของแพทย์⁵¹

นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาเรื่องการประกันสุขภาพและให้ข้อคิดเห็นว่า การประกันสุขภาพ⁵²น่าจะแบ่งออกได้ 5 ประเภทใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้

ก. ค่ารักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization)

ค่ารักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้กับผู้เอาประกันภัยสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ซึ่งรวมไปถึง ค่าห้องและค่าอาหาร ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับห้องปฏิบัติการ (ค่าฟิล์มเอ็กซเรย์ หรือค่าเจาะเลือด เป็นต้น) ค่าจ้างพยาบาล ค่าใช้จ่ายในห้องผ่าตัด และค่ายาต่างๆ การชดใช้ให้กับผู้เอาประกันภัย ทางบริษัทสามารถจ่ายได้ถึง 15 ดอลลาร์ต่อวัน (อัตรานี้ใช้เมื่อปี ค.ศ. 1968)

ข. ค่าผ่าตัด (Surgical)

ค่าผ่าตัด การจ่ายค่าผ่าตัดให้กับผู้เอาประกันภัย ทางบริษัทได้กำหนดอัตราไว้สูงสุดถึง 300 ดอลลาร์ต่อการผ่าตัดหนึ่งครั้ง

ค. การดูแลรักษาสุขภาพ (Regular Medical)

การดูแลรักษาสุขภาพ การชดใช้ค่ารักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยที่ไปหาแพทย์ในแต่ละครั้ง บริษัทได้กำหนดค่าใช้จ่ายไว้คือ 5 ดอลลาร์ต่อหนึ่งครั้ง ซึ่งอาจเป็นค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลหรือคลินิกแพทย์

ง. ค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากๆ (Major Medical)

ค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากๆ ค่าใช้จ่ายที่ทางบริษัทได้กำหนดไว้สูงสุดต่ออุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยเป็นจำนวนเท่ากับ 10,000 ดอลลาร์ โดยมีข้อแม้ว่าผู้เอาประกันภัยต้องรับผิดชอบเองในจำนวน 500 ดอลลาร์ต่อหนึ่งครั้ง

⁵¹ กรมการประกันภัย. (2551). การประกันสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 18 กันยายน 2551, จาก

<http://www.dld.go.th>. และ http://www.dhipaya.co.th/Fileupload/contmain/39/061207133648_Health.pdf.

⁵² George G.R. Lucas & H. Wherry. Loc.cit.

จ. การที่ไม่สามารถหารายได้ (Disability Income)

การที่ไม่สามารถหารายได้ อาจกล่าวได้ว่าเกิดขึ้นมาจากการที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถหารายได้เนื่องจาก การป่วยหรือการบาดเจ็บ โดยมีข้อแม้ว่า จะจ่ายให้ผู้เอาประกันภัยเป็นระยะเวลาเท่ากับ 1 ปี หรือ บริษัทจะชดใช้ให้กับผู้เอาประกันภัยจนกระทั่งผู้เอาประกันภัยหายจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย⁵³

ประโยชน์ของการประกันสุขภาพ ประกอบไปด้วย

- การชดใช้รายได้

การชดใช้รายได้ ถือว่าเป็นหน้าที่แรกของการประกันสุขภาพ กล่าวคือ การชดใช้รายได้สำหรับคนส่วนใหญ่ การที่ไม่สามารถทำงานได้ก็เท่ากับเป็นการขาดรายได้ การประกันสุขภาพจึงเป็นการชดเชยรายได้ที่ต้องสูญเสียไปจากการที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ แต่เนื่องจากการใช้จ่ายของบุคคลในครอบครัวยังคงมีอยู่ต่อไปในระหว่างที่ผู้เอาประกันภัยป่วยหรือบาดเจ็บ ซึ่งอยู่ในระหว่างที่ไม่สามารถทำงานได้ ทำให้บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บกลายเป็นภาระหน้าที่ของสังคม การประกันสุขภาพจึงถือว่าการชดเชยรายได้ในลำดับแรก เพราะเป็นการช่วยเหลือครอบครัวให้มีอาหารและความเป็นอยู่ที่ไม่ขัดสนจากการขาดรายได้ ทำให้บรรดาผู้รับประกันภัยทั้งหลายต่างก็มีความพยายามที่จะปรับปรุงเบี้ยประกันภัยจากเดิม ทำให้ปัจจุบันนี้เราจะเห็นการขยายตัวเกี่ยวกับการจัดทำประเภทของการเอาประกันมากขึ้น

- การชดเชยค่ารักษาพยาบาล

การชดเชยค่ารักษาพยาบาลถือว่าเป็นหน้าที่ที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการประกันสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นภาระที่หนักสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยสาหัสหรือกรณีที่เกิดการบาดเจ็บ ด้วยเหตุผลที่กล่าวมา ทำให้ประชาชนเป็นจำนวนมากไม่น้อยที่สนใจในการประกันสุขภาพเพื่อจะได้ป้องกันค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากการที่ตนไม่สามารถทำงานได้ ส่วนความสนใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น หมอ และ โรงพยาบาลในการที่จะประกันสุขภาพ ไม่เพียงแต่จะได้รับความช่วยเหลือที่จะต้องสูญเสียรายได้ไปเท่านั้นแต่ยังได้รับความช่วยเหลือในเรื่องของการรักษาพยาบาลให้น้อยลง ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาบริษัทก็ได้จ่ายค่ารักษาให้เป็นรายวันด้วย

- การกระตุ้นให้มีการดูแลสุขภาพ

ในขณะที่มีเครื่องอำนวยความสะดวกให้ความสะดวกสบายกับชีวิตของมนุษย์ ทำให้มนุษย์เกิดความสบายจนบางครั้งเครื่องอำนวยความสะดวกกลับเป็นผลร้ายในการทำให้ชีวิตของมนุษย์เปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตไป เช่น อดีตเคยซักผ้าด้วยมือ ปัจจุบันซักผ้าด้วยเครื่อง ทำให้มนุษย์ไม่ได้ออกกำลังกายมากนัก อันเป็นสาเหตุให้ร่างกายอ่อนแรงไม่แข็งแรงดังเดิม จึงเป็นเหตุให้

⁵³ สุธรรม พงศ์ดำรง, พึงใจ พึ่งพาณิชย์ และ วิรัช ฌ สงขลา. เล่มเดิม. หน้า 76.

คนจำนวนมากหันมาดูแลสุขภาพ เมื่อมีการประกันสุขภาพ จึงเป็นการกำหนดให้สมาชิกได้รับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอโดยไม่คิดมูลค่า เป็นที่แน่นอนว่าสมาชิกทุกคนต้องใช้บริการนี้ เพราะต้องการที่จะได้รับประโยชน์จากค่าธรรมเนียมที่จ่ายไปแล้วอย่างเต็มที่เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ทำประกันสุขภาพมักคิดว่าเป็นการเสียเวลาและต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทุกครั้งด้วยตนเองเมื่อตนไปตรวจสุขภาพในแต่ละครั้ง

ในส่วนที่เกี่ยวกับทางด้านจิตใจนั้น การประกันสุขภาพก่อให้เกิดความมั่นใจในการดำรงชีวิตที่ต้องมีการต่อสู้และลดภาวะความกลัวหรือความกังวลที่จะต้องเกิดขึ้นจากการที่ตนเองจะเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ในทุกเมื่อทุกเวลา

- การรักษาความเชื่อถือ

การรักษาความเชื่อถือถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีการประกันสุขภาพ เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้รายได้ที่เกี่ยวกับการจะต้องนำรายได้มาบริโภคเปลี่ยนแปลงไป ถ้าหากปราศจากเงินที่พึงจะได้รับจากค่าชดเชย ความเชื่อถือในตัวบุคคลนั้นก็ลดลง แม้ว่าจะเป็นเรื่องสุวิสัยก็ตาม ฉะนั้น การประกันสุขภาพจึงก่อให้เกิดความมั่นใจในจำนวนรายได้ อันเป็นเหตุที่จะยืนยันความสามารถในการชดเชย หรือการผ่อนชำระให้กับเจ้าของสินค้า หรือบริการต่างๆ ที่ผ่อนได้จากผู้ที่ทำประกันสุขภาพ

- การป้องกันเงินประกัน

การป้องกันเงินประกันถือว่าเป็นมาตรการหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ ซึ่งการประกันสุขภาพเป็นการประกันสิ่งอื่นๆ ในกรณีฉุกเฉิน สิทธิประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการทำสัญญาประเภทต่างๆ เช่น การประกันชีวิต หรือ การประกันทรัพย์สิน การผ่อนชำระค่าสินค้าหรือบริการ สัญญาดังกล่าวจะยังคงมีผลบังคับตราบเท่าที่เรายังคงผ่อนชำระได้ตามที่สัญญากำหนด การประกันสุขภาพจึงเป็นการประกันความมั่นใจในการที่เราจะไม่สูญเสียสินค้าหรือบริการจากการที่เราได้จ่ายไปแล้วบางส่วน อันเนื่องมาจากการที่เรามีรายได้อย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าเราจะสามารถทำงานได้หรือไม่ก็ตาม

- การประกันธุรกิจ

การประกันสุขภาพก่อให้เกิดความมั่นคงในทางธุรกิจหลายด้าน ความคิดแรกเริ่มเกิดจากการให้ความช่วยเหลือตัวบุคคลและครอบครัวในระหว่างที่ไม่สามารถทำงานได้ของผู้ที่ต้องทำมาหาเลี้ยงชีพ แต่ปัจจุบันมีความสำคัญอย่างยิ่งในทางธุรกิจและอาชีพ เพราะเมื่อถ้าหากบุคคลสำคัญในวงการธุรกิจ หรือผู้ร่วมธุรกิจเดียวกันไม่สามารถทำงานได้ จะก่อให้เกิดธุรกิจที่ได้ทำร่วมกันนั้นเกิดผลกระทบ ไม่เพียงแต่กระทบถึงการบริหารงานเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความเสียหายที่จะต้องมีการจ่ายค่าชดเชย และต้องมีการระดมเงินเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องจ้างผู้อื่นมาทำงานแทน สำหรับในกรณีที่เป็นการประกอบธุรกิจในกิจการที่สำคัญๆ เช่น ธุรกิจที่มีความเกี่ยวข้องกับเงิน การที่ไม่

สามารถทำงานได้ก็อาจก่อให้เกิดการขาดทุนจนถึงขนาดที่ต้องกลายเป็นบุคคลล้มละลายก็เป็นได้ ดังนั้น การประกันสุขภาพจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ อันเป็นการเพิ่มความมั่นคงให้กับธุรกิจ หมายถึง ลดความเสี่ยงภัยที่ไม่สามารถทำงานในระยะยาวของผู้ร่วมงาน⁵⁴

- ลดความเสี่ยงต่อธุรกิจประกันภัยและสาธารณะทั่วไป

การลดความเสี่ยงต่อธุรกิจประกันภัยและสาธารณะทั่วไป เกิดขึ้นได้เพราะการประกันสุขภาพ เป็นการกระตุ้นให้สมาชิกหันมาสนใจและเอาใจใส่สุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีอยู่ตลอดเวลา อันเป็นการป้องกันความเสี่ยงภัยได้ในระดับหนึ่ง

แต่จากการตรวจสอบของบริษัทที่เป็นผู้รับประกันภัยสุขภาพทั้งหลายพบว่า ทำให้บริษัทประกันสุขภาพรู้ซึ่ง และเกิดการตระหนักถึงความสำคัญของการประกันสุขภาพ เพราะเห็นได้ว่าเป็นการช่วยลดอุบัติเหตุ ช่วยลดอัตราการตาย ประกอบกับมีการสนับสนุนให้เห็นว่าการทำประกันสุขภาพเป็นการพิทักษ์และคุ้มครองธุรกิจการประกันชีวิต ทรัพย์สิน และสาธารณะ ทั่วๆ ไปอีกด้วย

ประเภทของการประกันสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน กล่าวได้ดังนี้

เนื่องจากการประกันสุขภาพของประเทศไทยจำกัดเพียงการให้ความสำคัญทางด้านความคุ้มครองทางด้านการรักษาพยาบาล ฉะนั้นในเรื่องของประเภทการประกันสุขภาพที่มีให้เลือกในปัจจุบันเมื่อเทียบกับต่างประเทศถือว่าการประกันสุขภาพของประเทศไทยไทยยังมีอยู่น้อย ซึ่งแน่นอนว่าประโยชน์ที่เราจะได้รับจากการใช้บริการจึงไม่ครอบคลุมครบตามประโยชน์ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้นหมดทั้ง 7 ข้อได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การประกันสุขภาพของประเทศไทยคือ การประกันค่ารักษาพยาบาลโดยสากล ซึ่งมีการแบ่งประเภทโดยเอาหลักการประกันค่ารักษาของประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นแบบอย่าง แบ่งได้ 3 ประเภท ดังนี้คือ

1. Prepaid Medical Plan (PP)

Prepaid Medical Plan (PP) หรือที่เรียกกันว่า การประกันแบบ พีพี คือ การให้บริการรักษาพยาบาลจาก โรงพยาบาลหรือคลินิกที่ได้รับการแต่งตั้งหรือมอบหมายจากบริษัทประกันสุขภาพ และบริษัทได้ประกาศให้สมาชิกทราบแล้ว ว่าเป็นโรงพยาบาลหรือคลินิกในโครงการ โดยสมาชิกประเภทนี้จะมีบัตรประจำตัวเพื่อแสดงแก่สถานพยาบาลดังกล่าวทุกครั้งในการขอรับบริการการรักษาพยาบาล⁵⁵

⁵⁴ สุธรรม พงศ์สารานู, พิงใจ พิงพามิช และวิรัช ณ สงขลา. เล่มเดิม. หน้า 77-78.

⁵⁵ แหล่งเดิม. หน้า 78.

การประกันแบบ PP นี้ผู้เอาประกันภัยที่เป็นสมาชิกจะต้องผ่านการตรวจเช็คร่างกายตามระเบียบของบริษัทรับประกัน และเมื่อแพทย์อนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว ทางบริษัทรับประกันจะทำการบันทึกประวัติและทำบัตรประจำตัวที่รายงานรายละเอียดเกี่ยวกับตัวสมาชิกเพื่อก่อให้เกิดความสะดวก เมื่อสมาชิกเข้ารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการกับบริษัทประกันสุขภาพ

ประโยชน์จากการประกันแบบ PP คือ

ก) การประกันแบบ PP นี้จะไม่มีการจำกัดวงเงินค่ารักษาพยาบาล แต่มีข้อแม้ในการให้บริการแก่สมาชิกที่เป็นผู้เอาประกันภัยแบบ PP ที่จะเข้ารับการรักษาในฐานะที่เป็นผู้ป่วยในแต่ละครั้งเป็นเวลาติดต่อกันได้ไม่เกิน 60 วัน และแต่ละโรคนับรวมแล้วต้องไม่เกิน 365 วัน อันเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความคุ้มครองที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับอย่างเต็มที่เมื่อคนต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล

ข) ส่วนกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยเนื่องจากการประสบอุบัติเหตุ และมีความจำเป็นที่จะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลที่ไม่ใช่ของโครงการที่บริษัทประกันสุขภาพแต่งตั้งแจ้งให้สมาชิกทราบ บริษัทก็จะช่วยค่ารักษาพยาบาลของสมาชิกในโรงพยาบาลนั้นตามความเป็นจริง แต่ต้องไม่เกินวงเงินที่กำหนดไว้ กล่าวคือ เมื่อไม่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลตามโรงพยาบาลที่ตนมีสิทธิ ก็จะได้รับความช่วยเหลือตามค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ขึ้นอยู่กับจำนวนวงเงินที่ตนได้เอาประกันไว้

ค) กรณีนี้ถือว่าเป็นกรณีที่เป็นสิทธิที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับการคุ้มครองและใช้สิทธิได้ถึงแม้ว่าตนจะไม่ได้เจ็บป่วยหรือ ประสบอันตรายจากการเกิดอุบัติเหตุ กล่าวคือ จะมีสิทธิได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียด โดยไม่คิดมูลค่าปีละครั้ง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าในการตรวจสุขภาพประจำปีก็สามารถใช้สิทธิจากการประกันสุขภาพได้ อันเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพทุกๆ ปี

การประกันแบบ PP ก็มีข้อจำกัดที่พึงจะต้องทำความเข้าใจก่อนที่จะเอาประกัน กล่าวคือ ผู้ที่สามารถเป็นสมาชิกของการประกันสุขภาพประเภทนี้ได้จะต้องเป็นผู้ที่มีรายได้ค่อนข้างสูง และจะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์ผ่านการตรวจเช็กร่างกายและผ่านการอนุมัติจากแพทย์ในโรงพยาบาลที่อยู่ในโครงการเสียก่อน เนื่องจากการประกันสุขภาพแบบ PP บริษัทจะมีความเสี่ยงสูงมาก จึงต้องมีการคิดเบี้ยประกันให้สูงตามความเสี่ยงภัยที่อาจเกิดขึ้นได้โดยง่าย และการที่คัดสมาชิกตามที่กล่าวมาก็เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงภัยที่อาจเกิดขึ้นกับบริษัท ได้ตลอดเวลา

สำหรับการประกันแบบ PP นั้น ก็มีปัญหาอยู่ที่ว่าการประกันแบบ PP มีข้อยกเว้นที่ค่อนข้างละเอียด และมีกฎ กติกา มากมาย กล่าวคือ

ในส่วนที่เกี่ยวกับค่าใช้จ่าย หากเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลขณะที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกโดยสมบูรณ์ กล่าวคือ ยังไม่ได้ตอบรับการเป็นสมาชิก สมาชิกก็จะต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองด้วยตนเอง สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่สมาชิกมีสิทธิได้รับจากหน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรใดๆ ของรัฐอยู่ก่อนแล้ว สมาชิกไม่มีความจำเป็นต้องออกค่าใช้จ่ายจากการเข้ารับการรักษาพยาบาล ส่วนค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการพักผ่อนหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลของโครงการที่สมาชิกเข้าร่วมเป็นผู้เอาประกันภัย นอกจากนี้ได้รับอนุมัติจากแพทย์ที่เป็นแพทย์ของโรงพยาบาลในโครงการ สมาชิกก็จะได้รับการคุ้มครองด้วย เป็นต้น

2. Basic Medical Plan (BP)

Basic Medical Plan (BP) หรือที่เรียกกันว่าการประกันแบบ บีพี คือ การบริการที่เป็น การชดเชยค่ารักษาพยาบาลจากการที่สมาชิกในประเภทนี้ได้ไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลต่างๆ แล้วนำหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาเบิกชดเชยใช้คืนในภายหลัง แต่ก็ยังคงไม่เกินจำนวนที่ตนได้เอาประกันไว้ ซึ่งโดยปกติแล้ว บริษัทประกันจะตกลงชดเชยเฉพาะค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในเท่านั้น ดังนั้นหากสมาชิกต้องการที่จะได้รับความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมก็ต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มขึ้น

3. Investment Basic Medical Plan (IBP)

Investment Basic Medical Plan (IBP) หรือที่เรียกกันว่าการประกันแบบ ไอบีพี คือ การประกันแบบ ที่รวมการสะสมทรัพย์เข้าไว้ด้วยกัน กล่าวคือ นอกจากการที่จะได้รับการคุ้มครองจากการเจ็บป่วยอันเป็นการเจ็บป่วยที่เป็นกรณีผู้ป่วยในแล้ว เบี้ยประกันที่ได้จ่ายไปก็ยังสามารถสะสมไว้ เมื่อถึงเวลาที่กำหนดก็จะได้รับเบี้ยประกันคืน และความคุ้มครองก็ยังคงได้รับอยู่ต่อไปอีกด้วย

สิทธิประโยชน์ชดเชยที่ได้รับจากการประกันแบบ BP และ IBP ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 กรณีด้วยกัน กล่าวคือ

ก) ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยใน - ค่าห้อง ค่าอาหาร (ต่อวัน) ไม่เกิน 31 วัน ต่อการเจ็บป่วย 1 ครั้ง
 - ค่าบริการเบ็ดเตล็ด
 - การเข้ารับการรักษาต่อไปต้องมีระยะห่างจากครั้งก่อน 4 สัปดาห์ หรือจะต้อง

เป็นสาเหตุของโรคคนละสาเหตุ

ผู้ป่วยนอก - จะต้องเป็นผู้ป่วยนอก
 - ในเรื่องการเจ็บป่วยต้องเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องทำการรักษาทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติทางศัลยกรรม

- การบาดเจ็บดังกล่าวจะต้อง บาดเจ็บภายใน 12 ชั่วโมง

ข) ค่าผ่าตัด

ในการจ่ายค่าผ่าตัดจะเป็นการจ่ายให้แก่แพทย์หรือศัลยแพทย์สำหรับการทำการผ่าตัดให้แก่บุคคลผู้ที่ได้รับการคุ้มครองตามอัตราค่าธรรมเนียมในการผ่าตัด แต่ก็มีข้อจำกัดที่จะต้องอยู่ในวงเงินสูงสุดที่เอาประกันไว้ และในการผ่าตัดดังกล่าวก็ไม่จำเป็นว่าจะต้องทำการผ่าตัดในโรงพยาบาลเท่านั้น

ค) ค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของแพทย์

การที่จะจ่ายค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมของแพทย์ต่อวันมีระยะไม่เกิน 31 วัน

ง) ค่าใช้จ่ายผลคูณทรัพย์ของโรงพยาบาล

ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้จะประกอบด้วย ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าเบ็ดเตล็ด โดยในการจ่ายจะจ่ายชดเชยการตั้งครุภัณฑ์เมื่อได้รับการยืนยัน โดยทางแพทย์ว่าได้เริ่มต้นหลังจากได้รับการคุ้มครองอย่างน้อย 90 วันแล้ว เหตุที่ต้องกำหนดวันไว้ก็เพื่อไม่ให้ผู้ที่ทำประกันเพราะต้องการได้รับการคุ้มครองเรื่องการผลคูณทรัพย์โดยเฉพาะ แต่สำหรับการเอาประกันโดยปกติก็จะได้รับการคุ้มครองตั้งแต่เมื่อจ่ายเบี้ยประกันภัยและได้รับการอนุมัติจากบริษัทแล้วทันที

จ) ค่าใช้จ่ายในการทำคลอด

ค่าใช้จ่ายในการทำคลอดนั้นไม่ว่าการปฏิบัติการจะกระทำขึ้นในโรงพยาบาลหรือว่ากระทำขึ้นที่ใดก็ตาม โดยจะได้รับจำนวนสิทธิประโยชน์สูงสุดสำหรับการทำคลอดจะถูกกำหนดไว้ในตารางสิทธิประโยชน์ชดเชย สำหรับในกรณีที่ต้องการเพิ่มเติมให้บุตรเป็นสมาชิกสมทบ บุตรของสมาชิกทั่วไปต้องมีอายุระหว่าง 2 สัปดาห์ ถึง 20 ปี

ในเรื่องของข้อจำกัดในการประกันแบบ BP และแบบ IBP นั้นมีข้อจำกัดอยู่ว่าเป็นการประกันสุขภาพแบบชดเชยค่ารักษาพยาบาล โดยบริษัทผู้รับประกันภัยจะจำกัดความรับผิดชอบให้อยู่ภายในวงเงินที่ตกลงกันระหว่างผู้เอาประกันภัยกับผู้รับประกันภัย ภายใต้ข้อตกลงที่โดยมากแล้วจะอยู่ในกรมธรรม์ ดังนั้น ในส่วนของค่ารักษาพยาบาลหากเป็นค่ารักษาพยาบาลที่เกินกว่าวงเงินที่ได้ตกลงกันไว้ก็จะต้องตกอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสมาชิกผู้ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยนั่นเอง

แต่เนื่องจากการกำหนดความรับผิดชอบนั้น จะเกิดขึ้นเองโดยมิได้ตกลงกันหาได้ไม่ กล่าวคือ บริษัทมีหน้าที่ต้องแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ การกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาล การกำหนดวงเงินในการชดเชยการขาดรายได้ เป็นต้น อย่างละเอียดไว้ในกรมธรรม์ที่ได้ตกลงกันเอาไว้ เพื่อให้สมาชิกผู้เอาประกันภัยรับทราบถึงขอบเขตความรับผิดชอบ ประกอบกับสิทธิของตนเองที่จะพึงมีจากการเอาประกันภัย โดยในการตกลงดังกล่าวจะต้องตกลงกันเป็น

ลายลักษณ์อักษร เหตุที่ต้องตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรก็เพื่อเป็นการลดความขัดแย้ง ป้องกันข้อผิดพลาดในเรื่องของสิทธิประโยชน์ที่ผู้เป็นสมาชิกพึงจะได้รับ และเพื่อเป็นหลักฐานระหว่างผู้รับประกันภัยและผู้เอาประกันภัย ฉะนั้นจึงเห็นได้ว่าการตกลงดังกล่าวมีความยุ่งยากด้านการทำความเข้าใจ ประกอบกับกฎ กติกา ที่มีความละเอียด ซับซ้อน

อนึ่ง ในการประกันแบบ BP และแบบ IBP จะต้องเสียเวลาติดต่อและขอรับค่าชดเชยจากบริษัทผู้รับประกันภัยภายหลัง ถ้าหากว่าบริษัทประกันได้ตั้งอยู่ห่างจากผู้เอาประกันภัย โดยเงินที่ได้รับเป็นค่าชดเชยนั้นอาจจะไม่คุ้มค่าสำหรับค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปติดต่อกับบริษัทประกัน

2.2.3 ความหมายของการประกันสุขภาพในกฎหมายกรมธรรม์ประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพ⁵⁶ หมายถึง การประกันชนิดหนึ่งซึ่งชดใช้ค่าเสียหายสำหรับค่าใช้จ่ายหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียรายได้อันเนื่องมาจากสุขภาพ

การประกันสุขภาพ คือการทำสัญญาระหว่างบุคคลสองฝ่าย คือ ฝ่ายผู้รับประกันภัย (Insurer) กับฝ่ายผู้เอาประกันภัย (Insured) โดยผู้รับประกันภัยตกลงจะชดใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ศัลยกรรมและอื่นๆ ให้กับผู้เอาประกันภัยเมื่อผู้เอาประกันภัยเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บหรือจากอุบัติเหตุ ทำให้ต้องเข้าพักรักษาตัว เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบการจากรัฐบาล ทั้งนี้ผู้เอาประกันภัยต้องจ่ายเงินจำนวนหนึ่ง เรียกว่าเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้รับประกันภัย (บริษัทประกันภัย)⁵⁷

นอกจากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น อาจสรุปความหมายของการประกันสุขภาพได้ว่า การประกันสุขภาพ คือ การประกันภัยที่บริษัทประกันภัยตกลงที่จะชดเชยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ไม่ว่าจะค่ารักษาพยาบาลนั้นจะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยจากโรคภัยหรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุให้แก่ผู้เอาประกันภัย⁵⁸

การประกันสุขภาพ เราอาจจะพูดเป็นภาษาที่เข้าใจง่ายๆ โดยทั่วไปว่า หมายถึง การจ่ายเบี้ยประกันภัยเพื่อให้ได้รับความคุ้มครองรายได้ และการได้รับการชดเชยจากค่ารักษาพยาบาลเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุ

⁵⁶ Greider & Beadles. (1964). **Principles of Life Insurance.**

⁵⁷ สุวณิ สุรเสียงสังข์. (2547). การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย. หน้า 1.

⁵⁸ กรมการประกันภัย. (2551). การประกันสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 18 กันยายน 2551, จาก

ในประเทศสหรัฐอเมริกา⁵⁹ The American Risk and Insurance Association ได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ ความหมายของการประกันสุขภาพว่า การประกันสุขภาพคือ การประกันภัยที่ป้องกันการสูญเสียเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุบาดเจ็บของร่างกาย

เมื่อพิจารณาความหมายของการประกันสุขภาพจากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ก็พอจะสรุปให้เห็นถึงภาพของการประกันสุขภาพของคนไทยได้ว่า การประกันสุขภาพยังอยู่ในวงที่จำกัด การคุ้มครองในเรื่องการประกันสุขภาพยังคงมีความคุ้มครองเฉพาะค่ารักษาพยาบาลเท่านั้น

การประกันสุขภาพเป็นการป้องกันการสูญเสียการเลี้ยงชีพ และเป็นการเยียวยา ค่ารักษาพยาบาลเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุ ดังนั้น การประกันสุขภาพน่าจะจัดอยู่ในเรื่องของการประกันชีวิตด้วย กล่าวคือ เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้การประกันคุณค่าทางชีวิตมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น อันเป็นการคุ้มครองที่ครอบคลุม ดังที่ ดร.เอส เอส ได้ชี้ให้เห็นลักษณะที่ใกล้เคียงกับการประกันชีวิต “ทั้งสองอย่างมุ่งที่จะให้ความช่วยเหลือในเรื่องการขาดรายได้ไม่ว่าถาวรหรือชั่วคราว”⁶⁰

การประกันสุขภาพเป็นการคุ้มครอง กล่าวคือ การชดเชยรายได้เมื่อบุคคลไม่สามารถหาเลี้ยงชีพได้ และการรักษาพยาบาล เพื่อให้ได้รับการชดเชยเมื่อบุคคลนั้นไม่สามารถหาเลี้ยงชีพได้ และมีการเยียวยารักษาให้บุคคลนั้นกลับสามารถทำงานได้เหมือนเดิม

ส่วนกรรมธรรม์ประกันสุขภาพนั้น อาจกล่าวได้ว่ามีลักษณะเช่นเดียวกับกรรมธรรม์ประกันภัย กล่าวคือ

กรรมธรรม์ประกันภัยถือได้ว่าเป็นหลักฐานเป็นหนังสือที่ลงลายมือชื่อผู้รับประกันภัย และส่งมอบให้แก่ผู้เอาประกันภัยรักษาไว้ จึงเป็นหลักฐานเป็นหนังสือที่คู่สัญญาฝ่ายเอาประกันภัยจะใช้ฟ้องร้องบังคับคดีแก่ผู้รับประกันภัยได้ แต่ฝ่ายผู้รับประกันภัยจะใช้กรรมธรรม์ประกันภัยฟ้องผู้เอาประกันภัยไม่ได้ เพราะมิได้มีลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัยในกรรมธรรม์ประกันภัยแต่อย่างใด จึงไม่อาจเป็นหลักฐานใช้ยืนยันผู้เอาประกันภัยได้ ส่วนหลักฐานเป็นหนังสือที่ผู้รับประกันภัยจะใช้บังคับแก่ผู้เอาประกันภัยได้ก็คือค่าขอเอาประกัน

ดังนั้น กรรมธรรม์จึงเป็นหนังสือที่ผู้รับประกันภัยเป็นผู้จัดทำและส่งมอบให้แก่ผู้เอาประกันภัย โดยกรรมธรรม์ต้องมีลายมือชื่อของผู้รับประกันภัย และต้องมีรายการดังนี้

1) วัตถุประสงค์ ซึ่งหากเป็นสัญญาประกันวินาศภัย วัตถุประสงค์เอาประกันหมายถึงตัวทรัพย์สินที่นำมาทำสัญญา เช่น บ้าน รถยนต์ เป็นต้น แต่หากเป็นสัญญาประกันชีวิต วัตถุประสงค์เอาประกันหมายถึงชีวิตของผู้เอาประกันภัยหรือผู้ถูกเอาประกันภัย

⁵⁹ Mark & R. Greene. (1968). *Risk & Insurance* (2nd Edition).

⁶⁰ George G.R. Lucas & H. Wherry. *Op.cit.* pp. 262-263.

2) ภัยซึ่งผู้รับประกันภัยรับเสี่ยง หากเป็นประกันชีวิตจะต้องระบุว่าเป็นการเสี่ยงภัย โดยอาศัยความทรงชีพหรือความมรณะ แต่หากเป็นการประกันวินาศภัย ต้องระบุว่าเป็นภัยใด เช่น อัคคีภัย वादภัย เป็นต้น

3) ราคาแห่งมูลประกันภัย เป็นราคาหรือค่าของส่วน ใต้เสียของวัตถุที่เสี่ยงภัยที่ ประมาณเป็นเงินไว้ที่ผู้เอาประกันภัยระบุไว้ในสัญญาประกันภัย อาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ราคาแห่ง ส่วน ใต้เสียก็ได้ แต่หากเป็นราคาแห่งมูลประกันภัยในส่วนที่เกี่ยวกับการประกันชีวิตกำหนดไม่ได้

4) จำนวนเงินซึ่งเอาประกันภัย คือจำนวนเงินที่ผู้เอาประกันภัยกำหนดไว้ให้ผู้รับประกันภัยจะต้องชดใช้ให้ถ้าหากเกิดภัยตามที่ตกลงรับเสี่ยงในสัญญา จำนวนเงินซึ่งเอาประกันภัยนี้ มีความสำคัญมากที่จำเป็นจะต้องให้ผู้สัญญากำหนดไว้เสมอในกรมธรรม์ประกันภัย การกำหนด เงินซึ่งเอาประกันภัยนี้ จะกำหนดได้ตามความพอใจของผู้เอาประกันภัย คือ อาจจะกำหนดเท่ากับ ราคาแห่งมูลประกันภัยหรือราคาแห่งส่วน ใต้เสีย หรือจะกำหนดน้อยกว่าราคาแห่งมูลประกัน ภัยเพียงใดก็ได้

5) จำนวนเบี้ยประกันภัย และวิธีส่งเบี้ยประกันภัย

เบี้ยประกันภัย คือ เงินซึ่งฝ่ายผู้เอาประกันภัยตกลงจะส่งให้แก่ผู้รับประกันภัย เพื่อ ตอบแทนการที่ผู้รับประกันภัยยอมเข้ามาทำสัญญารับเสี่ยงภัยกับผู้เอาประกันภัย ซึ่งกรมธรรม์ ประกันภัยจะต้องระบุจำนวนและวิธีส่งเบี้ยประกันไว้ให้ชัดเจน จะส่งเพียงครั้งเดียวหรือส่งเป็น งวดๆ ก็ได้

6) ถ้าหากสัญญาประกันภัยมีกำหนดเวลา ต้องลงเวลาเริ่มต้นและเวลาสิ้นสุดไว้ด้วย

7) ชื่อหรือชื่อของคู่รับประกันภัย

8) ชื่อหรือชื่อของคู่เอาประกันภัย

9) ชื่อของผู้รับประกันภัย โฆษน์ ถ้าจะมี

10) วันทำสัญญาประกันภัย

11) สถานที่และวันที่ได้ทำกรมธรรม์ประกันภัย

นอกจาก 11 รายการตามที่กล่าวมาแล้ว ผู้รับประกันภัยยังอาจระบุข้อความอื่นๆ เพิ่มเติมได้อีก ในสัญญาประกันภัยนั้น มักกำหนดเงื่อนไขต่างๆ เป็นข้อจำกัดความรับผิดชอบของผู้รับประกันภัยไว้มากมายหลายประการ เช่น เงื่อนไขเกี่ยวกับการเกิดของสัญญาประกันภัย เงื่อนไข เกี่ยวกับการแจ้งเหตุวินาศภัย เงื่อนไขเกี่ยวกับคุณสมบัติหรือหน้าที่ที่ผู้เอาประกันภัยต้องปฏิบัติ เป็น ต้น ข้อตกลงที่เพิ่มในกรมธรรม์ประกันภัย ส่วนมากแล้วก็เพื่อประโยชน์ของผู้รับประกันภัย ในการ ที่จะไม่ต้องรับผิดชอบในค่าสินไหมทดแทนเมื่อเกิดวินาศภัยขึ้น⁶¹

⁶¹ พินิจ ทิพย์มณี. เล่มเดิม. หน้า 264-266.

2.3 แนวคิดและความหมายที่เกี่ยวกับการกำหนดค่ารักษาพยาบาล

การกำหนดค่ารักษาพยาบาลเป็นการวางมาตรฐานการรักษาพยาบาลอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายการเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายนั้นย่อมเกิดขึ้นในระดับความเสียหายที่แตกต่างกัน หากเบาไปตามกรณี ดังนั้น ผู้เขียนจึงเห็นว่าควรมีการศึกษาเพื่อให้เข้าใจถึงแนวคิดและความหมายที่เกี่ยวกับการกำหนดค่ารักษาพยาบาลว่ามีอยู่อย่างไร ดังต่อไปนี้

2.3.1 แนวคิดในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล

การจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อชีวิตของมนุษย์ในปัจจุบัน เนื่องจากมนุษย์ทุกคนย่อมมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุได้อยู่ตลอดเวลา และในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในแต่ละครั้งย่อมก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามมามากมาย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาว่าการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลนั้นมีแนวคิดอย่างไร ดังต่อไปนี้

2.3.1.1 แนวคิดในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลตามการประกันสังคม

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบประกันสังคม โดยทั่วไปแล้ว การจ่ายค่าตอบแทนให้กับแพทย์และโรงพยาบาลในระบบประกันสังคม จำแนกเป็นวิธีการใหญ่ๆ ได้ 3 วิธีการ คือ

1) ระบบการจ่ายตามใบเสร็จ (Fee for Services or Price Per Item)⁶²

ระบบการจ่ายตามใบเสร็จ หมายถึง วิธีการจ่ายค่าตอบแทนตามกิจกรรมที่ให้บริการ เช่นการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ทุกครั้งที่มีการปรึกษาหรือมีการตรวจรักษา การจ่ายค่ายาและชนิดและจำนวนของยาที่ส่งจ่าย เป็นต้น โดยทั่วไปเป็นการยากที่จะควบคุมค่าใช้จ่าย เนื่องจากจะมีการเรียกเก็บมากที่สุดเท่าที่จะเรียกเก็บได้ จ่ายค่าตอบแทนเป็นรายหน่วยย่อยของการให้บริการซึ่งมีการจำแนกเป็น 4 วิธีการ คือ

(1) คนไข้จ่ายเงินแพทย์เต็มจำนวนแล้ว ไปเบิกกับกองทุน โดยมีแพทย์เป็นผู้กำหนดราคา (หรือใช้ราคาตลาด)

(2) คนไข้จ่ายเงินให้แก่แพทย์เต็มจำนวน แล้วไปเบิกกับกองทุนได้บางส่วนหรือทั้งหมด โดยมีการกำหนดราคารามาตรฐาน เช่น ราคาสำมะโน เป็นต้น

⁶² สุพัชรี รอดภัยปวง. (2541). การปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย : ผลกระทบของค่าเงินบาทลอยตัว (เอกสารขอประเมินตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานประกันสังคม 7 เพื่อดำรงตำแหน่ง นักวิชาการประกันสังคม 8 ว. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม). หน้า 18.

(3) คนไข้จ่ายเงินให้กับแพทย์ส่วนหนึ่ง (Co-Payment) และกองทุนจ่ายให้แก่แพทย์อีกส่วนหนึ่ง โดยให้มีการตั้งราคามาตรฐานไว้ก่อน

(4) กองทุนจ่ายเงินให้แก่แพทย์โดยตรงตามราคามาตรฐานที่ได้ตกลงกันไว้ก่อน เช่น ราคาสำมะโน โดยที่คนไข้ไม่ต้องจ่ายสมทบ

2) ระบบเหมาจ่าย (Capitation)⁶³

ระบบเหมาจ่าย หมายถึง การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบดูแลภายในช่วงเวลาที่แน่นอนระยะหนึ่ง โดยไม่คำนึงว่าประชากรนั้นเจ็บป่วยหรือไม่ และไม่คำนึงถึงจำนวนกิจกรรมหรือรายการที่ใช้ในการรักษา ดังนั้น ระบบนี้จึงเสมือนสถานพยาบาลเข้ามาร่วมรับความเสี่ยงด้วย หากสมาชิกของคนมีสุขภาพอนามัยที่ดีก็จะมีรายจ่ายต่ำกว่ารายรับ ถ้าได้สมาชิกที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ทำให้การใช้บริการบ่อย ค่าใช้จ่ายก็อาจสูงเกินกว่ารายได้

ค่าตอบแทนในระบบนี้ จะดำเนินการจ่ายให้ตามจำนวนสมาชิกที่เลือกสถานพยาบาลนั้นๆ เพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันและมีการพัฒนาคุณภาพบริการอยู่เสมอๆ จึงจำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเปลี่ยนสถานพยาบาลได้เมื่อเป็นสมาชิกแล้วช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งไม่นานเกินไป หรือบ่อยเกินไปนัก โดยปกติประมาณปีละครั้ง ซึ่งระบบนี้ใช้กับกองทุนประกันสังคม

วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาล โดยใช้การเหมาจ่ายเป็นหลักนำมาใช้นับตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานประกันสังคม ในปี พ.ศ. 2534 ไม่มีความเปลี่ยนแปลงในระบบเหมาจ่ายที่มีมาแต่เดิมสำหรับการรักษาพยาบาลคนไข้นอกและคนไข้ในซึ่งดำเนินการ โดยสถานพยาบาลที่มีการรับรองคุณภาพและสถานพยาบาลเครือข่าย สถานพยาบาลหลักต้องมีเตียงอย่างน้อยที่สุด 100 เตียง และสถานพยาบาลเครือข่ายจะให้บริการเฉพาะคนไข้เป็นหลัก⁶⁴

⁶³ สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์. (2540). เหมาจ่าย : ยุทธศาสตร์เพื่อเสถียรภาพของการประกันสังคม (เอกสารขอประเมินตำแหน่ง ผู้ตรวจราชการกรม สำนักงานประกันสังคม เพื่อดำรงตำแหน่ง เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 9 ขช. สำนักงานประกันภาพ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม). หน้า 17.

⁶⁴ Ms. Aviva Ron and Mr. Kenichi Hirose. (2541). รายงานผลการปฏิบัติงานของผู้เชี่ยวชาญองค์การแรงงานระหว่างประเทศ เรื่อง การทบทวนโครงการประกันสังคมในประเทศไทย. หน้า 18.

3) จ่ายตามกรณีของโรค (Case Payment) หรือตามกลุ่มอาการของโรค (Diagnostic Related Group หรือ DRGs)⁶⁵

จ่ายตามกรณีของโรค (Case Payment) หรือตามกลุ่มอาการของโรค (Diagnostic Related Group หรือ DRGs) หมายถึง การจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใน เป็นการจ่ายตรงให้โรงพยาบาลตามจำนวนครั้งที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยจะจำแนกตามกลุ่มอาการของโรคในกลุ่มเดียวกันถือว่าสิ้นเปลืองทรัพยากรเท่ากัน และแต่ละกลุ่มมีราคาค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน ในประเทศกำลังพัฒนา ระบบ DRGs ถือว่าค่อนข้างซับซ้อนยุ่งยากในทางปฏิบัติและยากต่อการควบคุมการดำเนินการ

ภายใต้การให้บริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคมได้นำเอาระบบการจ่ายเงินในส่วนที่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายมาใช้ โดยสำนักงานประกันสังคมได้ดำเนินการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้สถานพยาบาลในลักษณะร่วมหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายดังนี้

(1) ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย⁶⁶

จำนวนเงินเหมาจ่ายที่กำหนดขึ้นครั้งแรกในช่วงกลางปี พ.ศ. 2534 คือ 700 บาท ใช้ฐานค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง และอัตราการให้บริการที่ตั้งเป้าหมายไว้ในช่วงปี 2534-2535 ชื่อนำเสนอเดิมโดยผู้เชี่ยวชาญคนเดียวกันได้แนะนำให้ปรับจำนวนเงินเหมาจ่ายทุกปีตามค่าดัชนีที่เกี่ยวข้อง แต่มิได้กระทำตาม ส่วนหนึ่งเป็นเพราะระดับการให้บริการไม่ถึงระดับที่ใช้เป็นฐานการคำนวณเงินเหมาจ่ายและปรากฏว่าโรงพยาบาลได้รับผลกำไรจากการบริหารจัดการนี้แล้ว เนื่องจากอัตราการให้บริการต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้ จำนวนเงินเหมาจ่ายจึงไม่ได้มีการเพิ่มขึ้น จนปี พ.ศ. 2538 จึงได้เพิ่มขึ้นเป็น 800 บาท ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2541 จำนวนเงินเหมาจ่ายเพิ่มขึ้นเป็น 1,000 บาท อย่างไรก็ตามเป็นครั้งแรกที่มีการใช้อัตราเหมาจ่ายที่แตกต่างกันตามจำนวนผู้ประกันตนที่มาขึ้นทะเบียน

เมื่อตระหนักว่าระบบเหมาจ่ายนำไปสู่การให้บริการไม่เต็มที่ในโรงพยาบาลบางแห่ง ในปี 2538 สำนักงานประกันสังคมจึงเริ่มจ่ายเงินเพิ่มเติมแก่สถานพยาบาลตามอัตราการให้บริการ ขณะนี้สถานพยาบาลได้รับ “การจ่ายเงินแบบจงใจ” ตามค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์

⁶⁵ สุพัชรี รอดภัยปวง. (2541). การปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย : ผลกระทบของค่าเงินบาทลอยตัว (เอกสารขอประเมินตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานประกันสังคม 7 เพื่อดำรงตำแหน่ง นักวิชาการประกันสังคม 8 ว. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม). หน้า 20.

⁶⁶ สรรุช ชูอ่อนสกุล. (2549). การศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยประกันสังคมของสถานพยาบาลระดับโรงเรียนแพทย์ (รายงานการวิจัย). หน้า 17.

อัตราราคาใช้บริการของผู้ประกันคนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลที่เป็นสถาบันหลัก ในปี 2539 จำนวนเงินที่จ่ายเพิ่มตามอัตราราคาใช้บริการคือ 50 บาท ต่อผู้ประกันตน 1 คน⁶⁷

ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายเป็นการจ่ายพื้นฐานในอัตราเดียวให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันคนที่สำนักงานประกันสังคมได้แจ้งแก่สถานพยาบาล ไม่ว่าผู้ประกันตนจะไปรับบริการทางการแพทย์หรือไม่ก็ตาม ซึ่งอัตราเหมาจ่ายปัจจุบันเท่ากับ 1,404 บาทต่อคนต่อปี⁶⁸ โดยแบ่งจ่ายเป็นรายเดือน และในแต่ละเดือนแบ่งจ่าย 2 งวด ดังนี้

- งวดที่ 1 จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ล่วงหน้าให้แก่สถานพยาบาล ร้อยละ 75 ตามจำนวนผู้ประกันคนที่เลือกสถานพยาบาลในวันต้นเดือน โดยจ่ายในช่วงระยะเวลาต้นเดือนภายใน 15 วัน

- งวดที่ 2 จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่ปรับยอดให้สถานพยาบาล ร้อยละ 25 จากการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลพึงจะได้รับจริงตามจำนวนผู้ประกันตน โดยเฉลี่ย ซึ่งคำนวณจากผู้ประกันตนในวันต้นเดือนรวมกับจำนวนประกันตนในวันสิ้นเดือน หาค่าเฉลี่ยแล้วลบด้วยค่าบริการทางการแพทย์ 75% ที่จ่ายในงวดที่ 1

โดยทั่วไป เหตุผลหลักของการใช้การเหมาจ่ายรายหัว คือ การควบคุมต้นทุนและค่าใช้จ่าย ทำให้มีการใช้บริการที่มีราคาถูกลง แทนที่ด้วยบริการที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า หรือคุ้มค่ากว่า แต่มีคุณภาพการบริการเท่าเทียมกับกรณีการจ่ายใบเสร็จ (Fee for Service) ทำให้ยากกว่าในการปิดการะค่าใช้จ่ายจากคนๆ หนึ่ง ไปให้คนหนึ่ง ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการต่ำกว่าระบบเดิม

ด้วยจุดด้อยของระบบจ่ายตามใบเสร็จ (Fee for Service) ปัจจุบันมีผลทำให้รัฐไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ เนื่องจากมีการใช้ทรัพยากรทางด้านกายภาพอย่างไม่ประหยัด มีการเบิกจ่ายที่เกินจริง มีการรั่วไหล อีกทั้งการรักษาไม่ต่อเนื่องเพราะผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ตามความพอใจ หากเปลี่ยนวิธีเป็นจ่ายจริงเป็นเหมาจ่ายเป็นรายหัว (Capitation) ก็จะสามารถแก้ปัญหาข้อด้อยในระบบนี้ได้

(2) ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง⁶⁹

⁶⁷ Ms. Aviva Ron and Mr. Kenichi Hirose. (2541). เล่มเดิม. หน้า 19.

⁶⁸ สำนักงานประกันสังคม. (2552, กันยายน - ตุลาคม). “สปส. แจง การปรับเพิ่มอัตราเหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน.” วารสารประกันสังคม, ปีที่ 15, ฉบับที่ 5. หน้า 7.

⁶⁹ สรรุช ชูอ่อนสกุล. (2549). การศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยประกันสังคมของสถานพยาบาลระดับโรงเรียนแพทย์ (รายงานการวิจัย). หน้า 18.

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ตามการรักษาโรค และอัตรา ดังนี้

ก. กรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกินหกสิบวัน

- การฟอกโลหิต (Hemodialysis) ให้จ่ายค่าบริการพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละสามพันบาท

- การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ให้จ่ายค่าบริการพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละห้าร้อยบาท

- การให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) และหรือรังสีรักษา (Radiotherapy) ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้จ่ายค่าบริการพยาบาลเท่าที่จ่ายตามความจำเป็น แต่ไม่เกินสามหมื่นบาทต่อรายต่อปี

- การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery) ให้จ่ายค่าบริการพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินหนึ่งแสนบาทต่อราย

- การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคภายในร่างกาย (Implantation of Prosthesis and Instrumentation) ให้เหมาจ่ายเป็นค่าวัสดุตามอัตราที่กำหนดไว้ในบัญชีประเภทอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคตามที่กำหนด

- การผ่าตัดสมอง ให้จ่ายค่าบริการพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นดังนี้

1. ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับเชื้อหุ้มสมองหรือสมอง ยกเว้นการเจาะรูกะโหลกศีรษะ (Burr Hole Operation) ไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อราย

2. ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับเชื้อหุ้มสมองหรือสมอง และมีโรคแทรกซ้อน เช่น มีการติดเชื้อในกะโหลกศีรษะซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ ปอดอักเสบ ไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น ไม่เกินสามหมื่นบาทต่อราย

3. ได้รับการผ่าตัดถึงในสมองและผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีก่อนเกินสิบห้าวันไม่เกินสามหมื่นบาทต่อราย

4. ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับหลอดเลือดในสมอง และต้องใช้อุปกรณ์พิเศษไม่เกินสามหมื่นบาทต่อราย

5. การผ่าตัดหัวใจในโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ (Coronary Bypass) ให้จ่ายค่าบริการพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินหนึ่งแสนบาทต่อราย

6. การรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้สายบอลลูนผ่านทางผิวหนัง
7. ค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค (Cryptococcal Meningitis) ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อราย
8. การรักษาผู้ประกันตนด้วยการเจ็บป่วยโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ข. กรณีการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่บอลลูน (Balloon) อย่างเดียว ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละสามหมื่นบาท ให้มีสิทธิได้รับไม่เกินสองครั้ง

ค. กรณีการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หัวใจกรอ (PTCA) ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินครั้งละสี่หมื่นบาท ให้มีสิทธิได้รับไม่เกินสองครั้ง และกรณีที่ต้องใส่อุปกรณ์ (Stent) ให้จ่ายในอัตราอันละสองหมื่นห้าพันบาท ให้มีสิทธิได้รับครั้งละไม่เกินสองอัน

การปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องบน (ASD) ทางสายสวนหัวใจ โดยใช้ Amplatzer™ Septal Occluder ในสถานพยาบาลที่มีบริการพิเศษและโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ให้จ่ายค่ารักษาและค่าอุปกรณ์การรักษาเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินหนึ่งแสนบาทต่อราย

สำหรับการทำหมัน ให้จ่ายบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นดังนี้

- กรณีการทำหมันชาย ไม่เกินห้าร้อยบาทต่อราย
- กรณีการทำหมันหญิง ไม่เกินหนึ่งพันบาทต่อราย

(3) ค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราการใช้บริการของผู้ประกันตน⁷⁰

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลซึ่งมีอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน และอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ให้สถานพยาบาลมีสิทธิได้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มโดยจ่ายปีละ 1 ครั้ง ภายใน 90 วันนับถัดจากสิ้นปีปฏิทิน ดังนี้

ก. กรณีอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ไม่เกิน 30 จ่ายเพิ่ม ในอัตรา 30 บาทต่อคนต่อปี

⁷⁰ แหล่งเดิม. หน้า 19.

ข. กรณีที่มีอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 31-100 จ่ายเพิ่มอีกจากจำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายให้แล้วตามข้อ 1 ในอัตรา ดังนี้

เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 31-40 จ่ายเพิ่มในอัตรา 10 บาทต่อคนต่อปี

เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 41-50 จ่ายเพิ่มในอัตรา 20 บาทต่อคนต่อปี

เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 51-60 จ่ายเพิ่มในอัตรา 30 บาทต่อคนต่อปี

เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 61-70 จ่ายเพิ่มในอัตรา 40 บาทต่อคนต่อปี

เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 71-80 จ่ายเพิ่มในอัตรา 50 บาทต่อคนต่อปี

เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 81-90 จ่ายเพิ่มในอัตรา 60 บาทต่อคนต่อปี

เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 91-100 จ่ายเพิ่มในอัตรา 70 บาทต่อคนต่อปี

สำหรับสถานพยาบาลที่มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนจะต้องส่งข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนให้กับสำนักงานประกันสังคม เพื่อใช้ในการคำนวณอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนไม่น้อยกว่า 7 เดือนในรอบ 1 ปี ปฏิทิน หากสถานพยาบาลส่งข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนไม่ครบ 7 เดือน สำนักงานประกันสังคมจะไม่นำข้อมูลดังกล่าวไปคำนวณอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน และจะไม่จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวให้แก่สถานพยาบาล

ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนในแต่ละเดือนให้กับสำนักงานประกันสังคมด้วย โปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยประกันสังคม (SSData) และจะต้องส่งข้อมูลต่างๆ ให้ถึงสำนักงานประกันสังคมภายในวันทำงานสุดท้ายของเดือนถัดจากเดือนที่ได้ให้บริการทางการแพทย์ผู้ประกันตน โดยส่งข้อมูลได้เดือนละ 1 ครั้ง ในกรณีส่งข้อมูลที่ส่งแล้วไม่ครบถ้วนถูกต้อง ให้สถานพยาบาลนำข้อมูลของเดือนนั้นไปรายงานในเดือนถัดไปได้

ในการคำนวณอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน และค่าบริการทางการแพทย์ มีขั้นตอนดังนี้

- นำข้อมูลที่รวบรวมได้ในแต่ละเดือนมาคำนวณอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ ซึ่งได้จากผลรวมของจำนวนการใช้บริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกกับจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยใน ซึ่งได้จากการนำจำนวนผู้ป่วยใน คูณด้วยวันนอนเฉลี่ยปรับน้ำหนักสัมพัทธ์ด้วยค่าคงที่ 4.97 แล้วหารด้วยจำนวนผู้ประกันตนเฉลี่ยต่อเดือน

2. คำนวณการใช้บริการทางการแพทย์ต่อปี โดยหาผลรวมของอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของทุกเดือนตามข้อ 1

3. นำอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนต่อปีมาหาดำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

4. คำนวณค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง โดยนำอัตราค่าบริการทางการแพทย์ตามตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ของสถานพยาบาลคูณกับจำนวนผู้ประกันตนเฉลี่ยต่อปีของสถานพยาบาล

(4) ค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง⁷¹

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงในอัตรา 457 บาท ต่อคนต่อปี⁷² สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ซึ่งโรคที่มีภาระเสี่ยงของผู้ป่วยนอกได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคตับอักเสบเรื้อรังและโรคตับแข็ง โรคหัวใจล้มเหลว โรคซีวีเอ โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และโรคถุงลมโป่งพอง ส่วนโรคที่มีภาระเสี่ยงของผู้ป่วยให้นำมาคิดทุกโรคด้วยการวิเคราะห์น้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยสำนักงานประกันสังคมจะแบ่งจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงตามสัดส่วนภาระเสี่ยงของผู้ป่วยนอก และภาระเสี่ยงผู้ป่วยในของสถานพยาบาลปีละ 2 งวด งวดที่ 1 จ่ายภายในเดือน กันยายน โดยนำข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์เดือนมกราคม - มิถุนายน มาคิดภาระเสี่ยงและค่าบริการทางการแพทย์ งวดที่ 2 จ่ายภายในเดือนมีนาคม โดยนำข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม มาคำนวณภาระเสี่ยงและค่าบริการทางการแพทย์ โดยมีขั้นตอนการคำนวณดังนี้

ก. นำข้อมูลทะเบียนโรคเรื้อรังและข้อมูลการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังของเดือนตามงวดที่จ่ายเงิน มาคำนวณหาผลรวมคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอก และภาระเสี่ยงผู้ป่วยนอกตามคะแนนโรคเรื้อรังของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

ข. นำข้อมูลผู้ป่วยทุกรายของเดือนตามงวดที่จ่ายเงิน มาคำนวณหาผลรวมของน้ำหนัก-สัมพัทธ์ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และภาระเสี่ยงผู้ป่วยใน ตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

ค. คำนวณค่าบริการทางการแพทย์ซึ่งแบ่งจ่ายตามภาระเสี่ยงผู้ป่วยนอกที่คำนวณได้ตามข้อ 1 ร้อยละ 55 และตามภาระเสี่ยงผู้ป่วยใน ที่คำนวณได้ตามข้อ 2 ร้อยละ 45 ดังนี้

⁷¹ แหล่งเดิม. หน้า 21.

⁷² สำนักงานประกันสังคม. หน้าเดิม.

- ค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงผู้ป่วยนอก จำนวนได้จากภาระเสี่ยงผู้ป่วยนอก หาดด้วยผลรวมของภาระเสี่ยงผู้ป่วยนอกทั้งหมด คูณด้วยจำนวนผู้ประกันตนทั้งหมด คูณด้วยอัตราค่าบริการทางการแพทย์ คูณ ด้วย 55%

- ค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงผู้ป่วยใน จำนวนได้จากภาระเสี่ยงผู้ป่วยใน หาดด้วยผลรวมของภาระเสี่ยงผู้ป่วยในทั้งหมด คูณด้วยจำนวนผู้ประกันตนทั้งหมด คูณด้วยอัตราค่าบริการทางการแพทย์ คูณด้วย 45%

2.3.1.2 แนวคิดในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลตามการประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ

ธุรกิจประกันสุขภาพในประเทศไทยและในประเทศอื่นๆ อาจกล่าวได้ว่า สำหรับตลาดประกันสุขภาพในประเทศไทยและประเทศอื่นๆ คงต้องขึ้นอยู่กับนโยบายด้านการดูแลสุขภาพสุขภาพของรัฐบาลแต่ละประเทศเป็นสำคัญ ตัวอย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา รัฐบาลให้เงินสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุและผู้ที่มีรายได้น้อย ดังนั้น คนส่วนใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกาจึงหันมาทำประกันสุขภาพ โดยตรงกับบริษัทประกันสุขภาพ เพื่อที่บริษัทจะได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ ส่วนประเทศอังกฤษประชาชนทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลฟรี แต่สำหรับการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนพวกเขาต้องเข้าคิวนานมาก ดังนั้น คนในประเทศอังกฤษจึงซื้อประกันสุขภาพเพื่อให้ได้รับความคุ้มครองในกรณีที่ต้องผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่ และในประเทศออสเตรเลีย รัฐบาลประเทศออสเตรเลียตระหนักดีว่า รัฐไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ทุกคนได้ ดังนั้น ทางรัฐบาลประเทศออสเตรเลียจึงจูงใจให้คนออสเตรเลียทำประกันสุขภาพกับบริษัทประกันสุขภาพ โดยสามารถนำเงินที่เป็นค่าเบี้ยประกันสุขภาพนำมาลดหย่อนภาษีได้⁷³

ในประเทศไทยมีการประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ทั้งการประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่างมีข้อจำกัดที่ว่า ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมและผู้ที่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลได้เพียงแห่งเดียวเท่านั้น โดยจะระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิเมื่อเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายจากอุบัติเหตุ จะสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยไม่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลอื่นได้นอกจากกรณีที่ประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยในกรณีฉุกเฉิน โดยปัจจุบันได้มีโรงพยาบาลเอกชนที่มีคุณภาพในการรักษาเกิดขึ้นหลายแห่งในประเทศไทย ดังนั้นคนไทยหลายคนจึงเลือกที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนนี้ เพราะสามารถเลือกแพทย์ผู้รักษา และเลือกเวลาในการพบแพทย์ได้ตามความสะดวก อย่างไรก็ตาม ยังมีอีกหลายคนที่ยังจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเงินสด

⁷³ คาร์เรน คาร์เตอร์. (2551). “ราคาประกันสุขภาพ ประชาชนต้องจ่ายได้.” *Thailand cover news insurance*. หน้า 103.

โดยที่ไม่รู้ว่าการทำประกันสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายต่อปีเพียงเล็กน้อย สามารถคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลเหล่านั้นได้⁷⁴

การแข่งขันทางธุรกิจประกันสุขภาพในประเทศไทย มีบริษัทประกันหลายแห่ง คิดจะทำธุรกิจประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามสัดส่วนของตลาดประกันสุขภาพยังมีค่อนข้างน้อย ซึ่งหากขาดความชำนาญและความรู้ด้านการแพทย์แล้ว บริษัทเหล่านั้นอาจเสียเงินเป็นจำนวนมากในการทำธุรกิจนี้⁷⁵

หากมองที่ตลาดประเทศไทย ปัจจุบันจะเห็นได้ว่าประชาชนเริ่มเห็นความสำคัญของการทำประกันสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามสิ่งที่อาจส่งผลกระทบต่อธุรกิจประกันสุขภาพก็ยังคงมีอยู่ เช่น การที่เศรษฐกิจเจริญเติบโตช้าลง การเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านการดูแลสุขภาพของรัฐบาล รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านการเรียกเก็บภาษี ตัวอย่างเช่น การลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ที่ทำประกันสุขภาพ จะส่งเสริมให้คนทำประกันสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และลดความกดดันของรัฐในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลลง แต่หากมีการเก็บภาษีในส่วนของค่าการทำประกันสุขภาพ อาจส่งผลทางลบและทำให้รัฐต้องรับภาระในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น⁷⁶

อย่างไรก็ตาม ขณะนี้รัฐบาลในประเทศต่างๆ ตระหนักดีว่า รัฐไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับประชาชนทุกคนได้อย่างเต็มที่ และปัจจุบันนี้ประชาชนต่างมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น รวมทั้งมีเทคโนโลยีใหม่ๆ มากมายช่วยในการรักษาโรคต่างๆ ได้มากขึ้น รัฐบาลของหลายๆ ประเทศยังคงสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับคนที่มีรายได้น้อยหรือผู้ที่มีความเจ็บป่วยในระยะยาว ดังนั้น รัฐบาลจึงส่งเสริมให้ผู้ที่กำลังทรัพย์มากพอให้ทำประกันสุขภาพเอง ส่วนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้ที่มียาได้น้อยหรือว่างงาน⁷⁷

หากมอง 10 ปีที่ผ่านมา โรคร้ายต่างๆ ในเมืองไทยมีการเปลี่ยนแปลงพอสมควร มีโรคติดเชื้อมีอายุน้อยลง แต่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็งเพิ่มขึ้น อุบัติเหตุบนท้องถนนก็เป็นสาเหตุหลักของการได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิต ซึ่งเราสามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยการเพิ่มการรักษาความปลอดภัยบนท้องถนนและการบังคับใช้กฎจราจรอย่างเคร่งครัด เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัย และใส่หมวกกันน็อก และจากข้อมูลยังพบอีกว่า ยอดผู้ป่วยจากโรกระบบทางเดินอาหารและ

⁷⁴ แหล่งเดิม. หน้า 104.

⁷⁵ แหล่งเดิม.

⁷⁶ แหล่งเดิม.

⁷⁷ แหล่งเดิม.

ท้องถิ่นมีสูงขึ้น ซึ่งเราสามารถป้องกันได้โดยการปรุงและเก็บอาหารอย่างสะอาดและถูกหลักอนามัย แต่โดยรวมแล้วคนไทยมีแนวโน้มที่จะใส่ใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น⁷⁸

ในทางการตลาด ธุรกิจประกันสุขภาพขณะนี้ มีบริษัทประกันหลายแห่งได้เริ่มนำประกันสุขภาพมาเป็นหนึ่งในข้อเสนอและสิทธิประโยชน์ที่พนักงานจะได้รับ ซึ่งนั่นเป็นสิ่งที่จะดึงดูดพนักงานให้เข้ามาทำงานและรักษาพนักงานเดิมเอาไว้ ส่วนบุคคลทั่วไปก็เริ่มมีความเข้าใจเพิ่มขึ้นว่า แทนที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเงินสด เขาสามารถทำประกันสุขภาพ และบริษัทประกันจะสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลตรงส่วนนี้ให้เขาได้⁷⁹

ข้อแตกต่างระหว่างประกันสุขภาพกับประกันชีวิต

แท้จริงแล้วการทำประกันสุขภาพนั้นแตกต่างจากการทำประกันชีวิต เพราะการทำประกันชีวิต คือการจ่ายเงินหลังจากที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต บริษัทประกันชีวิตหลายแห่งได้ขายประกันสุขภาพพ่วงไปกับประกันชีวิต หลายคนจึงไม่ได้รับความคุ้มครองที่มากพอกับความต้องการในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่เลือก

- 1) ประกันสุขภาพที่มีผู้นำมาเสนอให้ซื้อ มีความครอบคลุมทั่วโลก หรือว่าคุ้มครองเฉพาะในประเทศไทย
- 2) เวลาป่วย สามารถไปโรงพยาบาลที่ต้องการได้หรือไม่ หรือว่าจำกัดโรงพยาบาล
- 3) บริษัทประกันสุขภาพมีข้อตกลงในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยตรงกับทางโรงพยาบาลหรือว่าผู้ป่วยต้องสำรองค่าใช้จ่ายไปก่อน
- 4) บริษัทประกันสุขภาพมีพนักงานที่สามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง หรือมีพนักงานที่คอยช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินหรือไม่
- 5) ผู้ป่วยสามารถได้รับความคุ้มครองทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในหรือไม่
- 6) สำหรับเด็กมีการกำหนดอายุที่จะเริ่มคุ้มครองหรือไม่ และผู้ใหญ่มีกำหนดอายุสูงสุดที่จะคุ้มครองหรือไม่
- 7) จะได้รับความคุ้มครองตลอดชีวิตหรือไม่
- 8) บริษัทที่ทำประกันสุขภาพอยู่ในวงการประกันสุขภาพมานาน้อยเพียงใด
- 9) มีการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลได้รวดเร็วเพียงใด
- 10) ต้องมีการตรวจสุขภาพก่อนจะทำประกันสุขภาพหรือไม่⁸⁰

⁷⁸ แหล่งเดิม.

⁷⁹ แหล่งเดิม.

⁸⁰ แหล่งเดิม. หน้า 105.

ธุรกิจประกันสุขภาพในอีก 5 ปีข้างหน้า เนื่องจากทางภาครัฐของประเทศต่างๆ จะต้องรับภาระในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ประชาชนมากขึ้น ธุรกิจประกันสุขภาพยังคงโตได้เรื่อยๆ แต่จะต้องอยู่ในราคาที่ประชาชนสามารถจ่ายได้ นอกจากนี้บริษัทประกันและผู้ให้บริการทางด้านการดูแลสุขภาพต้องทำงานร่วมมือกันเพื่อให้ผู้ป่วยแน่ใจได้ว่า จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ในเวลาที่เหมาะสม โดยแพทย์ที่ชำนาญการ และในราคาที่ยุติธรรม⁸¹

ทิศทางของการประกันสุขภาพ เนื่องจากมีการแข่งขันที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีสำหรับลูกค้า เพราะว่าแต่ละบริษัทก็จะแข่งกันเพื่อให้ลูกค้าได้รับบริการที่ดีที่สุด ในขณะที่ก็มีคู่แข่งหลายรายแข่งขันกันในด้านราคาเท่านั้น แต่อีกไม่นาน หากไม่มีเงินสำรองสำหรับจ่ายค่าสินไหมทดแทน ก็อาจจะปิดตัวในไม่ช้า⁸²

สำหรับแนวคิดในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลตามการประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ มีปัจจัยอยู่หลายประการประกอบกัน ในการที่จะกำหนดค่ารักษาพยาบาล โดยก่อนที่จะมีการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลได้นั้น จะต้องมององค์ประกอบในการกำหนดค่ารักษาพยาบาลดังนี้

(1) อัตราเบี้ยประกันภัย

อัตราเบี้ยประกันภัยซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

ก. อายุ อายุของผู้เอาประกันภัยที่แตกต่างกัน สามารถแสดงถึงโอกาสที่ร่างกาย จะบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย รวมถึงการได้รับผลกระทบแทรกซ้อนแตกต่างกันไปด้วย เพราะบุคคลทั่วไปเมื่อมีอายุมากขึ้นก็จะมี โอกาสเกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ได้มากขึ้น และถ้าได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยแล้วประสิทธิภาพในการที่ร่างกายจะซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ก็จะลดลง มีโอกาสที่จะได้รับผลกระทบรุนแรงและต้องใช้เวลาในการพักรักษาตัวนานกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า

ข. เพศ ปัจจุบันความเสี่ยงภัยของเพศหญิงจะไม่แตกต่างจากเพศชายมากนัก แต่อย่างไรก็ตามความแข็งแรงของสุขภาพร่างกายยังมีความแตกต่างกันอยู่โดยปกติเพศหญิงจะใช้เวลาในการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บทางร่างกายนานกว่าเพศชาย ผู้รับประกันภัยจึงอาจจะรับประกันภัยโดยกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยสูงกว่าเพศชาย

ค. สุขภาพ ได้แก่ ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาล รวมทั้งสภาพร่างกายของผู้เอาประกันภัย บุคคลที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยรุนแรง โอกาสที่จะได้รับการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยร้ายแรงหรือได้รับผลกระทบจน

⁸¹ แหล่งเดิม.

⁸² แหล่งเดิม.

ทุพพลภาพเป็นเวลานานในอนาคต ก็ย่อมเป็นไปได้น้อยกว่าบุคคลที่มีสภาพร่างกายอ่อนแอผิดปกติ หรือมีประวัติการเจ็บป่วยร้ายแรงมาก่อน อีกทั้งอาการผิดปกติของร่างกายหรือจิตใจบางอย่างจะ ก่อให้เกิดแนวโน้มหรือความเป็นไปได้สูงในการเกิดอุบัติเหตุ เช่น โรคลมบ้าหมู ประสาทหลอน หรืออาการตื่นตกใจง่าย เป็นต้น

ง. อาชีพ อาชีพแสดงถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่ความเสี่ยงภัยหรือแนวโน้มที่จะได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่ต่างกันออกไป

จ. การดำเนินชีวิต แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพ หรือ อุบัติเหตุของบุคคลที่แตกต่างกันไป อาทิเช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การเล่นกีฬาที่เสี่ยงอันตราย เป็นต้น

ฉ. สำหรับการประกันภัยหมู่จะต้องมีการพิจารณาถึงจำนวนบุคคลที่จะเอา ประกันภัยด้วยเพราะถ้าจำนวนบุคคลมาก การกระจายความเสี่ยงจะมีมากกว่า ซึ่งจะช่วยให้อัตราเบี้ย ประกันภัยต่ำลงได้⁸³

(2) การพิจารณารับประกันภัยของบริษัท

การพิจารณารับประกันภัยของบริษัท ย่อมขึ้นอยู่กับสุขภาพ อายุของผู้เอา ประกันภัยเป็นสำคัญ และในการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยนั้น บริษัทจะไม่คุ้มครอง “โรค ที่เป็นมาก่อนการทำประกันภัย” เช่น หากผู้เอาประกันภัยเป็นโรคเบาหวานมาก่อนการทำประกันภัย บริษัทจะไม่คุ้มครองหากผู้เอาประกันภัยนั้นต้องรักษาตัวด้วยโรคเบาหวาน แต่จะคุ้มครองหากผู้เอา ประกันภัยนั้นเกิดเป็นโรคหัวใจขึ้นภายหลัง⁸⁴

ดังนั้น หากผู้ขอเอาประกันภัยที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง หรือมีโรคประจำตัว หลายอย่าง โอกาสที่จะเจ็บป่วยในอนาคต ย่อมมากกว่าผู้มีสุขภาพแข็งแรง บริษัทอาจจะพิจารณารับ ประกันภัยผู้ขอเอาประกันภัยรายนั้นด้วยเบี้ยประกันภัยที่สูงกว่าคนปกติ หรืออาจจะไม่รับ ประกันภัยเลยก็ได้

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรง เช่น เอคส์ มะเร็ง บริษัทมักจะไม่นับประกันภัย⁸⁵

⁸³ กรมการประกันภัย. (2551). การประกันสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 18 กันยายน 2551, จาก <http://www.dld.go.th>. และ http://www.dhipaya.co.th/Fileupload/contmain/39/061207133648_Health.pdf.

⁸⁴ กรมการประกันภัย. (2551). การประกันสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 18 กันยายน 2551, จาก <http://www.dld.go.th>. และ http://www.dhipaya.co.th/Fileupload/contmain/39/061207133648_Health.pdf.

⁸⁵ กรมการประกันภัย. (2551). การประกันสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 18 กันยายน 2551, จาก <http://www.dld.go.th>. และ http://www.dhipaya.co.th/Fileupload/contmain/39/061207133648_Health.pdf.

(3) การจ่ายค่าสินไหมทดแทน

การจ่ายค่าสินไหมทดแทนสำหรับการประกันสุขภาพ ยึดหลักเกณฑ์เดียวกับ การประกันภัยประเภทอื่นๆ คือ “จ่ายตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงแต่สูงสุด ไม่เกินจำนวนเงินที่เอา ประกันภัยไว้”⁸⁶

(4) ข้อยกเว้นความคุ้มครอง

การประกันสุขภาพโดยทั่วไป จะไม่คุ้มครองการเข้าพักรักษาตัวซึ่งมิได้ เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บหรือป่วยไข้ เช่น การทำหมัน การทำศัลยกรรม การลดความอ้วน การพักผ่อน รวมทั้งการรักษาโรคประสาท กามโรค การติด และการตรวจสายตา เช่นกัน⁸⁷

ดังนั้น ในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลนั้นจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยในหลายๆด้าน กล่าวคือ ปัจจัยทางการเกิดของโรคหรือความเจ็บป่วยแล้วแต่กรณี ซึ่งแต่ละกรณีก็มีค่า รักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน ถ้าหากเกิดเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยค่ารักษาพยาบาลก็จะมีจำนวนเงินที่ เล็กน้อยตามไปด้วย แต่หากมีการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุที่ร้ายแรงจนถึงแก่ชีวิตค่ารักษาพยาบาล ก็จะมีเพิ่มสูงขึ้นด้วย ประกอบกับปัจจัยที่สำคัญหลายๆ ประการผนวกเข้าด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นในส่วน ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องมีความเชี่ยวชาญชำนาญเฉพาะด้านก็จะทำให้ค่าปรึกษาแพทย์และ การรักษาโดยแพทย์นั้นมีราคาสูงด้วย และอุปกรณ์ทางการแพทย์เช่นเดียวกันต่างก็มีราคาค่อนข้าง สูงเนื่องจากการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ประกอบกับเครื่องมือแพทย์ก็ต้องได้รับการทำความ สะอาดที่ดีให้ปลอดเชื้อ สิ่งทีกล่าวมาแล้วล้วนแล้วแต่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอันนำมาซึ่งการกำหนด อัตราค่ารักษาพยาบาลแทบทั้งสิ้น

นอกจากนี้โรคที่เกิดขึ้นก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดการคำนวณค่า รักษาพยาบาลได้ เนื่องจากโรคบางชนิดไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาภายในประเทศ หากแต่ต้อง ตั้งซื้อยาจากต่างประเทศเข้ามาเพื่อทำการรักษา เพราะยาบางชนิดไม่สามารถผลิตขึ้นมาเอง ภายในประเทศได้ อันมีเหตุผลมาจาก วัตถุดิบหรือมีสิทธิบัตรทางยาแต่ละชนิด และเมื่อมีการนำเข้า ยาจากต่างประเทศก็เป็นที่เห็นได้ชัดเจนว่าราคาของยาจะต้องสูง เพราะมีสาเหตุมาจากการขนส่ง ที่เพิ่มมากขึ้นและเป็นยาเฉพาะ

⁸⁶ กรมการประกันภัย. (2551). การประกันสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 18 กันยายน 2551, จาก <http://www.did.go.th>. และ http://www.dhipaya.co.th/Fileupload/contmain/39/061207133648_Health.pdf.

⁸⁷ กรมการประกันภัย. (2551). การประกันสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 18 กันยายน 2551, จาก <http://www.dld.go.th>. และ http://www.dhipaya.co.th/Fileupload/contmain/39/061207133648_Health.pdf.

จากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ถึงแนวความคิดในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ขึ้นอยู่กับ โรค หรือความร้ายแรงของโรค เท่านั้น หากแต่เกิดจากทั้งที่เป็นปัจจัยทางตรงและปัจจัยทางอ้อมประกอบกัน กล่าวคือ ปัจจัยทางตรงอันได้แก่ โรค ความร้ายแรงของโรค ความร้ายแรงของอุบัติเหตุ ระยะเวลาของรักษาพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ยา เวชภัณฑ์ รวมไปถึง เครื่องมือทางการแพทย์ สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยทางตรงที่ก่อให้เกิดการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลได้แทบทั้งสิ้น ส่วนปัจจัยทางอ้อม อาจเกิดจาก นโยบายของรัฐบาลในการให้บริการสาธารณสุขกับประชาชน คงนั้น จะเห็นได้ว่าการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลนั้นเป็นเรื่องที่มีความละเอียดซับซ้อนที่เกิดจากปัจจัยหลายด้าน ทำให้ในคนไข้แต่ละคนอาจเสียค่าใช้จ่ายที่ต่างกัน ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคนิคมเดียวกัน หรือเกิดอุบัติเหตุชนิดเดียวกันก็ตาม ในการจัดบริการทางการแพทย์ จึงจำเป็นต้องอาศัยแพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยแพทย์ในแขนงต่างๆ ตลอดจนสถานพยาบาลและเครื่องมือเครื่องใช้ในทางการแพทย์อันทันสมัยอยู่เป็นอันมาก ทั้งต้องให้ความสำคัญ สะดวกรวดเร็ว

2.3.2 ความหมายของการกำหนดค่ารักษาพยาบาล

การรักษาพยาบาล หมายถึง การรักษาบุคคลที่ไม่สบายเพราะความเจ็บไข้ ความเจ็บป่วย ตลอดจนความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิต และแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นต้องทำการรักษาให้กลับสู่สภาพปกติ มิฉะนั้นจะเกิดอันตรายแก่สุขภาพของผู้ป่วย หมายความว่ารวมถึงการตรวจสอบสุขภาพประจำปี เพื่อประโยชน์ทางด้านสาธารณสุข⁸⁸

สถานพยาบาลของทางราชการ หมายความว่า สถานพยาบาลของทางราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน และให้หมายความรวมถึงสถานพยาบาลของกรุงเทพมหานคร รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ สภากาชาดไทย คุรุสภา สมาคมปราบวัณโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก และสถานพยาบาลอื่นที่กระทรวงการคลังกำหนด

โรงพยาบาล หมายความว่า สถานพยาบาลใดๆ ที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขให้ประกอบการเป็นโรงพยาบาล และจัดให้มีการรักษาพยาบาล ตรวจวินิจฉัยโรค ทำศัลยกรรม-ผ่าตัดใหญ่ (MAJOR SURGERY) โดยมีเตียงสำหรับคนไข้ใน เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยโรคและผ่าตัดเท่าที่จำเป็นและมีแพทย์ประจำอย่างน้อย 1 คน และให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง⁸⁹

⁸⁸ สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2551, จาก http://www.oic.or.th/knowledge/fm_health.htm.

⁸⁹ เมืองไทยประกันชีวิต. (2548). กรมธรรม์เลขที่ 1040736951. หน้า 13.

สถานพยาบาลของเอกชน หมายความว่า

1) เป็นสถานพยาบาลของเอกชนที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตั้งแต่ 26 เตียงขึ้นไป ซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้งหรือดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

2) ในท้องที่อำเภอหรือเขตใดไม่มีสถานพยาบาลของเอกชนตาม 1) ผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยภายในจากสถานพยาบาลของเอกชนที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตั้งแต่ 11-25 เตียง ซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้งหรือดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลอยู่ก่อนวันที่ 1 มกราคม 2529 ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้

3) ในท้องที่อำเภอหรือเขตใดยังไม่มีสถานพยาบาลของเอกชนตาม 1) และ 2) ผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยภายในจากสถานพยาบาลของเอกชนอื่นที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้งหรือดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลอยู่ก่อนวันที่ 1 มกราคม 2529 ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้

ผู้ป่วยภายใน หมายความว่า ผู้ที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และสถานพยาบาลได้รับไว้โดยได้ลงทะเบียนประวัติรับผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาล และได้พักค้างคืนในสถานพยาบาลนั้น

ผู้ป่วยใน อาจหมายความถึง ผู้ที่แพทย์ผู้ให้การรักษาระบุความจำเป็นให้อนพักเพื่อรับการักษาพยาบาลตัวในโรงพยาบาล โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง และต้องเสียค่าห้อง และค่าอาหารประจำวันในการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล⁹⁰

ผู้ป่วยภายนอก หมายความว่า ผู้ที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และสถานพยาบาลไม่ได้รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในสถานพยาบาลนั้น คือเมื่อได้ตรวจและรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยแล้วก็ได้กลับบ้านได้

ค่ารักษาพยาบาลได้ถูกกำหนดขึ้นตามกฎหมายต่างๆ มากมาย ซึ่งผู้เขียนใคร่ขอ ยกตัวอย่างของค่ารักษาพยาบาลที่เกี่ยวกับตัวของลูกจ้างตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ซึ่งจัดว่าเป็นกฎหมายพิเศษอันจะทำให้เห็นว่า ค่ารักษาพยาบาลถูกกำหนดให้อยู่ในกฎหมายเพื่อคุ้มครองประชาชน โดยเฉพาะลูกจ้างตามกฎหมาย กล่าวคือ

ค่ารักษาพยาบาล คือ เงินทดแทนประเภทหนึ่งที่นายจ้างจะต้องจ่ายให้แก่ลูกจ้างโดยไม่มีชักช้า เมื่อลูกจ้างแจ้งให้นายจ้างทราบและในทันทีที่ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย นายจ้างจะต้องจัดให้ลูกจ้าง ได้รับการรักษาพยาบาล ตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น

⁹⁰ แหล่งเดิม. หน้า 20.

และต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ดังกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 13⁹¹

“มาตรา 13 เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามวรรคหนึ่ง โดยไม่ชักช้า เมื่อฝ่ายลูกจ้างแจ้งนายจ้างทราบ”⁹²

ค่ารักษาพยาบาล หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจ การรักษา การพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อให้ผลของการประสบอันตรายหรือการเจ็บป่วยบรรเทาหรือหมดสิ้นไป และหมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องใช้ หรือวัตถุที่แทนหรือทำหน้าที่แทนหรือช่วยอวัยวะที่ประสบอันตรายด้วย⁹³

ค่ารักษาพยาบาลจะต้องเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการตรวจการรักษา การพยาบาล หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อให้ผลของการประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการทำงานให้แก่ นายจ้าง บรรเทาหรือหมดสิ้นไปเท่านั้น ค่าใช้จ่ายเหล่านี้จะต้องเป็นค่าใช้จ่ายที่ได้จ่ายจริงๆ ตามความจำเป็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำงานให้นายจ้าง⁹⁴

นอกจากค่าใช้จ่ายในการตรวจ การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลตามที่กฎหมายกำหนดให้นายจ้างรับผิดชอบนี้ ยังหมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับ เครื่องใช้ อุปกรณ์ หรือ วัตถุต่างๆ ที่ใช้แทนหรือทำหน้าที่แทน หรือช่วยอวัยวะที่สูญเสียไปนั้น ได้ด้วย เป็นต้นว่า ไม่ทำขาเทียม นิ้วเทียม ฯลฯ ถ้าลูกจ้างได้ใช้จ่ายไปเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวนี้แล้ว นายจ้างจะต้องจ่ายให้แก่ลูกจ้าง⁹⁵

อย่างไรก็ดีค่ารักษาพยาบาลที่นายจ้างจะต้องรับผิดชอบจ่ายให้แก่ลูกจ้างนั้นจะต้องจ่ายตามความเป็นจริง แต่ไม่เกินอัตราสูงสุด ที่กฎหมายกำหนดให้นายจ้างต้องรับผิดชอบจ่ายให้ หมายความว่า ถ้าลูกจ้างได้ใช้จ่ายไปในการรักษาพยาบาล เป็นจำนวนเงินเท่าไร นายจ้างต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ลูกจ้างไปในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนที่ลูกจ้างได้จ่ายไป และจะต้องจ่าย

⁹¹ พอพันธ์ เขตต์กัน. (2541). มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองประโยชน์ทดแทนของลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรม : เปรียบเทียบระหว่างกฎหมายประกันสังคมและกฎหมายเงินทดแทน. หน้า 75.

⁹² สัก กอแสงเรือง. (2551). รวมกฎหมายแรงงาน. หน้า 130.

⁹³ พอพันธ์ เขตต์กัน. หน้าเดิม.

⁹⁴ แหล่งเดิม. หน้า 75-76.

⁹⁵ แหล่งเดิม. หน้า 76.

ทันทีที่ถูกจ้างแจ้งให้ทราบ แม้เมื่อถูกจ้างไม่ได้แจ้งก็เป็นหน้าที่ของนายจ้างอยู่แล้วที่จะต้องจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาล ตามความเหมาะสมในทันทีที่ได้ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย⁹⁶

นอกจากค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ถูกกำหนดไว้ในกฎหมายเงินทดแทนแล้ว ค่ารักษาพยาบาลก็ถูกกำหนดไว้ในกฎหมายหลายฉบับ แม้กระทั่งกรมธรรม์ประกันสุขภาพ โดยค่ารักษาพยาบาลเป็นเงินที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเยียวยารักษาบุคคลผู้ซึ่งต้องเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย อันอาจกล่าวได้ ดังนี้

ค่ารักษาพยาบาล หมายถึง เงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บในการรักษาพยาบาล ดังนี้

- 1) ค่ายา ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค
- 2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม
- 3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค แต่ไม่รวมถึงค่าจ้างผู้พยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ
- 4) ค่าห้องและค่าอาหารตลอดเวลาที่เข้ารับการักษาพยาบาล
- 5) ค่าตรวจสุขภาพประจำปี

การประกันสุขภาพสามารถจำแนกได้เป็น สองประเภทใหญ่ๆ กล่าวคือ

(1) การประกันการสูญเสียรายได้ หมายถึง ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถทำงานได้ เนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ

(2) การประกันค่ารักษาพยาบาล หมายถึง ค่าใช้จ่ายในเรื่องการรักษาพยาบาล เนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ ค่าใช้จ่าย เช่น การตรวจรักษา ค่าโรงพยาบาล ค่าพยาบาล และการบริการที่เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น ค่ารักษาพยาบาลอาจจ่ายโดยตรงถึงผู้รักษาหรือตัวผู้เอาประกันภัย⁹⁷

การประกันในประเภทที่สองนี้ สามารถจำแนกออกได้เป็นกรณีได้อีก สองกรณี คือ

ก. ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล

ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล อาจเกิดจากสาเหตุของ การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยครั้งใดครั้งหนึ่ง หรืออุบัติเหตุ

การเจ็บป่วยหรือการเจ็บป่วยครั้งใดครั้งหนึ่ง คือการเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลในฐานะคนไข้ใน 2 ครั้ง หรือมากกว่า ในสาเหตุหรือการเจ็บป่วยอันเดียวกัน

⁹⁶ แหล่งเดิม.

⁹⁷ Curtis M. Elliott and J. Waughan. Loc.cit.

ถ้าระยะเวลาระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งก่อน และครั้งต่อๆ มาห่างกันไม่เกิน 90 วัน (เก้าสิบวัน) ให้ถือเป็นการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพียงครั้งเดียว และถือเป็นการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลต่อเนื่องกันด้วย

การบาดเจ็บ หมายความว่าถึง การบาดเจ็บทางร่างกายของผู้เอาประกันภัย อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ ถึงขั้นที่จะต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

การเจ็บป่วย หมายความว่าถึง การเจ็บป่วย หรือ โรคอันเกิดขึ้นแก่ผู้เอาประกันภัยภายหลัง 30 วัน นับแต่วันที่สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยฉบับนี้เริ่มมีผลบังคับ หรือวันที่ได้รับการต่ออายุให้มีผลบังคับ เว้นแต่ได้ทำสัตยาบันไว้เป็นอย่างอื่น

อุบัติเหตุ หมายความว่าถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยฉับพลันจากปัจจัยภายนอก ร่างกายของผู้เอาประกันภัยและทำให้ผลที่ผู้เอาประกันภัยมิได้เจตนาหรือมุ่งหวัง

โดยในการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยไม่ว่าด้วยเหตุใดๆ หรือเนื่องมาจากการประสบอุบัติเหตุก็แล้วแต่ต้องเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลอันนำมาซึ่งค่าใช้จ่ายที่จะต้องรับภาระเป็นจำนวนมากของตัวผู้ที่ประสบอันตรายหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ประสบอันตรายหรือบาดเจ็บต้องรับผิดชอบ ซึ่งอาจประกอบไปด้วย ค่าห้องพักและค่าอาหาร โดยเป็นค่าห้องพัก ค่าอาหารที่โรงพยาบาลจัดตามปกติสำหรับผู้ป่วยในของ โรงพยาบาล ค่ายาและค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งในระหว่างที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในของ โรงพยาบาล ก็จะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการบำบัดการรักษาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยนั้น ได้แก่ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลตามคำสั่งแพทย์และที่ใช้ในโรงพยาบาล รวมไปถึง เครื่องช่วยค้ำ อุปกรณ์ช่วยในการมองเห็น เครื่องช่วยฟัง ค่ารถพยาบาล และค่าพยาบาลพิเศษ นอกจากนี้ยังมีค่าตรวจทางห้องทดลองและการตรวจพิเศษอื่นๆ ค่าปรึกษาแพทย์ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน ค่าศัลยกรรม ค่าวางยาระงับความรู้สึก ค่าห้องผ่าตัด เป็นต้น

ค่าใช้จ่ายที่กล่าวมาทั้งหมดก็แล้วแต่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น ซึ่งโดยปกติแล้วในการเข้ารับการรักษาตัวในครั้งหนึ่งๆ ย่อมก่อให้เกิดปัญหาในทางเศรษฐกิจที่ยากจะเยียวยาได้โดยง่าย เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่ปรากฏค่อนข้างมีราคาที่สูง โดยหากมีการโอนความเสี่ยงในส่วนของการรักษาพยาบาลไปสู่บุคคลภายนอกได้ก็จะทำให้ผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยไม่ต้องการระงับการได้

ข. ค่าผ่าตัดและการเยียวารักษา

เมื่อมีการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น สิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ก็คือ ค่าผ่าตัดและการเยียวารักษาซึ่งถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างมีราคาสูง

อันเนื่องมาจากการเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องใช้นุศลากรทาง การแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญความชำนาญเป็นพิเศษเฉพาะด้าน ประกอบกับอุปกรณ์ทางการ แพทย์ก็มีราคาสูงทำให้ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดก็มีราคาสูงตามไปด้วยเช่นกัน นอกจากนี้แล้วหากมี การผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยสิ่งที่ตามมาอีกก็คือ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเฝ้าระวังรักษาเพื่อให้เกิดความ ต่อเนื่องของการผ่าตัด ซึ่งก็ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนไม่น้อยเช่นกัน



บทที่ 3

ปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมกับ การประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน ของต่างประเทศเปรียบเทียบกับประเทศไทย

เมื่อนุญต์เราประสบอันตรายจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย ก็เป็นที่แน่นอนว่าต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลหรือคลินิก โดยถ้าหากเป็นผู้ที่มีความสามารถทางการเงินก็จะไม่เกิดปัญหาจากการที่ต้องใช้จ่าย เพื่อรับการรักษาพยาบาลอย่างดีที่สุด แต่ทว่าหากเป็นผู้ที่ค่อนข้างความสามารถทางการเงิน ก็จะทำให้เห็นว่ากรที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลหรือคลินิกที่มีชื่อเสียง และเพื่อให้ตนได้รับการรักษาอย่างดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ก็ย่อมเป็นเรื่องยาก ดังนั้น เมื่อวิวัฒนาการทางการแพทย์ได้ก้าวหน้าขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็สูงตามไปด้วย อาทิ ค่าปรึกษาแพทย์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเวชภัณฑ์ เป็นต้น ก็ยังทำให้ความสามารถในการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ดีมีประสิทธิภาพเป็นไปได้ยากขึ้นไปอีก โดยผู้ที่ไม่สามารถเลือกการเข้ารับการรักษาพยาบาลได้มากนักก็อาจจะเป็นบุคคลผู้มีรายได้น้อย หรือลูกจ้างที่มีรายได้น้อยสูงมาก ส่วนบุคคลที่มีรายได้น้อยหรือบุคคลที่มีความแข็งแกร่งทางการเงินก็ย่อมจะสามารถหาหลักประกันในการคุ้มครองสุขภาพของตนเองได้

ดังนั้น ในการศึกษาในหัวข้อของการกำหนดค่ารักษาพยาบาลผู้เขียนจึงใคร่ขอยกกรณีศึกษาขึ้นมา 2 กรณี คือ กรณีการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม และกรณีที่สอง กรณีการกำหนดค่ารักษาพยาบาลจากการประกันสุขภาพภาคเอกชนตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน ซึ่งถือว่าล้นแล้วแต่มีการนำมาใช้ในปัจจุบันเป็นจำนวนมาก เนื่องมาจากการที่มีกฎหมายภาคบังคับที่ให้ผู้ที่เป็นลูกจ้างต้องเข้าเป็นผู้ประกันตนและจ่ายเงินสมทบเพื่อจะได้รับประโยชน์ทดแทนตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งกรณีนี้ถูกนำมาใช้เฉพาะผู้ที่อยู่ในฐานะลูกจ้างเท่านั้น แต่ถ้าหากว่าผู้ใดต้องการเข้าเป็นผู้ประกันตนก็สามารถแจ้งความประสงค์ได้ แต่จากสถิติที่ผ่านมาจะพบว่า การเข้าเป็นผู้ประกันตนกรณีที่ไม่มียายจ้างนั้น ลูกจ้างโดยมากแล้วจะไม่เข้าเป็นผู้ประกันตน เนื่องมาจากเงินสมทบที่จ่ายเข้ากองทุนไม่คุ้มค่ากับประโยชน์ที่ได้รับ จึงเลี้ยงที่จะใช้วิธีการทำประกันในภาคเอกชนมากกว่า ซึ่งก็จะได้ทำการศึกษาต่อไปดังนี้

3.1 ปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมกับการประกันสุขภาพตาม กรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชนของต่างประเทศ

การประกันสังคมเป็นการสร้างความมั่นคงให้เกิดขึ้นกับประเทศ โดยการประกันสังคมได้เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ มากมาย โดยมีประเทศที่น่าสนใจ คือ ประเทศอุตสาหกรรมก้าวหน้า เช่น ประเทศสวีเดน ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศญี่ปุ่น ประเทศเยอรมัน ประเทศออสเตรเลีย ส่วนประเทศอุตสาหกรรมใหม่ เช่น เขตปกครองพิเศษฮ่องกง ประเทศเกาหลีใต้ ประเทศสิงคโปร์ ประเทศไต้หวัน และประเทศกำลังพัฒนาสู่อุตสาหกรรมใหม่ในกลุ่มอาเซียน เช่น ประเทศมาเลเซีย ประเทศฟิลิปปินส์ และประเทศอินโดนีเซีย โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้เขียนใคร่ขอศึกษากฎหมายประกันสังคมของประเทศที่อยู่ใกล้เคียงกับประเทศไทยก่อน เนื่องมาจากการที่มีวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ วัฒนธรรม ตลอดจนการดำเนินชีวิตที่มีความคล้ายคลึงกับประเทศไทยอยู่บ้าง เพราะเป็นการศึกษาประเทศที่อยู่ในภูมิภาคเดียวกันกับประเทศไทย เพื่อทำการเปรียบเทียบถึงการพัฒนาการทางด้านการประกันสังคม โดยจะได้นำมาเป็นแบบอย่างของการกำหนด การดำเนินการให้การประกันสังคมที่เกี่ยวกับอัตราค่ารักษาพยาบาลที่กฎหมายประกันสังคมของประเทศไทยยังมีปัญหาอยู่เพื่อจะได้เป็นแนวทางแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นและทัดเทียมกับประเทศอื่นๆ เพราะจากการศึกษาจะเห็นว่ากฎหมายประกันสังคมของไทยจัดอยู่ในกลุ่มของประเทศกำลังพัฒนาในอุตสาหกรรมใหม่

โดยในการศึกษาปัญหาเรื่องอัตราค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมและการประกันสุขภาพภาคเอกชนของต่างประเทศนั้นผู้เขียนจะขอยกประเทศที่ถือว่าอยู่ในภูมิภาคเดียวกันกับประเทศไทยอันประกอบไปด้วย ประเทศอุตสาหกรรมก้าวหน้า อย่างเช่นประเทศญี่ปุ่น และประเทศกำลังพัฒนาสู่อุตสาหกรรมใหม่ในกลุ่มอาเซียน เช่น ประเทศฟิลิปปินส์ ดังนี้

3.1.1 ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกของทวีปเอเชียที่กลายเป็นประเทศอุตสาหกรรม โดยภายหลังจากการเปลี่ยนแปลงจากระบบศักดินามาเป็นระบบทุนนิยม ซึ่งประเทศญี่ปุ่นมีมาตรฐานในการครองชีพของประชาชนจัดได้ว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สูงขึ้นเรื่อยๆ มีค่ารายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปี คือ 22,000 เหรียญสหรัฐ ซึ่งการจัดสวัสดิการด้านแรงงานของประเทศญี่ปุ่น จะทำการศึกษาดูตามมาตรการทางรัฐธรรมนูญ มาตรการคุ้มครองแรงงาน และรวมถึงมาตรการทางกฎหมายประกันสุขภาพ

3.1.1.1 การกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม

ประเทศญี่ปุ่น เป็นประเทศแรกในทวีปเอเชียที่เริ่มนำระบบการประกันสังคมมาใช้บังคับ โดยเริ่มใช้ในปี 2524

การประกันสังคมในประเทศญี่ปุ่น เริ่มจากการเป็นโครงการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (Mutual Aid System) สำหรับลูกจ้างในสถานที่ทำงาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงภัยซึ่งกันและกัน (Sharing Mutual Risks) ต่อมาจึงขยายเป็นระบบประกันของลูกจ้าง (Employees' Insurance System) ที่คุ้มครองลูกจ้างทุกคน และขยายถึงบุคคลที่มีได้เป็นลูกจ้างและที่มิได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน (Occupational Insurance System) ในระยะต่อมา¹

ระบบการประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่น ได้พัฒนาเทียบกับประเทศตะวันตก ระหว่างปี 1945- 1954 ข้อตกลงการก่อสร้างระบบประกันสังคม เริ่มขึ้นภายหลังสงครามโลก ครั้งที่ 2 ระหว่างปี 1955-1964 ระบบประกันสุขภาพนำมาใช้ระหว่างปี 1965-1974 ส่วนระบบประโยชน์ทดแทนปรับปรุงขึ้นภายหลังปี 1975 และพยายามก่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการจ่ายประโยชน์ทดแทนและการเรียกเก็บเงินสมทบ ซึ่งมีการปรับปรุงมาตลอด ระบบประกันสังคมจึงเริ่มมาจากการใช้ระบบประกันสุขภาพและมีระบบบำนาญครอบคลุมประชากรทุกคน แรกเริ่มนั้นระบบดังกล่าวจะเป็นการดูแลช่วยเหลือลูกจ้างในสถานที่ทำงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงภัยจากการทำงาน ต่อมา ระบบนี้จึงได้ขยายไปสู่ลูกจ้างทุกคนแม้กระทั่งกลุ่มอิสระที่ไม่มีลูกจ้าง หรือกลุ่มว่างงาน²

สาขาของการประกันสังคม (Branches of Insurance) ในประเทศญี่ปุ่น แบ่งเป็น 4 สาขาใหญ่ๆ ตามลักษณะของบทบาทได้แก่

- 1) การประกันกรณีเจ็บป่วยหรือการประกันทางการแพทย์ (Medical Care Insurance)
- 2) การประกันกรณีบำนาญ (Pension Insurance)
- 3) การประกันการจ้างงาน (Employment Insurance)

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

² เขียวลักษณ์ สวัสดิ์อิทธิคม. (2544). รายงานการฝึกอบรมหลักสูตร The 11th Study Programmed for The Asian Social Insurance Administrators จัดโดย Japan International Corporation of Welfare Services (JICWELS). หน้า 3.

4) การประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน (Occupational Accident Compensation Insurance)

1) การประกันกรณีเจ็บป่วยหรือการประกันทางการแพทย์ (Medical Care Insurance)³

ระบบนี้ให้ประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตนกรณีที่อยู่เสียรายได้ในระยะสั้น เช่น คลอดบุตร เจ็บป่วย ตาย

การประกันทางการแพทย์นี้จะไม่มีการจ่ายในรูปเงินสด (In Cash) แต่จะให้ประโยชน์ในรูปของการบริการ (In Kind) ผ่านสถาบันประกันทางการแพทย์ตามที่รัฐบาลท้องถิ่นกำหนด ซึ่งผู้ประกันตนต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งสมทบกับค่ารักษาทางการแพทย์แก่สถาบันประกันดังกล่าวนี้

การเจ็บป่วย การเกิดโรค หรือความตายของลูกจ้างขณะทำงาน จะอยู่ในความคุ้มครองของโครงการประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน ซึ่งบังคับให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลชดเชยแก่ลูกจ้าง

การประกันสุขภาพของลูกจ้าง (Employees' Health Insurance) คุ้มครองทั้งลูกจ้างและผู้อยู่ในอุปการะ

2) การประกันกรณีบำนาญ (Pension Insurance)⁴

การประกันกรณีบำนาญ เป็นระบบการจ่ายบำนาญแก่ผู้ประกันตนและผู้เป็นทายาทโดยครอบครัวกรณีชราภาพ ทูพพลภาพ และกรณีตาย ซึ่งเป็นการจ่ายประโยชน์ระยะยาวเมื่อผู้ประกันตนสูญเสียความสามารถในการทำงานหรือตาย กล่าวคือ เมื่อลูกจ้างผู้ประกันตนตาย ประโยชน์ทดแทนนั้นจะตกเป็นของทายาทเรียกว่า บำนาญตกทอด (Survivors' Pension) ขณะที่ระบบประกันทางการแพทย์จะจ่ายค่าทำศพ

บำนาญชราภาพจะจ่ายให้แก่ผู้ที่จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 25 ปีขึ้นไป และมีอายุถึงเกณฑ์เกษียณที่กำหนดไว้ อัตราเงินสมทบจะคำนวณไว้ระยะยาว

3) การประกันการจ้างงาน (Employment Insurance)⁵

โครงการนี้เป็นการประกันแก่ลูกจ้างผู้ประกันตนเมื่อว่างงาน เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะมีรายได้เพียงพอแก่การดำรงชีวิตขณะที่กำลังหางานทำ อัตราประโยชน์ทดแทน

³ ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม. เล่มเดิม. หน้า 3.

⁴ แหล่งเดิม. หน้า 4.

⁵ แหล่งเดิม.

กรณีว่างงานจะแตกต่างกันไปตามประเภทของผู้ประกันตน ได้แก่ ลูกจ้างทั่วไป ลูกจ้างสูงอายุ ลูกจ้างชั่วคราว หรือลูกจ้างรายวัน

นอกเหนือจากประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานดังกล่าวแล้ว กองทุนประกันการจ้างงานยังมีภาระในกรณีการดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงในการมีงานทำ เสถียรภาพในการจ้างงาน การป้องกันการว่างงาน ปรับปรุงสภาพการทำงาน ขยายโอกาสในการมีงานทำ ปรับปรุงความสามารถ และทักษะของลูกจ้างให้สูงขึ้น รวมทั้งโครงการปรับปรุงสวัสดิการลูกจ้างและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

4) การประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน (Occupational Accident Compensation Insurance)⁶

โครงการนี้ให้ความคุ้มครองกรณีความเสียหายหลายประการ ได้แก่ ความเจ็บป่วย โรค ความพิการ และความตายอันเนื่องมาจากการทำงานหรือระหว่างการเดินทาง ไป-กลับจากสถานที่ทำงาน

ประโยชน์ทดแทนในโครงการนี้ จ่ายเป็นบำนาญหรือเป็นเงินก้อนก็ได้ ทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การทดแทนรายได้ระหว่างการขาดงาน การช่วยเหลือกรณีขาดความสามารถในการทำงานเนื่องจากความพิการ และเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้เป็นทายาท

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

สำหรับกรณีอัตราส่วนเงินสมทบแห่งชาติ (National Contribution Ratio)⁷ อันเป็นอัตราส่วนเงินสมทบ (ซึ่งเป็นผลรวมระหว่างร้อยละของเงินภาษีรายได้ทั่วไปกับเงินสมทบโครงการประกันสังคม) ต่อรายได้รวมของชาติ (National Income) เท่ากับ 38.4% ในปี 1992

ด้วยเหตุที่ประชาชนชาวญี่ปุ่นมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ อัตราส่วนเงินสมทบย่อมสูงขึ้นอย่างเลี่ยงไม่ได้ในระยะยาว เพราะค่าใช้จ่ายในโครงการสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม ก็จะต้องมีการรักษาให้อยู่ในระดับที่ไม่กระทบกระเทือนต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจและแรงจูงใจในการลงทุน

เพื่อรักษาระดับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ประเทศญี่ปุ่นจะต้องควบคุมการเพิ่มค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับสัดส่วนการเพิ่มรายได้ของชาติ

⁶ แหล่งเดิม. หน้า 5.

⁷ แหล่งเดิม.

ซึ่งรัฐบาลได้กำหนดไว้ในนโยบายการประกันสังคมแล้ว รวมทั้งการพยายามควบคุมค่ารักษาพยาบาลให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

สำหรับการประกันสังคม กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือเป็นโรคที่เกิดเนื่องจากการทำงาน (เหมือนในหลายประเทศซึ่งก็รวมทั้งประเทศไทยด้วย) และต่อมาก็ขยายการประกันสังคมออกไปจนเป็นระบบประกันสังคมที่สมบูรณ์ทัดเทียมกับประเทศในทวีปยุโรป และประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีระบบประกันสังคมครอบคลุมทั้ง 8 ประเภท กรณีชราภาพ กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย มีการให้ความคุ้มครองในรูปแบบบำนาญ ซึ่งแบ่งเป็น 2 แบบ คือ บำนาญลูกจ้าง ซึ่งใช้บังคับในกิจการอุตสาหกรรมและการพาณิชย์กรรมโดยทั่วไป และบำนาญแห่งชาติให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนโดยทั่วไป ในระบบแรกนายจ้างและลูกจ้างมีหน้าที่ออกเงินสมทบเท่ากัน ส่วนแบบที่สองรัฐบาลออกร่วมด้วย เพื่อนำมาจัดเป็นประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบำนาญชราภาพ บำนาญทุพพลภาพ รวมทั้งเงินเสริมสำหรับผู้อยู่ในอุปการะของผู้ประกันตน สำหรับกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน ก็แบ่งเป็น 2 แบบ คือ ประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งให้ความคุ้มครองประชาชนทั่วไป และประกันสุขภาพลูกจ้างซึ่งคุ้มครองแก่ลูกจ้างต่างๆ ในแบบแรกประโยชน์ทดแทนมีรูปบริการทางการแพทย์อย่างเดียว จากเงินที่จ่ายเข้ากองทุนโดยรัฐบาลและผู้ประกันตน ส่วนแบบหลังประโยชน์ทดแทนมีทั้งบริการทางการแพทย์และเงินทดแทนการขาดรายได้ จากเงินที่จ่ายเข้ากองทุนโดยนายจ้างและลูกจ้างเท่าๆ กัน ส่วนรัฐบาลให้เงินอุดหนุนการบริหารกองทุน สำหรับกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ลูกจ้างไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ แต่นายจ้างเป็นผู้จ่าย โดยรัฐบาลเป็นผู้สนับสนุน ค่าใช้จ่ายบางรายการ ซึ่งผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปบริการทางการแพทย์และเงินทดแทนการขาดรายได้ รวมทั้งมีบำนาญตกทอดแก่ทายาท อันได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ของผู้ประกันตนด้วย สำหรับกรณีคลอดบุตร มีการให้ประโยชน์ทดแทนในรูปบริการทางการแพทย์สำหรับการคลอดบุตรและบริบาลทารกด้วย สำหรับกรณีสงเคราะห์ครอบครัว คุ้มครองประชาชนที่มีบุตรตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปซึ่งอายุต่ำกว่า 4 ปี ในปี พ.ศ. 2536 หรือต่ำกว่า 3 ปี ในปี พ.ศ. 2537 โดยผู้ประกันตนไม่ต้องออกเงินสมทบ แต่นายจ้างเป็นผู้จ่ายร่วมกับรัฐบาล⁸

จากที่ได้กล่าวมาแล้วเบื้องต้นเกี่ยวกับการประกันสังคมในประเทศญี่ปุ่น ประเทศญี่ปุ่นยังมีการประกันสังคมที่น่าสนใจ กล่าวคือประเทศญี่ปุ่น มีระบบการประกันสังคมตามประเภทดังต่อไปนี้

- (1) ชราภาพ ทุพพลภาพ และตาย
- (2) เจ็บป่วยและคลอดบุตร

⁸ วิชัย โสสุวรรณจินดา. (2533). กฎหมายประกันสังคม. หน้า 3-4.

- (3) ประสบอุบัติเหตุและเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน
- (4) ว่างงาน
- (5) สงเคราะห์ครอบครัว

กรณีประกันการชราภาพ ทูพพลภาพ และตาย มีระบบการประกันสังคมอยู่ 2 ระบบหลัก ได้แก่ การประกันบำนาญลูกจ้าง (Employees Pension Insurance) ให้ครอบคลุมถึงกิจการต่างๆ ในอุตสาหกรรมและการพาณิชย์รวมกะลาสีเรือด้วย และระบบโครงการประกันบำนาญแห่งชาติ (National Pension Program) ใช้กับพลเมืองทุกคนที่มีอายุ 20-59 ปี ภายใต้ระบบนี้มีระบบการประกันสังคมแบบสมัครใจกับพลเมืองที่มีอายุ 60-64 ปี และผู้ที่ไปทำงานต่างประเทศที่อายุ 20-64 ปี นอกจากนี้ยังมีระบบพิเศษสำหรับเกษตรกร ครูโรงเรียนเอกชน ลูกจ้างในภาคเกษตร ป่าไม้ สหกรณ์ ประมง และลูกจ้างในกิจการสาธารณะ โดยระบบแรกผู้มีหน้าที่ออกเงินสมทบ ได้แก่ นายจ้างและลูกจ้างเท่านั้น โดยออกเท่ากัน คือ 7.25% (ผู้ชาย) หรือ 7.75% (ผู้หญิง) ของเงินเดือน ส่วนระบบที่สองมีรัฐบาลเข้ามามีส่วนร่วมด้วย โดยรัฐออก 33.3% ของประโยชน์ทดแทนและค่าบริหาร ที่เหลือเป็นของนายจ้างและลูกจ้างที่ต้องสมทบ (แต่ขาดข้อมูลว่าแต่ละฝ่ายต้องสมทบเท่าไร) เรื่องประโยชน์ทดแทนมีหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นบำนาญชราภาพ บำนาญทุพพลภาพ บำนาญตกทอด รวมทั้งให้เงินเสริมเมื่อมีผู้อยู่ภายใต้อุปการะผู้ประกันตนด้วย และทุกๆ ปีจะมีการปรับอัตราการให้ประโยชน์ทดแทนโดยอัตโนมัติในทั้ง 2 ระบบหลัก ส่วนเงื่อนไขกำหนดให้การประกันชราภาพในทั้ง 2 ระบบหลัก ลูกจ้างต้องสมทบเงินมาแล้วไม่ต่ำกว่า 25 ปี⁹

กรณีการเจ็บป่วยและคลอดบุตร ในระบบประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่นมีอยู่สองระบบ คือ การประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) ซึ่งเน้นครอบคลุมพลเมืองทั่วไป และการประกันสุขภาพลูกจ้าง (Employee Health Insurance) ซึ่งเน้นผู้ทำงานในอุตสาหกรรมและพาณิชย์ และผู้ประกันตนโดยสมัครใจ และมีระบบพิเศษสำหรับผู้มีอายุตั้งแต่ 70 ปี กะลาสีเรือ ครูเอกชน และลูกจ้างกิจการสาธารณะ ระบบแรกให้เฉพาะประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์เท่านั้น ระบบหลังมีทั้งการให้ประโยชน์ในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ระบบแรกประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ให้ใช้กับพลเมืองทุกคนที่มีได้อยู่ภายใต้การประกันสุขภาพพิเศษอื่นๆ โดยไม่กำหนดเวลาก่อนการให้ประโยชน์ ส่วนประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์และประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้ในระบบหลังนั้น โดยต้องทำงานในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ในระบบแรกสำหรับการส่งเงินสมทบ ผู้ประกันตนและรัฐบาลสมทบโดยผู้ประกันตนสมทบน้อยกว่ารัฐบาล เพราะรัฐบาลออก 50% ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์

⁹ นิคม จันทรวิฑูร. (2537). กฎหมายประกันสังคม : แนวคิด พัฒนาการและก้าวแรกของการดำเนินงานในประเทศไทย. หน้า 27-28.

ค่าบริหารงาน และเงินอุดหนุนในบางท้องถิ่น ส่วนนายจ้างไม่ต้องสมทบ ส่วนในระบบที่สอง ลูกจ้างและนายจ้างออกเงินสมทบเท่ากัน และรัฐบาลออกน้อยกว่าแต่ก็ช่วยออกค่าบริการงาน การให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด ค่าโรงพยาบาล ค่าพยาบาล การทำฟัน การคลอดบุตร ค่ายาและยานพาหนะ ส่วนประโยชน์ทดแทนเป็นเงินสด กรณีเจ็บป่วยจะให้ 60% ของค่าจ้างเฉลี่ย 3 เดือนสุดท้าย ส่วนกรณีคลอดบุตรจะให้ 60% ของค่าจ้างเฉลี่ย โดยจ่ายให้ 42 วันก่อนคลอด และ 56 วันหลังคลอด (รวม 98 วัน) นอกจากนี้ ยังให้เงินก้อนเมื่อคลอดบุตร 1 ใน 2 เดือนของเงินค่าจ้าง (20,000 เยน) และเงินค่าพยาบาลเด็ก (2,000 เยน) เป็นต้น¹⁰

กรณีประกันประสบอุบัติเหตุและเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน คู่สมรสลูกจ้างในอุตสาหกรรมและพาณิชย์ ที่ไม่ได้รวมอยู่ในการประกันโดยสมัครใจในกิจการเกษตร ป่าไม้ และประมง ที่มีลูกจ้างในสถานประกอบการนั้นน้อยกว่า 5 คน นอกจากนี้ยังมีระบบพิเศษสำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระและลูกจ้างในกิจการสาธารณะ การจ่ายเงินสมทบนั้นเป็นหน้าที่ของนายจ้างประมาณ 0.6%-14.9% ของเงินเดือน (ตามอัตราการเกิดอุบัติเหตุในรอบ 3 ปี) ลูกจ้างผู้ประกันตนไม่ต้องจ่าย ส่วนรัฐบาลช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายบางอย่างจำกัดจากงบประมาณ การได้รับประโยชน์ทดแทนจะได้ทันทีโดยไม่มีเงื่อนไขเกี่ยวกับระยะเวลาการทำงานขั้นต่ำแต่อย่างใด ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับจะมีทั้งประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้ เช่น กรณีพิการได้ 60% ของรายได้เฉลี่ยรายวัน และการให้บริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังมีบ้านญาติคอยดูแลผู้ที่มีสิทธิ์ได้รับ ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดา มารดา ปู่ ย่า หลานและพี่น้องที่ต้องดูแลด้วย¹¹

องค์การบริหารระบบความมั่นคงทางสังคม ในส่วนของการประกันชราภาพ พิการ ทูพพลภาพและตาย การเจ็บป่วยและคลอดบุตร และการสงเคราะห์บุตร จะรับผิดชอบหลักโดยกระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ (Ministry of Health and Welfare) ส่วนการประกันการเจ็บป่วยจากงาน และการว่างงาน จะรับผิดชอบหลักโดยกระทรวงแรงงาน (Ministry of Labour)¹²

¹⁰ แหล่งเดิม. หน้า 28-29.

¹¹ แหล่งเดิม. หน้า 29.

¹² แหล่งเดิม. หน้า 30.

3.1.1.2 การกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามการประกันสุขภาพภาคเอกชน

วิวัฒนาการความเป็นมาของระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น เริ่มมาประมาณกว่า 70 ปีแล้ว กล่าวคือ เริ่มมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1922 ระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น เป็นระบบที่ประกอบด้วยหลายรูปแบบ มีกฎหมายรองรับมากมาย หลายฉบับ การเกิดขึ้นของการประกันแต่ละรูปแบบ เนื่องมาจากวิวัฒนาการความเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าทางอุตสาหกรรมประกอบกับความจำเป็นที่รัฐต้องจัดสวัสดิการรองรับ¹³

ประเภทของระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น¹⁴ ครอบคลุมถึงประชาชนทุกคนในประเทศมาประมาณ 30 ปีแล้ว คือ เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1961 เป็นต้นมา ประเภทของการให้ประกันแบ่งออกเป็น 2 โครงการหลักๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ประเทศญี่ปุ่นจัดประกันสุขภาพเป็นระบบผสมแบบชนานและแบบซ้อน กล่าวคือ

- 1) การประกันสุขภาพของลูกจ้าง (Employee Health Insurance, EHI) เป็นโครงการประกันที่จัดให้แก่ลูกจ้างในสถานประกอบการ ซึ่งรวมถึงลูกจ้างที่ทำงานอยู่กับรัฐบาลด้วย
- 2) การประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance, NHI) เป็นโครงการประกันที่จัดแก่ประชาชนโดยทั่วไปที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ EHI บุคคลใดก็ตามที่ไม่อยู่หรือปลดเกษียณออกจากโครงการ EHI แล้ว จะต้องสมัครอยู่ภายใต้ NHI

นอกจากโครงการหลัก 2 โครงการดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีโครงการพิเศษเฉพาะที่จัดตั้งขึ้นอีกโครงการหนึ่ง คือ โครงการสุขภาพและการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ (Health and Medical Services for the Aged) ซึ่งผู้ประกันตนที่อยู่ในโครงการนี้ คือ คนที่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไป หรืออยู่ระหว่างอายุ 65-70 ปี ที่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาล โครงการสุขภาพและการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุนี้ได้เริ่มออกกฎหมายมาใช้บังคับมาตั้งแต่ปี 1983 ทั้งนี้ สืบเนื่องมาจากการที่ประเทศญี่ปุ่นประสบปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตามลำดับ และจากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการมีผู้สูงอายุมาใช้บริการมาก โดยเฉพาะเป็นกรณีคนไข้ใน 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 ทำให้

¹³ พรรณี ศรียุทธศักดิ์ และ เพ็ญศรี คาวิลย์. (2536). รายงานการศึกษาฐาน เรื่อง ระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น. หน้า 1.

¹⁴ แหล่งเดิม. หน้า 6.

ประมาณได้ว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก ดังนั้น เพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาลที่ต้องจ่ายเงินสนับสนุนช่วยเหลือแก่โครงการสุขภาพและการให้บริการการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุด้วย

ปัจจุบันมีผู้อยู่ใน โครงการนี้ 10.33 ล้านคน เป็นคนที่อยู่ใน โครงการประกันสุขภาพของลูกจ้าง (Employee Health Insurance 3.188) ล้านคน และอยู่ในโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance 7.142) ล้านคน คนกลุ่มนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของรัฐบาลในแต่ละท้องถิ่น (จังหวัด เมือง หรือ หมู่บ้าน) และเมื่อไปรับการรักษาพยาบาลจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลร่วม ดังนี้

กรณีคนไข้นอก จ่าย 1,000 เยน¹⁵ต่อเดือน

กรณีคนไข้ใน จ่าย 700 เยนต่อวัน แต่ถ้าเป็นคนไข้ที่มีรายได้น้อยจะจ่าย 300 เยนต่อวัน และจ่ายไม่เกิน 2 เดือน¹⁶

สำหรับกรณีเรื่องอัตราเงินสมทบ เนื่องจากระบบการประกันการรักษาพยาบาลแบ่งออกเป็น โครงการย่อยๆ มากมาย ในแต่ละโครงการย่อมมีการบริหารงานเป็นอิสระซึ่งกันและกัน และในแต่ละโครงการย่อย มีการเก็บเงินสมทบต่างๆ กัน¹⁷ ดังนี้

¹⁵ อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ ณ วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2552 จากธนาคารกรุงเทพ 1,000 เยน มีค่าเท่ากับ 350.10 บาท และ จาก DHL 1,000 เยน มีค่าเท่ากับ 359.42948 บาท.

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

DHL. (2552). จำนวนอัตราแลกเปลี่ยนสกุลเงิน. สืบค้นเมื่อ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2552, จาก <http://www.dhl.co.th/publish/th/th/tools/currency.low.html>.

¹⁶ พรณี ศรียุทธศักดิ์ และ เพ็ญศรี คาวัลย์. เล่มเดิม. หน้า 6-7.

¹⁷ แหล่งเดิม. หน้า 10.

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 บาท ต่อวัน 8.8% 8.429% |
| 2. โครงการเพื่อประชาชนทั่วไป | 1. กลุ่มเกษตรกรและอาชีพอิสระ 2. กลุ่มที่เกษียณอายุแล้ว | แตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น โดยพิจารณาจากรายได้, จำนวนผู้ประกันตน, ทรัพย์สินสมบัติ (Property) และจำนวนคนในครอบครัวที่อยู่ภายใต้โครงการ |

สำหรับกรณีเรื่อง ประโยชน์ทดแทน¹⁸ โดยประโยชน์ทดแทนที่ได้จากการประกัน แบ่งออกได้เป็นประโยชน์ทดแทนตามที่กฎหมายกำหนดไว้และประโยชน์ทดแทนเพิ่มเติม (Additional Benefits) ซึ่งประโยชน์ทดแทนเพิ่มเติมนี้ เป็นประโยชน์ทดแทนที่ผู้ขายประกันให้แก่ผู้ประกันตนเพิ่มเติมจากประโยชน์ทดแทนที่กฎหมายกำหนดไว้

ประโยชน์ทดแทนตามที่กฎหมายกำหนดไว้ แบ่งออกได้เป็น 2 แบบ คือ

1. ประโยชน์ทดแทนในรูปการให้การรักษาพยาบาล (Medical Benefits)

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

ข) ลักษณะของระบบการให้การรักษาพยาบาล¹⁹

ระบบการให้การรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น ใช้ระบบจ่ายตามใบเสร็จ (Fee For Service) คือ ผู้ประกันตนและผู้อยู่ในอุปการะสามารถจะไปใช้บริการทาง

¹⁸ แหล่งเดิม. หน้า 10.

¹⁹ แหล่งเดิม. หน้า 12.

การแพทย์เมื่อเกิดจากการเจ็บป่วยที่สถานพยาบาลที่ไหนก็ได้ ปัจจุบันมีสถานพยาบาลทางการแพทย์ (Medical Institution) จำนวน 85,000 แห่ง, คลินิกทันตแพทย์ 55,000 แห่ง และร้านขายยาที่มีเภสัชกร (Pharmacies) 32,000 แห่ง มีผู้ขายประกันทั้งหมด 12,000 แห่ง แต่ผู้ประกันตนและผู้อยู่ในอุปการะจะต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลรวมในอัตราที่แต่ละโครงการกำหนดไว้ เช่น ในโครงการประกันสังคมเพื่อลูกจ้าง ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลร่วม 10% อีกร 90% โครงการจะเป็นผู้จ่ายให้ โดยเรียกเก็บจากผู้ขายประกันภายหลัง

2. ประโยชน์ทดแทนในรูปเงินสด (Cash Benefits)²⁰

แยกตามประเภทของโครงการรายละเอียดตามตารางดังนี้

ตารางที่ 3.2 ตารางประเภทเงินทดแทน (ประโยชน์ทดแทนในรูปเงินสด)

| โครงการ | กรณีเจ็บป่วย (Injury Allowance) | กรณีคลอดบุตร (Maternity Allowance) | กรณีต้องหยุดงาน (For loss of day at work) | ค่าคลอดบุตร (Delivery expenses) |
|--------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| กลุ่มลูกจ้างทั่วไป | 60% ของเงินเดือนไม่เกิน 1.5 ปี | 60% ของเงินเดือน จ่ายก่อนคลอด 42 วัน หลังคลอด 56 วัน | - | 50% ของเงินเดือน (ต่ำสุด 240,000 เยน กำหนดโดยกฤษฎีกา) |
| กลุ่มแรงงานรายวัน | 2% ของค่าจ้างไม่เกิน 6 เดือน (บางกรณี 1.5 ปี) | 2% ของค่าจ้าง จ่ายก่อนคลอด 42 วัน หลังคลอด 56 วัน | - | 50% ของค่าจ้างต่ำสุด 240,000 เยน |
| กลุ่มชาวประมง | 60% ของเงินเดือนไม่เกิน 3 ปี | 60% นับตั้งแต่วันที่ได้รับการยืนยันว่าตั้งครรภ์ และจ่าย 56 วันหลังคลอด | - | 50% ของเงินเดือนต่ำสุด 240,000 เยน |

²⁰ แหล่งเดิม. หน้า 15-16.

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 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 |
| กลุ่มครู และ 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 |
| กลุ่ม ประชาชน ทั่วไป | ไม่มีกำหนดไว้ (ปัจจุบันยังไม่มี ท้องถิ่นไหนให้) | ไม่มีกำหนดไว้ (ปัจจุบันยังไม่มี ท้องถิ่นไหนให้) | - | กำหนดโดย เทศบาล/ผู้ (มาตรฐานจ่าย 240,000 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) |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| กลุ่มลูกจ้าง ทั่วไป | กำหนดโดยกฤษฎีกา เท่ากับ 240,000 เยน | กำหนด โดยกฤษฎีกา เท่ากับ 2,000 เยน | เงินเดือน 1 เดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน กำหนด โดยกฤษฎีกา) | กำหนด โดยกฤษฎีกา (ต่ำสุด 100,000 เยน) |
| กลุ่ม แรงงาน รายวัน | กำหนดโดยกฤษฎีกา เท่ากับ 240,000 เยน | กำหนด โดยกฤษฎีกา เท่ากับ 2,000 เยน | ค่าจ้าง 1 เดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน) | กำหนด โดยกฤษฎีกา (ต่ำสุด 100,000 เยน) |
| กลุ่ม ชาวประมง | กำหนดโดยกฤษฎีกา เท่ากับ 240,000 เยน | กำหนด โดยกฤษฎีกา เท่ากับ 2,000 เยน | เงินเดือน 2 เดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน) | 1.4 เท่าของ เงินเดือน (ต่ำสุด 100,000 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) |

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) |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| กลุ่มครู และ 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) | - |

เป็นที่น่าสังเกตว่าระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่นเริ่มมีมานานแล้ว และมีการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงมาโดยตลอด เพื่อให้เหมาะสมกับสถานะความเจริญและก้าวหน้าทางอุตสาหกรรมของประเทศ ระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่นจึงมีหลากหลายรูปแบบ มีผู้ดำเนินการ (ผู้ขายประกัน) มากมายทั้งภาครัฐและเอกชน อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันระบบดังกล่าวได้ครอบคลุมประชาชนทั่วทั้งประเทศแล้ว นั่นก็แสดงให้เห็นว่าคนญี่ปุ่นทุกคนได้รับการคุ้มครองดูแลในเรื่องการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต

ระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น มีมาตรการจ่ายค่าบริการ²¹ ดังนี้

1. ผู้ให้บริการปฐมภูมิ ค่าบริการจ่ายแบบตามใบเสร็จ (Fee for Services) ซึ่งแบ่งเป็นสองส่วนคือ ค่าบริการทางการแพทย์ และค่ายาและค่าวัสดุ โดยที่ค่าบริการทางการแพทย์

²¹ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (2544). ระบบประกันสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ.

แพทย์ถูกกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ ในลักษณะสูตรคะแนนของบริการแต่ละประเภทและค่าบริการต่อหน่วย และค่านั้นปรับให้สอดคล้องกับราคาตลาด และกำหนดโดยใช้ราคาเฉลี่ยบวกอีกร้อยละ 5

2. ผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ การจ่ายค่าบริการให้กับ โรงพยาบาลนั้นเป็นการจ่ายแบบตามใบเสร็จ (Fee for Services) โดยมีกำหนดเป็น ตารางรายการ (Fee Schedule) มีการแยกประเภทเตียงที่เป็น การรักษาระยะสั้น (Acute Care) และการรักษาระยะยาว (Long Term Care) เพื่อให้มีความชัดเจนของประเภทผู้ป่วย แยกการจ่ายออกจากสถานพยาบาลการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์นั้น พิจารณาจากทักษะและประเภทบริการ (เช่น ทักษะในการให้บริการผ่าตัด เทคโนโลยี และทักษะ จำนวนบุคลากร) และราคาของยาและค่าวัสดุการแพทย์มีการให้น้ำหนักสำหรับทักษะของแพทย์ในการคำนวณอัตราค่าบริการที่จ่ายให้เพื่อให้ความสำคัญกับคุณภาพ บริการ ในปี 1997 ได้มีการทบทวนเพื่อหามาตรการที่จะลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ซึ่งในขณะนี้กำลังพิจารณาในกลุ่มโรคร่วม (DRGs) มาใช้

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ประเทศญี่ปุ่น ใช้ระบบจ่ายตามใบเสร็จ (Fee for Services) ซึ่งก็เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ที่ใช้ระบบนี้ คือ ประสบปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งในปี 1986 ประเทศญี่ปุ่น ได้ออกกฎหมายกำหนดให้ผู้ประกันตนจะต้องออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลร่วมด้วย 10% อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายก็ยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่าปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากญี่ปุ่นมีจำนวนผู้ประกันตนที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยปัจจุบันมีมากกว่า 10 ล้านคน และกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว มักจะใช้โรงพยาบาลเป็นเสมือนที่พักผ่อน หรือเป็นที่หาเพื่อนให้มีคนมาคอยดูแล นอกจากนี้ เนื่องจากประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ใช้ระบบจ่ายตามใบเสร็จ โดยมีองค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบใบเสร็จ (Payment Organization) โดยเฉพาะ ซึ่งองค์กรนี้มีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 10,826 คน ซึ่งสูงมาก แต่ถึงแม้จะมีเจ้าหน้าที่มากแต่เวลาที่สถานพยาบาลจะได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลเร็วที่สุดใช้เวลาประมาณ 51 วัน ซึ่งค่อนข้างนานพอสมควร

3.1.2 ประเทศฟิลิปปินส์²²

ประเทศฟิลิปปินส์ เป็นประเทศหนึ่งในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งจัดว่าเป็นประเทศกำลังพัฒนาอุตสาหกรรมใหม่ในกลุ่มอาเซียน ซึ่งประเทศฟิลิปปินส์ เป็นประเทศเดียวใน

²² คณะผู้เข้าร่วมการฝึกอบรม หลักสูตรนักบริหารประกันสังคม รุ่นที่ 4. (2543). รายงานการศึกษา งาน การประกันสังคม ณ ประเทศฟิลิปปินส์ และประเทศมาเลเซีย 18-24 มิถุนายน 2543. หน้า 1.

ภูมิภาคเอเชียที่มีวัฒนธรรมคล้ายประเทศตะวันตก อาจเนื่องมาจากการที่เคยเป็นประเทศอาณานิคมของประเทศสเปน ประเทศฟิลิปปินส์จึงเป็นประเทศหนึ่งที่ทำให้ความสนใจต่อหลักการให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนด้านสวัสดิการ

3.1.2.1 การกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม

เนื่องจากเป็นภาระกิจของรัฐที่จะต้องส่งเสริมความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในสังคมจึงได้มีการให้ความสนใจต่อหลักการให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนด้านสวัสดิการมานานแล้ว แต่มีการปฏิบัติซึ่งมิใช่รูปแบบของการประกันสังคมโดยตรง ในปี พ.ศ. 2473 (ค.ศ. 1930) ประธานาธิบดี มานูเอล เคอซอน ได้ประกาศใช้โครงการเพื่อความเป็นธรรมของสังคม เพื่อแก้ไขวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ ยังได้พยายามวางแนวทางเพื่อชักจูงให้มีความโน้มเอียงในการที่รัฐจะจัดระบบความมั่นคงทางสังคมให้แก่ประชาชน เช่น การดำเนินงานของรัฐเกี่ยวกับการประกันภัยเพื่อให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการ ซึ่งเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2475 (ค.ศ. 1932) โดยให้ความคุ้มครองกรณีตาย ทูพลาภาพ ชราภาพ การสูญเสียทรัพย์สินจากภัยพิบัติ เช่น อัคคีภัย แผ่นดินไหว ภูเขาไฟระเบิด ฯลฯ

ต่อมาเมื่อประเทศฟิลิปปินส์ได้รับเอกราชในปี พ.ศ. 2489 (ค.ศ. 1946) ซึ่งเป็นเวลานานาอารยประเทศได้มีการประกันสังคมเกิดขึ้นแล้ว ประธานาธิบดีรามอน แม็คไซไซตระหนักถึงความสำคัญของประกันสังคม จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นคณะหนึ่ง เมื่อปี พ.ศ. 2491 (ค.ศ. 1948) ให้ศึกษาและวิจัยเพื่อวางโครงร่างการจัดตั้งระบบประกันสังคมขึ้น โดยได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) จนกระทั่งปี พ.ศ. 2497 (ค.ศ. 1954) จึงได้ออกกฎหมายประกันสังคมฉบับแรกขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายจะให้ดำเนินงานภายในปี พ.ศ. 2499 (ค.ศ. 1956) แต่ได้รับเสียงคัดค้านอย่างรุนแรงจากธุรกิจประกันภัยภาคเอกชนและการเมือง ในวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2497 (ค.ศ. 1954) ประชาชนได้เดินขบวนไปยังทำเนียบประธานาธิบดี เป็นเหตุให้ประธานาธิบดีแม็คไซไซไซระงับการดำเนินงานประกันสังคมชั่วคราว และกลับมารับฟังข้อคิดเห็นจากฝ่ายต่างๆ มาประมวล เพื่อแก้ไขปรับปรุงกฎหมายประกันสังคมขึ้นใหม่

ต่อมา ประธานาธิบดีคาร์ลอส ทิการเซีย ได้ดำเนินการประชาสัมพันธ้อย่างเข้มแข็ง จนสามารถลดความขัดแย้งที่เกิดจากความไม่เข้าใจระบบประกันสังคมได้ ทุกฝ่ายเริ่มเกิดความเข้าใจอันดีต่อกันและยอมรับรู้ถึงคุณค่าของการประกันสังคม เมื่อประเทศฟิลิปปินส์ได้ประกาศใช้กฎหมายประกันสังคมอีกครั้ง เมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2500 (ค.ศ. 1957) จึงได้รับการยอมรับจากประชาชน หนังสือพิมพ์ทุกฉบับให้ความร่วมมือตีพิมพ์กฎหมายประกันสังคม และบทความเพื่อสนับสนุนการประกันสังคมเป็นอย่างดี ระยะแรกกฎหมายบังคับใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป หลังจากนั้น 2 ปี ได้ขยายความคุ้มครองไปยังผู้ประกอบการ

วิชาชีพอิสระ 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 บุตรที่ถูกต้องตามกฎหมาย และบิดามารดา และโครงการการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน ซึ่งดำเนินการตามกฎหมายการชดเชยลูกจ้าง (Employees Compensation, 1975)

ดังนั้น รัฐบาลฟิลิปปินส์ จึงสร้างระบบประกันสังคมขึ้น ให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มผู้ใช้แรงงานประชาชนทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยแบ่งออกเป็น 3 โครงการ คือ

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

การขยายความคุ้มครองได้ดำเนินการเป็นระยะๆ ดังนี้

- (1) ปี พ.ศ. 2523 (ค.ศ. 1980) ขยายความคุ้มครองไปยังผู้ประกอบการอาชีพอิสระ
- (2) ปี พ.ศ. 2535 (ค.ศ. 1992) ขยายความคุ้มครองไปยังลูกจ้างในภาคเกษตรกรรม และลูกจ้างชาวฟิลิปปินส์ที่ไปทำงานในเรือเดินทะเลระหว่างประเทศ

(3) ปี พ.ศ. 2536 (ค.ศ. 1993) ขยายความคุ้มครองไปยังคนรับใช้ภายในบ้านที่มีรายได้อ่างต่ำ 1,000 เปโซ²³ / เดือน

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

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

ลักษณะของการประกัน มี 2 รูปแบบ คือ

1) การประกันโดยบังคับ (Compulsory) อยู่ในความคุ้มครอง ได้แก่

(1) ลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราวที่อยู่ในสถานประกอบการ และมีอายุไม่เกิน 60 ปี

(2) ผู้ประกอบอาชีพอิสระที่มีรายได้ต่อปีตั้งแต่ 1,800 เปโซ ขึ้นไป และมีอายุไม่เกิน 60 ปี

(3) คนทำงานบ้านที่มีรายได้อ่างต่ำตั้งแต่ 1,000 เปโซ ขึ้นไป

2) การประกันโดยสมัครใจ (Voluntier) ผู้ที่อยู่ในความคุ้มครอง ได้แก่

(1) ลูกจ้างที่ออกจากงาน และมีความประสงค์ที่จะประกันตนต่อ

(2) ลูกจ้างที่ทำงานในต่างประเทศ

(3) ลูกจ้างต่างชาติที่ทำงานในประเทศฟิลิปปินส์

(4) คู่สมรสของลูกจ้างที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน

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

²³ อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ ณ วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2552 จากธนาคารกรุงเทพ 1,000 เปโซ มีค่าเท่ากับ 520.00 บาท และ จาก DHL 1,000 เปโซ มีค่าเท่ากับ 709.04545 บาท.

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

DHL. (2552). คำนวณอัตราแลกเปลี่ยนสกุลเงิน. สืบค้นเมื่อ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2552, จาก <http://www.dhl.co.th/publish/th/th/tools/currency.low.html>.

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

ภายใต้กฎหมายประกันสังคมของฟิลิปปินส์ ลูกจ้างในภาคเอกชนทุกคน จะต้องเป็นสมาชิกของระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) โดยก่อนที่จะสมัครเข้าทำงาน ต้องสมัครเข้าเป็นสมาชิกของระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) เสียก่อน ไม่ว่าจะป็นงานชั่วคราวหรืองานถาวรก็ตาม ในการสมัครงานจะต้องมีบัตรประกันสังคม ซึ่งระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) ออกให้ไปแสดงต่อนายจ้าง ยกเว้นลูกจ้างที่อายุเกิน 60 ปี ขึ้นไป การสมัครเป็นสมาชิกระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) ทำได้ง่ายมาก สามารถรับบัตรประกันสังคมในทันทีที่ได้สมัครเป็นสมาชิก และเมื่อสมัครแล้วจะถือว่าสมัครเข้าอยู่ใน 2 โครงการทันที คือ โครงการประกันสุขภาพ และโครงการประกันการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน สำหรับผู้ประกันคนที่ประกอบอาชีพอิสระและผู้ประกันคนโดยสมัครใจ จะให้ความคุ้มครองแก่ผู้ที่สมัครใจเป็นสมาชิกด้วยตนเอง และกลุ่มที่เป็นผู้ประกันคนโดยบังคับ ซึ่งยินดีส่งเงินสมทบต่อแม้ว่าจะออกจากงานแล้ว (เทียบได้กับผู้ประกันคนในมาตรา 39 ของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ของไทย) ทั้งนี้อายุจะต้องไม่เกิน 60 ปี ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและประมง ก็สามารถสมัครเข้าโครงการได้ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2535 (ค.ศ. 1992) การส่งเงินสมทบก็คิดเป็นรายปี และการคุ้มครองผู้ประกันคน ก็นับเป็นรายปีปฏิทินเช่นกัน เริ่มตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม ของทุกปี

1) การจัดเก็บเงินสมทบ

(1) อัตราเงินสมทบ

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

ตารางที่ 3.3 ตารางเปรียบเทียบอัตรากำไรเงินสมทบ

| 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

2) การจ่ายประโยชน์ทดแทน

(1) โครงการประกันสังคม

ประเทศฟิลิปปินส์มีการประกันสังคมตามประเภทต่างๆ ดังต่อไปนี้

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

ประโยชน์ทดแทนในโครงการประกันสังคม ประกอบด้วย

ก. ประโยชน์ทดแทนระยะยาว ได้แก่

- ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ
- ประโยชน์ทดแทนกรณีทูพพลภาพ
- ประโยชน์ทดแทนกรณีตาย

กรณีการประกันชราภาพ ทูพพลภาพ และตาย ผู้ได้รับการคุ้มครองคือ ลูกจ้างฟิลิปปินส์ที่ทำงานในทะเล และผู้ทำงานอิสระ ไม่รวมลูกจ้างที่ทำงานบ้านและแรงงานในครอบครัว มีโครงการพิเศษสำหรับลูกจ้างของรัฐ ผู้ทำงานอิสระที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,800 เปโซต่อปี ก็อาจทำประกันได้ การจ่ายเงินสมทบ ลูกจ้างจ่ายในสัดส่วนน้อยกว่านายจ้าง คือ ลูกจ้างจ่าย

1.6%-3.3% ของค่าจ้าง ส่วนนายจ้างจ่าย 5.1%-6.8% ของเงินที่จ้าง และรัฐบาลไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ
 ยกเว้นกรณีขาดทุนจึงจะช่วย มีกำหนดเวลาก่อนได้รับประโยชน์ เช่น กรณีชราภาพ ต้องสมทบเงิน
 มาแล้วไม่น้อยกว่า 120 เดือน กรณีทุพพลภาพและบำนาญตกทอดต้องสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า
 36 เดือน การจ่ายประโยชน์ทดแทนมีกำหนดเงินขั้นต่ำที่จะได้รับ ทั้งในกรณีเงินบำนาญชราภาพ
 1.5% ของอัตราเงินเดือน สะสมรวมกับเงิน 42-102% ของเงินเฉลี่ยต่อเดือนตามระดับขั้นของ
 เงินเดือน เงินบำนาญทุพพลภาพ คิดเช่นเดียวกับบำนาญชราภาพ โดยจะจ่ายเป็นรายเดือนและมี
 กำหนดขั้นต่ำของเงินด้วย และยังมีเงินเพิ่มสำหรับผู้ที่อยู่ในอุปการะ เงินช่วยเหลือกำพร้า บำนาญ
 ตกทอดและเงินช่วยเหลือค่าทำศพกรณีเสียชีวิตด้วย นอกจากนี้ในกรณีพิเศษยังสามารถขอเบิกเงิน
 สมทบคืนได้เท่ากับเงินที่ตนสมทบและนายจ้างสมทบให้ รวมดอกเบี้ยด้วย หากว่าไม่สามารถส่ง
 ต่อไปได้²⁴

- ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ เป็นผู้ที่ย้ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า
 120 เดือน และ

1. มีอายุครบ 60 ปี มีรายได้ต่ำกว่า 300 เปโซ หรือ
2. มีอายุครบ 65 ปี ไม่ว่าจะทำงานอยู่หรือไม่ก็ตาม

1. บำนาญชราภาพ

ก) 40% ของเงินเดือนที่ผ่านการรับรองโดยเฉลี่ย

ข) บำนาญขั้นต่ำ

ค) กรณีจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 240 เดือน บำนาญขั้นต่ำ

จะเท่ากับ 1,200 เปโซ

ง) กรณีจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 120 เดือน บำนาญขั้นต่ำ

จะเท่ากับ 1,000 เปโซ

2. บำนาญให้แก่ผู้ที่อยู่ในความอุปการะ

ก) คนละไม่ต่ำกว่า 150 เปโซ หรือ 10% ของบำนาญพื้นฐาน

รายเดือน อัตราบำนาญของสมาชิกแต่ละรายจะไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ

(ก) จำนวนเงินสมทบของสมาชิก

(ข) จำนวนปีที่สมาชิกเข้ามาอยู่ในความคุ้มครองของโครงการ

ประกันสังคม (SSS)

²⁴ นิคม จันทรวาท. เล่มเคม. หน้า 47-48.

(ค) จำนวนบุตร

(ง) ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ

ลักษณะการทุพพลภาพ

โครงการประกันสังคม (SSS) แบ่งลักษณะการทุพพลภาพ

ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ทุพพลภาพถาวร

เงื่อนไขและประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพถาวร

ก) ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 36 เดือน ก่อน 2 ไตรมาสของการเกิดทุพพลภาพ และผู้ทุพพลภาพจะได้รับบำนาญรายเดือน และบำนาญ สำหรับ ผู้อยู่ในความอุปการะ

ข) หากสมาชิกทุพพลภาพก่อนจ่ายเงินสมทบครบ 36 เดือน ผู้ทุพพลภาพ จะได้รับประโยชน์ทดแทน เป็นเงินก้อนเป็นจำนวนเท่ากับ 35 เท่าของบำนาญ รายเดือน

2. ทุพพลภาพถาวรบางส่วน

กรณีทุพพลภาพถาวรบางส่วน จะได้รับบำนาญรายเดือน เป็นระยะเวลาตามที่สำนักงานโครงการประกันสังคม Social Security System (SSS) กำหนด ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับประเภทของการทุพพลภาพนั้นๆ

เงื่อนไขและประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพบางส่วน คือ จะได้รับประโยชน์ทดแทนขั้นต่ำจำนวนไม่น้อยกว่าเงินสมทบในส่วนของนายจ้างและลูกจ้าง รวมกัน หรือไม่ต่ำกว่า 1,000 เปโซ

- ประโยชน์ทดแทนกรณีตาย

ผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีที่ลูกจ้างเสียชีวิต

แบ่งตามลำดับได้ดังนี้

1. คู่สมรสที่ยังไม่ได้แต่งงานใหม่ และบุตรที่ถูกต้องตามกฎหมาย
2. บิดา – มารดา และบุตรที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย
3. บุตรที่ลูกจ้างระบุให้เป็นผู้มีสิทธิตามแบบที่สำนักงานโครงการ

ประกันสังคม Social Security System (SSS) กำหนด

เงื่อนไขและประโยชน์ทดแทนกรณีตาย

1. ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 36 เดือนก่อน 2 ไตรมาสของการเสียชีวิต ซึ่งผู้มีสิทธิลำดับแรกจะได้รับบำนาญตกทอดรายเดือน และบำนาญตกทอดสำหรับผู้อยู่ในความอุปการะของลูกจ้างที่เสียชีวิต

2. หากลูกจ้างเสียชีวิตก่อนจ่ายเงินสมทบครบ 36 เดือน ผู้มีสิทธิลำดับแรกจะได้รับประโยชน์ทดแทนเป็นเงินก้อนในจำนวนเท่ากับ 35 เท่าของบำนาญรายเดือน

3. กรณีที่ลูกจ้างไม่มีผู้มีสิทธิลำดับแรก ประโยชน์ทดแทนจะตกเป็นของผู้มีสิทธิลำดับที่สอง แต่จะได้รับเป็นเงินก้อนแทน ในจำนวนเท่ากับ 20 เท่าของบำนาญรายเดือน

4. หากลูกจ้างเสียชีวิตก่อนจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน สำนักงานโครงการประกันสังคม Social Security System (SSS) จะให้ประโยชน์ทดแทนขั้นต่ำแก่ผู้มีสิทธิประโยชน์ทดแทนขั้นต่ำจำนวนไม่น้อยกว่าเงินสมทบในส่วนของนายจ้างและลูกจ้างรวมกันหรือไม่ต่ำกว่า 1,000 เปโซ

ข. ประโยชน์ทดแทนระยะสั้น

- ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยหรือการประสบอันตรายที่ไม่เนื่องจากการทำงาน

- ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

กรณีประกันการเจ็บป่วยและคลอดบุตร ผู้ได้รับการคุ้มครองคือลูกจ้างฟิลิปปินส์ที่ทำงานในทะเล และผู้ทำงานอิสระที่มีรายได้ไม่ต่ำกว่า 1,800 เปโซต่อปี ไม่รวมลูกจ้างที่ทำงานที่บ้านและครอบครัว มีโครงการพิเศษสำหรับลูกจ้างของรัฐ โดยทั้งลูกจ้างและนายจ้างจะต้องออกเงินสมทบในอัตราเท่ากัน คือ 1.25% ของเงินเดือน ส่วนรัฐบาลจะไม่ออกเงินสมทบยกเว้นกรณีขาดทุนในด้านประโยชน์ทดแทนนั้น จะให้ทั้งในรูปแบบเงินสด ซึ่งจ่ายให้โดยคิดตามส่วนจากค่าจ้างเฉลี่ยรายวัน แต่มีขั้นสูงสุดของค่าทดแทน และมีการให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนและผู้อยู่ในอุปการะ และเด็กกำพร้า รวมถึงค่าทำศพด้วย ก่อนรับประโยชน์ทดแทนมีการกำหนดเงื่อนไข เช่น กรณีประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ประโยชน์ทดแทนเป็นเงินสด การเจ็บป่วยและกรณีคลอดบุตรต้องสมทบเงินมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน ในรอบ 12 เดือน ประโยชน์ทดแทนที่ได้เป็นเงินสด กรณีเจ็บป่วยจะได้ 90% ของค่าจ้างเฉลี่ยรายวันที่สูงที่สุดในรอบ 6 เดือน ของ 12 เดือนสุดท้ายในการทำงาน โดยขั้นต่ำจะได้ 10 เปโซต่อวัน ขั้นสูงสุด

จะได้ 100 เปโซต่อวัน และได้ไม่เกิน 120 วัน กรณีประโยชน์ทดแทนการคลอดบุตรจะได้ 100% ของค่าจ้างที่สูงสุดในรอบ 6 เดือน ของ 12 เดือนสุดท้ายในการทำงาน และได้รับเป็นเวลา 45 วัน²⁵

- ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยไม่เนื่องจากการทำงาน

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

- ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

เงื่อนไขและประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรจะต้องจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือนภายใน 12 เดือน ซึ่งจะจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ จำนวน 100% ของค่าจ้างเฉลี่ย 6 เดือน จำนวนเงินสูงสุดไม่เกิน 400 เปโซต่อวัน กรณีคลอดปกติจ่าย 60 วัน และกรณีคลอดแบบผ่าตัดจ่าย 78 วัน

(2) โครงการประกันสุขภาพ

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

(3) โครงการประกันการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานให้นายจ้าง

กรณีประกันอุบัติเหตุและเจ็บป่วยจากการทำงาน คุ้มครองลูกจ้างคนที่เป็นชาวฟิลิปปินส์แต่ทำงานในทะเล ไม่รวมลูกจ้างที่ทำงานตามบ้าน แรงงานครอบครัว และผู้ประกอบการ อาชีพอิสระ นอกจากนี้ยังมีระบบพิเศษสำหรับลูกจ้างของรัฐบาล การจ่ายเงินสมทบเป็นหน้าที่ของนายจ้างเท่านั้น เป็นเงิน 1% ของค่าจ้าง มีการกำหนดยอดเงินเดือนขั้นสูงของลูกจ้างที่ใช้คำนวณในการจ่ายเงินสมทบไม่เกิน 1,000 เปโซต่อเดือน กำหนดเงื่อนไขระยะเวลาก่อนรับประโยชน์ทดแทนว่า เมื่อจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 1 เดือน การให้ประโยชน์ทดแทนมีทั้งการบริการทางการแพทย์ การให้ประโยชน์ทดแทนเป็นเงินสด กรณีทุพพลภาพชั่วคราวได้ 90% ของค่าจ้างรายวันที่สูงสุด 6 เดือน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ไม่เกิน 240 วัน กรณีทุพพลภาพถาวรได้เงิน 115% ของเงินบำนาญชราภาพรายเดือนไม่เกิน 5 ปี มีเงินเสริมกรณีมีผู้อุปการะ 10% ของเงินบำนาญ สำหรับบุตรที่อายุน้อยที่สุด 5 คน ที่อายุไม่เกิน 21 ปี ส่วนเงินตกทอด ได้บำนาญตกทอด 100% ของเงินบำนาญ 10% แก่

²⁵ แหล่งเดิม. หน้า 48.

เด็กกำพร้า 5 คน ที่อายุน้อยที่สุด 21 ปี และยังมีเงินช่วยเหลือผู้ยังมีชีวิตอยู่เพิ่มเติมเป็นเงินก้อน 35 เท่าของเงินบำนาญแก่คู่สมรสที่ยังมีชีวิตและเด็ก²⁶

โครงการนี้จะคุ้มครองลูกจ้างทุกคน ที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานให้นายจ้าง

จ. ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน

ประโยชน์ทดแทนที่จะได้รับกรณีเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน

- การรักษาพยาบาล

- การฟื้นฟูสมรรถภาพ

- เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีเจ็บป่วย หรือสูญเสียอวัยวะ จำนวน 90% ของค่าจ้างเฉลี่ยขั้นต่ำ 10 เปโซต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 200 เปโซต่อวัน จ่ายไม่เกิน 120 วัน แต่ถ้ามีการบาดเจ็บรุนแรงจ่ายไม่เกิน 240 วัน เริ่มจ่ายตั้งแต่วันที่ 5 ของการบาดเจ็บ

นอกเหนือจากการที่สมาชิกของโครงการประกันสังคม Social Security System (SSS) จะได้รับประโยชน์ทดแทนตามโครงการประกันทั้ง 3 โครงการแล้ว สำนักงานโครงการประกันสังคม Social Security System (SSS) ยังได้ดำเนินโครงการให้เงินกู้แก่นายจ้าง ลูกจ้าง ซึ่งเป็นสมาชิกของโครงการประกันสังคม Social Security System (SSS) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในเรื่องต่างๆ เช่น การกู้เพื่อที่อยู่อาศัย การกู้เพื่อการศึกษา การกู้เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของระบบการทำงาน การกู้เพื่อการลงทุนในตลาดหุ้น ฯลฯ ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมควบคู่ไปกับการให้ความคุ้มครองแก่สมาชิก

เนื่องจากการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ของประเทศฟิลิปปินส์ใช้ระบบจ่ายตามใบเสร็จ (Fee For Service) ดังนั้น ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์จึงมีการจำกัดวงเงินในการรักษาและจำนวนวันที่จะใช้บริการทางการแพทย์ได้ภายใน 1 ปี โดยประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ของประเทศฟิลิปปินส์ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นกรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุก็ตาม นอกจากนั้นยังครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลแก่ครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย²⁷ โดยค่าบริการทางการแพทย์จะกำหนดเป็นตารางซึ่งอัตราที่กำหนดวงเงินขึ้นอยู่กับชนิดของโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนต้องการ

²⁶ แหล่งเดิม. หน้า 49.

²⁷ สิทธิพล รัตนกร และคณะ. (2537). สรุปการศึกษาดูงาน ณ ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์และประเทศมาเลเซีย ระหว่างวันที่ 20- 26 พฤศจิกายน 2537 (สำนักงานประกันสังคม). หน้า 25.

ตารางที่ 3.4 ตารางกำหนดวงเงินในการรักษา²⁸

| รายการ การรักษาพยาบาล (Items of Hospitalization) | อัตราค่าบริการครอบคลุม | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| | โรงพยาบาล ระดับต้น (Primary Hospital) | โรงพยาบาล ระดับกลาง (Secondary Hospital) | โรงพยาบาล ระดับใหญ่ (Tertiary Hospital) |
| ค่าบริการของ โรงพยาบาล (Hospital Charge) | | | |
| 1. ค่าห้อง : ทั้ง ครอบครัว ผู้ประกันตนมี สิทธิเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาล ได้ไม่เกิน 45 วัน ต่อปี | 85 บาทต่อวัน | 150 บาทต่อวัน | 220 บาทต่อวัน |
| 2. ค่ายา : ในโรค เดียวกันสามารถ ได้รับการรักษา ต่อเนื่องจนหาย เป็นปกติได้ ภายใน 90 วัน แบ่งเป็น - การเจ็บป่วย ปกติ (Ordinary Cases) | 895 บาท | 1,185 บาท | 1,525 บาท |

²⁸ ปาวิชาดิ ศรีประเสริฐ. (2541). การให้ความคุ้มครองในระบบประกันสังคม : ศึกษาเปรียบเทียบ
โครงการประกันสังคมของประเทศไทยและฟิลิปปินส์. 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 |
| - การป่วยจากภัย พิบัติ (Catastrophic Cases) | - | 5,475 เปโซ | 6,255 เปโซ |
| 3. ค่าห้องผ่าตัด : ขึ้นอยู่กับข้อตกลง กับสถานพยาบาล ในโครงการ 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 ทัศนแพทย์ โดยทั่วไปจะได้รับค่าจ้าง 55 เปโซ ถ้าเป็นผู้ชำนาญการพิเศษ เฉพาะทาง จะได้รับค่าจ้างไม่ต่ำกว่า 80 เปโซ ต่อวัน ในการรักษาโรคหนึ่งๆ จนหาย กรณีโรคทั่วไป แพทย์จะได้รับ 300 เปโซ และแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางจะได้รับ 450 เปโซ ในรายที่เป็นผู้ป่วยหนัก

หรือผู้ป่วยรุนแรงจากภัยพิบัติ แพทย์จะ ได้ 450 เปโซ และแพทย์เฉพาะทางจะได้รับ 750 เปโซ ต่อการรักษารอคอยหนึ่ง ให้หายในช่วงเวลาหนึ่ง

2. แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด จะได้รับความชดเชงไว้กับสถานพยาบาลในโครงการ ไม่เกิน 7,080 เปโซต่อราย

3. แพทย์คมนา จะได้รับเป็นจำนวน 30% ของจำนวนที่แพทย์ผู้ผ่าตัดได้รับ แต่ไม่เกิน 2,125 เปโซ

4. จ่ายให้กรณีทำหมันชาย 400 เปโซ และกรณีทำหมันหญิง 500 เปโซ

3) วิธีการจ่ายประโยชน์ทดแทน

วิธีการจ่ายประโยชน์ทดแทน มี 2 วิธี คือ

1. สั่งจ่ายผ่านเช็ค โดยส่งทางไปรษณีย์ในการขอรับเงินก้อน
2. สั่งจ่ายผ่านธนาคาร ในการขอรับเงินบำนาญเป็นรายเดือน ซึ่งสำนักงานใหญ่ของโครงการประกันสังคม (SSS) เป็นผู้โอนเงินไปยังสำนักงานใหญ่ของธนาคาร และให้ธนาคารสำนักงานใหญ่โอนไปยังสาขาที่ผู้ประกันตนแจ้งความจำนงไว้ เพื่อนำเข้าในบัญชีของผู้ประกันตนต่อไป

ในการ โอนเงินผ่านธนาคาร จะเข้าระบบบัญชีและจะไม่อนุญาตให้ใช้บัตรเอทีเอ็มในการเบิกถอนเงิน หากผู้ประกันตนไม่สามารถมารับด้วยตนเองจะใช้วิธีการมอบฉันทะ ซึ่งใบมอบฉันทะจะมีอายุการใช้งาน 1 ปี หากผู้ประกันตนรายใดไม่มารับเงินภายใน 6 เดือนติดต่อกัน ธนาคารจะส่งเงินคืนให้กับ โครงการประกันสังคม (SSS)

การบริหารการประกันสังคม มีการจัดตั้งคณะกรรมการในระบบไตรภาคี เรียกว่า คณะกรรมการความมั่นคงทางสังคม (Social Security Commission) ควบคุมดูแลงานโดยทั่วไป ทางด้านการแพทย์มีการจัดตั้งคณะกรรมการการแพทย์ขึ้นดูแล ส่วนกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยจากงานเป็นการร่วมกันดูแลจากกระทรวงแรงงาน คณะกรรมการความมั่นคงทางสังคม และคณะกรรมการเงินทดแทนของลูกจ้าง²⁹

การประกันสังคมในฐานะส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงทางสังคมในประเทศต่างๆ ที่นำเสนอมานั้น จะเห็นได้ว่าภายใต้ความหลากหลายของระบบความมั่นคงทางสังคมนั้น เราสามารถเปรียบเทียบความแตกต่างได้ ยกตัวอย่างเช่น สาขาของระบบความมั่นคงทางสังคม หรือประเภทของการประกันสังคม และการจ่ายเงินสมทบของแต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยในเรื่องของการจ่ายเงินสมทบนั้นผู้เขียนเห็นว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างมากที่ทุกๆ ประเทศควรให้ความสนใจ เนื่องจากในการกำหนดอัตราเงินสมทบให้สอดคล้องกับการที่จะรับการชดเชยจากเงินสมทบ

²⁹ นิคม จันทรวินทร. เล่มเดิม. หน้า 49.

ที่จ่ายไปนั้นควรจะต้องสัมพันธ์กัน และเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ประกันตน โดยเฉพาะในส่วนที่ผู้ประกันตนจะได้รับ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการ ได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี และเพียงพอ โดยปราศจากการถูกจำกัดอัตราค่ารักษาพยาบาล เพราะหากมีการจำกัดอัตราค่ารักษาพยาบาลแล้วจะเห็นว่าจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อ การเข้ารับการรักษาพยาบาลตามสิทธิของตน ที่พึงจะได้รับตามกฎหมายและจากการที่ตนต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน

3.2 ปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมกับการประกันสุขภาพตาม

กฎหมายกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชนของประเทศไทย

ระบบประกันสังคม คือ ระบบที่ให้การประกันต่อบุคคลในสังคมที่มีปัญหาหรือได้รับความเดือดร้อนทางการเงิน เนื่องจากการประสบเคราะห์ภัย หรือมีเหตุการณ์อันทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีพ ซึ่งต้องการ ได้รับความช่วยเหลือ การประกันสังคมจึงเป็นการร่วมมือระหว่างประชาชนในสังคมเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ด้วยการรวบรวมเงินทุนเข้าเป็นกองทุนร่วมกัน และเฉลี่ยความเสี่ยงหรือร่วมกันเสี่ยงต่อเคราะห์ภัยหรือปัญหาความเดือดร้อนที่อาจจะเกิดขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นระบบที่จัดให้มีขึ้นเพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชนว่าประชาชนจะได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจหรือด้านการเงินในระดับหนึ่ง เมื่อเขาต้องประสบกับภาวะความเดือดร้อนจากการสูญเสียรายได้เนื่องจากการต้องว่างงาน จากกรณีรายจ่ายเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษอันส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีพหรือความเป็นอยู่ ซึ่งประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการสร้างหลักประกันดังกล่าวก็ได้แก่ บุคคลผู้ส่งเงินเข้าสมทบร่วมเป็นกองทุน โดยบุคคลดังกล่าวได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขอันก่อให้เกิดสิทธิที่จะ ได้รับความคุ้มครอง หรือได้รับประโยชน์ทดแทนความสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้น³⁰

ระบบประกันสังคม เป็นการถ่ายเทเงินจากคนรวยไปสู่คนจน คือ คนรวยจะใช้ประโยชน์จากกฎหมายนี้ น้อยแต่คนจน ใช้น้อยแต่ไม่คืนเงินที่ออกสมทบเข้ากองทุนให้เลย เนื่องจากไม่ใช้ระบบเงินออมและนายจ้างออกเงินสมทบเข้ากองทุนให้กับลูกจ้างแต่ก็ไม่ได้อะไรกลับคืนมาเลย เป็นรูปแบบการให้เปล่า³¹

หลักการของระบบประกันสังคม คือ ผู้มีสิทธิ หรือผู้ที่กฎหมายกำหนดให้เข้าร่วมประกันสังคม เป็นผู้จ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสุขภาพตามรายได้หรือความสามารถในการจ่ายของตน การเก็บเบี้ยประกันมักทำโดยหักจากเงินเดือน ในอัตราที่เป็นสัดส่วนคงที่ของเงินเดือน ฉะนั้นผู้มีรายได้หรือเงินเดือนสูง ต้องจ่ายเงินมากกว่าผู้มีรายได้ น้อยกว่า แต่สิทธิในการใช้บริการเท่ากัน

³⁰ ศักดิ์ศรี บริบาลบรรพตเขตต์. เล่มเดิม. หน้า 21.

³¹ ทิระ ศรีธรรมรักษ์. (2551). เอกสารประกอบการสอนวิชากฎหมายแรงงานกับปัญหาแรงงาน “วิเคราะห์พระราชบัญญัติประกันสังคม.” หน้า 11.

บางประเทศกำหนดให้นายจ้างจ่ายสมทบเข้ากองทุนด้วย และรัฐบาลอาจจ่ายสมทบเข้ากองทุนด้วยเช่นกัน³²

จากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่ากฎหมายประกันสังคมเป็นกฎหมายที่เน้นในเรื่องของหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขที่คนรวยมีต่อคนจน และคนจนมีต่อคนรวย แต่ถ้าหากเราได้ศึกษาถึงความเป็นมาเป็นไปอย่างละเอียดแล้วเราพบว่าไม่ได้เป็นไปอย่างที่ต้องการตามเจตนารมณ์ของกฎหมายประกันสังคมเลย กล่าวคือในการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมนั้นไม่ว่าจะเป็นคนรวยหรือเป็นคนจนก็ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเท่ากัน แต่ถ้าหากพิจารณาให้ลึกเข้าไปอีกก็จะเห็นว่าคนที่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนจริงๆ แล้วก็จะมีส่วนคนที่มีฐานะทางการเงินที่ไม่แข็งแรงหรือเป็นบุคคลที่มีเงินเดือนน้อยเท่านั้น ส่วนคนที่มีฐานะทางการเงินเข้มแข็งหรือมีเงินเดือนสูงก็ยังคงเสียอยู่ในวงเงินที่จำกัดนั่นเอง

3.2.1 ปัญหาเรื่องการจ่ายเงินสมทบ

ปัญหาเรื่องการจ่ายเงินสมทบถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ประกันตน เพราะผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเงินสมทบที่เกิดจากน้ำพักน้ำแรงของตนทุกๆ เดือน เพื่อให้ตนได้รับประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายประกันสังคม แต่ในการส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมนั้นยังมีปัญหาอยู่มาก ดังจะกล่าวต่อไปนี้

3.2.1.1 การประกันสังคม

ในเรื่องของการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมนั้น ก่อนที่จะจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมได้ เราต้องมาทำความเข้าใจถึงการเป็นผู้ประกันตนก่อน กล่าวคือกฎหมายประกันสังคมกำหนดให้กิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปทั่วราชอาณาจักรเป็นผู้ประกันตนและต้องไม่ใช่กิจการที่ได้รับยกเว้นตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 โดยลูกจ้างนั้นจะต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ และต้องอายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ เว้นแต่ในกรณีที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์แล้วแต่ยังคงทำงานในสถานประกอบกิจการเดิมอยู่ต่อไปอย่างต่อเนื่อง ให้บุคคลนั้นเป็นผู้ประกันตนต่อไปแม้ว่าจะมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์³³

เมื่อเป็นบุคคลที่อยู่ในหลักเกณฑ์ตามที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดบุคคลที่ผู้ประกันตนก็มีหน้าที่ในการที่จะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม กล่าวคือ ผู้ที่เป็นลูกจ้างจะต้องเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมโดยใช้บังคับกับลูกจ้างในภาคเอกชนเป็น

³² เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (2548). เจาะลึกระบบประกันสุขภาพ. หน้า 14.

³³ ชีระ ศรีธรรมรักษ์. เล่มเดิม. หน้า 14.

หลัก³⁴ โดยในการส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมนั้น กฎหมายประกันสังคมกำหนดอัตราเงินสมทบเอาไว้คือ

1) อัตราเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีคลอดบุตร กฎหมายได้กำหนดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2546 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546 ให้รัฐบาลนายจ้างและผู้ประกันตนออกเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตายและกรณีคลอดบุตร³⁵ฝ่ายละเท่ากัน ในอัตราร้อยละ 1 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน ต่อมาเมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนจะต้องออกเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตายและกรณีคลอดบุตรฝ่ายละเท่ากัน ในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน³⁶ และล่าสุดเมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 ได้มีประกาศกระทรวง เรื่องการกำหนดอัตราสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2552 โดยให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนจะต้องออกเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตายและกรณีคลอดบุตรฝ่ายละเท่ากัน ในอัตราร้อยละ 0.5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน³⁷ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 และตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 เป็นต้นไปให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนจะต้องออกเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตายและกรณีคลอดบุตรฝ่ายละเท่ากัน ในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน³⁸ เหตุที่เป็นเช่นนี้ก็เพื่อเป็นการบรรเทาภาระของนายจ้างและผู้ประกันตนให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน

2) อัตราเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพ กฎหมายได้กำหนดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา ให้รัฐบาลออกเงินสมทบในอัตราร้อยละ 1 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน นายจ้างและผู้ประกันตนออกเงินสมทบในอัตรา

³⁴ แหล่งเดิม.

³⁵ กฎกระทรวงกำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2545 ให้ไว้ ณ วันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2545 ประกาศในกฤษฎีกา เล่ม 115, ตอนที่ 119, วันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2545.

³⁶ ปราณี สุขศรี. (2548). หลักกฎหมายประกันสังคมสำหรับนายจ้างและลูกจ้าง. หน้า 20.

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

³⁸ ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2552. (2552, 17 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 126, ตอนที่ 44 ก. บัญชีอัตราเงินสมทบ บัญชี ข. หน้า 3.

ร้อยละ 3 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน และล่าสุดเมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 ได้มีประกาศกระทรวง เรื่องการกำหนดอัตราสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2552 โดยให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนจะต้องออกเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพฝ่ายละเท่ากันในอัตราร้อยละ 2 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน³⁹ตั้งแต่วันที่ 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 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน⁴⁰เหตุที่เป็นเช่นนี้ก็เพื่อเป็นการบรรเทาภาระของนายจ้างและผู้ประกันตนให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน

3) อัตราเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน กฎหมายได้กำหนดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 เป็นต้นมาให้รัฐบาลออกเงินสมทบในอัตราร้อยละ 0.25 ของค่าจ้างผู้ประกันตน ส่วนนายจ้างและผู้ประกันตนออกเงินสมทบในอัตราฝ่ายละ ร้อยละ 0.50 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน⁴¹

การจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม โดยมุ่งเน้นที่จะให้หลักประกันแก่ลูกจ้างที่จะประกันตนในเรื่องความมั่นคงที่จะดำรงชีวิตตลอด 24 ชั่วโมง เป็นการให้ประโยชน์ทดแทนระยะยาว โดยลูกจ้าง นายจ้าง รัฐบาลร่วมกันออกเงินสมทบในสัดส่วนตามความจำเป็นเรียกว่าระบบ ไตรภาคี มีข้อน่าสังเกต คือ ลูกจ้างเท่านั้นที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมได้ อาจกล่าวได้ดังนี้

(1) ผู้ประกันตน ส่งเงินสมทบเพื่อจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย ในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้าง โดยจะคำนวณจากค่าจ้างต่ำสุด เดือนละ 1,650 และสูงสุดเดือนละ 15,000 บาท

³⁹ ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2552. (2552, 17 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 126 ตอนที่ 44 ก. บัญชีอัตราเงินสมทบ บัญชี ก. หน้า 3.

⁴⁰ ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2552. (2552, 17 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 126 ตอนที่ 44 ก. บัญชีอัตราเงินสมทบ บัญชี ข. หน้า 3.

⁴¹ กฎกระทรวงกำหนดอัตราเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน พ.ศ. 2546 ให้ไว้ ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546. ประกาศในราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา, เล่ม 120, ตอนที่ 129, วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546.

(2) นายจ้าง ส่งเงินสมทบเพื่อจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตราย หรือ เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย รวมกันในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้าง โดยจะคำนวณจาก ค่าจ้างต่ำสุด เดือนละ 1,650 และสูงสุดเดือนละ 15,000 บาท

(3) รัฐบาล โดยจะคำนวณจากค่าจ้างต่ำสุด เดือนละ 1,650 และสูงสุดเดือนละ 15,000 บาท โดยจะคำนวณจากค่าจ้างต่ำสุด เดือนละ 1,650 และสูงสุดเดือนละ 15,000 บาท

จะเห็นได้ว่าประเทศไทยกำหนดอัตราการจัดเก็บเงินสมทบให้นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล รับผิดชอบในจำนวนเงินสมทบในอัตราส่วนที่เท่ากัน

จากการที่กฎหมายกำหนดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม เราก็มองเห็นว่า การจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนนั้นจะเป็นรูปแบบของระบบไตรภาคี⁴² กล่าวคือ เป็นการ ออกเงินสมทบของนายจ้าง ลูกจ้างและรัฐบาล โดยนายจ้างออกสมทบ 5% ของค่าจ้างลูกจ้างแต่ละ คน ลูกจ้างออก 5% ของค่าจ้างลูกจ้าง และรัฐบาลออกให้ 2.75% ของค่าจ้างลูกจ้างแต่ละคน สำหรับ จำนวนค่าจ้างขั้นต่ำขั้นสูงของลูกจ้างที่ใช้เป็นมาตรฐานในการคำนวณเงินสมทบ กฎหมาย กำหนดค่าจ้างที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนตาม กฎหมาย คือ แต่ละคนเดือนละ ไม่ต่ำกว่า 1,650 บาท และไม่เกินเดือนละ 15,000 บาท

ดังนั้นจากการที่ได้ศึกษาในเรื่องของการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ประกันสังคม จะเห็นได้ว่าการส่งเงินสมทบเข้ากองทุนนั้นมีข้อจำกัดในเรื่องของการกำหนดอัตรา ค่าจ้างขั้นต่ำและขั้นสูงของค่าจ้างรายเดือนของลูกจ้าง ไว้ อันเป็นการชี้ให้เห็นว่าลูกจ้างที่มีเงินเดือน น้อยก็ยังคงต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเท่ากับคนที่มียาได้มาก (เกินกว่า 15,000 บาท) ก็เท่ากับ เป็นการนำเงินจากคนจนมาสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมอยู่นั่นเอง ถึงแม้ว่าคนที่มียาฐานะร่ำรวยจะ กล่าวว่าคุณไม่ได้ใช้สิทธิตามกฎหมายประกันสังคมก็ตาม โดยคนที่ใช้ถึงแม้ว่าจะเป็นคนที่มียาได้ น้อย หากจน ก็เห็นว่าสมควรที่จะใช้สิทธิตามหลักเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขอยู่ แต่ถ้าหากการกำหนดอัตรา การจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมยังคงเป็นอยู่ในรูปแบบเดิมก็คงจะไม่ผิดที่จะกล่าวว่าเป็น การเฉลี่ยทุกข์และเฉลี่ยทุกข์ คือเป็นทุกข์ของลูกจ้างที่มีรายได้น้อยนั่นเอง

3.2.1.2 การประกันสุขภาพตามกรรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน

การจ่ายเงินสมทบเพื่อกำหนดค่ารักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยจากการ ประกันสุขภาพตามกรรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชนนั้น เกิดขึ้นจากการคิดคำนวณเบี้ย ประกันชีวิตซึ่งมีลักษณะคล้ายกับการประกันวินาศภัย แต่ต้องมีการพิจารณารายละเอียดที่ลึกซึ้ง มากกว่า เนื่องจากการประกันชีวิตมีเรื่องต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องที่จะต้องพิจารณามากมาย ซึ่งอาศัย

⁴² วีระ ศรีธรรมรักษ์. (2551). เอกสารประกอบการสอนวิชากฎหมายแรงงานกับปัญหาแรงงาน “วิเคราะห์พระราชบัญญัติประกันสังคม.” หน้า 10.

หลักวิชาสถิติเข้ามาช่วยในการคำนวณเบี้ยประกันชีวิต ดังนั้นจึงต้องนำปัจจัยใหญ่ๆ 3 ประการมาประกอบ⁴³ ดังนี้

1) มรณวิสัย (Mortality) คำนี้ถ้าจะเรียกเป็นภาษาชาวบ้านหรือพูดง่ายๆ คือตัวเลขแสดงอัตราการตายของคนในอายุต่างๆ กัน และได้มีการวิวัฒนาการมาเรื่อยๆ อัตราการตายของคนในแต่ละประเทศอาจแตกต่างกันได้ แต่ละประเทศจึงจะสร้างตารางมรณวิสัยออกมา เรียกว่า ตารางมรณวิสัย (Mortality Table) การที่อัตราการตายแตกต่างกัน เนื่องจาก

(1) อายุ เราพบว่าอัตราการมรณะนั้นจะแตกต่างกันไปตามอายุ เช่น โดยทั่วไปจะปรากฏว่าอัตราการมรณะของเด็กแรกเกิดจะสูงและจะค่อยๆ ลดลง และเมื่อถึงอายุหนึ่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไปตลอดชีวิต

(2) เพศ อัตราการมรณะในหลายๆ ประเทศนั้นพบว่า อัตราการมรณะของเพศชายจะสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งเป็นผลทำให้อัตราเบี้ยประกันชีวิตของเพศหญิงต่ำกว่าเพศชายที่อายุเท่ากัน ในกรณีประกันแบบเดียวกันและทุนประกันเท่ากัน (แต่ทั้งนี้ในบางประเทศนั้นใช้ตารางมรณะสำหรับเพศหญิงและเพศชายเป็นตารางเดียวกัน)

(3) ภูมิประเทศหรือสภาพทางภูมิศาสตร์ สภาพทางภูมิศาสตร์ก็จะมีผลทำให้อัตราการมรณะแตกต่างกัน เช่น ในประเทศสวีเดน จะมีอัตราการตายโดยทั่วไป ต่ำกว่าในประเทศอังกฤษ ประเทศสเปนอัตราการตายจะสูงกว่าประเทศอังกฤษ

(4) เชื้อชาติ เราพบว่าเชื้อชาติต่างกัน จะมีอัตราการตายแตกต่างกัน เช่น คนผิวดำในแอฟริกาจะมีอัตราการตายสูงกว่าคนผิวขาวในยุโรป เป็นต้น

(5) อาชีพ อาชีพบางอาชีพเสี่ยงต่ออันตรายหรือเสี่ยงต่อการตายมากกว่าอาชีพอื่นมีผลทำให้อัตราการมรณะของคนที่มีอาชีพเสี่ยงอันตรายมากจะสูงกว่าคนที่มีอาชีพเสี่ยงต่ออันตรายน้อย เช่น อาชีพเป็นกรรมกรเหมืองแร่ จะเสี่ยงต่อความตายมากกว่าอาชีพเป็นอาจารย์ เป็นต้น

(6) รายได้ โดยปกติแล้วกลุ่มบุคคลที่มีรายได้สูงจะมีอัตราการมรณะต่ำกว่าบุคคลซึ่งมีรายได้ต่ำ

(7) สถานภาพการสมรส มีความแตกต่างกันระหว่างการมรณะของกลุ่มบุคคลที่มีครอบครัว คนโสด และกลุ่มที่เป็นหม้าย จากสถิติของบางประเทศพบว่า อัตราการมรณะจะต่ำสุดสำหรับกลุ่มที่มีครอบครัว

(8) การตรวจสุขภาพ อัตราการตายของผู้เอาประกันภัยที่ได้รับการตรวจสุขภาพก่อนการรับประกัน โดยทั่วไปควรจะต่ำกว่าอัตราการตายของผู้เอาประกันภัยที่ไม่ได้รับ

⁴³ สุธรรม พงศ์สารานู, พึงใจ พึ่งพานิช และวิรัช ฌ สงขลา. เล่มเดิม. หน้า 41.

การตรวจสอบสุขภาพ แต่ประเทศในเอเชียบางประเทศ เช่น ประเทศมาเลเซีย ประเทศฟิลิปปินส์ ประเทศอินโดนีเซียและประเทศไทย ปรากฏว่าอัตราการมรณะของผู้เอาประกันภัยที่ไม่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพก่อนการรับประกันจะต่ำกว่าอัตราการมรณะของผู้เอาประกันภัยที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพ ทั้งนี้ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นผลมาจากการคัดเลือกภัยจากการตรวจสอบสุขภาพนั้น ไม่ได้ดำเนินไปอย่างได้มาตรฐานดังเช่นในประเทศที่เจริญแล้วอื่นๆ

(9) วิวัฒนาการทางการแพทย์ อัตราการมรณะโดยทั่วไป จะเปลี่ยนแปลงไปในทุกๆ ปี ตามผลของการเจริญทางการแพทย์ การสาธารณสุขที่ดีขึ้น และสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้นอื่นๆ แต่ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงชั่วคราวอาจเกิดขึ้นในแต่ละปีจากสาเหตุหลายๆ สาเหตุ ซึ่งทำให้แนวโน้มของอัตราการมรณะ โดยทั่วไป เปลี่ยนไป เช่น อัตราการมรณะในอังกฤษและเวลส์ ในปี ค.ศ. 1951 จะสูงกว่าอัตราการมรณะในปี ค.ศ. 1950 ทั้งนี้เพราะผลของการระบาดของไข้หวัดใหญ่ และในบางกรณีอาจมีสาเหตุอื่นๆ ที่ทำอัตราการมรณะผิดปกติไป เช่น จากภาวะสงคราม ข້วยากหามากแพง และโรคระบาดต่างๆ เป็นต้น

(10) แบบของการประกัน จากข้อมูลสถิติโดยทั่วไปพบว่า อัตราการมรณะของผู้เอาประกันภัยแบบช่วงระยะเวลาจะสูงกว่าอัตราการมรณะของผู้เอาประกันภัยแบบเงินได้ประจำ หรือบำนาญ ทั้งนี้ เพราะผู้ที่มีสุขภาพทรุดโทรมมักจะเลือกที่จะซื้อประกันแบบช่วงระยะเวลา ซึ่งจะให้สิทธิประโยชน์ (ทุนประกัน) เมื่อผู้เอาประกันภัยมรณะมากกว่าที่จะซื้อการประกันแบบเงินได้ประจำหรือบำนาญ ซึ่งผู้เอาประกันภัยจะได้รับเงินได้ประจำหรือบำนาญก็ต่อเมื่อมีชีวิตอยู่เท่านั้น อัตราการมรณะจึงแตกต่างกันไปตามแบบของการประกัน

ในประเทศไทยนั้น ยังไม่มีตารางมรณะที่สร้างขึ้น โดยอาศัยสถิติผู้เอาประกันชีวิต ทั้งนี้ เพราะในอดีตที่ผ่านมาธุรกิจประกันชีวิตในประเทศไทยไม่ได้มีการรวบรวมข้อมูลสถิติเพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าว และจำเป็นต้องใช้เวลารวบรวมข้อมูลไปอีกช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลสถิติที่ถูกต้องเพียงพอในการสร้างตารางดังกล่าว (ช่วงเวลาที่รวบรวมสถิติประมาณ 5 ปี) ในปัจจุบันนี้บริษัทประกันชีวิตส่วนใหญ่ใช้ตารางมรณะที่สร้างขึ้นในต่างประเทศในการคำนวณมูลค่าต่างๆ ทางคณิตศาสตร์ประกันชีวิต

ตารางมรณะที่ใช้กันอยู่ในประเทศไทยในขณะนี้มียู่ประมาณ 7 ตารางคือ

- ก. C.S.O. 1941
- ข. C.S.O. 1958
- ค. American Experience Table
- ง. Oriental O (25-35)

จ. Modified Oriental

ฉ. Hunter Tropical

ช. Thai Men Life Table 1947

หมายเหตุ สำหรับตาราง Thai Men Life Table 1947 นั้นเป็นตารางที่ได้สร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2495 โดยการใช้ข้อมูลเกิดจากการตายที่จัดพิมพ์ขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลสถิติประชากรที่จากการทำสำมะโนประชากรในปี พ.ศ. 2490 ซึ่งดำเนินการโดยกระทรวงมหาดไทย คำนวณโดย Greville's Method of Constructing Abridged Life Table

ตาราง Thai Men Life Table 1947 นี้ปัจจุบันไม่ได้มีการนำมาใช้แล้ว ทั้งนี้จากการตรวจสอบพบว่า ถึงแม้ Curve จะต่อเนื่อง (Continuous) แต่ก็มีกรณีไม่ต่อเนื่องใน First Derivative และในบางจุดรวมไปถึง Derivative สูงๆ ขึ้นได้ด้วย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก

- วิธีการที่ใช้กับข้อมูลที่มีอยู่ไม่เหมาะสม
- ความผิดพลาดของข้อมูลที่ใช้

2) อัตราดอกเบี้ย (Interest Rate) ดอกเบี้ย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดปัจจัยหนึ่งในการคำนวณเบี้ยประกันชีวิต การชำระเบี้ยประกันซึ่งผู้ซื้อประกันชีวิตชำระครั้งเดียว (Single Premium) หรือการชำระรายงวดคงที่สม่ำเสมอ (ชำระเท่าๆ กันทุกงวด) ตลอดระยะเวลาที่ต้องการชำระเบี้ยประกันชีวิตนั้น จะเป็นผลให้เบี้ยประกันชีวิตนั้นสะสมอยู่กับบริษัทเป็นเวลาหลายๆ ปีก่อนที่บริษัทจะจ่ายเป็นค่าสินไหมทดแทน เมื่อมีการมรณะ หรือครบกำหนด (โดยปกติสัญญาประกันชีวิตนั้นเป็นสัญญาระยะยาว) จำนวนเงินที่สะสมอยู่กับบริษัทนี้ บริษัทจะนำไปลงทุนและได้ผลตอบแทนจากการลงทุน ดังนั้น ดอกผลหรือรายได้จากการลงทุนนี้จะช่วยให้บริษัทสามารถคำนวณเบี้ยประกันให้ลดลง โดยหวังผลจากดอกเบี้ยของเบี้ยประกันเหล่านี้ในอนาคต หรือจะกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือการชำระเบี้ยประกันชีวิตของผู้ซื้อประกันชีวิตนั้นเป็นการชำระล่วงหน้าเพื่อซื้อความคุ้มครองในอนาคตตามสัญญาประกันชีวิต ดังนั้น เบี้ยประกันชีวิตชำระล่วงหน้าจะต้องคำนึงถึงดอกเบี้ยด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ดอกเบี้ยจึงเข้าไปมีบทบาทในการคำนวณเบี้ยประกันชีวิต⁴⁴

ดอกเบี้ยนั้นเราอาจให้คำนิยามได้ว่า หมายถึง จำนวนผลตอบแทนที่ผู้ลงทุนจะได้รับจากการลงทุน ทั้งนี้ในความหมายโดยทั่วไปแล้ว ผลตอบแทนจากการลงทุนนั้นไม่จำเป็นต้องอยู่ในรูปแบบเดียวกันกับเงินลงทุน เช่น เจ้าของเงินลงทุนอาจให้ชานาทุ้มไปโดยคิดค่าตอบแทนในรูปของข้าวเปลือกที่เก็บเกี่ยวได้ จากตัวอย่างที่กล่าวมานี้จำนวนข้าวเปลือกถือเสมือนเป็นดอกเบี้ย หรือผลตอบแทนจากการลงทุนไม่ใช่รูปแบบของเงินตรา แต่ทั้งนี้ในแง่ของการ

⁴⁴ แหล่งเดิม. หน้า 46.

คำนวณนั้นเราจะคำนวณดอกเบี้ยในรูปของเงินตรา เพราะสิ่งนำไปลงทุนหรือผลตอบแทนซึ่งไม่ใช่ในรูปของเงินตรานั้นเราสามารถนำมาตีราคาในรูปของเงินตราได้⁴⁵

ในด้านของธุรกิจประกันชีวิตนั้น โดยทั่วไปดอกเบี้ยและเงินลงทุนนั้นอยู่ในรูปของเงินตราทั้งสิ้น

ในทางปฏิบัติดอกเบี้ยจากการลงทุน โดยทั่วไป จะอยู่ในรูปของอัตราดอกเบี้ยเงินลงทุน 100 หน่วย (ร้อยละของเงินลงทุน) และความสูงต่ำของดอกเบี้ยจะขึ้นอยู่กับขนาดของความเสี่ยงในการที่จะได้รับเงินลงทุนและผลตอบแทนอุปสงค์และอุปทานของเงินลงทุน ตลอดจนภาวะเศรษฐกิจโดยรวม⁴⁶

หลักในการคิดดอกเบี้ยที่ใช้อยู่ในชีวิตประจำวันของเรามีอยู่ 2 แบบ คือ

(1) ดอกเบี้ยเชิงเดี่ยว (Simple Interest) หลักการคิดดอกเบี้ยเชิงเดี่ยวนั้นอยู่ที่ดอกเบี้ยที่เกิดขึ้นในแต่ละปี ไม่ได้นำไปรวมกับเงินต้นหรือเงินลงทุนสำหรับลงทุนในปีต่อไป นั่นก็คือ ส่วนของดอกเบี้ย ณ สิ้นปีหนึ่งๆ จะไม่ถูกนำไปลงทุนในดอกเบี้ย ซึ่งจะมีผลทำให้เงินต้นหรือเงินลงทุนจะคงที่ตลอดการคำนวณ และดอกเบี้ยที่เกิดขึ้นในแต่ละปีมีจำนวนเท่ากันเสมอ⁴⁷

(2) ดอกเบี้ยทบต้น (Compound Interest) ในกรณีของดอกเบี้ยทบต้นนั้น ส่วนที่เป็นดอกเบี้ยในแต่ละปีจะถูกนำไปลงทุน โดยอัตราดอกเบี้ยที่ที่ได้รับ โดยดอกเบี้ย ณ วันสิ้นปีจะถูกนำไปรวมกับเงินต้นกลายเป็นเงินต้นของปีถัดไป ดังนั้นในกรณีนี้เงินต้นจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากผลของดอกเบี้ย⁴⁸

3) ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ (Loading) ในความหมายด้านคณิตศาสตร์ประกันชีวิตนั้น เราหมายถึงค่าใช้จ่ายที่ถือเป็นค่าใช้จ่ายในการรับประกันชีวิต และค่าใช้จ่ายในส่วนนี้จะตกเป็นภาระของผู้ซื้อประกันภัย หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ ค่าใช้จ่ายที่นักคณิตศาสตร์ประกันชีวิตประมาณจากประสบการณ์และนำมาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการคำนวณเบี้ยประกันชีวิตนั่นเอง⁴⁹

โดยทั่วไปเราแบ่งค่าใช้จ่ายออกเป็น 4 ประเภท คือ

- (1) ค่าใช้จ่ายในการลงทุน
- (2) ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรับประกัน

⁴⁵ แหล่งเดิม.

⁴⁶ แหล่งเดิม. หน้า 47.

⁴⁷ แหล่งเดิม.

⁴⁸ แหล่งเดิม.

⁴⁹ แหล่งเดิม. หน้า 48.

(3) ค่าใช้จ่ายในการลงทุนนั้น เป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้รับประกันชีวิต จะต้องเป็นผู้รับภาระเอง โดยอาจนำไปหักออกจากรายได้ออกจากการลงทุน⁵⁰

(4) ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรับประกันนั้น โดยทั่วไปจะตกเป็นภาระของผู้เอาประกันภัย ค่าใช้จ่ายนี้เป็นค่าใช้จ่ายซึ่งนักคณิตศาสตร์ประกันชีวิต จะประมาณรวมเข้ากับเบี้ยประกันสุทธิเป็นเบี้ยประกันรวมที่ผู้เอาประกันภัยจ่ายซื้อประกันชีวิต⁵¹

โดยทั่วไปแล้ว ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรับประกันชีวิตตลอดระยะเวลาของสัญญาจะผันแปรไปตามปัจจัยต่างๆ ดังนี้

ก. ค่าใช้จ่ายซึ่งผันแปรไปตามเบี้ยประกัน โดยคำนวณเป็นอัตราร้อยละของดอกเบี้ยประกันชีวิต

ข. ค่าใช้จ่ายซึ่งผันแปรไปตามจำนวนเงินสิทธิประโยชน์ (ทุนประกัน) เช่น เป็นจำนวนต่อทุนประกัน 1,000 บาท เป็นต้น

ค. ค่าใช้จ่ายซึ่งผันแปรตามกรรมธรรม์ เช่น ค่าใช้จ่ายต่อรายการกรรมธรรม์

ในการคำนวณเบี้ยประกันชีวิตนั้น นอกจากจะอาศัยองค์ประกอบที่เป็นข้อสมมติฐาน 3 อย่าง คือ ตารางมรณวิสัย อัตราดอกเบี้ย และค่าใช้จ่ายในการดำเนินการดังกล่าวข้างต้นแล้วยังต้องอาศัยข้อมูลเพิ่มเติมซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่ต้องทราบเพื่อประกอบการคำนวณ⁵² คือ

- อายุของผู้เอาประกันภัย

- เพศของผู้เอาประกันภัย (ในบางประเทศคำนวณเบี้ยประกันโดยไม่คำนึงถึงเพศคือเพศหญิงและเพศชาย คำนวณโดยใช้อัตราณะเดียวกัน โดยถือเสมือนว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างอัตราณะของชายและหญิง)

- จำนวนเงินสิทธิประโยชน์ตามกรรมธรรม์ หรือจำนวนเงินซึ่งเอาประกัน (ทุนประกัน)

- แบบของการประกัน ระยะเวลาของสัญญา และระยะเวลาชำระเบี้ยประกัน

ในบางบริษัทอาจนำเอาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถิติการขาดอายุของกรรมธรรม์เข้าไปมีส่วนในการคำนวณเบี้ยประกันด้วย นอกจากนี้ในกรณีบริษัทผู้ถือหุ้น อาจรวมส่วนที่ถือว่าเป็นกำไรที่ควรจะได้จากการรับประกันไว้ในเบี้ยประกันด้วย⁵³

⁵⁰ แหล่งเดิม.

⁵¹ แหล่งเดิม..

⁵² แหล่งเดิม.

⁵³ แหล่งเดิม. หน้า 49.

3.2.2 ประโยชน์ทดแทน

นอกจากปัญหาในเรื่องการจ่ายเงินสมทบแล้ว ปัญหาเรื่องประโยชน์ทดแทนก็เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่มีความสำคัญ เนื่องจากปัจจุบันผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายประกันสังคมที่ไม่เพียงพอและสอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งจะกล่าวได้ดังต่อไปนี้

3.2.2.1 การประกันสังคม

ประโยชน์ทดแทน เป็นความช่วยเหลือที่กองทุนประกันสังคมให้แก่ผู้ประกันตน หรือผู้มีสิทธิในกรณีที่ผู้ประกันตนประสบเคราะห์ภัยหรือได้รับความเดือดร้อน โดยผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบครบตามระยะเวลาที่ก่อให้เกิดสิทธิรับประโยชน์ทดแทน

กฎหมายประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้กำหนดประโยชน์ทดแทนไว้ทั้งสิ้น 7 ประเภท คือ

1. ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน หรือนอกงาน
2. ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร
3. ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ
4. ประโยชน์ทดแทนกรณีตาย
5. ประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร
6. ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ
7. ประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน

สำหรับหลักสากล โดยทั่วไปแล้วจะแบ่งการประกันสังคมออกเป็น 8 ประเภท โดยนอกเหนือจากการประกันสังคมทั้ง 7 ประเภทแล้ว ที่ได้กำหนดไว้ในกฎหมายประกันสังคมฉบับปัจจุบันของไทยดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีการประกันสังคมกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานอีกประเภทหนึ่ง⁵⁴ แต่สำหรับกฎหมายไทยนั้น ได้กำหนดให้ความคุ้มครองลูกจ้างกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานไว้ก่อนที่จะมีกฎหมายประกันสังคม โดยจะอยู่ในเรื่องของกฎหมายเงินทดแทนที่เป็นระบบทวิภาคีที่เป็นจ่ายเงินสมทบโดยนายจ้างและลูกจ้าง อันเป็นกฎหมายภาคบังคับอีกฉบับหนึ่งและเป็นกฎหมายที่คุ้มครองลูกจ้างหากลูกจ้างประสบอันตรายขณะทำงานหรือในเวลาทำงานเกี่ยวเนื่องกับการงาน หรือเจ็บป่วยอันเนื่องจากการงานหรือทำงานอันเกี่ยวเนื่องกับประโยชน์ของนายจ้าง⁵⁵

⁵⁴ วิจิตรา (ทุ่งลัดดา) วิเชียรชม. (2540). กฎหมายประกันสังคม. หน้า 26.

⁵⁵ วีระ ศรีธรรมรักษ์. เล่มเดิม. หน้า 5.

ผู้ประกันตนจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบต่างๆ ตามที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดไว้ 4 รูปแบบ ทั้งนี้ จะได้รับในรูปแบบใดบ้างก็ขึ้นอยู่กับประเภทของการประกันสังคม ประโยชน์ทดแทน 4 รูปแบบดังกล่าวนั้นก็คือ

- 1) บริการทางการแพทย์
- 2) เงินทดแทนการขาดรายได้
- 3) เงินค่าทำศพ
- 4) เงินสงเคราะห์

เมื่อผู้ประกันตนประสบเคราะห์ภัยหรือประสบความเดือดร้อนตามกรณีตามกฎหมายประกันสังคมกำหนด โดยได้ปฏิบัติตามเงื่อนไข คือ ได้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมมาแล้วเป็นระยะเวลาอย่างน้อยตามที่กฎหมายประกันสังคมกำหนด ก็จะเกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบต่างๆ ดังที่กล่าวข้างต้น โดยมีรายละเอียดดังจะกล่าวต่อไป⁵⁶

- 1) บริการทางการแพทย์

ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานประกันสังคม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ทำสัญญาให้บริการทางการแพทย์กับสำนักงานประกันสังคม เพื่อประโยชน์ของผู้ประกันตน ทั้งโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐบาลและของเอกชนรวมกันแล้วประมาณ 198 แห่ง ในจำนวนนี้เป็นของรัฐบาลจำนวน 126 แห่ง และเป็นของเอกชนอีก 72 แห่ง โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลทั้งหมดนี้ได้ทำสัญญาโดยตรงกับสำนักงานประกันสังคมเพื่อผูกพันในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน นอกจากนั้นก็ยังมีโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในเครือข่ายของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลหลักที่ทำสัญญาโดยตรงดังกล่าว อีกจำนวน 1,900 กว่าแห่ง ซึ่งหากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลหลักไม่สามารถให้บริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึงหรือให้บริการได้ไม่เพียงพอ ก็สามารถส่งผู้ประกันตนไปยังโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในเครือข่ายเหล่านี้ เพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวก รวดเร็ว และได้รับบริการอย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น โดยผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบของบริการทางการแพทย์ สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลดังกล่าว ด้วยการแสดงบัตรรับรองสิทธิ⁵⁷

⁵⁶ วิจิตรา (ทุ่งลัดดา) วิเชียรชม. เล่มเดิม. หน้า 64.

⁵⁷ “บัตรรับรองสิทธิ” หมายถึง บัตรรับรองสิทธิเพื่อการรักษาพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมออกให้แก่ผู้ประกันตน (ข้อ 3 แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่องกำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์, ลงวันที่ 30 มีนาคม 2538).

การให้บริการการรักษาพยาบาลภายใต้กฎหมายประกันสังคม เป็นการให้บริการในระบบ เหมာจ่าย (Capitation) คือ เป็นวิธีการที่กองทุนประกันสังคมให้อยู่ขณะนี้ โดยการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่สถานพยาบาล ตามรายหัวของผู้เอาประกันภัยที่เลือกรักษาที่สถานพยาบาลนั้นๆ โดยไม่คำนึงว่าผู้ประกันตนจะเจ็บป่วยหรือไม่ และด้วยวิธีการนี้สถานพยาบาลจะถูกบังคับทางอ้อมให้เน้นการให้บริการแบบป้องกันและลดต้นทุน⁵⁸

โรงพยาบาลที่ให้บริการภายใต้โครงการประกันสังคม⁵⁹ จะมี 3 ระดับ คือ

(1) Main Contractor หรือ โรงพยาบาลหลักที่เป็นคู่สัญญากับประกันสังคม เป็นศูนย์กลางของเครือข่าย⁶⁰

(2) Sub Contractor เป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับต้น ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง โรงพยาบาลสาขาในเขตจังหวัดนั้น และโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดใกล้เคียงที่มีผู้ประกันตนซึ่งเครือข่ายรับผิดชอบมีภูมิลำเนาอยู่⁶¹

(3) Supra Contractor ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่ใกล้เคียง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภูมิภาคหรือที่กำหนดไว้ โรงพยาบาลหรือสถาบันเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลที่สังกัดหน่วยงานอื่นที่เหมาะสม⁶²

สำหรับขั้นตอนการรักษาพยาบาล ผู้ประกันตนที่ป่วยจะต้องไปเข้ารับการรักษาพยาบาลใน โรงพยาบาลที่ตนเป็นสมาชิก หรือเครือข่ายของ โรงพยาบาลนั้นๆ ทั้งนี้ โรงพยาบาลจะให้การรักษาโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด แต่หากผู้ประกันตนไม่สามารถไปรักษา ยังโรงพยาบาลที่กำหนด ก็สามารถเข้ารับการรักษายังโรงพยาบาลที่นอกเหนือจากที่กำหนดได้ โดยสามารถนำไปเสริมมาเบิกคืนได้ในอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด เฉพาะในกรณีฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุเท่านั้น⁶³

⁵⁸ ปารีชาติ ศรีประเสริฐ. (2541). การให้ความคุ้มครองในระบบประกันสังคม : ศึกษาเปรียบเทียบโครงการประกันสังคมของประเทศไทยและฟิลิปปินส์. หน้า 39.

⁵⁹ ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน. (2538, 8 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 112, ตอนที่ 46 ง.

⁶⁰ ปารีชาติ ศรีประเสริฐ. เล่มเดิม. หน้า 39.

⁶¹ แหล่งเดิม. หน้า 40.

⁶² แหล่งเดิม.

⁶³ แหล่งเดิม.

ประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์นี้ ผู้ประกันตนจะมีสิทธิได้รับสำหรับการประกันสังคมกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน กรณีคลอดบุตร และกรณีทุพพลภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้⁶⁴

ก. กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน

ผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิต่อเมื่อได้ส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนเจ็บป่วย โดยจะได้รับประโยชน์ทดแทนในเรื่องต่อไปนี้

- ค่าบริการทางการแพทย์

1. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลตามที่ระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิหรือเป็นเครือข่ายของสถานพยาบาลนั้น ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ จนสิ้นสุดการรักษาพยาบาล⁶⁵

2. กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ถ้าผู้ประกันตนไม่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิ ผู้ประกันตนสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็นภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งแรก (ไม่รวมวันหยุดราชการ) ตามประเภทและอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์⁶⁶ ดังนี้

ก) ประเภทผู้ป่วยนอก ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง⁶⁷

(ก) ค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 300 บาท

(ข) ค่าห้องตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าตรวจเลือด ค่าเอ็กซเรย์ จ่ายเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 200 บาท

(ค) ค่าหัตถการจากแพทย์ เช่น เย็บแผล เข้าเฝือก จ่ายเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนที่จ่ายจริง ไม่เกินครั้งละ 200 บาท

ข) ประเภทผู้ป่วยใน ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง

⁶⁴ วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา) วิเชียรชม. เล่มเดิม. หน้า 68.

⁶⁵ พินิจ ทิพย์มณี. เล่มเดิม. หน้า 362.

⁶⁶ แหล่งเดิม.

⁶⁷ ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ (ฉบับที่ 2). (2541, 6 สิงหาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 115, ตอนที่ 63 ง.

(ก) จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนที่จ่ายจริง ไม่เกินวันละ 1,500 บาท

(ข) กรณีจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดไม่เกิน 2 ชั่วโมง จ่ายตามจำนวนที่จ่ายจริง ไม่เกิน 8,000 บาทต่อการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

(ค) กรณีต้องผ่าตัดใหญ่ ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดเกิน 2 ชั่วโมง จ่ายตามจำนวนที่จ่ายจริง ไม่เกิน 14,000 บาทต่อการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

(ง) จ่ายค่าห้อง ค่าอาหาร ตามจำนวนที่จ่ายจริง ไม่เกิน วันละ 700 บาท

(จ) กรณีมีความจำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลในห้อง ICU จ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มตามความจำเป็น ไม่เกินวันละ 2,000 บาท

(ฉ) กรณีมีการตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง ได้แก่ CT Scan หรือ MRI จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ไม่เกิน 4,000 บาท ต่อการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

3. กรณีมีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ประกันตนไปตรวจวินิจฉัยหรือรักษา ต่อยังสถานพยาบาลอื่น เบิกค่าพาหนะได้ในอัตราดังนี้

ก) ภายในเขตจังหวัดเดียวกัน ค่ารถพยาบาลจ่ายตามจำนวนที่จ่ายจริง ไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง ส่วนพาหนะรับจ้างหรือพาหนะส่วนบุคคลหรือพาหนะอื่นๆ เหมายจ่ายในอัตรา 300 บาทต่อครั้ง

ข) กรณีข้ามเขตจังหวัด จ่ายเพิ่มจากกรณีภายในเขตจังหวัดเดียวกัน อีกในระยะทางกิโลเมตรละ 90 สตางค์ (ตามระยะทางกรมทางหลวง)

4. กรณีอุบัติเหตุ ถ้าผู้ประกันตนไม่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิ ผู้ประกันตนสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็นภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับแต่เวลาที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งแรก (ไม่รวมวันหยุดราชการ) โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนด ดังนี้

ก) หากเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ จ่ายให้เท่าที่จริงตามความจำเป็นยกเว้นค่าห้องและค่าอาหารของผู้ป่วยใน จ่ายให้ไม่เกินวันละ 700 บาท

ข) หากเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนจ่ายให้ตามหลักเกณฑ์และอัตราเช่นเดียวกับกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

5. กรณีไม่มีบัตรรับรองสิทธิ สำหรับผู้ประกันตนที่จ่ายเงินสมทบใน ส่วนของกรณีการเจ็บป่วยครบตามเงื่อนไขแล้ว แต่ยังไม่มียบัตรรับรองสิทธิ สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลได้ หากประสบอันตรายจากอุบัติเหตุ ให้เบิกค่าบริการทางการแพทย์

แพทย์ ตามอัตราเดียวกับการเจ็บป่วยกรณีอุบัติเหตุ ส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์ได้ในอัตราเดียวกับการเจ็บป่วยกรณีฉุกเฉิน

6. กรณีทันตกรรม มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ กรณีอุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินปูน เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 400 บาทต่อปี

7. กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขและอัตราบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้สถานพยาบาลในความตกลง และให้บริการฟอกเลือดแก่ผู้ประกันตนในอัตราไม่เกิน 1,500 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 3,000 บาท ต่อสัปดาห์

- เงินทดแทนจากการขาดรายได้สำหรับการหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาลตามคำสั่งแพทย์

ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 50 ของค่าจ้างครั้งละไม่เกิน 90 วัน ปีละไม่เกิน 180 วัน เว้นแต่โรคเรื้อรังไม่เกิน 365 วัน ในกรณีที่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าจ้างจากนายจ้างในระหว่างหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน หรือมีสิทธิตามระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงาน สัญญาจ้างแรงงาน หรือข้อตกลงเกี่ยวกับสภาพการจ้าง แล้วแต่กรณี ผู้ประกันตนไม่มีสิทธิได้รับเงินทดแทนจากการขาดรายได้จนกว่าสิทธิได้รับเงินค่าจ้างนั้น ได้สิ้นสุดลง จึงจะมีสิทธิได้รับทดแทนดังกล่าวเท่าระยะเวลาที่คงเหลือ

- กรณีสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน

ผู้ประกันตนได้รับค่าอวัยวะเทียมหรือค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ตามประเภทและอัตราที่กำหนด

- กรณีฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานภายหลังการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย สำหรับกรณีดังกล่าวกฎหมายไม่ได้กำหนดไว้

ข. ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรสำหรับตนเองหรือภรรยา หรือสำหรับหญิงที่อยู่กินฉันสามีภรรยากับผู้ประกันตน โดยเปิดเผย ถ้าไม่มีภรรยาที่

จดทะเบียนโดยถูกต้องตามกฎหมาย⁶⁸ ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรที่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับ มีดังนี้

- ค่าบริการทางการแพทย์

ค่าบริการทางการแพทย์ ในกรณีที่ผู้ประกันตนเป็นหญิง จะได้เงินช่วยค่าคลอดบุตรแบบเหมา 12,000 บาท แต่จะลาคลอดได้ไม่เกิน 2 ครั้งในชีวิต กรณีผู้ประกันตนเป็นลูกจ้างชาย จะได้เงินสดครั้งละ 12,000 บาท และถ้าสามีภรรยาเป็นผู้ประกันตนด้วยกันทั้งคู่ก็จะได้รับค่าตอบแทนการคลอดบุตรคนละ 12,000 บาททั้งคู่ โดยจะต้องเป็นผู้ประกันตนมาแล้วไม่น้อยกว่า 7 เดือน หรือ 210 วันก่อนคลอด⁶⁹

- เงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตร

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

จากการที่กฎหมายกำหนด เมื่อผู้ประกันตนหญิงลาคลอดเป็นเวลา 90 วัน ลูกจ้างหญิงซึ่งเป็นผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับทั้งค่าจ้างจากนายจ้างเป็นเวลา 45 วัน ในขณะเดียวกัน ก็ได้รับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรจากกองทุนประกันสังคมอีกด้วยเป็นเวลา 45 วัน

สำหรับสิทธิของผู้ประกันตนชายกรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับหญิง ผู้ประกันตนชายจะมีสิทธิได้รับเงินทดแทนกรณีคลอดบุตรสำหรับหญิง ซึ่งอยู่กินกันฉันสามีภรรยากับผู้ประกันตน โดยจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขตามที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดเอาไว้ ดังนี้

1. ผู้ประกันตนชายนั้นจะต้องไม่มีภรรยาซึ่งได้จดทะเบียนสมรสอยู่ในขณะนั้น
2. ผู้ประกันตนชายจะต้องอยู่กินฉันสามีภรรยากับหญิงนั้น โดยเปิดเผย
3. จะต้องปรากฏชื่อของผู้ประกันตนชายนั้นเป็นบิดาในสูติบัตรของบุตรที่เกิด

⁶⁸ ปราณี สุขศรี. (2548). หลักกฎหมายประกันสังคมสำหรับนายจ้างและผู้ประกันตน. หน้า 44.

⁶⁹ วีระ ศรีธรรมรักษ์. เล่มเดิม. หน้า 20.

อนึ่ง กรณีสามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ให้ใช้สิทธิในการเบิกค่าคลอดบุตรรวมกันไม่เกิน 4 ครั้ง โดยบุตรที่นำมาใช้สิทธิเบิกค่าคลอดบุตรแล้วไม่สามารถนำมาขอรับค่าคลอดบุตรได้อีก⁷⁰

ค. กรณีทุพพลภาพ

ทุพพลภาพ หมายความว่า การสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของร่างกายหรือสูญเสียสภาวะปกติของจิตใจจนไม่สามารถทำงานได้⁷¹

กรณีที่ถือว่าผู้ประกันตนทุพพลภาพ⁷² คือ

- (1) มือทั้งสองข้างขาด
- (2) แขนทั้งสองข้างขาด
- (3) มือข้างหนึ่งกับแขนข้างหนึ่งขาด
- (4) มือข้างหนึ่งกับขาข้างหนึ่งขาด
- (5) แขนข้างหนึ่งกับเท้าข้างหนึ่งขาด
- (6) แขนข้างหนึ่งกับขาข้างหนึ่งขาด
- (7) สูญเสียลูกตาทั้งสองข้างหรือสูญเสียตาข้างหนึ่งกับสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็นร้อยละเก้าสิบขึ้นไปหรือเสียความสามารถในการมองเห็นตั้งแต่ 3/60 หรือมากกว่าของตาอีกข้างหนึ่งหรือสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็นร้อยละเก้าสิบขึ้นไปหรือสูญเสียความสามารถในการมองเห็นตั้งแต่ 3/60 หรือมากกว่าของตาทั้งสองข้าง
- (8) โรคหรือการบาดเจ็บของไขสันหลังเป็นเหตุให้มือหรือแขนทั้งสองข้าง มือข้างหนึ่งกับแขนข้างหนึ่ง มือข้างหนึ่งกับขาอีกข้างหนึ่งหรือแขนข้างหนึ่งกับขาหรือเท้าอีกข้างหนึ่งหรือขาทั้งสองข้างกับการขยับย้ายปีศาจระ ออจจระ สูญเสียสมรรถภาพโดยสิ้นเชิง
- (9) โรคหรือการบาดเจ็บของสมองเป็นเหตุให้สูญเสียความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นประจำได้ และต้องให้ผู้อื่นมาช่วยเหลือดูแล
- (10) การสูญเสียสมรรถภาพหรือการสูญเสียอวัยวะตาม (1)-(9) เจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย แต่ด้านนอกเหนือจาก (1)-(9) ในส่วนกลาง คณะอนุกรรมการประโยชน์ทดแทนในคณะกรรมการแพทย์เป็นผู้มีอำนาจวินิจฉัย ในส่วนภูมิภาค

⁷⁰ พินิจ ทิพย์มณี. เล่มเดิม. หน้า 365.

⁷¹ ชีระ ศรีธรรมรักษ์. เล่มเดิม. หน้า 41.

⁷² ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ, ลงวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2536.

คณะกรรมการประกันสังคมจังหวัดในคณะกรรมการประกันสังคมเป็นผู้มีอำนาจพิจารณา วินิจฉัย

- ค่าบริการทางการแพทย์

ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลระหว่างที่ตนทุพพลภาพตามที่ ได้จ่ายไปจริง แต่ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท โดยไม่มีข้อจำกัดว่าจะต้องเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้อง กับการทุพพลภาพนั้น (ข้อ 2 แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2534 แก้ไขโดยข้อ 3 แห่ง ประกาศเรื่องเดียวกัน (ฉบับที่ 3) ลงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2538 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2538)

เงื่อนไขของการที่ผู้ประกันตนจะขอรับประโยชน์ทดแทนในกรณี ทุพพลภาพนอกจากการส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อน ทุพพลภาพแล้ว ยังจะต้องมีเงื่อนไขอื่นอีก (ข้อ 1 แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ) ดังต่อไปนี้⁷³

1. เป็นผู้ประกันตนซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงานจนเป็นเหตุ ให้สูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะอย่างถาวร หรือสูญเสียภาวะปกติทางจิตใจ อย่างถาวร โดยประเมินการสูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรได้ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป ของ สมรรถภาพทั้งร่างกาย

2. จะต้องไปรับการตรวจและวินิจฉัยจากคณะกรรมการการแพทย์ด้วย ตนเอง เว้นแต่ผู้ประกันตนมีเหตุผลอันสมควรไม่สามารถไปรับการตรวจได้ โดยแจ้งเหตุผลให้ สำนักงานประกันสังคมทราบ

3. คณะกรรมการการแพทย์มีดุลพินิจวินิจฉัยว่า ผู้ประกันตนเป็น ผู้ทุพพลภาพ ลักษณะของการสูญเสียอวัยวะ หรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะอย่างถาวร ซึ่งพิจารณาวินิจฉัยโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมที่ให้ถือว่าผู้ประกันตน ทุพพลภาพ (ข้อ 1 แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2536 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันดังกล่าว) ได้แก่ลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้⁷⁴

ก) มือทั้งสองข้างขาด

ข) แขนทั้งสองข้างขาด

⁷³ วิจิตร (ทุ่งลัดดา) วิเชียรชม. เล่มเดิม. หน้า 74.

⁷⁴ แหล่งเดิม.

- ค) มือข้างหนึ่งกับแขนข้างหนึ่งขาด
- ง) มือข้างหนึ่งกับขาข้างหนึ่งขาด
- จ) แขนข้างหนึ่งกับเท้าข้างหนึ่งขาด
- ฉ) แขนข้างหนึ่งกับขาข้างหนึ่งขาด
- ช) สูญเสียลูกตาทั้งสองข้างหรือสูญเสียตาข้างหนึ่งกับสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็นร้อยละ 90 ขึ้นไป หรือสูญเสียความสามารถในการมองเห็นตั้งแต่ 3/60 หรือมากกว่าของตาอีกข้างหนึ่ง หรือสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็นร้อยละ 90 ขึ้นไป หรือสูญเสียความสามารถในการมองเห็นตั้งแต่ 3/60 หรือมากกว่าของตาทั้งสองข้าง
- ซ) โรคหรือการบาดเจ็บของไขสันหลัง เป็นเหตุให้มือหรือแขนทั้งสองข้าง มือข้างหนึ่งกับแขนข้างหนึ่ง มือข้างหนึ่งกับขาอีกข้างหนึ่ง หรือแขนข้างหนึ่งกับขาหรือเท้าอีกข้างหนึ่ง หรือขาทั้งสองข้างกับการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ สูญเสียสมรรถภาพโดยสิ้นเชิง
- ฌ) โรคหรือการบาดเจ็บของสมอง เป็นเหตุให้สูญเสียความสามารถของอวัยวะร่างกายจนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันที่เป็นได้ และต้องมีผู้อื่นมาช่วยเหลือดูแล⁷⁵

ในกรณีนอกเหนือจากลักษณะข้างต้น คณะอนุกรรมการประโยชน์ทดแทนในคณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้มีอำนาจพิจารณาวินิจฉัยในส่วนกลาง และคณะอนุกรรมการประกันสังคมจังหวัดในคณะกรรมการประกันสังคมเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาวินิจฉัยในส่วนภูมิภาค แล้วแจ้งให้คณะกรรมการการแพทย์ทราบ (ข้อ 2 แห่งประกาศดังกล่าว) นอกจากนี้ถ้ามีปัญหาในการตีความวินิจฉัยและกำหนดวิธีปฏิบัติ ก็เป็นอำนาจของผู้บัญชาการกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ (ข้อ 3 แห่งประกาศดังกล่าว)

- เงินทดแทนการขาดรายได้

เงินทดแทนการขาดรายได้ ผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ในอัตรา 50% ของค่าจ้าง เป็นระยะเวลาตลอดชีวิตของผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพ⁷⁶

- ผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพถึงแก่ความตายจะได้รับเงินค่าใช้จ่ายดังนี้⁷⁷

1. ค่าทำศพ 30,000 บาท

⁷⁵ แหล่งเดิม. หน้า 75.

⁷⁶ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533, มาตรา 71.

⁷⁷ พินิจ ทิพย์มณี. เล่มเดิม. หน้า 366.

2. เงินสงเคราะห์ตามระยะเวลาการส่งเงินสมทบมาก่อนคุณภาพตามเงื่อนไข ดังนี้

ก) ส่งเงินสมทบมาแล้ว ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไปแต่ไม่ถึง 10 ปี จะได้รับเงินสงเคราะห์เท่ากับค่าจ้าง 1 เดือนครึ่ง

ข) ส่งเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จะได้รับเงินสงเคราะห์เท่ากับค่าจ้าง 5 เดือน

- ได้รับค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจและอาชีพ เท่าที่จ่ายตามความเป็นจริงตามความจำเป็นไม่เกิน 40,000 บาทต่อราย ตามประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์อัตราค่าฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ทุพพลภาพ

ปัญหาเกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนเรื่องค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม อาจสรุปได้ว่าในกรณีที่มีการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหากเป็นกรณีผู้ป่วยนอกผู้ประกันตนจะได้รับการคุ้มครองเรื่องค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกเพียง 300 บาท ต่อการเจ็บป่วย 1 ครั้ง ปีหนึ่ง ไม่เกิน 2 ครั้ง ซึ่งทำให้เห็นว่าถูกจำกัดในเรื่องของการรักษาพยาบาล อันเป็นการทำให้ผู้ประกันตนได้รับการรักษาที่ไม่ดีและไม่เพียงพอต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ประกันตนซึ่งถือว่าเป็นการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เป็นธรรม

อาจกล่าวโดยทั่วไปได้ว่า การดำเนินการประกันสังคมของไทยเป็นไปด้วยดี และโดยราบรื่น เพราะได้จัดระบบประกันสังคมไว้ตามกฎหมายได้อย่างค่อนข้างจะเหมาะสม แต่ก็มีปัญหาและอุปสรรคของการประกันสังคมต่อผู้ประกันตน ซึ่งมักจะกล่าวเป็นเสียงเดียวกันและตรงกันกับที่บุคคลผู้เกี่ยวข้องในการบริหารงานประกันสังคมบางคน ได้กล่าวไว้ นั่นก็คือปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานประกันสังคม ซึ่งนอกจากจะเป็นโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลหลักบางแห่งแล้ว ยังรวมถึงโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในเครือข่ายบางแห่งด้วยที่ไม่ให้ความสำคัญแก่ผู้ประกันตนหรือให้บริการด้วยความล่าช้ามาก ซึ่งมีผู้กล่าวว่าอาจเป็นไปได้ว่าปัญหาดังกล่าวนั้น เกิดขึ้นเนื่องจากเหตุที่ได้มีการเหมาจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือ โรงพยาบาล ซึ่งสำนักงานประกันสังคมได้จ่ายบางส่วนไปล่วงหน้าโดยจ่ายตามอัตราที่กฎหมายกำหนดต่อผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนต่อคนต่อปี เมื่อสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลในสังกัดนั้น บางแห่งได้รับไปแล้วไม่รับผิดชอบต่อหน้าที่ตามสัญญาในการให้บริการทางการแพทย์ หรือพยายามที่จะทำให้ผู้ประกันตนซึ่งจะเข้าไปรับบริการเกิดความเบื่อหน่ายต่อความไม่สะดวกหรือการให้บริการทางการแพทย์ที่ล่าช้า นั้น เพื่อที่ผู้ประกันตนนั้นจะไปขอรับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลอื่นในสังกัดสำนักงานประกันสังคม อันจะเป็นผลให้สถานพยาบาลหรือ

โรงพยาบาลที่ขาดความรับผิดชอบบางแห่งเหล่านั้น ได้รับเงินเหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ไปจากสำนักงานประกันสังคม โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจริงในการให้บริการแก่ผู้ประกันตน ซึ่งปัญหาดังกล่าวทางสำนักงานประกันสังคมได้แก้ไขโดยออกระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล (ฉบับที่ 5) เพิ่มเติมมาตรการการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลในสังกัดเพิ่มขึ้นจากอัตราเหมาจ่ายเป็นรายหัว โดยจ่ายในอัตราไม่เกิน 100 บาท ต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนต่อหนึ่งปี ตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในรอบระยะเวลาไม่เกิน 1 ปีปฏิทินตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมประกาศกำหนด ซึ่งก็น่าจะเป็นการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ แต่มาตรการที่น่าจะได้ผลดีที่สุดในการป้องกันมิให้เกิดปัญหาและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้เขียนเห็นว่าน่าจะใช้วิธีเปลี่ยนหลักเกณฑ์ในการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล โดยใช้วิธีจ่ายตามที่ต้องจ่ายจริงตามความจำเป็นในการรักษาพยาบาลผู้ประกันตน แทนวิธีเหมาจ่าย ดังเช่นในกรณีจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน (มาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537) จึงน่าจะทำให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลไม่กล้าที่จะให้บริการล่าช้า หรือให้บริการรักษาไม่เต็มที่ หรือให้ยาและเวชภัณฑ์ที่คุณภาพไม่ดีในการรักษาผู้ประกันตน เพราะจะทำให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลนั้น ได้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์น้อยลงไปด้วย⁷⁸

อีกมาตรการหนึ่งในการแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้น สำนักงานประกันสังคมได้จัดตั้งคณะกรรมการตรวจสอบการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลในสังกัดของสำนักงานประกันสังคม โดยคณะกรรมการดังกล่าวได้รับการคัดเลือกมาจากอดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียง และคณะกรรมการนี้มีอำนาจในการสอดส่องดูแลให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในสังกัด ปฏิบัติตามสัญญาการให้บริการทางการแพทย์ที่ทำไว้กับสำนักงานประกันสังคม ด้วยวิธีการออกไปส่องดูตัวอย่างดูตามโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเหล่านั้น หากพบเห็นว่าไม่ดำเนินการตามสัญญา สำนักงานประกันสังคมก็จะมีมาตรการบังคับตามสัญญา ด้วยการตัดเงินที่จ่ายให้แก่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลนั้นๆ และอาจยกเลิกหรือไม่ทำสัญญากับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลดังกล่าวอีกต่อไป⁷⁹

นอกจากนั้นยังมีปัญหาและอุปสรรคของการประกันสังคมอีกกรณีหนึ่ง ก็คือปัญหาเกี่ยวกับกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงานของผู้ประกันตนซึ่งเป็นกรณีฉุกเฉิน อันทำให้ผู้ประกันตนต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นที่ไม่อยู่ในสังกัด

⁷⁸ วิจิตร (ทุ่งลัดดา) วิเชียรรม. เล่มเดิม. หน้า 89.

⁷⁹ แหล่งเดิม. หน้า 90.

สำนักงานประกันสังคมหรือในเครือข่าย และต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลตรงไปก่อน อาจเกิดปัญหาเมื่อผู้ประกันตนมาขึ้นคำร้องขอเบิกเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์จากสำนักงานประกันสังคมเพื่อเบิกคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่ได้ตรงจ่ายไปนั้น ซึ่งลักษณะของปัญหาที่ปรากฏอาจแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้⁸⁰

1) การประสบอันตรายนอกงานของผู้ประกันตนที่เกิดจากการถูกผู้อื่นละเมิด ยังมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายประกันสังคมอีกหรือไม่ ผู้ประกันตนยังคงมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายประกันสังคม เพราะสิทธิได้รับค่าเสียหายจากการกระทำละเมิดเป็นสิทธิตามกฎหมายอื่น (มาตรา 420 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์) การที่ผู้ประกันตนได้รับสิทธิตามกฎหมายประกันสังคมไม่ตัดสิทธิตามกฎหมายอื่น (ฎีกาที่ 963/2539) แต่ถ้าผู้ประกันตนทำสัญญาสละสิทธิการใช้สิทธิของตนที่มีอยู่ตามกฎหมายประกันสังคมเพื่อจะรับสิทธิที่มีมาตรฐานสูงกว่า สัญญานั้นไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน ย่อมมีผลบังคับได้ ดังนั้น ถ้าผู้ประกันตนทำสัญญาสละสิทธิการรับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลซึ่งสังกัดสำนักงานประกันสังคมเพื่อรับการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานสูงกว่า ก็ย่อมกระทำได้ (ฎีกาที่ 963/2539)⁸¹

2) การประสบอันตรายนอกงานของผู้ประกันตนที่เกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์และผู้ประกันตนได้รับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 แล้ว ยังมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายประกันสังคมอีกหรือไม่ ผู้ประกันตนยังคงมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายประกันสังคม โดยเหตุผลเช่นเดียวกับในคำตอบต่อปัญหาลักษณะแรก และตามกฎหมายประกันสังคมก็ไม่ปรากฏบทบัญญัติที่กำหนดว่าหากผู้ประกันตนได้รับสิทธิชดเชยค่ารักษาพยาบาลตามเงื่อนไขในกฎหมายอื่น หรือสิทธิตามเงื่อนไขในสัญญาประกันภัย หรือประกันชีวิตแล้ว ก็หมดสิทธิที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายประกันสังคมอีก (ฎีกาที่ 2040/2539)⁸²

3) การประสบอันตรายนอกงานจากอุบัติเหตุซึ่งผู้ประกันตนต้องเข้ารับการรักษายาบาลฉุกเฉิน โดยเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นนอกสังกัดสำนักงานประกันสังคมในเบื้องต้นแล้ว ต่อมาได้ย้ายไปรักษายาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นนอกสังกัดสำนักงานประกันสังคมต่ออีก โดยความประสงค์ของผู้ประกันตนเอง ผู้ประกันตนจะมีสิทธิขอเบิกเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ที่ตนจ่ายเงินตรงไปให้แก่

⁸⁰ แหล่งเดิม. หน้า 91.

⁸¹ แหล่งเดิม.

⁸² แหล่งเดิม.

โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลหลังหรือไม่ ผู้ประกันตนมีสิทธิเบิกเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ที่ตนทรงจ่ายไปเฉพาะสำหรับ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแรกซึ่งตนเข้ารับการรักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉิน สำหรับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลหลังนั้น ไม่มีสิทธิ เพราะไม่ใช่กรณีฉุกเฉินแล้ว ซึ่งผู้ประกันตนมีสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานประกันสังคมได้ แต่ไม่ใช่สิทธิด้วยความประสงค์ของผู้ประกันตนเอง (ฎีกาที่ 2040/2539)⁸³

ปัญหาและอุปสรรคของผู้ประกันตนในการรับบริการทางการแพทย์

ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมต้องประสบปัญหาจากการที่ต้องใช้สิทธิของตนในการเข้ารับการรักษาพยาบาลซึ่งตนมีสิทธิจากการที่ตนได้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม เพื่อที่เมื่อได้รับการเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายจากการทำงาน แต่ก็ไม่ได้เป็นไปอย่างที่คุณประกันตนต้องการ กล่าวคือ ผู้ประกันตนต้องประสบกับปัญหานับประการจากการที่ใช้สิทธิตามกฎหมายประกันสังคม คือ

1) ในการเลือกสถานพยาบาลของนายจ้าง (Free Choice of Hospital) อันเป็นการก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

เนื่องจากการกำหนดสถานพยาบาลที่แน่นอนตายตัว ทำให้สถานพยาบาลที่มีชื่อเป็นผู้ประกันตนอยู่นั้นห่างไกลจากที่พักอาศัยของผู้ประกันตน ทำให้เดินทางไปรับการรักษาที่ค่อนข้างลำบาก ก่อให้เกิดการไม่ได้รับความสะดวก ประกอบกับมีสถานพยาบาลให้เลือกน้อยทำให้เกิดปัญหาว่า เมื่อจะทำการรักษามีประวัติการรักษาอยู่ที่สถานพยาบาลอื่นซึ่งมิใช่สถานพยาบาลที่เลือกไว้ตามบัตรรับรองสิทธิ ทำให้เกิดความไม่เชื่อถือในตัวแพทย์ผู้ทำการรักษาและสถานพยาบาล และที่สำคัญสถานพยาบาลที่นายจ้างเป็นผู้เลือกนั้นมีคุณภาพในการรักษาที่ค่อนข้างต่ำ

นอกจากการที่ให้นายจ้างกำหนดสถานพยาบาลเองแล้ว กฎหมายประกันสังคมยังกำหนดให้ตัวของผู้ประกันตนเป็นผู้เลือกสถานพยาบาลได้ด้วยตนเอง แต่ก็ถูกจำกัดในการที่จะต้องเลือกสถานพยาบาลได้เพียงแห่งเดียว อันเป็นการกีดกันมิให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิอย่างเต็มที่ เพราะโดยส่วนใหญ่ผู้ประกันตนจะเลือกสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้กับที่พักอาศัยเป็นสำคัญ ทำให้บางครั้งผู้ประกันตนไปใช้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ตนกำหนดไว้ในบัตรรับรองสิทธิแล้วก็ได้รับบริการไม่เต็มที่ หากจะต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาลก็ต้องรอให้ครบกำหนด 1 ปีในการที่จะเลือกสถานพยาบาลใหม่

⁸³ แหล่งเดิม.

2) ขั้นตอนในการไปรับบริการทางการแพทย์ ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

เนื่องจากการใช้สิทธิตามกฎหมายประกันสังคม ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการที่ต้องผ่านขั้นตอนตามที่สถานพยาบาลเป็นผู้กำหนด เมื่อเจ็บป่วยก็จะได้รับการรักษาที่ล่าช้า เสียเวลานาน เจ้าหน้าที่ขาดความเอาใจใส่ ทำให้ได้รับการบริการที่ไม่ดี ไม่มีประสิทธิภาพ การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐไม่เป็นไปตามลำดับก่อนหลัง ทำให้ผู้ประกันตนต้องไปรับบริการทางการแพทย์เฉพาะช่วงเช้าในเวลาราชการเท่านั้น ประกอบกับเป็นการแยกระหว่างตัวผู้ประกันตนออกจากผู้ป่วยทั่วไปอีกด้วย สำหรับสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นเครือข่ายประกันสังคมก็มักจะปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยประกันสังคมที่เลือกสถานพยาบาลอื่นไว้ และที่สำคัญที่สุดคือ ไม่มีแพทย์เฉพาะทางให้การตรวจรักษาผู้ป่วยประกันสังคมในกรณีฉุกเฉิน

3) เงื่อนไขของการให้บริการทางการแพทย์ เช่น การกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาล การกำหนดกลุ่มโรค และการให้บริการที่ผู้ป่วยประกันสังคมไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ต่างก็ก่อให้เกิดปัญหาที่สำคัญ ดังนี้

ในเรื่องของการกำหนดค่ารักษาพยาบาลนั้น กฎหมายประกันสังคมได้กำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลกรณีที่ผู้ประกันตนเป็นผู้ป่วยนอกไว้เพียง 300 บาทต่อการรักษา 1 ครั้ง และปีหนึ่งไม่เกิน 2 ครั้ง ซึ่งถือว่าเป็นการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เป็นธรรม เนื่องจากผู้ประกันตนไม่อาจห้ามการเจ็บป่วยของตนเองได้ว่าจะเจ็บป่วยปีไม่เกิน 2 ครั้งทำให้การเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายภาคบังคับไม่ได้ก่อให้เกิดสิทธิเต็มตามกฎหมาย แต่กฎหมายประกันสังคมกลับกำหนดให้ผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิเต็มที่ต่อเมื่อเป็นผู้ป่วยใน โดยจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่หากผู้ประกันตนเป็นประเภทผู้ป่วยนอก สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง ตามประเภทและอัตรา คือค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินครั้งละ 300 บาทค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ จ่ายเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 200 บาท ค่ารักษาพยาบาลด้วยหัตถการจากแพทย์⁸⁴ จ่ายเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 200 บาทซึ่งเห็นได้ว่า ไม่เพียงพอและเข้าหลักเกณฑ์ที่กำหนด

นอกจากนี้ถ้าหากกรณีที่ผู้ประกันตนยังไม่มีความรู้เพียงพอที่จะทำให้ทราบถึงกลุ่มโรคที่กำหนดว่าสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ และก็มีข้อกำหนดกลุ่มโรคไว้น้อยเกินไป ประกอบกับมีเงื่อนไขที่กำหนดไว้ยุ่งยาก ซับซ้อน และหากโรคบางชนิดมีผู้ป่วยมาก โรคดังกล่าวกลับไม่เข้าข่ายกลุ่มโรคที่กฎหมายประกันสังคมกำหนด โดยผู้ประกันตนไม่สามารถกำหนดกลุ่ม

⁸⁴ “หัตถการ” หมายถึง การปฏิบัติทางการแพทย์ โดยใช้ทักษะทางมือ เพื่อให้ผลหรือประโยชน์ทางการแพทย์ (ข้อ 3 แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์).

โรคในการขอรับการบริการทางการแพทย์ได้และที่เป็นปัญหาอีกกรณีหนึ่งคือ บางโรคที่ผู้ประกันตนเป็นต้องจ่ายค่ารักษาสูงมากเพราะมีการกำหนดค่ารักษาพยาบาลไว้สูงกว่าที่กำหนดทำให้ผู้ประกันตนต้องรับภาระเอง

โดยโรคและบริการทางการแพทย์ที่ไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์⁸⁵ ซึ่งกฎหมายประกันสังคมกำหนดไว้มีดังนี้

โรคและบริการที่ไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ (กลุ่ม 15 โรคยกเว้น) โรคจิต ยกเว้น กรณีเฉียบพลัน ซึ่งต้องทำการรักษาในทันทีและระยะเวลาไม่เกิน 15 วัน

1. โรคหรือประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

2. โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ในเกิน 180 วันในหนึ่งปี

3. การบำบัดไตกรณีไตวายเรื้อรัง (Hemodialysis) ยกเว้น

(1) กรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกินหกสิบวัน ให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์

(2) กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาถาวร และด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขและอัตราที่กำหนดในประกาศสำนักงานประกันสังคม⁸⁶

4. การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

5. การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

6. การรักษาภาวะมีบุตรยาก

7. การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น การปลูกถ่ายไขกระดูก

8. การตรวจใดๆ ที่เกินความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น

9. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น การปลูกถ่ายไขกระดูกตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

10. การเปลี่ยนเพศ

⁸⁵ กระทรวงแรงงาน. (2552). บริหารแรงงาน 2552. หน้า 106-107.

⁸⁶ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน. (2552, 4 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 126, ตอนที่ 61 ง.

11. การผสมเทียม
12. การบริการระหว่างการรักษาตัวแบบพักฟื้น
13. ทันตกรรม ยกเว้น กรณีถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินปูน
14. แวนตา

4) การที่แพทย์จ่ายยาให้ผู้ป่วยประกันสังคมตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่งสำหรับผู้ประกันตนต่างก็ประสบกับปัญหา กล่าวคือ

ผู้ป่วยที่เป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมได้รับยาคุณภาพไม่ดี ทำให้ผู้ประกันตนไม่มั่นใจในคุณภาพของยาที่ได้รับ โดยเฉพาะยาที่ได้รับมากินแล้วโรคไม่หายขาด ผู้ประกันตนต่างหวาดกลัวว่าแพทย์จะฉีดยาที่หมดอายุให้ ทำให้ผู้ประกันตนไม่กล้ากินยาเพราะกลัวอันตราย เกิดความสับสนในตัวยา และที่เป็นปัญหามากที่สุดคือ ได้รับยาน้อยไม่เหมาะสมและสอดคล้องกับโรคที่เป็นอยู่

5) การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับวิธีและขั้นตอนการปฏิบัติในการไปรับบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลประกันสังคม มีปัญหาค่อนข้างมาก กล่าวคือ

ผู้ประกันตนไม่ทราบวิธีและขั้นตอนการปฏิบัติ มีการประชาสัมพันธ์วิธีและขั้นตอนการปฏิบัติน้อย วิธีและขั้นตอนการปฏิบัติขาดความชัดเจน มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ไม่ทราบแหล่งข้อมูลข่าวสารที่จะสอบถาม จากสถานพยาบาลประกันสังคมว่าอยู่ที่ใด และที่สำคัญเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ขาดความรู้ในเรื่องวิธีและขั้นตอนการปฏิบัติ

6) การเข้าเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ผู้ประกันตนจะไม่ได้รับการเข้ารับการรักษาเนื่องจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลไม่มีห้องพักรักษาสำหรับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคม

เมื่อผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ผู้ประกันตนมักจะไม่ได้รับห้องพักสำหรับผู้ป่วยใน เนื่องจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลมักจะสำรองห้องพักไว้สำหรับผู้ป่วยภายในของโรงพยาบาลที่ไม่ได้ใช้สิทธิประกันสังคม อาจจะสำรองไว้สำหรับผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นเงินสดหรือประเภทผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของการประกันสุขภาพภาคเอกชน ทำให้ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมถูกกีดกันในเรื่องของห้องพักสำหรับผู้ป่วยใน

จะเห็นได้ว่าปัญหาที่ผู้ประกันตนส่วนใหญ่ประสบ คือ สถานพยาบาลอยู่ไกลจากที่พักอาศัย เดินทางไปลำบาก ขั้นตอนการรับบริการทางการแพทย์มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ทำให้ล่าช้าเสียเวลารอคอยนาน ไม่ทราบถึงวิธีและขั้นตอนปฏิบัติในการไปรับบริการ ไม่ทราบกลุ่มโรคที่กำหนดให้สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์ นอกจากนี้ผู้ประกันตนยังไม่

มั่นใจในคุณภาพของยาที่ได้รับ และผู้ประกันตนไม่มีห้องพักสำหรับกรณีผู้ป่วยใน ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยของ คุณเสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ ซึ่งพบว่าปัญหาที่ผู้ประกันตนประสบ เมื่อขอรับบริการทางการแพทย์ คือความล่าช้า ไม่สะดวก มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก จำนวนแพทย์ไม่เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วย ไม่มั่นใจในคุณภาพยาที่ได้รับ⁸⁷ ปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ประกันตนอย่างยิ่ง ซึ่งปัญหาเกี่ยวกับความสะดวกของผู้ประกันตนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ตามสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม เป็นประเด็นที่ได้มีการให้ความสนใจกันมาก ลูกจ้างผู้ประกันตนส่วนใหญ่ ประสงค์ที่จะเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลที่สามารถเข้ารับบริการได้สะดวกที่สุด และมีคุณภาพของการให้บริการที่ดีที่สุด เช่น สถานพยาบาลใกล้เคียงกับที่พักอาศัย หรือที่สามารถเข้ารับบริการ ได้เร็วที่สุดเมื่อเกิดกรณีต่างๆ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่สำนักงานประกันสังคมกำลังแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมเพื่อเอื้อประโยชน์ให้แก่ลูกจ้างผู้ประกันตน แต่ยังมีข้อจำกัดในหลายๆ ด้าน จึงทำให้การแก้ปัญหานี้ต้องใช้เวลา อย่างไรก็ตาม ในขณะนี้ สำนักงานประกันสังคมได้มีแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว⁸⁸ ดังนี้

1) ส่งเสริมการรับสมัครสถานพยาบาลเข้าสู่ระบบประกันสังคม

ในแต่ละปีสำนักงานประกันสังคมจะรับสมัครสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เข้าเป็นสถานพยาบาลในระบบประกันสังคม เพื่อที่แต่ละปีจะได้มีสถานพยาบาลมากขึ้น อันจะทำให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ ได้มากขึ้น⁸⁹

2) การกำหนดให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เอง

ปัญหาความไม่สะดวกของผู้ประกันตน ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามระบบประกันสังคม เช่น ลูกจ้างอยู่ในสถานประกอบการซึ่งถูกกำหนดให้เป็นสถานประกอบการที่นายจ้างเลือกสถานพยาบาล ทำให้ผู้ประกันตนเกิดความไม่สะดวก เมื่อมีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคมได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้กำหนดโครงการให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลเองขึ้นมาด้วยวัตถุประสงค์ที่จะให้เกิดความสะดวกแก่ลูกจ้างผู้ประกันตน โดยในขั้นตอนของการดำเนินการระยะแรกได้เริ่มดำเนินการในบางจังหวัดที่มีความพร้อม และมีคุณลักษณะเหมาะสมที่จะดำเนินการ

⁸⁷ เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ. (2535). รายงานการวิจัยเรื่อง ประกันสังคม : ความพร้อมของโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (รายงานการวิจัย). หน้า 15.

⁸⁸ อุดม มีแสง. (2543). ปัญหากฎหมายประกันสังคมที่มีผลกระทบต่อนายจ้างและผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533. หน้า 32.

⁸⁹ แหล่งเดิม.

ได้ และในอนาคตได้กำหนดให้ทุกจังหวัดเป็นจังหวัดที่ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลเองได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวกยิ่งขึ้น⁹⁰

3) การตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานสถานพยาบาล

สำนักงานประกันสังคม ได้จัดเจ้าหน้าที่ออกตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งกำลังจะสมัครเข้าสู่ระบบประกันตน ทั้งนี้ก็ด้วยเหตุที่ต้องการให้ได้สถานพยาบาลที่มีคุณภาพในการให้บริการทางการแพทย์แก่ลูกจ้าง ผู้ประกันตนมากที่สุด⁹¹

อย่างไรก็ตาม กฎหมายประกันสังคมก็ยังมีข้อบกพร่องอยู่บ้าง ดังได้กล่าวมาบางส่วนแล้วข้างต้น ซึ่งก็จะต้องเป็นหน้าที่ของผู้เชี่ยวชาญด้านการประกันสังคมในทุกๆ ฝ่ายที่จะต้องพิจารณาร่วมกันปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ระบบประกันสังคมของไทยเป็นระบบที่สมบูรณ์ มีประสิทธิภาพในการใช้บังคับได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป⁹²

3.2.2.2 การประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน

ประโยชน์ทดแทนกรณีผู้เอาประกันภัยเอกชน ผู้เอาประกันภัยจะได้รับการคุ้มครองในขณะที่สัญญาเพิ่มเติมมีผลบังคับใช้ หากผู้เอาประกันภัยได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุข โดยคำแนะนำของแพทย์ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบโรคศิลป์ ซึ่งมีไว้ตัวผู้เอาประกันภัยเอง บริษัทจะจ่ายสิทธิประโยชน์ต่างๆ ให้ตามข้อกำหนดในเงื่อนไขดังนี้

1) ค่าห้องพักรวมค่าอาหาร

บริษัทจะจ่ายให้ตามที่ผู้เอาประกันภัยจ่ายจริงเป็นอัตรารายวัน ไม่เกิน 120 วันต่อครั้ง ให้แก่โรงพยาบาลเป็นค่าห้องพัก ค่าอาหารตามปกติสำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาล แต่ทั้งนี้จะต้องไม่เกินจำนวนที่ระบุไว้ในตารางสิทธิประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยแต่ละคนทำไว้ต่างกันตามจำนวนเบี้ยประกันที่ต้องจ่าย

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาตัวในห้อง ไอซียู บริษัทจะจ่ายสิทธิประโยชน์เพิ่มเป็นจำนวนอีก 1 เท่าของค่าห้องพักค่าอาหารเป็นอัตรารายวัน ทั้งนี้ไม่เกินกว่าที่จ่ายจริง และสูงสุดไม่เกิน 7 วัน การจ่ายสิทธิประโยชน์ค่าห้องและค่าอาหารรวมทั้งสิทธิประโยชน์ค่าห้องไอซียู รวมกันแล้วไม่เกิน 120 วัน

⁹⁰ แหล่งเดิม.

⁹¹ แหล่งเดิม.

⁹² แหล่งเดิม. หน้า 92.

2) ค่าศัลยกรรม

ในระหว่างที่ผู้เอาประกันภัยรักษาตัวในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หากแพทย์เห็นสมควรให้ทำการบำบัดรักษาโดยการผ่าตัด บริษัทจะจ่ายค่าผ่าตัดตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ต้องไม่เกินจำนวนที่ระบุไว้ในตารางค่าธรรมเนียมในการผ่าตัด ซึ่งระบุไว้เป็นอัตราร้อยละของค่าศัลยกรรมจำนวนสูงสุดที่กำหนดไว้ในตารางสิทธิประโยชน์ต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งใดครั้งหนึ่ง

3) ค่ายาและค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

ในระหว่างที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาตัวในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาล บริษัทจะจ่ายค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยนั้น ได้แก่ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลตามคำสั่งแพทย์และที่ใช้ในโรงพยาบาล ยกเว้น ค่าช่วยค่า อุปกรณ์ช่วยในการมองเห็น เครื่องช่วยฟัง ค่ารถพยาบาล และค่าพยาบาลพิเศษ ทั้งนี้บริษัทจะจ่ายให้เท่ากับจำนวนที่แท้จริง แต่ไม่เกินจำนวนที่ระบุไว้ในตารางสิทธิประโยชน์ต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งใดครั้งหนึ่ง

4) ค่าวางยาระงับความรู้สึก

ในระหว่างที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาตัวในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หากผู้เอาประกันภัยบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยถึงขั้นที่แพทย์เห็นสมควรให้วางยาระงับความรู้สึกเพื่อทำการบำบัดรักษา บริษัทจะจ่ายค่าใช้จ่ายในการวางยาระงับความรู้สึกเท่ากับจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนที่ระบุไว้ในตารางสิทธิประโยชน์ต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งใดครั้งหนึ่ง

5) ค่าห้องผ่าตัด

ในขณะที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หากแพทย์เห็นสมควรให้ทำการบำบัดรักษาโดยการผ่าตัด บริษัทจะจ่ายให้เท่ากับจำนวนที่จ่ายจริง เป็นค่าห้องผ่าตัด ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ และค่าอุปกรณ์ที่ใช้ในห้องผ่าตัด รวมถึงค่าห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด แต่ไม่เกินจำนวนที่ระบุไว้ในตารางสิทธิประโยชน์ต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งใดครั้งหนึ่ง

6) ค่าตรวจทางห้องทดลองและการตรวจพิเศษอื่นๆ

ในระหว่างที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาตัวในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หากแพทย์ผู้ทำการรักษาสั่งให้ทำการตรวจทางห้องทดลอง ตรวจหัวใจด้วยคลื่นไฟฟ้าหรือวินิจฉัยโรคด้วยการใช้รังสีเอ็กซ์ คลื่นเสียง คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เครื่องคอมพิวเตอร์ บริษัทจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินจำนวนที่ระบุไว้ในตารางสิทธิประโยชน์ต่อการบาดเจ็บ

หรือเจ็บป่วยครั้งใดครั้งหนึ่ง โดยไม่รวมค่าใช้จ่ายซึ่งเกิดจากการทดสอบที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา และวินิจฉัยโรคนั้นๆ

7) ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ

หากผู้เอาประกันภัยประสบอุบัติเหตุ และได้รับบาดเจ็บจนต้องรับการรักษาตัวในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาลภายใน 3 วัน นับแต่วันที่ได้ประสบอุบัติเหตุ บริษัทจะจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ทั้งนี้ บริษัทจะจ่ายให้เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนที่ระบุไว้ในตารางสิทธิประโยชน์ ต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งใดครั้งหนึ่ง

8) ค่าปรึกษาแพทย์ระหว่างอยู่โรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน

ในขณะที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาตัวในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หากผู้เอาประกันภัยต้องเสียค่าปรึกษาแพทย์ บริษัทจะจ่ายค่าปรึกษาแพทย์ให้วันละหนึ่งครั้งตามที่จ่ายจริง ไม่เกิน 120 วัน ต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งใดครั้งหนึ่ง แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในตารางสิทธิประโยชน์ของแต่ละกรมธรรม์

3.2.3 ปัญหาเรื่องบุคคลผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน

นอกจากปัญหาในเรื่องการจ่ายเงินสมทบและปัญหาเรื่องประโยชน์ทดแทนแล้ว ปัญหาเรื่องบุคคลผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนก็เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่มีความสำคัญสืบเนื่องมาจากการได้รับประโยชน์ทดแทนที่ไม่เพียงพอและสอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งจะกล่าวได้ดังต่อไปนี้

3.2.3.1 การประกันสังคม

เมื่อมีการขึ้นทะเบียนประกันสังคมแล้ว ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบัตรประกันสังคมจากสำนักงานประกันสังคมซึ่งเรียกว่าบัตรรับรองสิทธิ และเมื่อประสบเคราะห์ภัยหรือประสบความเดือดร้อนเข้ากรณีที่จะได้รับการคุ้มครองโดยปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดแล้วก็มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปบริการทางการแพทย์ เงินทดแทนการขาดรายได้ เงินค่าทำศพ และเงินสงเคราะห์แล้วแต่กรณี ดังนั้น ผู้ประกันตนจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนเมื่อประสบเคราะห์ภัย หรือได้รับความเดือดร้อนเข้ากรณีของการประกันหรือประเภทการประกันสังคม ก็จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดไว้ ดังจะกล่าวต่อไปนี้

1) ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน หรือนอกงาน

โดยผู้ที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน หรือนอกงาน จะต้องเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม เท่านั้น

ไม่ว่าผู้ประกันตนจะเป็นหญิงหรือชาย โดยเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมตามที่กฎหมายกำหนด กล่าวคือ เป็นผู้ประกันมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนรับบริการทางการแพทย์ และผู้ประกันตนจะต้องไม่ได้ตั้งใจก่อให้เกิดหรือยินยอมให้ผู้อื่น ก่อให้เกิดการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

2) ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

ผู้ที่มีสิทธิที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร จะต้องเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมและต้องเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมมาแล้วไม่น้อยกว่า 7 เดือน หรือ 210 วัน ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนคลอดบุตร โดยผู้ประกันตนไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือชายต่างก็มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรได้ และผู้ประกันที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนสำหรับการคลอดบุตรไม่เกิน 2 ครั้ง

ในส่วนของหลักฐานในการขอรับประโยชน์ทดแทน ประกอบด้วย

- ก. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน สปส. 2-01
- ข. กรณีผู้ประกันหญิงขอใช้สิทธิ ใช้สำเนาสูติบัตรของบุตร
- ค. กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ใช้สำเนาสูติบัตรของบุตรและสำเนาทะเบียนสมรส กรณีที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส

3) ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ

ผู้ที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพคือ ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม กล่าวคือ เป็นผู้ประกันตนโดยจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน หรือ 90 วัน ภายใน 15 เดือน ก่อนทุพพลภาพและผู้ประกันตนจะต้องไม่ได้ตั้งใจก่อให้เกิดหรือยินยอมให้ผู้อื่นก่อให้เกิดการทุพพลภาพ

แต่ถ้าหากผู้ประกันตนเสียชีวิต ผู้ที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนก็คือทายาท สำหรับหลักฐานที่ต้องนำมาแสดงเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทน ประกอบด้วย

- ก. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน สปส. 2-01
- ข. ใบรับรองแพทย์
- ค. ใบเสร็จรับเงินกรณีขอรับค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์เทียม

บุคคลผู้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม มีเพียงบุคคลเดียวเท่านั้น กล่าวคือ จะต้องเป็นผู้ประกันตนเท่านั้นจึงจะมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย ซึ่งขัดกับหลักประกันสังคมที่ใช้กับคนทั้งประเทศ จะเห็นได้ว่าหาก

ไม่ได้เป็นผู้ประกันตนก็จะไม่มีสิทธิ อันเป็นการไม่สอดคล้องกับหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขที่กฎหมายประกันสังคม พึงจะเป็น

3.2.3.2 การประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน

การประกันสุขภาพเอกชน เป็นระบบสมัครใจ ผู้ที่ต้องการได้สิทธิประโยชน์ตามข้อเสนอของบริษัทประกัน สามารถซื้อหลักประกันสุขภาพได้ตามเงื่อนไขที่ตกลงกัน โดยบริษัทเอกชนแต่ละแห่งเป็นผู้บริหาร⁹³

การประกันเอกชนเป็นธุรกิจประเภทหนึ่ง ผู้ที่ต้องการมีประกันต้องซื้อประกันนั้น โดยจ่ายเป็นเบี้ยประกัน (Premium) ระบบนี้ใช้วิธีให้ความรับผิดชอบทางการเงินของบุคคลสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หมายความว่า ผู้ที่เจ็บป่วยมากต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายมากกว่าผู้ที่คาดว่าจะป่วยน้อย การสำรองเงินของประกันสุขภาพเอกชนทำโดยการเก็บเบี้ยประกันซึ่งกำหนดมาจากการคำนวณความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เอาประกันภัยหรือกลุ่มของผู้เอาประกันภัย (ในกรณีซื้อประกันแบบกลุ่ม) ดังนั้น ผู้ที่มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าต้องจ่ายเบี้ยประกันสูงกว่า

ในการประกัน ผู้เอาประกันภัยกับผู้รับประกันภัยทำสัญญา (Contract) ซึ่งระบุข้อกำหนดเกี่ยวกับอัตรา ระยะเวลาการจ่ายเบี้ยประกัน และสิทธิในการใช้บริการประกันสุขภาพ รวมทั้งเงื่อนไขอื่นๆ ในระบบนี้ ผู้เอาประกันภัยแต่ละคนจึงอาจจ่ายเบี้ยประกันไม่เท่ากัน และอาจมีสิทธิในการใช้บริการสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามสัญญาที่ทำขึ้น และประกันสุขภาพเอกชนบางแบบ อาจขายร่วมกับประกันชีวิตด้วย⁹⁴

ส่วนได้เสียของผู้เอาประกันภัย

ส่วนได้เสีย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 863 บัญญัติว่า “อันสัญญาประกันภัยนั้น ถ้าผู้เอาประกันภัยมิได้มีส่วนได้เสียในเหตุที่ประกันภัยไว้นั้น ไซ้ ท่านว่ายอมไม่ผูกพันคู่สัญญาแต่อย่างใดอย่างหนึ่ง”

ส่วนได้เสีย หมายถึง ความสัมพันธ์ที่บุคคลหนึ่งจะได้รับการกระทบกระเทือนจะเป็นในทางดีหรือทางร้ายก็ได้ ถ้าหากเกิดการเสียหายขึ้นกับบุคคลอีกคนหนึ่ง เช่น ภรรยามีส่วนได้เสียจากมรดกกรรมของสามีซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัว ภรรยาจะต้องได้รับความลำบาก เช่น ต้องดูแลบุตรเอง นั่นคือ ภรรยามีส่วนได้เสียในชีวิตของสามี⁹⁵

⁹³ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (2548). เจาะลึกระบบประกันสุขภาพ. หน้า 5.

⁹⁴ แหล่งเดิม. หน้า 15-16.

⁹⁵ สุธรรม พงศ์สารานู, พิงใจ พิงพามิช และวิรัช ณ สงขลา. (2542). หลักการประกันชีวิต (พิมพ์ครั้งที่ 3). หน้า 39.

หลักของการมีส่วนได้เสีย ถ้าจะพูดภาษาชาวบ้านจะมีความละเอียดน้อยกว่า
ทฤษฎี เพราะทางทฤษฎีนั้นต้องดำเนินการพิจารณาเป็นขั้นๆ⁹⁶ ดังต่อไปนี้

1) ตัวผู้เอาประกันภัยเอง ย่อมมีส่วนได้เสียในชีวิตของตนเองถึง 100% เพราะ

- (1) เป็นปुरुชนย่อมรักชีวิตของตนเอง
- (2) มีสัญญาตมตามต้องการเสี่ยงภัย
- (3) เป็นผู้กำหนดมูลค่าของชีวิตของตนเอง
- (4) มีความสามารถที่จะจ่ายเบี้ยประกันได้มากน้อยเพียงใด

2) ตัวผู้เอาประกันภัยมีส่วนได้เสียกับบุคคลอื่นๆ เช่น ทำเพื่อบุตร (การศึกษา)
มีความสัมพันธ์ทางจิตใจ เป็นต้น

3) ส่วนได้เสียสามารถประมวลเป็นเงิน ได้แก่

- (1) เจ้าหนี้
- (2) ผู้มีหุ้นส่วน
- (3) บริษัทจำกัด

ผู้รับประโยชน์

ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 862 บัญญัติว่า “บุคคลผู้พึงจะ
ได้รับค่าสินไหมทดแทน หรือรับจำนวนเงินให้ใช้”

ในทางทฤษฎีของการประกันชีวิต คือ บุคคลที่จะมาได้ค่าสินไหมทดแทนหรือ
เงินจำนวนหนึ่งจากผู้รับประกันภัย หรืออาจกล่าวสั้นๆ ว่า เป็นบุคคลที่ได้ถูกระบุชื่อในกรมธรรม์
ประกันชีวิตนั่นเอง โดยทั่วไป ผู้รับประโยชน์อาจมีจำนวน 1 คนหรือมากกว่า 1 คน ได้ใน
กรมธรรม์ประกันชีวิต⁹⁷

ประเภทของผู้รับประโยชน์ อาจแบ่งออกได้ 2 ประเภท คือ

ก. ผู้รับประโยชน์ที่มีได้กำหนดตายตัว หมายถึง ตัวผู้รับประโยชน์อาจมีการ
เปลี่ยนแปลงได้ แต่ในการที่จะมีการเปลี่ยนแปลงชื่อผู้รับประโยชน์แต่ละครั้งจะต้องแจ้งให้บริษัท
ทราบ

ข. ผู้รับประโยชน์ที่กำหนดตายตัว หมายถึง ผู้รับประโยชน์ซึ่งมีชื่อผูกมัดกับ
ตัวผู้เอาประกันภัย

⁹⁶ แหล่งเดิม.

⁹⁷ แหล่งเดิม.

ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพ

ผู้เอาประกันภัยสามารถระบุผู้รับประโยชน์ได้ เมื่อผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต บริษัทจะจ่ายเงินสิทธิประโยชน์ใดๆ ภายใต้ข้อกำหนดกรมธรรม์ให้แก่ผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ นั้น หากมิได้ระบุชื่อผู้รับประโยชน์ บริษัทจะจ่ายเงินสิทธิประโยชน์ให้แก่กองมรดกของผู้เอาประกันภัย⁹⁸

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยระบุชื่อผู้รับประโยชน์ไว้เพียงคนเดียว ผู้รับประโยชน์ได้เสียชีวิตก่อนผู้เอาประกันภัยหรือพร้อมกับผู้เอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัยต้องแจ้งให้บริษัททราบเป็นหนังสือถึงการเปลี่ยนตัวผู้รับประโยชน์ หากผู้เอาประกันภัยมิได้แจ้งหรือไม่สามารถแจ้งให้บริษัททราบถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น เมื่อผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต บริษัทจะจ่ายเงินสิทธิประโยชน์ให้แก่กองมรดกของผู้เอาประกันภัย

ในกรณีที่ผู้รับประกันภัยระบุชื่อผู้รับประโยชน์มากกว่าหนึ่งคนและผู้รับประโยชน์รายใดเสียชีวิตก่อนผู้เอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัยต้องแจ้งให้บริษัททราบเป็นหนังสือถึงการเปลี่ยนตัวผู้รับประโยชน์นั้น หรือแจ้งเปลี่ยนแปลงการรับสิทธิประโยชน์ของผู้รับประโยชน์ที่เหลืออยู่ หากผู้เอาประกันภัยมิได้แจ้งหรือไม่สามารถแจ้งให้บริษัททราบถึงการเปลี่ยนตัวผู้รับประโยชน์ดังกล่าวข้างต้น เมื่อผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต บริษัทจะจ่ายเงินสิทธิประโยชน์ส่วนของผู้รับประโยชน์รายที่เสียชีวิตให้แก่ผู้รับประโยชน์ที่เหลืออยู่คนละเท่าๆ กัน⁹⁹

การเปลี่ยนตัวผู้รับประโยชน์

ผู้เอาประกันภัยจะเปลี่ยนตัวผู้รับประโยชน์ได้ เว้นแต่จะได้ออกกรมธรรม์ให้แก่ผู้รับประโยชน์ไปแล้ว และผู้รับประโยชน์ได้บอกกล่าวเป็นหนังสือไปยังบริษัทแล้วว่าตนจำนงจะถือเอาประโยชน์ตามสัญญา¹⁰⁰

ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์คนใหม่เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตรของผู้เอาประกันภัย การเปลี่ยนตัวผู้รับประโยชน์จะมีผลบังคับนับแต่วันที่ผู้เอาประกันภัยแสดงเจตนาโดยแจ้งให้บริษัททราบเป็นหนังสือเพื่อบริษัทจะทำการบันทึกการเปลี่ยนแปลงในกรมธรรม์หรือออกใบบันทึกสลักหลังให้ แต่อย่างไรก็ตามบริษัทจะไม่รับผิดชอบถ้าได้จ่ายจำนวนเงินอันจะพึงชดใช้ตามสัญญาประกันภัยให้ผู้รับประโยชน์คนเดิมไปโดยไม่ทราบถึงการเปลี่ยนตัวผู้รับประโยชน์¹⁰¹

⁹⁸ เมืองไทยประกันชีวิต. (2548). กรมธรรม์เลขที่ 1040736951. หน้า 5.

⁹⁹ แหล่งเดิม.

¹⁰⁰ แหล่งเดิม. หน้า 6.

¹⁰¹ แหล่งเดิม.

ในกรณีผู้รับประโยชน์คนใหม่มิใช่ บิดา มารดา ภรรยา หรือบุตรของผู้เอาประกันภัย การเปลี่ยนตัวผู้รับประโยชน์จะมีผลบังคับเมื่อได้รับความเห็นชอบจากบริษัทแล้ว และบริษัทได้ทำการบันทึกเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในกรมธรรม์ หรือออกบันทึกสลักหลังให้¹⁰²



¹⁰² แหล่งเดิม.

บทที่ 4

วิเคราะห์เปรียบเทียบปัญหาของการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม กับการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน

ประกันสังคม คือ หลักการกำหนดให้ประชาชนที่มีรายได้ช่วยเหลือตนเอง และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ด้วยการออมและรู้จักเสียสละเพื่อส่วนรวม ตามแนวทางการเฉลี่ยภัยร่วมกันของสมาชิก การจะอาศัยเงินภาษีอากรเพียงอย่างเดียวย่อมสำเร็จได้ยาก เนื่องจากต้องใช้จ่ายเงินจำนวนมาก จึงกำหนดให้ผู้ประกันตนแต่ละคนร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุน และให้นายจ้างกับรัฐบาลร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุนด้วย¹

การกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลไม่ว่าจะเป็นการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมหรือการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน ต่างก็มีข้อจำกัดและเงื่อนไขของการกำหนดค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยการกำหนดค่ารักษาพยาบาลนั้นนอกจากจะขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอกของการนำมาคำนวณเพื่อกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลแล้ว ยังต้องประกอบด้วยปัจจัยภายในที่จะนำมาเสริมเพิ่มความน่าเชื่อถือในการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลเพื่อให้เกิดมาตรฐานในการที่จะนำมาใช้กำหนดให้เป็นอัตราพื้นฐานที่ผู้ประกันตนหรือผู้ที่เอาประกันพึงได้รับประโยชน์จากการที่ตนต้องเข้าไปเป็นผู้ประกันตนหรือเอาประกันด้วย

สำหรับการบริการทางการแพทย์ในส่วนที่เกี่ยวกับการประกันสังคมนั้น จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ประเทศญี่ปุ่นแบ่งการประกันสุขภาพในส่วนของประกันสังคมออกเป็น 2 ประเภท คือ การประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งคุ้มครองประชาชนทั่วไป และการประกันสุขภาพลูกจ้างซึ่งคุ้มครองแก่ลูกจ้างต่างๆ โดยการประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีการจ่ายในรูปเงินสด (In Cash) แต่จะให้ประโยชน์ในรูปของการบริการ (In Kind) ผ่านสถาบันประกันทางการแพทย์ตามที่รัฐบาลท้องถิ่นกำหนด ส่วนการประกันสุขภาพ ลูกจ้างจะได้รับทั้งบริการทางการแพทย์และเงินทดแทนการขาดรายได้จากเงินที่จ่ายเข้ากองทุน โดยนายจ้างและลูกจ้างเท่าๆ กัน โดยในส่วนที่เป็นบริการทางการแพทย์ผู้ประกันตนต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งสมทบกับค่ารักษาทางการแพทย์แก่สถาบันประกันดังกล่าว โดยประเทศญี่ปุ่นจะใช้ระบบการจ่ายเงินแบบจ่ายตามใบเสร็จ (Fee For Service)

¹ สำนักงานประกันสังคม. (2551). เอกสารสำคัญสิทธิประโยชน์ประกันสังคม. หน้า 3.

โดยผู้ประกันตนและผู้อยู่ในอุปการะสามารถจะไปใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่สถานพยาบาลที่ไหนก็ได้ ส่วนประเทศฟิลิปปินส์ก็ใช้ระบบการจ่ายตามใบเสร็จ (Fee For Service) เช่นกัน โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด ซึ่งแตกต่างจากประเทศไทยที่การประกันสังคมนั้นใช้ระบบเหมาจ่าย (Capitation) โดยนำเอาระบบการจ่ายเงินเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์มาใช้ โดยค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายให้โรงพยาบาลในอัตรา 1,404 บาทต่อคนต่อปี ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราการใช้บริการของผู้ประกันตนและค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงในอัตรา 457 บาท รวมเป็นเงิน 1,861 บาทต่อคนต่อปี² นอกจากนี้ยังได้มีมติให้เงินเพิ่มในสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพซึ่งจะได้รับค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นในอัตรา 77 บาท ต่อคนต่อปี³ จะเห็นได้ว่าปัญหาในเรื่องมาตรฐานสถานพยาบาลและการกำกับมาตรฐานการรักษาพยาบาล เป็นเรื่องที่จะต้องนำมาเชื่อมโยงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะการประกันสังคมของไทยหวังผลกำไรจากเงินเหมาจ่าย สถานพยาบาลจะลดต้นทุนการให้บริการน้อยลงเมื่อจะเปรียบเทียบกับผลเสียของการบริการทางการแพทย์แล้วอาจอธิบายได้ดังนี้

ตารางที่ 4.1 ตารางเปรียบเทียบระบบจ่ายตามใบเสร็จ (Fee For Service)

| ข้อดี | ข้อเสีย |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> ผู้ประกันตนได้รับการบริการทางการแพทย์ที่ดี แพทย์ตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียด เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในการตรวจทันสมัย และมีการส่งต่อผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกใช้บริการกับแพทย์คนใดก็ได้ แพทย์มีสิ่งจูงใจในการทำงาน สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายล่วงหน้าได้ | <ol style="list-style-type: none"> ประมาณการค่าใช้จ่ายล่วงหน้าไม่ได้ การตรวจรักษาไม่ละเอียดขาดความต่อเนื่องในการรักษาและไม่เน้นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาสูง คนไข้อาจได้รับการรักษาพยาบาลในส่วนที่ไม่จำเป็น ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสูง |

² SIAMHRM.com. (2552). บอร์ดประกันสังคมขอมขึ้นค่าหมอ. สืบค้นเมื่อ 3 เมษายน 2552, จาก http://www.siamhrm.com/report/news_report.php?max=3999.

³ สำนักงานประกันสังคม. (2552, เดือนกันยายน - ตุลาคม). “สปส. แจง การปรับเพิ่มอัตราเหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน.” วารสารประกันสังคม, ปีที่ 15, ฉบับที่ 5. หน้า 7.

ตารางที่ 4.2 ตารางเปรียบเทียบระบบเหมาจ่าย (Capitation)

| ข้อดี | ข้อเสีย |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์ให้การรักษาเท่าที่จำเป็น คำนึงถึงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น 2. คนไข้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องโดยไม่จำกัดวงเงินค่ารักษา 3. ง่ายต่อการบริหารจัดการลดการเก็บเอกสารทางการเงิน ลดการทุจริตใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล 4. แพทย์มีหลักประกันด้านรายได้ | <ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์ขาดโอกาสในการศึกษาเพิ่มเติมในการรักษาพยาบาล 2. คนไข้จะได้รับการบริการคุณภาพต่ำ เพราะมีการควบคุมค่าใช้จ่าย 3. คนไข้ใช้บริการมากเกินไปจนความจำเป็นเพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย 4. มีความแตกต่างทางด้านมาตรฐานการรักษาพยาบาล 5. แพทย์ขาดสิ่งจูงใจด้านรายได้ในการรักษา คนไข้ทำให้รักษาได้ไม่เต็มความสามารถ |

จากการเปรียบเทียบระบบการจ่ายการเงินค่ารักษาพยาบาลระหว่างระบบจ่ายตามใบเสร็จ (Fee For Service) กับระบบเหมาจ่าย (Capitation) จะเห็นได้ว่าระบบจ่ายตามใบเสร็จ ผู้ประกันตนได้รับการบริการทางการแพทย์ที่ดีกว่า แพทย์ตรวจวินิจฉัยละเอียดมากกว่า เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในการตรวจทันสมัยกว่า และมีการส่งต่อผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกใช้บริการกับแพทย์คนใดก็ได้ และแพทย์มีสิ่งจูงใจในการทำงานสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายล่วงหน้าได้ ส่วนระบบเหมาจ่ายนั้นแพทย์จะให้การักษาเท่าที่จำเป็น คำนึงถึงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพมากกว่า ซึ่งคนไข้จะได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องโดยไม่จำกัดวงเงินค่ารักษาและง่ายต่อการบริหารจัดการลดการเก็บเอกสารทางการเงิน ลดการทุจริตใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล โดยแพทย์มีหลักประกันด้านรายได้

ตารางที่ 4.3 ตารางเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมกับการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน

| รายการ | ประเทศไทย | | ประเทศญี่ปุ่น | | ประเทศฟิลิปปินส์ |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | การประกันสังคม | การประกันสุขภาพภาคเอกชน | การประกันสังคม | การประกันสุขภาพภาคเอกชน | การประกันสังคม |
| 1. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล | ใช้ระบบเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Capitation) โดยสำนักงานประกันสังคม จะกำหนดให้จ่ายเป็นรายหัวหรือเท่ากับจำนวนที่มีผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนไว้ให้กับสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนไว้ | ใช้วิธีการจ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินจำนวนเงินที่ระบุไว้ในตารางสิทธิประโยชน์ | ใช้ระบบการจ่ายตามใบเสร็จ (Fee for Services) | ประเทศญี่ปุ่นใช้ระบบจ่ายตามใบเสร็จ (Fee for Services) โดยให้ผู้ประกันตนจะต้องออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลร่วมด้วย 10% | ใช้ระบบจ่ายตามใบเสร็จ (Fee For Service) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นกรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ นอกจากนั้นยังครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลแก่ครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย |

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

| รายการ | ประเทศไทย | | ประเทศญี่ปุ่น | | ประเทศฟิลิปปินส์ |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | การประกันสังคม | การประกันสุขภาพภาคเอกชน | การประกันสังคม | การประกันสุขภาพภาคเอกชน | การประกันสังคม |
| 2. สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล | สามารถใช้สิทธิได้เพียง 1 แห่งตามที่ผู้ประกันตนได้ยื่นทะเบียนเอาไว้และได้กำหนดเอาไว้ในบัตรรับรองสิทธิ | สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลแห่งใดก็ได้ที่เป็นคู่สัญญาประกัน | สามารถใช้บริการทางการแพทย์เมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่สถานพยาบาลที่ไหนก็ได้ | สามารถใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเกิดจากการเจ็บป่วยที่สถานพยาบาลที่ไหนก็ได้ | สามารถใช้บริการได้ตามความต้องการของผู้ประกันตนโดยมีการแบ่งสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลเอาไว้ 3 ระดับตามตารางที่ 3.4 |

สำหรับการบริการทางการแพทย์ในส่วนที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพในภาคเอกชนนั้น ประเทศญี่ปุ่นใช้ระบบจ่ายตามใบเสร็จ (Fee for Services) ส่วนประเทศฟิลิปปินส์ได้ใช้ระบบจ่ายตามใบเสร็จ (Fee for Services) เช่นกัน ซึ่งก็มีความสอดคล้องกับประเทศไทยอยู่บ้าง แต่ไม่ทั้งหมด เนื่องจากประเทศไทยใช้ระบบจ่ายตามความเป็นจริงแต่ต้องไม่เกินจำนวนที่ผู้เอาประกันภัยได้ทำไว้ ก็เท่ากับว่าหากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นมากกว่าจำนวนที่ผู้เอาประกันภัยได้เอาประกันภัยไว้ ผู้เอาประกันภัยก็ต้องรับภาระในส่วนที่เกินเอง เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศญี่ปุ่นก็จะเห็นว่าประเทศญี่ปุ่นได้ออกกฎหมายกำหนดให้ผู้ประกันตนจะต้องออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลร่วมด้วย 10%

อย่างไรก็ตามหากจะเปรียบเทียบถึงการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมกับการประกันสุขภาพตามกรรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชนแล้ว เราก็คงจะหลีกเลี่ยงในการที่จะเปรียบเทียบถึงกรณีศึกษาที่เกี่ยวกับ เงินสมทบ ประโยชน์ทดแทน และบุคคลผู้

ที่มีสิทธิได้รับไม่ได้ เนื่องจากเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอันเป็นการส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจของผู้
 ต้องการเข้าไปเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม หรือการเข้าเป็นผู้เอาประกันภัยตามการ
 ประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน โดยอันเป็นการนำไปสู่การพิจารณาถึง
 ข้อดีข้อด้อยของการเข้าเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมของบุคคลที่เรียกว่าลูกจ้าง
 เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลให้กับ
 ผู้ประกันตนเพื่อให้ได้รับสิทธิในการใช้บริการทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

4.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบในเรื่องการจ่ายเงินสมทบ

เงินสมทบ คือ เงินที่นายจ้าง ลูกจ้าง จะต้องนำส่งเข้ากองทุนประกันสังคมทุกเดือน โดย
 คำนวณจากค่าจ้างที่ลูกจ้างได้รับ ซึ่งกำหนดจากฐานค่าจ้างที่ไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1,650 บาท และ
 สูงสุดไม่เกินเดือนละ 15,000 บาท โดยรัฐจะออกเงินสมทบเข้ากองทุนด้วยส่วนหนึ่ง

อาจกล่าวได้ว่ากองทุนประกันสังคมเป็นกองทุนภาคบังคับที่กำหนดให้สถาน
 ประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคม อันเป็นระบบที่เป็นระบบ
 ไตรภาคีที่มีบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยกัน 3 ฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้างและรัฐบาล ซึ่งมีหน้าที่ต้องส่ง
 เงินเข้าสมทบกองทุนประกันสังคมตามกฎหมาย โดยหากไม่ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนก็จะมีผล
 ตามกฎหมาย ทั้งที่เป็นความผิดของนายจ้างและความผิดของลูกจ้างด้วย

ในการส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมของประเทศไทยนั้น ผู้ประกันตน
 อันหมายถึงลูกจ้างที่มีเงินเดือนแน่นอน ตั้งแต่ 1,650 บาทขึ้นไป ต้องเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมาย
 โดยจะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเป็นจำนวนร้อยละห้าของค่าจ้างรายเดือนที่ลูกจ้างได้รับ และ
 นายจ้างก็ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมร้อยละห้าของเงินเดือนของลูกจ้างแต่ละคน
 และรัฐบาลก็ต้องออกเงินสมทบอีกร้อยละห้าของเงินเดือนของลูกจ้างแต่ละคนเช่นกัน ทำให้เห็น
 ว่าเป็นการแบ่งความรับผิดชอบออกเป็น 3 ฝ่าย ฝ่ายละเท่าๆ กัน อันเป็นหลักของการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขที่
 กฎหมายประกันสังคมมีความประสงค์จะให้เป็นอย่างนั้น ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 เป็นต้น
 ไป ให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตน จะต้องออกเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณี
 ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตายและกรณีคลอดบุตร ฝ่ายละเท่าๆ กันในอัตรา
 ร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน นอกจากนี้ให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนจะต้องออก
 เงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพ โดยให้รัฐบาลออก
 เงินสมทบในอัตราร้อยละ 1 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน นายจ้างและผู้ประกันตนออกเงินสมทบใน
 อัตราร้อยละ 3 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน และให้รัฐบาลออกเงินสมทบในอัตราร้อยละ 0.25 ของ
 ค่าจ้างผู้ประกันตน ส่วนนายจ้างและผู้ประกันตนออกเงินสมทบในอัตราร้อยละ 0.50 ของ

ค่าจ้างของผู้ประกันตน อัตราเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน แต่ในความเป็นจริงกลับตรงกันข้ามกับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น เนื่องจากโดยส่วนมากแล้วผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิตามกฎหมายประกันสังคมต่างก็เป็นบุคคลที่มีรายได้น้อย ประกอบกับการส่งเงินสมทบเข้ากองทุนเพื่อใช้สิทธิที่ตนมีตามกฎหมายยังมีปัญหาในการจำกัดหรือกำหนดระยะเวลาของการใช้สิทธิอีกด้วย ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ประกันตนไม่สามารถใช้สิทธิที่ตนเองมีอยู่ได้เต็มที่ ซึ่งแตกต่างจากประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ดังนี้

ตารางที่ 4.4 ตารางเปรียบเทียบการจ่ายเงินสมทบ (Contribution) ตามกฎหมายประกันสังคม

| รายการ | ประเทศไทย | ประเทศญี่ปุ่น | ประเทศฟิลิปปินส์ |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การจ่ายเงินสมทบ | จ่าย 3 ฝ่าย คือ ลูกจ้าง นายจ้าง จะจ่าย เท่าๆกัน ในอัตราร้อยละ 5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน และรัฐบาลจ่ายในอัตราร้อยละ 2.75 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน | ตามตารางที่ 3.1 | รัฐบาลไม่ต้องจ่าย ดังนี้ 1. โครงการประกันสังคม - ลูกจ้างร้อยละ 3.36 ของรายได้ - นายจ้างร้อยละ 5.04 ของรายได้ 2. โครงการประกันสุขภาพ - ลูกจ้างและนายจ้าง ร้อยละ 1.25 ของรายได้ |

ในส่วนที่เป็นการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชนนั้น เป็นการเอาประกันที่เกิดขึ้นด้วยใจสมัครของผู้เอาประกันภัยที่ต้องการความมั่นคงในชีวิตในอนาคต อันนำมาสู่ประโยชน์ที่ตนต้องการอย่างแท้จริง ปราศจากการบังคับจากการผู้ใด เป็นความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับบุคคล 3 ฝ่าย กล่าวคือ ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประกันภัย และผู้รับประโยชน์ โดยอาจ

กล่าวได้ว่าเป็นกรณีและผู้เอาประกันภัยฝ่ายเดียวเป็นผู้จ่ายเงินสมทบ แต่ในที่นี้เรียกว่าเบี้ยประกัน เพื่อวัตถุประสงค์ในการที่จะให้ตนเองได้รับความคุ้มครองเมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย เป็นหลักประกันที่ให้ความมั่นคงกับชีวิต โดยในการส่งเบี้ยประกันหรือเข้าทำประกันต่างก็อยู่บนพื้นฐานของหลักการไว้เนื้อเชื่อใจที่ต่างฝ่ายต่างต้องรักษาคำมั่นที่ให้ไว้ต่อกัน

สำหรับการจ่ายเงินสมทบ หรือที่เรียกว่าเบี้ยประกันนั้น จะไม่ได้กำหนดเอาไว้อย่างตายตัว เนื่องจากการที่จะจ่ายเบี้ยประกันเท่าไรก็ต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายๆด้าน เช่น อายุของผู้เอาประกันภัย ความสามารถในการจ่ายเบี้ยประกัน ตลอดจนความคุ้มครองที่ต้องการได้รับ เป็นต้น เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจกำหนดเบี้ยประกันเพื่อคุ้มครอง ทำให้เห็นว่าบางคนอาจได้รับความคุ้มครองมากน้อยแตกต่างกันไปแล้วแต่ว่าใครส่งเบี้ยประกันมากน้อยกว่ากัน

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน เป็นการประกันอิสระที่ใครก็สามารถเข้าเป็นผู้เอาประกันภัยได้ ไม่ได้ถูกจำกัด และในการจ่ายเงินสมทบที่เรียกว่าเบี้ยประกันก็เป็นอิสระว่าตนต้องการจ่ายมากน้อยเท่าไร ต้องการได้รับความคุ้มครองเพียงใด

จากการศึกษาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมและการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน ผู้เขียนเห็นว่าในส่วนที่เกี่ยวกับเงินสมทบนั้น การเป็นผู้ประกันตนและการเป็นผู้เอาประกันภัยในการประกันสุขภาพตามกฎหมายกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชนมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ

การเข้าเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมนั้นถูกบังคับให้เข้าเป็นผู้ประกันตนโดยอัตโนมัติ ทั้งที่ไม่ได้เกิดจากความสมัครใจของตัวลูกจ้าง หรือผู้ประกันตน แต่อย่างไร ต่างกับการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชนที่ให้อิสระเสรีแก่บุคคลใดก็ได้ที่มีความประสงค์หรือมีความต้องการเข้าเป็นผู้เอาประกันภัยก็สามารถเข้ามาเป็นผู้เอาประกันภัยได้ โดยไม่ได้จำกัดว่าต้องเป็นลูกจ้างหรือไม่ ประกอบอาชีพหรือไม่ เป็นต้น อันเป็นการแสดงให้เห็นว่าการเข้าเป็นผู้ประกันตนนั้น เกิดขึ้นจากความสมัครใจ

ส่วนเงินสมทบที่ต้องจ่ายเข้ากองทุนประกันสังคมหรือการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชนก็มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ หากเป็นการส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม ผู้ประกันตนจะถูกกำหนดโดยกฎหมายประกันสังคมให้ต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุนตามจำนวนรายได้ต่อเดือนที่ตนได้รับ เป็นจำนวนร้อยละ 5 ของเงินเดือนที่ลูกจ้างได้รับ แต่ไม่เกิน 15,000 บาท ก็เท่ากับทำให้เห็นว่าลูกจ้างหรือผู้ประกันตนถูกบังคับโดยกฎหมายให้ต้องมีภาระแน่นอนเมื่อตนมีเงินเดือนและอยู่ในฐานะลูกจ้าง ซึ่งมีนายจ้างแน่นอนทำให้เห็นว่าเมื่อเงินเดือนมากขึ้นก็ต้องจ่ายเพิ่มขึ้นแต่ก็มีกำหนดไว้ หากเงินเดือนสูงกว่า 15,000 บาทก็ต้องส่งสมทบ

เข้ากองทุนเป็นจำนวนแน่นอนทุกเดือน เดือนละ 750 บาทในทุกเดือน โดยในเงินทุกๆ 750 บาท ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนต้องนำส่งเป็นเงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีคลอดบุตรในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน อันเท่ากับว่าทุกเดือนลูกจ้างหรือผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินเพื่อเป็นหลักประกันกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีคลอดบุตร จำนวน 225 บาทในทุกเดือน เท่ากับว่าผู้ประกันตนหรือลูกจ้างมีภาระแน่นอนที่ตนต้องจ่ายตามกฎหมาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับความต้องการของลูกจ้างหรือผู้ประกันตน ประกอบกับที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าในการใช้สิทธิต่างๆ ตามที่กฎหมายให้สิทธิไว้ ต่างก็มีข้อจำกัดในเรื่องเวลา ซึ่งจะกล่าวต่อไปในเรื่องของประโยชน์ทดแทน นอกจากนี้ผู้เขียนเห็นว่ากรณีที่ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนเป็นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าตัวผู้ประกันตนที่เป็นนายจ้าง การที่ให้ทั้งสองฝ่ายออกเงินสมทบฝ่ายละเท่ากัน ไม่น่าจะถูกต้อง เนื่องจากนายจ้างมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่า จึงน่าจะให้นายจ้างได้ออกเงินสมทบมากกว่าลูกจ้าง กล่าวคือ ในส่วนที่เป็นประโยชน์ต่อตัวนายจ้างโดยตรงนายจ้างน่าจะเป็นผู้จ่ายเงินสมทบให้แก่ลูกจ้าง เช่น กรณีการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตายและกรณีคลอดบุตรฝ่ายละเท่ากันในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน ควรให้นายจ้างเป็นผู้จ่ายเงินสมทบแทนลูกจ้าง สำหรับประโยชน์ทดแทนในส่วนที่เป็นประโยชน์ต่อตัวลูกจ้างเองก็สมควรที่จะให้ลูกจ้างเป็นผู้จ่ายเงินสมทบร่วมกับนายจ้างด้วย เช่น กรณีประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพ รวมถึงกรณีว่างงาน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศฟิลิปปินส์ จะเห็นได้ว่าลูกจ้างจะส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมน้อยกว่านายจ้าง แต่ถ้าหากเป็นการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชนแล้วผู้เอาประกันภัยไม่ได้ถูกบังคับให้ต้องเข้าไปสู่การเอาประกันสุขภาพ การทำประกันสุขภาพขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้เอาประกันภัยว่าต้องการได้รับความคุ้มครองอย่างไร การจ่ายเบี้ยประกันเพื่อต้องการความคุ้มครองก็จะต่างกันไปด้วย ประกอบกับการจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันนั้นเหมือนเป็นการสะสมทรัพย์อีกทางหนึ่ง ซึ่งจะกล่าวต่อไปในเรื่องของประโยชน์ทดแทน

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ในการเข้าเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม เมื่อมองดูอย่างผิวเผินแล้วก็เห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้ประกันตนอย่างมาก แต่หากพิจารณาถึงความเป็นจริงจะเห็นว่าสิทธิที่กฎหมายกำหนดให้นั้นไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่กฎหมายกำหนดให้แต่อย่างใด ทุกอย่างต่างมีข้อจำกัด การคิดกันให้ผู้ประกันตนไม่ได้รับสิทธิอย่างเต็มที่ตามที่ควรจะเป็น หรือควรจะได้แต่อย่างใด ประกอบกับการจ่ายเงินสมทบที่เอาเปรียบคนจนมากเกินไป เกิดความไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง หากมองออกมาให้กว้างก็จะเห็นความบกพร่องของกฎหมายประกันสังคมที่มีอยู่มากมาย ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับ การประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพ

ในภาคเอกชนแล้วจะเห็นถึงข้อดีของการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชนมากกว่า เพราะฉะนั้น จึงมีความจำเป็นต้องมีการเร่งแก้ไขปรับปรุงกฎหมายประกันสังคมในส่วนที่เกี่ยวกับอัตราค่ารักษาพยาบาลจากการที่ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมให้มีความถูกต้องเหมาะสมมากที่สุด

4.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบในเรื่องประโยชน์ทดแทน

ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมจะได้รับประโยชน์ทดแทนเมื่อเข้าเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม และต้องเข้าหลักเกณฑ์ตามที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดก่อน กล่าวคือ เมื่อเป็นผู้ประกันตนแล้วการจะได้รับประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายประกันสังคม ถูกกำหนดระยะเวลาว่าต้องเป็นผู้ประกันตนมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนจึงจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน หรือกรณีของการที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร ได้จะต้องเป็นผู้ประกันตนมาแล้วไม่น้อยกว่า 7 เดือนก่อนคลอด กรณีที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพต้องเป็นผู้ประกันตนมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน และกรณีที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีตายก็ต้องเข้าข่ายการเป็นผู้ประกันตนมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งเห็นได้ว่าการที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนในแต่ละกรณีก็ถูกจำกัดสิทธิการใช้สิทธิในเรื่องของเวลา อันเป็นการไม่สอดคล้องกับการที่ผู้ประกันตนได้ส่งเงินสมทบตั้งแต่วันแรกของการที่ตนต้องเข้าเป็นผู้ประกันตน อันถือว่าเป็นความไม่ชอบธรรมอย่างยิ่งที่กำหนดระยะเวลาเอาไว้

ตารางที่ 4.5 ตารางเปรียบเทียบเงื่อนไขของการเกิดสิทธิ (Qualifying Condition) ตามกฎหมายประกันสังคม

| กรณี | เงื่อนไขการเกิดสิทธิ | | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|
| | ประเทศไทย | ประเทศญี่ปุ่น | ประเทศฟิลิปปินส์ |
| กรณีประสบ อันตรายหรือ เจ็บป่วยนอก งาน | จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน | ต้องทำงานในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา | จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 12 เดือน |

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

| กรณี | เงื่อนไขการเกิดสิทธิ | | |
|------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | ประเทศไทย | ประเทศญี่ปุ่น | ประเทศฟิลิปปินส์ |
| กรณี คลอดบุตร | จ่ายเงินสมทบครบ 7 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน | ต้องทำงานในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา | 1. ต้องอยู่ระหว่างการ มีงานทำและ ครอบคลุม การคลอดบุตร จำนวน 4 ครั้ง 2. นายจ้างต้องจ่ายเงิน สมทบครบ 3 เดือน ภายใน 12 เดือน |
| กรณี ทุพพลภาพ | จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน | - | จะต้องจ่ายเงินสมทบ อย่างน้อย 36 เดือน ก่อน 6 เดือนของการ เกิดทุพพลภาพ |

อย่างไรก็ตามหากวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ จะเห็นว่าในกรณี ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน กฎหมายประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่นและประเทศ ฟิลิปปินส์นั้น โดยกฎหมายประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่นจะให้ประโยชน์ในการขาดรายได้และ ให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ โดยประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์และประโยชน์ทดแทนใน การขาดรายได้ มีเงื่อนไขว่าต้องทำงานในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ส่วนกฎหมายประกันสังคมของ ฟิลิปปินส์นั้นมีเงื่อนไขการเกิดสิทธิคือผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 12 เดือน แต่สำหรับกฎหมายประกันสังคมของประเทศไทย กำหนดถึงระยะเวลาเริ่มการได้รับการคุ้มครอง หรือการกำหนดเวลาที่ผู้ประกันตนจะมีสิทธิได้รับเอาไว้ กล่าวคือ ต้องจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน จึงจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน ดังนั้น จากการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่า กรณีนี้ประเทศไทยได้เอื้อประโยชน์แก่ผู้ประกันตนมากกว่า ประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ เพราะระยะเวลาที่นำมาเป็นเกณฑ์ในการนำส่งเงินสมทบให้ โอกาสมากกว่า คือ 15 เดือน ขณะที่ประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ กำหนดไว้เพียง 12 เดือน เท่านั้น ทำให้เห็นว่า ประเทศไทยให้โอกาสผู้ประกันตนมากกว่า อันเนื่องมาจากการที่เข้าใจถึง สภาพการจ้างงานของผู้ใช้แรงงานซึ่งยากจนว่าในการทำงานกับผู้ประกอบการในแต่ละครั้ง อาจมี

เหตุให้ต้องหยุดชะงักงานหรือเปลี่ยนงานได้ โดยผู้ประกันตนที่เป็นแรงงานส่วนใหญ่ของไทย อาจต้องมีการสลับงาน เช่น กลับไปทำเกษตรกรรมในบ้านเกิดในช่วงฤดูการทำนา หรือด้วยเหตุประการอื่น ทำให้ต้องหยุดการทำงาน โดยหากในระหว่าง 15 เดือนที่ทำงาน หรือหยุดงานนั้น ได้มีการส่งเงินสมทบครบ 3 เดือน ก็จะเกิดสิทธิในทันที ส่วนประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ใช้เวลาในการนำมาคำนวณ 12 เดือน อาจทำให้ผู้ประกันตนเสียสิทธิดังกล่าวได้

สำหรับกรณีประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรนั้น เงื่อนไขของการเกิดสิทธิตามกฎหมายประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่น กำหนดว่าต้องทำงานในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ส่วนกฎหมายประกันสังคมประเทศฟิลิปปินส์นั้น ต้องอยู่ระหว่างการมีงานทำและครอบคลุมการคลอดบุตร จำนวน 4 ครั้ง โดยนายจ้างต้องจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 12 เดือน ซึ่งแตกต่างจากการประกันสังคมของประเทศไทย ที่ต้องจ่ายเงินสมทบครบ 7 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน จึงจะเกิดสิทธิตามกฎหมาย จากการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่า ประเทศฟิลิปปินส์เอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนมากกว่าฝ่ายประเทศไทย เพราะกำหนดเงินสมทบเพียง 3 เดือน ในเวลา 12 เดือน ขณะที่ไทย กำหนด จำนวนเดือนที่จะต้องนำส่งเงินสมทบไว้ถึง 7 เดือน ในเวลา 15 เดือน ส่วนประเทศญี่ปุ่นนั้นกำหนดว่าต้องทำงานในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา นั่นก็ถือว่าเป็นการเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ประกันตนมากกว่าประเทศไทย เช่นเดียวกัน

ส่วนกรณีประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพนั้น หากพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่าเงื่อนไขของการเกิดสิทธิตามกฎหมายประกันสังคมของประเทศฟิลิปปินส์นั้น จะต้องจ่ายเงินสมทบอย่างน้อย 36 เดือน ก่อนไตรมาสของการทุพพลภาพ ซึ่งแตกต่างจากการประเทศไทยที่กำหนดให้จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน เมื่อทำการวิเคราะห์แล้วจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนมากกว่าประเทศฟิลิปปินส์ เพราะประเทศไทยยินยอมให้ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบเพียง 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน เท่านั้น ก็เกิดสิทธิกรณีทุพพลภาพแล้ว ในขณะที่ประเทศฟิลิปปินส์มีระยะเวลาในการจ่ายเงินสมทบมากกว่า โดยระบุให้จะต้องจ่ายเงินสมทบอย่างน้อย 36 เดือน ก่อน 6 เดือนของการเกิดทุพพลภาพ

แต่หากเป็นการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน ผู้ที่เป็นผู้เอาประกันภัย เมื่อได้ส่งเงินที่เรียกว่าเบี้ยประกัน ไปยังบริษัทประกันภัยเรียบร้อยแล้ว และผู้มีอำนาจของบริษัทลงนามยอมรับการเป็นผู้เอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัยก็จะได้รับการคุ้มครองทันที มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามแต่ที่ผู้เอาประกันภัยได้เลือกไว้แล้วโดยชอบ โดยไม่มีการกำหนดระยะเวลาไว้ กล่าวคือ ได้รับความคุ้มครองทันที สามารถใช้สิทธิของตนได้ทันทีเมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ทันทีและได้รับความคุ้มครองทันที

อันเป็นความแตกต่างที่เห็นได้อย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน ซึ่งจะเห็นได้ถึงข้อดีของการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชนว่า มีมาตรฐานการคุ้มครองที่ให้ความคุ้มครองที่รวดเร็วและเป็นธรรมมากกว่า จึงไม่เป็นที่น่าแปลกใจเลยว่าการประกันสุขภาพในภาคของเอกชนในประเทศไทยมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วซึ่งก็เกิดขึ้นมาจากการได้รับความคุ้มครองที่ดีและรวดเร็วกว่าการประกันสังคมที่เกิดขึ้นมาเป็นเวลานานแล้ว

อย่างไรก็ตามการที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดถึงประโยชน์ทดแทนเอาไว้ให้ผู้ประกันตนเห็นว่าสิทธิที่ตนพึงมีนั้นมีมากน้อยอยู่อย่างใด ในส่วนที่เกี่ยวกับอัตราค่ารักษาพยาบาลนั้น ผู้เขียนจะขอเสนอให้เห็นว่าแท้จริงแล้วการให้ประโยชน์ทดแทนในส่วนที่เกี่ยวกับอัตราค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมยังมีปัญหาอีกมากเมื่อเทียบกับการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน กล่าวคือ กรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมจะได้รับประโยชน์ทดแทนในส่วนที่เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลนั้น ได้ถูกกำหนดไว้ คือ กรณีจำเป็นต้องได้รับบริการทางการแพทย์อย่างฉุกเฉิน

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินเป็นค่าบริการทางการแพทย์ให้เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็น ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ครั้งแรก โดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการด้วย ดังต่อไปนี้

ประเภทผู้ป่วยนอก สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง ตามประเภทและอัตรา คือ ค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินครั้งละ 300 บาท ค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ จ่ายเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 200 บาทค่ารักษาพยาบาลด้วยหัตถการจากแพทย์จ่ายเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 200 บาท

ประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง เช่นกัน ตามประเภทและอัตรา คือ ค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละ 1,500 บาท ค่าผ่าตัดใหญ่กรณีต้องผ่าตัดใหญ่โดยใช้เวลาในการผ่าตัด ไม่เกิน 2 ชั่วโมง ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ 8,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้งกรณีต้องผ่าตัดใหญ่โดยใช้เวลาในการผ่าตัดเกินกว่า 2 ชั่วโมงตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายการละ 14,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้งค่าห้องและค่าอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละ 700 บาทค่ารักษาพยาบาลเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาลตาม (1) กรณีต้องมีการรักษาพยาบาลในห้องที่ต้องดูแลพิเศษ (ICU - Intensive Care Unit) ตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละ 2,000 บาทค่าใช้จ่ายจากการตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงที่จำเป็นต่อผู้ประกันตน เฉพาะ

การตรวจคอมพิวเตอร์ โทโมกราฟี สแกน (CT SCAN – Computed Tomography Scan) และ แมกเนติก รีโซแนนซ์ อิมเมจิง (MRI – Magnetic Resonance Imaging) ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ 4,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้ ผู้ประกันตนที่ได้รับการตรวจด้วย CT SCAN หรือ MRI แล้ว และได้รับการผ่าตัดสมองทันที หรือ ถึงแก่ความตายภายหลังการตรวจผู้ประกันตนได้เข้ารับการรักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉิน และมีการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยว่ามีเส้นโลหิตในสมองแตกหรืออุดตัน โดยมีเหตุผลทางการแพทย์ประกอบ ผู้ประกันตนได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อการผ่าตัดกระดูกสันหลัง หรือ ไขสันหลังจากแพทย์ของ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ทำการผ่าตัดนั้น

กรณีจำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์เพราะเกิดอุบัติเหตุ สำนักงานประกันสังคม จะจ่ายเงินเป็นค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็นภายใน ระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับแต่เวลาที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ครั้งแรก โดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดข้าราชการ เช่นเดียวกับกรณีจำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์อย่าง ฉุกเฉิน แต่ไม่จำกัดจำนวนครั้งที่ผู้ประกันตนจะเข้ารับบริการทางการแพทย์ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐ ประเภทผู้ป่วยนอก สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้ตามประเภทและอัตรา คือค่าบริการ ทางการแพทย์และค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ค่าห้องและค่าอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละ 700 บาท

กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของ เอกชน

ประเภทผู้ป่วยนอก สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้ตามประเภทของอัตรา คือค่า รักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 300 บาท ค่าตรวจวิเคราะห์ทาง ห้องปฏิบัติการ จ่ายเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 200 บาท ค่ารักษาพยาบาลด้วยหัตถการจากแพทย์ จ่ายเพิ่มค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่ เกินครั้งละ 200 บาท

ประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้ ตามประเภทและอัตรา คือ ค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละ 1,500 บาท ค่าผ่าตัดใหญ่ กรณีต้องผ่าตัด ใหญ่โดยใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกิน 2 ชั่วโมง ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ 8,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง กรณีต้องผ่าตัดใหญ่โดยใช้เวลาในการผ่าตัดเกินกว่า

2 ชั่วโมงตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายการละ 14,000 บาท ค่าการประสมอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ค่าห้องและค่าอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละ 700 บาท ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาลตาม (1) กรณีต้องมีการรักษาพยาบาลในห้องที่ต้องดูแลพิเศษ (ICU – Intensive Care Unit) ตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละ 2,000 บาท ค่าใช้จ่ายจากการตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงที่จำเป็นต่อผู้ประกันตน เฉพาะการตรวจคอมพิวเตอร์โทโมกราฟีสแกน (CT SCAN – Computed Tomography Scan) และ แมกเนติก รีโซแนนซ์ อิมเมจิง (MRI – Magnetic Resonance Imaging) ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ 4,000 บาท ค่าการประสมอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ตามหลักเกณฑ์เดียวกับกรณีจำเป็นต้องได้รับบริการทางการแพทย์อย่างฉุกเฉิน

กรณีต้องส่งผู้ประกันตนไปรักษาพยาบาลต่อในสถานพยาบาลอื่น

ถ้าโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์นั้น มีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาวินิจฉัยหรือรักษาพยาบาลต่อ ณ สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง นอกจากสำนักงานประกันสังคมจะต้องจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังจะต้องจ่ายค่าพาหนะให้แก่ผู้ประกันตนหรือให้แก่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแรกนั้นด้วย ตามอัตรา คือ (ข้อ 5 แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่องเดียวกัน)

ภายในเขตจังหวัดเดียวกัน ค่ารถพยาบาลตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 500 บาท ค่ารถยนต์รับจ้างหรือรถส่วนบุคคล เหนมาจ่ายในอัตราครั้งละ 300 บาท

ข้ามเขตจังหวัด นอกจากจะจ่ายตาม (1) แล้ว สำนักงานประกันสังคมยังจะต้องจ่ายเงินเพิ่มให้อีกในอัตรากิโลเมตรละ 90 สตางค์ โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรมทางหลวงในทางสั้นและทางตรง

ตารางที่ 4.6 ตารางเปรียบเทียบการจ่ายประโยชน์ทดแทน (Benefit)

| กรณี | เงื่อนไขการเกิดสิทธิ | | | หมายเหตุ |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | ประเทศไทย | ประเทศญี่ปุ่น | ประเทศฟิลิปปินส์ | |
| กรณี ประสบ อันตรายหรือ เจ็บป่วย นอกงาน | <ol style="list-style-type: none"> 1. การรับบริการทางการแพทย์ 2. เงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 50 ของค่าจ้างครั้งละไม่เกิน 90 วัน ปีละไม่เกิน 180 วัน (เว้นแต่โรคเรื้อรัง) 3. ค่าอวัยวะเทียมหรือ ค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคตามประเภทราคาที่กำหนด | <ol style="list-style-type: none"> 1. ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด ค่าพยาบาล ค่าพยาบาล การทำฟัน 2. 60 % ของค่าจ้างเฉลี่ย 3 เดือนสุดท้าย | <ol style="list-style-type: none"> 1. การรับบริการทางการแพทย์ 2. เงินทดแทนการขาดรายได้เป็นรายวันเท่ากับ 90% ของค่าจ้างรายวัน เป็นเวลา 6 เดือนสูงสุด ภายใน 12 เดือน | <ol style="list-style-type: none"> 1. เหมือนกัน 2. ประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์มากกว่า 3. ประเทศไทยมี |
| กรณี คลอดบุตร | <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ประกันตนชาย - ค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 12,000 บาท/ครั้ง (เบิกให้ภรรยา) 2. ผู้ประกันตนหญิง - ค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย | <ol style="list-style-type: none"> 1. 60 % ของค่าจ้างเฉลี่ย โดยจ่ายให้ 42 วันก่อนคลอด และ 56 วันหลังคลอด (รวม 98 วัน) | <ol style="list-style-type: none"> 1. เงินทดแทนการขาดรายได้เป็นรายวัน โดยจ่าย 100% ของค่าจ้างเฉลี่ยรายวัน เป็นเวลา 6 เดือน สูงสุด ภายในระยะเวลา 2 เดือน ก่อนการคลอด การแท้ง เป็นเวลา 60 วัน | <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเทศไทยเอื้อประโยชน์ให้ลูกจ้างชายมากกว่า ประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ 2. ประเทศไทยและประเทศฟิลิปปินส์ดีกว่าประเทศ |

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

| กรณี | เงื่อนไขการเกิดสิทธิ | | | หมายเหตุ |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | ประเทศไทย | ประเทศญี่ปุ่น | ประเทศฟิลิปปินส์ | |
| กรณี คลอดบุตร | 12,000 บาท ต่อครั้ง และเงิน สงเคราะห์ การหยุดงาน เพื่อการคลอด บุตรเหมาจ่าย ร้อยละ 50 ของ ค่าจ้างเป็นเวลา 90 วัน 3. ลาคลอดได้ ไม่เกิน 2 ครั้ง | | สำหรับการ คลอดปกติ และ 78 วัน สำหรับ การผ่าตัด โดยมี สิทธิสำหรับ คลอดไม่เกิน 4 ครั้ง | ญี่ปุ่นเพราะ ประเทศ ญี่ปุ่นไม่ได้ กำหนดค่าทำ คลอดเอาไว้ 3. ประเทศญี่ปุ่น ดีกว่าประเทศ ไทยแต่น้อย กว่าประเทศ ฟิลิปปินส์โดย ประเทศ ฟิลิปปินส์เอื้อ เรื่องคลอด มากกว่า ประเทศไทย |
| กรณี ทุพพลภาพ | 1. ค่ารักษา พยาบาลตาม ที่จ่ายจริง ไม่เกิน 2,000 บาทต่อเดือน 2. เงินทดแทนการ ขาดรายได้ร้อยละ 50 ของ ค่าจ้างตลอด ชีวิต 3. ค่าทำศพและ เงินสงเคราะห์ | - | 1. บำนาญรายเดือน หรือเงินก้อนแก่ ผู้ทุพพลภาพ 2. จ่ายบำนาญ ตลอดชีพ แก่ผู้ ทุพพลภาพ ทั้งหมดสิ้นเชิง 3. เงินบำนาญตก ทอดเต็ม 100% แก่ภรรยาและ บุตรในอุปการะ 4. บำนาญรายเดือน | 1. ประเทศ ฟิลิปปินส์ มากกว่า ประเทศไทย |

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

| กรณี | เงื่อนไขการเกิดสิทธิ | | | หมายเหตุ |
|------------------|----------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| | ประเทศไทย | ประเทศญี่ปุ่น | ประเทศฟิลิปปินส์ | |
| กรณี ทุพพลภาพ | ทายาทตาม ระยะเวลาการ ส่งเงินสมทบ | | ขั้นต่ำเดือนละ 1,200 เปโซ สำหรับผู้จ่าย สมทบ 120 เดือน ก่อนเดือนที่ พิการและหาก จ่ายสมทบ ระหว่าง 36- 120 เดือน จะได้รับ บำนาญเดือนละ 100 เปโซ | |

ในการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลในประ โยชน์ทดแทนดังกล่าว จากการวิเคราะห์
เปรียบเทียบกับประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์จะเห็นว่า

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน กฎหมายประกันสังคมของประเทศไทย
กำหนดให้ได้รับสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ดังกล่าวไว้ในตอนต้น ประกอบกับให้เงิน
ทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 50 ของค่าจ้าง ครั้งละไม่เกิน 90 วัน ปีละไม่เกิน 80 วัน (เว้นแต่โรค
เรื้อรัง) ค่าอวัยวะเทียมหรือ ค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคตามประเภทราคาที่กำหนด ในขณะที่
ประเทศญี่ปุ่นกำหนดให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด
ค่าโรงพยาบาล ค่าพยาบาล การทำฟัน เงินทดแทนการขาดรายได้ 60% ของค่าจ้างเฉลี่ย 3 เดือน
สุดท้าย และประเทศฟิลิปปินส์กำหนดให้ได้รับสิทธิการรับบริการทางการแพทย์ เงินทดแทนการ
ขาดรายได้เป็นรายวันเท่ากับ 90% ของค่าจ้างรายวัน เป็นเวลา 6 เดือนสูงสุดภายใน 12 เดือน จาก
การวิเคราะห์จะเห็นว่า ทั้งการประกันสังคมของประเทศไทยและประกันสังคมของประเทศ
ฟิลิปปินส์ ต่างให้ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยด้วยการรักษาพยาบาล และเงินทดแทนการขาด
รายได้ซึ่งให้เป็นเงินทดแทนปีละไม่เกิน 6 เดือนเท่ากัน แต่ประเทศฟิลิปปินส์จะให้จำนวนเงิน
ทดแทนมากกว่าประเทศไทย เพราะกำหนดค่าให้เงินทดแทนการขาดรายได้เท่ากับ 90% ของค่าจ้าง
รายวัน แต่ของประเทศไทยให้เงินทดแทนการขาดรายได้เพียง 50% ของค่าจ้าง ดังนั้น ประโยชน์

ทดแทนกรณีเจ็บป่วยนอกงานในส่วนที่เป็นประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้ของประเทศฟิลิปปินส์จึงถือว่าดีกว่าประเทศไทย แต่สำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยเป็นค่าอวัยวะเทียมหรือค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคตามประเภทราคาที่กำหนด ประเทศฟิลิปปินส์มิได้ระบุไว้แต่อย่างไร ซึ่งแตกต่างจากประเทศญี่ปุ่นที่ถึงแม้จะให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์เหมือนกันแต่เงินทดแทนการขาดรายได้นั้น ประเทศญี่ปุ่นให้จำนวนเงินที่คิดเป็นร้อยละมากกว่า แต่จำนวนเดือนที่ให้นั้น น้อยกว่าทั้งประเทศไทยและประเทศฟิลิปปินส์ ส่วนประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยเป็นค่าอวัยวะเทียมหรือค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคตามประเภทราคาที่กำหนด ประเทศญี่ปุ่นก็มิได้ระบุไว้แต่อย่างไร เช่นเดียวกับประเทศฟิลิปปินส์

กรณีคลอดบุตร ประเทศไทยกำหนดให้ผู้ประกันตนชายได้รับค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 12,000 บาท/ครั้ง (เบิกให้ภรรยา) ส่วนผู้ประกันตนหญิงค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 12,000 บาทต่อครั้ง และเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรเหมาจ่ายร้อยละ 50 ของค่าจ้างเป็นเวลา 90 วัน ทั้งนี้ ถ้าสามีภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ สามารถเบิกค่าคลอดบุตรได้คนละ 2 ครั้ง ส่วนประเทศญี่ปุ่นกำหนดให้ประโยชน์ทดแทน คิดเป็น 60% ของค่าจ้างเฉลี่ย โดยจ่ายให้ 42 วันก่อนคลอด และ 56 วันหลังคลอด (รวม 98 วัน) และประเทศฟิลิปปินส์ เงินทดแทนการขาดรายได้เป็นรายวัน โดยจ่าย 100% ของค่าจ้างเฉลี่ยรายวัน เป็นเวลา 6 เดือน สูงสุด ภายในระยะเวลา 2 เดือน ก่อนการคลอด หรือ การแท้ง เป็นเวลา 60 วัน สำหรับการคลอดปกติ และ 78 วัน สำหรับการผ่าตัด โดยมีสิทธิสำหรับคลอดไม่เกิน 4 ครั้ง จากการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่า การประกันสังคมของประเทศไทยเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ประกันตนชายมากกว่าประเทศฟิลิปปินส์ ซึ่งประเทศฟิลิปปินส์ให้สิทธิเฉพาะผู้ประกันตนหญิงเท่านั้นซึ่งเหมือนกับประเทศญี่ปุ่น แต่ประเทศญี่ปุ่นก็ไม่ได้กำหนดอัตราการคลอดบุตรเอาไว้จะเห็นได้ว่าทั้งประเทศไทยและประเทศฟิลิปปินส์เอื้อประโยชน์ในการให้ค่าคลอดบุตรดีกว่าประเทศญี่ปุ่น แต่ในส่วนประโยชน์ทดแทนการคลอดบุตรนั้น จะเห็นได้ว่าประเทศญี่ปุ่นให้ประโยชน์ทดแทนที่มากกว่าทั้งประเทศไทยแต่ก็น้อยกว่าประเทศฟิลิปปินส์ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างประเทศไทยกับประเทศฟิลิปปินส์จะเห็นว่าประเทศฟิลิปปินส์เอื้อประโยชน์ในกรณีคลอดบุตรมากกว่าประเทศไทย เพราะจ่ายให้อัตราที่สูงกว่า โดยจ่ายให้ 100% ของค่าจ้างรายวันเฉลี่ย เป็นเวลา 6 เดือนสูงสุดภายใน 12 เดือน ก่อนการคลอด การแท้ง เป็นเวลา 60 วัน ทั้งนี้ ถ้าหากพิจารณาในแง่เป็นผู้ประกันตนหญิง ประเทศฟิลิปปินส์จะเอื้อประโยชน์ให้มากกว่าประเทศไทย เพราะยินยอมให้มีสิทธิเบิกกรณีคลอดบุตรได้ถึง 4 ครั้ง ขณะที่ผู้ประกันตนหญิงของประเทศไทยสามารถเบิกได้เพียง 2 ครั้งเท่านั้น ส่วนประเทศญี่ปุ่นมิได้ระบุไว้แต่อย่างใด

กรณีทุพพลภาพ ประเทศไทยได้กำหนดประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ คือ ค่ารักษาพยาบาลตามที่จ่ายจริง ไม่เกิน 2,000 บาทต่อเดือน เงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ

50 ของค่าจ้างตลอดชีวิต ค่าทำศพ และเงินสงเคราะห์ทายาทตามระยะเวลาการส่งเงินสมทบ ส่วนประเทศฟิลิปปินส์ได้กำหนดประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ คือ บำนาญรายเดือน หรือเงินก้อนแก่ผู้ทุพพลภาพถาวรจ่ายบำนาญตลอดชีพ แก่ผู้ทุพพลภาพทั้งหมดสิ้นเชิง เงินบำนาญทดท้อเต็ม 100% แก่ภรรยาและบุตรในอุปการะบำนาญรายเดือนขั้นต่ำเดือนละ 1,200 เปโซ สำหรับผู้จ่ายสมทบ 120 เดือน ก่อนเดือนที่พิการ และหากจ่ายสมทบระหว่าง 36-120 เดือน จะได้รับบำนาญเดือนละ 100 เปโซ ส่วนประเทศญี่ปุ่นมิได้กำหนดเอาไว้แต่อย่างใด จากการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่าการประกันสังคมของประเทศฟิลิปปินส์เอื้อประโยชน์แก่ผู้ประกันตนมากกว่าประเทศไทย

จากการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบประโยชน์ทดแทนในกฎหมายประกันสังคมทั้งของประเทศไทยและของต่างประเทศ จะเห็นว่า ประโยชน์ทดแทนที่ผู้ประกันตนได้รับนั้นไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ประกันตน ทำให้ผู้ประกันตนเกิดความกังวลว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลที่เพียงพอและทั่วถึงหรือไม่ เนื่องจากว่าถูกจำกัดในเรื่องของเงินที่เป็นประโยชน์ทดแทนเอาไว้ โดยเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับประกันภาคเอกชนแล้วจะเห็นว่าการประกันภาคเอกชนให้สิทธิในการเลือกวงเงินการประกันสุขภาพได้ด้วยตนเอง และในการจ่ายเงินเพื่อรักษาพยาบาลนั้นระบบของการประกันภาคเอกชนจะเป็นระบบของการให้เครดิตหรือการจ่ายตามใบเสร็จที่เมื่อเจ็บป่วยเมื่อวงเงินการรักษาพยาบาล หากไม่เพียงพอก็สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากผู้เอาประกันภัยได้ ทำให้เห็นว่าผู้เอาประกันภัยจะได้รับการรักษาที่เต็มที่และเพียงพอ อันแตกต่างกับกฎหมายประกันสังคมที่กำหนดแบบเหมาจ่ายไว้ทำให้ผู้ประกันตนไม่ได้รับการรักษาที่เต็มที่และเพียงพอ

สำหรับกรณีสถานพยาบาล กฎหมายประกันสังคมก็กำหนดให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลเพื่อที่จะกำหนดเอาไว้ในบัตรรับรองสิทธิได้เพียงแห่งเดียว ซึ่งแตกต่างกับประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ที่ให้ผู้ประกันตนสามารถใช้บริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลแห่งใดก็ได้ที่สำนักงานประกันสังคมเป็นคู่สัญญา กับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลนั้น โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่กฎหมายประกันสังคมทั้งประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ใช้ระบบจ่ายตามใบเสร็จ ซึ่งแตกต่างกับประเทศไทยที่ใช้ระบบเหมาจ่าย

สำหรับกรณีโรคที่กฎหมายประกันสังคมของไทยกำหนดกลุ่มโรคที่ไม่ได้รับการคุ้มครองเอาไว้ เช่น กรณีของโรคจิต ซึ่งจะไม่ได้รับการคุ้มครองยกเว้นกรณีเฉียบพลัน ซึ่งต้องทำการรักษาในทันทีและระยะเวลาไม่เกิน 15 วัน ซึ่งกรณีโรคผู้เขียนเห็นว่าน่าจะให้ความคุ้มครองทั้งหมด ไม่ควรกำหนดข้อยกเว้นเอาไว้ เนื่องจากโรคจิตปัจจุบันนี้มีผู้ประกันตนจำนวนไม่น้อยที่เกิดภาวะเครียดจากการทำงานจนก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจของผู้ประกันตน และกรณีบำบัดได้

กรณีไควยเรือรั้ง กฎหมายประกันสังคมของไทย ก็กำหนดยกเว้นเอาไว้เช่นกัน ซึ่งกรณีบำบัดไควกรณีไควยเรือรั้งนั้น ผู้เขียนเห็นว่าน่าจะได้รับการคุ้มครองด้วย ไม่ควรกำหนดเป็นโรคที่ไม่ได้รับการคุ้มครอง เนื่องจาก ปัจจุบันมีจำนวนผู้ประกันตนเป็นจำนวนไม่น้อยที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ดังนั้น โรคดังกล่าวน่าจะได้รับการคุ้มครองด้วย เนื่องจากในประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ก็ไม่ได้กำหนดยกเว้นถึงกรณีโรคดังกล่าวเอาไว้ แต่ในประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์จะกำหนดให้ความคุ้มครองครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นกรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุก็ตาม

สำหรับกรณีห้องพักของผู้ป่วยในปัจจุบันนี้ก็ปัญหามาก เนื่องจากการที่กฎหมายประกันสังคมใช้ระบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายกับผู้ประกันตน การที่สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลจะรับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมไว้เป็นคนไข้ใน สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลมักจะปฏิเสธที่จะรับผู้ประกันตนเนื่องจากต้องการสำรองห้องพักไว้ให้กับคนไข้ที่มีสิทธิคิดว่าไม่ว่าจะเป็นคนไข้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยเงินสดหรือคนไข้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยการประกันสุขภาพเอกชน ดังนั้น ผู้เขียนเห็นว่าปัญหาในการที่จะได้รับห้องพักหรือไม่ของผู้ประกันตนนั้น มีผลมาจากการที่กฎหมายประกันสังคมของประเทศไทยใช้ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย ทำให้สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลเห็นว่าตนจะได้รับค่าบริการในส่วนที่เกี่ยวกับห้องพักของผู้ป่วยในกรณีประกันสังคมน้อยกว่าการสำรองห้องพักไว้ให้กับผู้ป่วยของตนเอง ซึ่งแตกต่างกับประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ที่กำหนดให้ค่าห้องของผู้ประกันตนกรณีผู้ป่วยในมีการแบ่งประเภทของสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลเอาไว้ และกำหนดให้จ่ายค่าห้องเป็นจำนวนแน่นอนตามประเภทของสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลทำให้ผู้ประกันตนมั่นใจว่า เมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน ตนจะมีห้องพักสำหรับการรักษาพยาบาล ซึ่งประเทศฟิลิปปินส์กำหนดเอาไว้ปีหนึ่งไม่เกิน 45 วันต่อผู้ประกันตน 1 ราย

นอกจากนี้ในส่วนของเอกสารสำคัญที่ใช้เป็นหลักฐานในการเรียกร้องสิทธิตามกฎหมาย กฎหมายประกันสังคมก็ได้กำหนดถึงเอกสารสำคัญที่จะใช้เป็นหลักฐานในการยื่นขอรับสิทธิตามกฎหมายเอาไว้ โดยกฎหมายประกันสังคมจะมีเพียงบัตรประกันสังคมที่เรียกว่าบัตรรับรองสิทธิ ซึ่งปัจจุบันสำหรับผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมที่เป็นคนไทยจะใช้บัตรประจำตัวประชาชนเป็นบัตรประกันสังคม และเมื่อมีการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามโรงพยาบาล ผู้ประกันตนก็จะใช้บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลที่มีการกำหนดชื่อสถานพยาบาลและชื่อของผู้ประกันตนเอาไว้ โดยผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล หรือเครือข่ายของสถานพยาบาลนั้น ไม่น่าจะเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น เว้นแต่ประสงฆ์สิ่งอำนวยความสะดวก

สะดวก เช่น ห้องพิเศษ แพทย์พิเศษ หรือค่าโทรศัพท์ เหล่านี้ต้องจ่ายเพิ่มเอง รวมถึงการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานด้วยเหตุหรือกลุ่มโรคและบริการที่ไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ อันเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความบกพร่องว่า กฎหมายประกันสังคมไม่มีหลักฐานอื่นใดอีกนอกจากบัตรรับรองสิทธิที่กฎหมายประกันสังคมต้องออกให้ตามกฎหมาย ซึ่งแตกต่างจากการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชนที่เมื่อเป็นผู้เอาประกันภัยแล้วก็จะได้รับบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย พร้อมกับได้รับหลักฐานที่เป็นหนังสือที่เรียกว่า กรมธรรม์ ที่ระบุถึงสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ ข้อกำหนด เงื่อนไขต่างๆ ที่เป็นหลักฐานในการที่จะทำให้ผู้เอาประกันภัยสามารถตรวจสอบความถูกต้องเพื่อประกอบการที่จะทำให้ตนได้ใช้สิทธิอย่างถูกต้อง และเป็นที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่งคือ ในเมื่อผู้ประกันตนไม่ได้รับเอกสารในการรับรองสิทธิเพื่อยึดถือไว้เมื่อได้เข้าเป็นผู้ประกันตนอย่างเช่นการประกันสุขภาพเอกชนที่มีกรมธรรม์ ไว้ให้ยึดถือเอาไว้เมื่อได้ทำประกัน ดังนั้น หากผู้ประกันตนเสียชีวิต ผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนก็ไม่รู้สิทธิของตนเอง และก็ไม่มีความรู้หลักฐานในการยืนยันสิทธิของตนเอง ประกอบกับเอกสารในกฎหมายประกันสังคมที่ผู้ประกันตนได้ทำไว้กับการประกันสังคม ล้วนแต่อยู่ในความครอบครองของรัฐ หากกรณีรัฐทำเอกสารสูญหาย หรือเสียหาย ก็จะเป็นปัญหาว่าใครเป็นผู้ประกันตน และใครเป็นผู้มีสิทธิที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนจากการสูญเสียดังกล่าว เพราะหากพิจารณาจะเห็นได้ว่า การที่ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิภายหลังจากการที่ผู้ประกันตนเสียชีวิตจะได้รับประโยชน์ทดแทนนั้น จะต้องไปยื่นเอกสารเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทน ดังนั้น หากทายาทผู้มีสิทธิไม่รู้สิทธิของตนเองก็จะไม่ได้รับสิทธิดังกล่าว

นอกจากนี้ ในกรณีที่เมื่อผู้ประกันตนต้องการยกเลิกการเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม กล่าวคือ อาจเกิดจากการที่ผู้ประกันตนถูกเลิกจ้างจากนายจ้างทำให้ไม่สามารถส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมได้อีก หรือ การที่ผู้ประกันตนขาดจากการเป็นผู้ประกันตนเนื่องมาจากการที่ตนลาออกแล้วหันมาประกอบอาชีพอิสระที่ไม่มีตัวนายจ้าง เงินที่ผู้ประกันตนได้ส่งสมทบไปก็จะได้คืนมาเฉพาะเงินทดแทนที่ตนต้องว่างงาน ตามจำนวนที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น โดยเงินที่ตนได้ส่งเข้ากองทุนประกันสังคม ในกรณีอื่นๆ เช่น กรณีทุพพลภาพ คลอดบุตร หรือตายก็เท่ากับสูญเปล่าไปหาได้กลับคืนมาไม่ แตกต่างจากการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน เพราะเมื่อผู้เอาประกันภัยต้องการยกเลิกการเป็นผู้เอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัย ก็มีสิทธิได้รับเงินที่ตนส่งไปคืนตามที่ได้ตกลงกันไว้ก่อนการทำประกัน เนื่องจากโดยส่วนใหญ่แล้วในการทำประกันสุขภาพ ผู้ประกันตนมักจะทำประกันชีวิตไว้ด้วย เนื่องจาก แบบประกันสุขภาพที่บริษัทประกันชีวิตขายต่อทำกรมธรรม์ ซึ่งเป็นสัญญาเพิ่มเติม อันประกอบไปด้วยสัญญาเพิ่มเติมประกันค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและศัลยกรรม สัญญาเพิ่มเติมประกันค่า

รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและศัลยกรรมแบบ PPO (Preferred Provider Organizations) สัญญาเพิ่มเติมการประกันการชดเชยค่ารักษาพยาบาลรายวัน ซึ่งการประกันสุขภาพจึงถือว่าเป็นสัญญาเพิ่มเติมของการประกันชีวิต ดังนั้น เมื่อผู้เอาประกันภัยต้องการเลิกสัญญา ผู้เอาประกันภัยก็มีสิทธิได้รับเงินคืน เฉพาะในส่วนที่ได้ส่งเบี้ยประกันเพื่อการประกันชีวิตในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต แต่ในส่วนที่เป็นประกันการรักษาพยาบาลจะไม่ได้รับคืนเนื่องจากการประกันที่จ่ายเปล่าทุกปี ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการประกันสังคมกับการประกันสุขภาพภาคเอกชนจะเห็นว่า การประกันสังคมจะไม่ได้รับเงินคืนจากการที่ได้ส่งเงินสมทบกรณีเสียชีวิต แต่การประกันในภาคเอกชนจะได้รับเงินคืนบางส่วนพร้อมกับได้รับดอกเบี้ยจากการบริษัทประกันนำเงินไปลงทุนอีกด้วย

4.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบในเรื่องบุคคลผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน

กฎหมายประกันสังคม ได้กำหนดตัวบุคคลที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีที่เกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิในเรื่องของค่ารักษาพยาบาลไว้ คือ ผู้ที่สามารถใช้สิทธิที่เกี่ยวข้องกับค่ารักษาพยาบาลได้มีเพียงผู้ประกันตนเท่านั้น แต่เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2552 มีมติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบให้ขยายประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 (ผู้ประกันตนภาคสมัครใจ) จาก 3 กรณี เป็น 5 กรณี ได้แก่ กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ เสียชีวิต และจะเพิ่มประโยชน์ทดแทนคือ เงินชดเชยการขาดรายได้ระหว่างการเจ็บป่วยรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล 3 วันขึ้นไป ได้รับเงินครั้งละ 1,000 บาท ปีละ 2 ครั้ง และให้ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ นอกจากนี้ คณะรัฐมนตรียังได้เห็นชอบให้ขยายประโยชน์ทดแทนในการรักษาพยาบาลให้กับผู้ประกันตนมาตรา 33 (ผู้ประกันตนในระบบปกติ) ครอบคลุมไปถึงคู่สมรสและบุตรด้วย เพื่อให้ได้รับสิทธิ 4 กรณี ได้แก่ เจ็บป่วยคลอดบุตร ทุพพลภาพ เสียชีวิต ซึ่งคู่สมรสที่ได้รับสิทธิดังกล่าว จะต้องมียศฐานการจดทะเบียนสมรส โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน ได้มอบหมายให้ นายปิ่น วรณพินิจ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม ศึกษาตัวเลขผู้ประกันตน และพิจารณาผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับกองทุนประกันสังคม ให้แล้วเสร็จภายใน 3 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะแก้ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ก่อนเสนอเข้าสู่สภาผู้แทนราษฎร⁴ ซึ่งหากเป็นไปได้จริง ผู้เขียนมีความเห็นว่าจะก่อบริษัทให้กับผู้ประกันตนและคู่สมรสเป็นอย่างมาก เหมาะสมกับการที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม แต่อย่างไรก็ตาม ในส่วนที่จะใช้สิทธิได้นั้น กำหนดให้จะต้องมี

⁴ มติชน. (2552, 6 สิงหาคม). กรม.ไฟเขียวแก้ประกันสังคม ขยายสิทธิคลุม "คู่สมรส-บุตร." สืบค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2552, จาก

หลักฐานการจดทะเบียนสมรส ผู้เขียนมีความเห็นว่าไม่สมควรที่จะนำมากำหนดเอาไว้ เนื่องจากมีผู้ประกันตนจำนวนไม่น้อยที่มีคู่สมรสที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส ดังนั้นควรจะนำเอาหลักเกณฑ์กรณีการคลอดบุตรมาพิจารณาเทียบเคียง กล่าวคือ เพียงแต่อยู่กินฉันสามีภรรยาโดยเปิดเผย หรือเป็นกรณีที่ผู้ประกันตนชายรับรองว่าบุตรที่เกิดมาเป็นบุตร โดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ประกันตนก็น่าจะเป็นการเพียงพอแล้วในการที่จะทำให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิดังกล่าว

กรณีของการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชนก็กำหนดให้ผู้ที่สามารถใช้สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ได้ ก็คือตัวของผู้เอาประกันภัยเท่านั้น ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกัน ทั้งการประกันสังคมและการประกันสุขภาพตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชน แต่ก็มีกรณีที่เป็นปัญหาว่า ในการเรียกร้องประโยชน์ทดแทนเมื่อภายหลังจากที่ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมถึงแก่ความตายแล้วผู้ใดจะเข้าไปเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์ทดแทนจากการที่ผู้ประกันตนตาย เพราะกฎหมายประกันสังคมมิได้ระบุตัวผู้ที่พึงมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากการตายของผู้ประกันตนเอาไว้ อย่างเช่นการประกันสุขภาพเอกชนที่ได้กำหนดให้ต้องมีการกำหนดตัวผู้รับประโยชน์เอาไว้ จึงเป็นที่น่าสังเกตว่าเหตุใดกฎหมายประกันสังคมไม่ระบุถึงตัวผู้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีนี้เอาไว้ กลับกำหนดเอาไว้เพียงว่าต้องเป็นบุคคลซึ่งผู้ประกันตนได้ทำหนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ และได้เป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน หรือ สามี ภรรยา บิดามารดา หรือบุตรของผู้ประกันตน ซึ่งมีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน หรือบุคคลอื่นซึ่งมีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน ซึ่งตัวของผู้ที่ถูกระบุว่าเป็นผู้จัดการศพในบางครั้งอาจจะไม่รู้ว่าตนได้เป็นผู้จัดการศพหรือเกิดสิทธิที่จะพึงได้รับตามกฎหมายประกันสังคม ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ไม่มีหลักฐานที่กำหนดตัวผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์แน่นอน และมีข้อน่าสังเกตอีกประการหนึ่ง คือ หากคู่สมรสมิได้จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย หรือทายาทไม่ได้รับการจดทะเบียนรับรองสิทธิที่ถูกต้องตามกฎหมาย เมื่อผู้ประกันตนเสียชีวิตบุคคลเหล่านั้นจะพึงมีสิทธิตามกฎหมายที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนหรือไม่ และประโยชน์ทดแทนนั้นจะตกเป็นสิทธิในกองมรดกของทายาทหรือไม่ ซึ่งผู้เขียนมีความเห็นว่า ถึงแม้ว่าจะไม่มีการจดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย หรือทายาทไม่ได้รับการจดทะเบียนรับรองสิทธิที่ถูกต้องตามกฎหมาย ก็สามารถเป็นผู้รับประโยชน์ในเงินทดแทนได้ ซึ่งควรนำเอาหลักเกณฑ์ในการขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรมาเทียบเคียง ไม่ควรให้ประโยชน์ทดแทนตกเป็นกองมรดก เพราะบุคคลดังกล่าวอาจไม่ได้รับประโยชน์อันใดเลย เพราะผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากเงินทดแทนหากตกเป็นกองมรดกก็จะเป็นทายาท 6 อันดับตามที่กฎหมายมรดกกำหนดเอาไว้เท่านั้น ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญจากการที่ไม่มีหลักฐานที่ต้องยึดถือเอาไว้ของผู้ประกันตนตามกฎหมาย

ประกันสังคม ซึ่งแตกต่างกับการประกันสุขภาพตามกฎหมายกรมธรรม์ประกันสุขภาพในภาคเอกชนที่มีหลักฐานเป็นกรมธรรม์ที่ระบุตัวผู้รับประโยชน์แน่นอนปัญหาดังกล่าวก็จะไม่เกิดขึ้น

ดังนั้นผู้เขียน จึงมีความเห็นว่าในเรื่องของการระบุตัวของผู้รับประโยชน์ตามกฎหมายประกันสังคมเป็นเรื่องที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าการกำหนดเงื่อนไขการให้ความคุ้มครองกรณีอื่นๆ ที่จำเป็นต้องมีหลักฐานในการแสดงว่าผู้ใดที่พึงจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ โดยไม่ต้องมีการโต้แย้งกันอีกเมื่อเกิดเป็นกรณีพิพาท

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

จากการศึกษาระบบการประกันสุขภาพของประเทศไทย ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพหลักๆ แบ่งได้เป็น 4 ระบบ คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การประกันสังคม (Social Security Scheme, SSS) สวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ (Civil Service Medical Benefits Scheme, CSMB) และการประกันเอกชน (ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยๆ หลายแบบ ขึ้นอยู่กับบริษัทประกัน)

การประกันสุขภาพถือว่าเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะนำมาใช้ในการโอนความเสี่ยงของตนเองไปให้กับผู้อื่นหรือไปให้กับกลุ่มอื่น แต่การประกันสุขภาพไม่ได้มีเฉพาะในภาคของเอกชนเท่านั้น แต่ก็มีประกันสุขภาพที่เกิดจากการที่รัฐบาลประกันสุขภาพให้กับประชาชนภายในรัฐของตนเองด้วย โดยอาจกล่าวได้ว่า อยู่ในรูปแบบของหลักประกันสุขภาพและกองทุนประกันสังคม

การประกันสุขภาพ คือการทำสัญญาระหว่างบุคคลสองฝ่าย คือ ฝ่ายผู้รับประกันภัย (Insurer) กับฝ่ายผู้เอาประกันภัย (Insured) โดยผู้รับประกันภัยตกลงจะชดใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ศัลยกรรมและอื่นๆ ให้กับผู้เอาประกันภัย เมื่อผู้เอาประกันภัยเจ็บป่วยจากโรคร้ายไข้เจ็บหรือจากอุบัติเหตุ ทำให้ต้องเข้าพักรักษาตัว เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบการจากรัฐบาล ทั้งนี้ผู้เอาประกันภัยต้องจ่ายเงินจำนวนหนึ่ง เรียกว่าเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้รับประกันภัย (บริษัทประกันภัย)

กองทุนประกันสังคม คือ กองทุนที่ให้หลักประกันแก่ผู้ประกันตนให้ได้รับประโยชน์ทดแทนเมื่อต้องประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือตาย ซึ่งไม่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้งกรณีคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน

ระบบประกันสังคม เป็นเรื่องสำคัญที่รัฐบาลของประเทศต่างๆ ในโลกส่วนใหญ่ นำระบบประกันสังคมไปใช้ในการให้ความคุ้มครองความเสี่ยง ให้หลักประกันชีวิตแก่ประชาชนของตนตั้งแต่เกิดจนตาย ระบบประกันสังคม เป็นระบบของการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุขซึ่งกันและกันระหว่างมวลสมาชิก ซึ่งโดยทั่วไปรัฐบาลของทุกประเทศจะให้ความสำคัญแก่บุคคลที่ทำงานมีรายได้และอยู่ในระบบแรงงาน ก่อนขยายความคุ้มครองไปสู่ผู้ที่มีรายได้นอกระบบการจ้างงานปกติ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่าแรงงานนอกระบบ ทั้งนี้ ความสำเร็จประการหนึ่งของการประกันสังคม

ก็คือ เป้าหมายหลักที่จะทำให้การประกันสังคมสามารถครอบคลุมทุกตัวบุคคล (Universal Coverage) ของประชาชนในชาติได้ในอนาคต

อนุสัญญาที่ 102 ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ กำหนดประโยชน์ทดแทนขั้นพื้นฐานของการประกันสังคมไว้ 9 ประการ คือ กรณีเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีสงเคราะห์ครอบครัว กรณีชราภาพ กรณีว่างงาน การดูแลผู้ที่ขาดการอุปการะ และกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำงาน สำหรับประเทศไทยได้จัดการดำเนินการระบบประกันสังคมเป็น 2 กองทุน คือ กองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

แต่สำหรับการประกันสุขภาพที่อยู่ในภาคเอกชนนั้น ปัจจุบันจะเห็นได้ว่าเกิดขึ้นมามากมาย โดยจะอยู่ในรูปของบริษัทประกันที่เรียกว่า “บริษัทประกันชีวิต” ซึ่งจะให้ความคุ้มครองทางด้านชีวิต สุขภาพ รวมไปถึงการขาดรายได้ของผู้เอาประกันภัยที่ได้ทำสัญญาไว้กับบริษัทประกัน โดยบริษัทประกันจะอยู่ในฐานะผู้รับประกันภัย ส่วนประชาชนที่เข้าทำสัญญากับบริษัทจะอยู่ในฐานะผู้เอาประกันภัย โดยผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ที่จะต้องส่งเบี้ยประกันภัย เพื่อให้ตนได้รับการคุ้มครองทั้งทางด้านชีวิต สุขภาพ และทรัพย์สิน

การกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม เป็นการกำหนดให้ผู้ประกันตนใช้สิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย โดยสำนักงานประกันสังคมจะเป็นผู้กำหนดจำนวนเงินเหมาจ่ายที่จะต้องจ่ายให้กับสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานประกันสังคม และเป็นโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนต้องขึ้นทะเบียนเพื่อกำหนดในบัตรรับรองสิทธิ โดยจะกำหนดให้จ่ายเป็นรายหัวหรือเท่ากับจำนวนที่มีผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนไว้ ส่วนการประกันสุขภาพภาคเอกชนจะใช้วิธีการจ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินจำนวนเงินที่ระบุไว้ในตารางสิทธิประโยชน์ ซึ่งการที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับการคุ้มครองมากน้อยเท่าใดก็ขึ้นอยู่กับจำนวนเงินที่ผู้เอาประกันภัยได้ทำเอาไว้กับบริษัทประกัน

จากการศึกษาถึงปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม เปรียบเทียบกับการประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพภาคเอกชน ผู้เขียนพบว่าในการกำหนดค่ารักษาพยาบาลของกฎหมายประกันสังคมยังมีปัญหาอีกมาก เนื่องจากการที่บริการทางการแพทย์อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่บุคคลพึงมีสิทธิได้รับตามกฎหมายแต่กลับถูกจำกัดสิทธิเพื่อไม่ให้ได้รับสิทธิอย่างเต็มที่ อันเป็นการไม่ชอบธรรม อันนำไปสู่ปัญหามากมาย ซึ่งถ้าเมื่อศึกษาแล้วจะเห็นว่ามิบุคคลจำนวนไม่น้อยที่ไม่ต้องการเข้าสู่ระบบของการประกันสังคมแต่ถูกกฎหมายบังคับให้ต้องเป็นผู้ประกันตนไปโดยปริยาย เมื่อก้าวเข้ามาสู่การเป็นลูกจ้างในสถานประกอบกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปต้องเป็นผู้ประกันตน จึงทำให้เกิดปัญหาหลายประการที่เกิดขึ้นจากการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม ดังนี้

ปัญหาประการแรก คือปัญหาเรื่องการจ่ายเงินสมทบจากการที่ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมได้ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเพื่อที่จะเป็นประกันในการที่ตนจะได้รับการช่วยเหลือในเรื่องของการรักษาพยาบาลเมื่อตนเจ็บป่วย โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมเป็นบุคคลผู้มีรายได้น้อย จึงไม่สามารถหาหลักประกันสุขภาพทางอื่นใดที่จะโอนความเสี่ยงภัยในเรื่องของสุขภาพได้ การส่งเงินสมทบของผู้ประกันตนเกิดจากการหักจากรายได้ที่ผู้ประกันตนพึงได้รับจากน้ำพักน้ำแรงส่งเข้ากองทุนประกันสังคมในทุกๆ เดือน เป็นจำนวนที่แน่นอนในอัตราร้อยละ 5 ของรายได้ตั้งแต่ 1,650 บาทแต่ไม่เกิน 15,000 บาท ซึ่งเมื่อคำนวณออกมาแล้วจะเห็นว่าเป็นเงินจำนวนไม่น้อยที่ในแต่ละเดือนจะต้องถูกหักสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเพื่อประโยชน์ทดแทน 7 กรณีที่ผู้ประกันตนพึงจะได้รับ แต่เนื่องจากผู้ประกันตนเป็นผู้มีรายได้น้อย การที่ให้ผู้ประกันตนซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในฐานะทางเศรษฐกิจที่ด้อยกว่าตัวผู้ประกันตนที่เป็นนายจ้างอยู่มาก การที่ให้ทั้งสองฝ่ายออกเงินสมทบฝ่ายละเท่ากันไม่น่าจะถูกต้อง และการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมระหว่างผู้ประกันตนที่มีรายได้น้อยกับผู้ประกันตนที่มีรายได้มากต่างก็ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมในอัตราที่เท่ากันก็ไม่น่าจะถูกต้อง

ปัญหาประการที่สอง คือปัญหาเรื่องประโยชน์ทดแทน ซึ่งเป็นปัญหาที่มีผลกระทบมากจากการที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดให้มีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย ดังนี้

1. ปัญหาเรื่องการกำหนดค่ารักษาพยาบาลของสำนักงานประกันสังคมที่ปัจจุบันนี้ได้กำหนดให้มีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลและโรงพยาบาลที่อยู่ในโครงการประกันสังคมแบบเหมาจ่ายรายหัว กล่าวคือใช้ระบบเหมาจ่าย (Capitation) โดยนำเอาระบบการจ่ายเงินเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์มาใช้ โดยค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายให้โรงพยาบาลในอัตรา 1,404 บาท ต่อคนต่อปี ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราการใช้บริการของผู้ประกันตน และค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงในอัตรา 457 บาท รวมเป็นเงิน 1,861 บาทต่อคนต่อปี นอกจากนี้ยังได้มีมติให้เงินเพิ่มในสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพซึ่งจะได้รับค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นในอัตรา 77 บาท ต่อคนต่อปี อันเป็นการจ่ายที่ไม่เป็นธรรม เนื่องจากมีผู้ประกันตนเป็นจำนวนไม่น้อยที่ไม่เคยใช้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนได้ขึ้นทะเบียนเอาไว้ การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวทำให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ได้รับเงินในอัตราเหมาจ่ายไปก็จะได้เงินไปโดยไม่ต้องให้บริการทางการแพทย์ แต่ก็มีผู้ประกันตนเป็นจำนวนไม่น้อยเช่นกันที่เข้ารับบริการทางการแพทย์แล้วไม่ได้รับการบริการที่เพียงพอ เพราะเหตุที่มีการจำกัดวงเงินในการให้บริการเอาไว้ อันมีสาเหตุมาจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่าย

นอกจากนี้ในเรื่องของการกำหนดค่ารักษาพยาบาลนั้น กฎหมายประกันสังคมได้กำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลกรณีที่ไม่ใช่ประกันตนเป็นผู้ป่วยนอกไว้เพียง 300 บาทต่อการรักษา 1 ครั้ง และปีหนึ่งไม่เกิน 2 ครั้ง ซึ่งถือว่าเป็นการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เป็นธรรม เนื่องจาก ผู้ประกันตนไม่อาจห้ามการเจ็บป่วยของตนเองได้ว่าจะเจ็บป่วยปีไม่เกิน 2 ครั้งทำให้การเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายภาคบังคับไม่ได้สิทธิเต็มตามกฎหมาย แต่กฎหมายประกันสังคมกลับกำหนดให้ผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิเต็มที่ต่อเมื่อเป็นผู้ป่วยใน โดยจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่หากผู้ประกันตนใช้สิทธิประเภทผู้ป่วยนอก สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง ตามประเภทและอัตรา คือ ค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินครั้งละ 300 บาท ค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ จ่ายเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 200 บาท ค่ารักษาพยาบาลด้วยหัตถการจากแพทย์ จ่ายเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 200 บาท ซึ่งเห็นได้ว่า ไม่เพียงพอและเข้าหลักเกณฑ์ที่กำหนด

2. ปัญหาเรื่องการกำหนดสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่ให้ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้เพียง 1 แห่ง เพื่อกำหนดไว้ในบัตรรับรองสิทธิอันเป็นการกีดกันมิให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิอย่างเต็มที่ เพราะโดยส่วนใหญ่ผู้ประกันตนจะเลือกสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้กับที่พักอาศัยเป็นสำคัญ ทำให้บางครั้งผู้ประกันตนไปใช้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ตนกำหนดไว้ในบัตรรับรองสิทธิแล้วก็ได้รับบริการไม่เต็มที่ หากจะต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาลก็ต้องรอให้ครบกำหนด 1 ปีในการที่จะเลือกสถานพยาบาลใหม่

3. ปัญหาเรื่องกรณีที่แพทย์จ่ายยาให้ผู้ป่วยประกันสังคมตามบัญชียาหลักแห่งชาติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่เป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมได้รับยาคุณภาพไม่ดี ทำให้ผู้ประกันตนไม่มั่นใจในคุณภาพของยาที่ได้รับ โดยเฉพาะยาที่ได้รับมากินแล้วโรคไม่หายขาด ผู้ประกันตนต่างหวาดกลัวว่าแพทย์จะฉีดยาที่หมดอายุให้ ทำให้ผู้ประกันตนไม่กล้ากินยาเพราะกลัวอันตราย เกิดความสับสนในตัวยา และที่เป็นปัญหามากที่สุดคือ ได้รับยาน้อยไม่เหมาะสมและสอดคล้องกับ โรคที่เป็นอยู่

4. ปัญหาเรื่องห้องพักรักษาผู้ป่วยในที่เป็นผู้ประกันตน เพราะการเข้าเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ผู้ประกันตนจะไม่ได้รับการเข้ารับการรักษาเนื่องจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ไม่มีห้องพักรักษาผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคม

เมื่อผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ผู้ประกันตนมักจะไม่ได้รับห้องพักรักษาผู้ป่วยใน เนื่องจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลจะสำรองห้องพักรักษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ไม่ได้ใช้สิทธิประกันสังคม อาจจะสำรองไว้สำหรับผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นเงินสด หรือประเภทผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของการประกันสุขภาพภาคเอกชน ทำให้ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมถูกกีดกันในเรื่องของห้องพักรักษาผู้ป่วยใน

5. ปัญหาเรื่องโรคและบริการทางการแพทย์ที่ไม่มีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์ ซึ่งกฎหมายประกันสังคมกำหนดไว้ เช่นกรณีของโรคจิต ซึ่งจะไม่ได้รับการคุ้มครองยกเว้นกรณีเฉียบพลัน ซึ่งต้องทำการรักษาในทันทีและระยะเวลาไม่เกิน 15 วัน และกรณีบำบัดไต กรณีไตวายเรื้อรัง ก็จะไม่ได้รับการคุ้มครอง

6. ปัญหาเรื่องเงื่อนไขในการจะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดเอาไว้ให้ต้องจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือนจึงจะมีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์

7. ปัญหาเรื่องหลักฐานในการเรียกร้องสิทธิตามกฎหมาย โดยกฎหมายประกันสังคมก็มิได้กำหนดถึงเอกสารสำคัญที่จะใช้เป็นหลักฐานในการยื่นขอรับสิทธิตามกฎหมายเอาไว้ กฎหมายประกันสังคมจะมีเพียงบัตรประกันสังคมที่เรียกว่าบัตรรับรองสิทธิ ซึ่งปัจจุบันสำหรับผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมที่เป็นคนไทยจะใช้บัตรประจำตัวประชาชนเป็นบัตรประกันสังคม และเมื่อมีการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามโรงพยาบาลผู้ประกันตนก็จะใช้บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลที่มีการกำหนดชื่อสถานพยาบาลและชื่อของผู้ประกันตนเอาไว้กฎหมายประกันสังคมไม่มีหลักฐานอื่นใดอีกนอกจากบัตรรับรองสิทธิที่กฎหมายประกันสังคมต้องออกให้ตามกฎหมาย

8. ปัญหาเรื่องการยกเลิกการเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม กล่าวคือ อาจเกิดจากการที่ผู้ประกันตนถูกเลิกจ้างจากนายจ้างทำให้ไม่สามารถส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมได้อีก หรือ การที่ผู้ประกันตนขาดจากการเป็นผู้ประกันตน เนื่องมาจากการที่ตน

ลาออกแล้วหันมาประกอบอาชีพอิสระที่ไม่มีตัวนายจ้าง เงินที่ผู้ประกันตนได้ส่งสมทบไปก็จะได้คืนมาเฉพาะเงินทดแทนที่ตนต้องว่างงาน ตามจำนวนที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น โดยเงินที่ตนได้ส่งเข้ากองทุนประกันสังคม ในกรณีอื่นๆ เช่น กรณีทุพพลภาพ กลอดบุตร หรือตายก็เท่ากับสูญเปล่าไปหาได้กลับคืนมาไม่

ปัญหาประการที่สาม คือ ปัญหาเรื่องบุคคลผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกฎหมายประกันสังคมได้กำหนดตัวบุคคลที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีที่เกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิในเรื่องของค่ารักษาพยาบาลไว้ คือ ผู้ที่สามารถใช้สิทธิที่เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลได้มีเพียงผู้ประกันตนเท่านั้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ที่กำหนดคุ้มครองครอบคลุมถึงผู้ที่อยู่ในอุปการะด้วย และในการเรียกร้องประโยชน์ทดแทนเมื่อภายหลังจากผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมถึงแก่ความตายแล้ว ผู้ใดจะเข้าไปเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์ทดแทนจากการที่ผู้ประกันตนตาย เพราะกฎหมายประกันสังคมมิได้ระบุตัวผู้ที่พึงมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากการตายของผู้ประกันตนเอาไว้ อย่างเช่น ที่การประกันสุขภาพเอกชนกำหนดให้ต้องมีการกำหนดตัวผู้รับประโยชน์เอาไว้ จึงเป็นที่น่าสังเกตว่าเหตุใดกฎหมายประกันสังคมไม่ระบุถึงตัวผู้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีนี้เอาไว้ กลับกำหนดเอาไว้เพียงว่าต้องเป็นบุคคลซึ่งผู้ประกันตนได้ทำหนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ และได้เป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน หรือ สามี ภรรยา บิดามารดา หรือบุตรของผู้ประกันตน ซึ่งมีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน หรือบุคคลอื่นซึ่งมีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน ซึ่งตัวของผู้ที่ถูกระบุว่าเป็นผู้จัดการศพในบางครั้งอาจจะไม่รู้ว่าตนได้เป็นผู้จัดการศพหรือเกิดสิทธิที่จะพึงได้รับตามกฎหมายประกันสังคม ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าไม่มีหลักฐานที่กำหนดตัวผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์แน่นอน และมีข้อน่าสังเกตอีกประการหนึ่ง คือ หากคู่สมรสมิได้จดทะเบียนสมรสตามกฎหมายหรือทายาทไม่ได้รับการจดทะเบียนรับรองสิทธิที่ถูกต้องตามกฎหมาย เมื่อผู้ประกันตนเสียชีวิตบุคคลเหล่านั้นจะพึงมีสิทธิตามกฎหมายที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนหรือไม่ และประโยชน์ทดแทนนั้นจะตกเป็นสิทธิในกองมรดกของทายาทหรือไม่

เมื่อนำปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมกับการประกันสุขภาพตามธรรมเนียมประกันสุขภาพภาคเอกชนเปรียบเทียบกับต่างประเทศซึ่งผู้เขียนได้ศึกษาแล้ว จะเห็นได้ว่าประเทศญี่ปุ่นแบ่งการประกันสุขภาพในส่วนของประกันสังคมออกเป็น 2 ประเภท

คือ การประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งคุ้มครองประชาชนทั่วไป และการประกันสุขภาพลูกจ้างซึ่งคุ้มครองแก่ลูกจ้างต่างๆ โดยการประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีการจ่ายในรูปแบบเงินสด (In Cash) แต่จะให้ประโยชน์ในรูปแบบของการบริการ (In Kind) ผ่านสถาบันประกันทางการแพทย์ตามที่รัฐบาลท้องถิ่นกำหนด ส่วนการประกันสุขภาพลูกจ้างจะได้รับทั้งบริการทางการแพทย์ และเงินทดแทนการขาดรายได้จากเงินที่จ่ายเข้ากองทุนโดยนายจ้างและลูกจ้างเท่าๆ กัน โดยในส่วนที่เป็นบริการทางการแพทย์ผู้ประกันตนต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งสมทบกับค่ารักษาทางการแพทย์แก่สถาบันประกันดังกล่าว โดยประเทศญี่ปุ่นจะใช้ระบบการจ่ายเงินแบบจ่ายตามใบเสร็จ (Fee For Service) โดยผู้ประกันตนและผู้อยู่ในอุปการะสามารถจะไปใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่สถานพยาบาลที่ไหนก็ได้

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

สรุปได้ว่า ปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม เกิดขึ้นมาจากการที่กฎหมายประกันสังคมของประเทศไทยได้ใช้ระบบเหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการแก้ไข ปรับปรุงและกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม เพื่อให้เกิดความเหมาะสม สอดคล้องและเป็นธรรมสำหรับผู้ประกันตน ผู้เขียนจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

5.2 ข้อเสนอแนะ

ผู้เขียนได้ศึกษาปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมเปรียบเทียบกับประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพภาคเอกชนทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศแล้ว มีข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไขกฎหมายประกันสังคมของประเทศไทย ดังต่อไปนี้

5.2.1 ในเรื่องการแก้ไขเกี่ยวกับเรื่องการจ่ายเงินสมทบ

การที่ลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตนซึ่งเป็นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ด้อยกว่าตัวผู้ประกันตนที่เป็นนายจ้าง การที่ให้ทั้งสองฝ่ายออกเงินสมทบฝ่ายละเท่ากันไม่น่าจะถูกต้องเนื่องจากนายจ้างมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่า จึงควรให้นายจ้างได้ออกเงินสมทบมากกว่าลูกจ้าง กล่าวคือ ในส่วนที่เป็นประโยชน์ต่อตัวนายจ้างโดยตรง นายจ้างควรเป็นผู้ออกเงินสมทบให้แก่ลูกจ้าง เช่น กรณีการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตายและกรณีคลอดบุตรฝ่ายละเท่ากันในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน ควรให้นายจ้างเป็นผู้ออกเงินสมทบแทนลูกจ้างในส่วนนี้ ส่วนประโยชน์ทดแทนที่เป็นประโยชน์ต่อตัวลูกจ้างเองก็สมควรที่จะให้ลูกจ้างเป็นผู้ออกเงินสมทบร่วมกับนายจ้างด้วย เช่น กรณีประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรและกรณีชราภาพ รวมถึงกรณีว่างงาน

เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและเป็นประโยชน์ต่อตัวลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตน ควรมีการแก้ไขอัตราเงินสมทบระหว่างนายจ้างกับลูกจ้าง โดยแก้ไขเพิ่มเติมกฎกระทรวงกำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคมเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย ดังนี้

ให้ลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตนที่มีรายได้ไม่เกิน 15,000 บาทส่งเงินสมทบเพียงร้อยละ 3.5 ของเงินเดือนที่ลูกจ้างพึงได้รับ โดยไม่ต้องส่งเงินสมทบกรณีการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย และกรณีคลอด แต่ให้นายจ้างจ่ายเงินสมทบร้อยละ 6.5 ของเงินเดือนที่ลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตนพึงได้รับแทนลูกจ้างกลุ่มที่มีรายได้ไม่เกิน 15,000 บาท ส่วนลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตนที่มีรายได้เกินกว่า 15,000 บาทส่งเงินสมทบร้อยละ 5 ของเงินเดือนที่ลูกจ้างพึงได้รับตามเดิม และให้นายจ้างจ่ายเงินสมทบร้อยละ 5 ของเงินเดือนที่ลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตนตามเดิมเช่นกัน ซึ่งก็จะเป็นไปตามหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขของการประกันสังคม โดยที่ไม่มีการกระทบถึงเงินสมทบของกองทุนประกันสังคมแต่อย่างใด

5.2.2 ในเรื่องการแก้ไขเกี่ยวกับเรื่องประโยชน์ทดแทน

เนื่องจากประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายประกันสังคมก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมต่อตัวผู้ประกันตน โดยเฉพาะประโยชน์ทดแทนที่เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล จึงควรมีการแก้ไข ดังนี้

5.2.2.1 ปัญหาเรื่องการกำหนดค่ารักษาพยาบาลของสำนักงานประกันสังคม

ควรมีการเปลี่ยนการจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากการที่สำนักงานประกันสังคมจะต้องจ่ายเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวให้สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลในเครือข่ายของการประกันสังคม ก็ให้เปลี่ยนมาเป็นการจ่ายจริงตามความจำเป็นหรือจ่ายตามใบเสร็จให้กับสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่เข้าร่วม โครงการกับสำนักงานประกันสังคม โดยจ่ายไม่เกินวงเงินที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด โดยการแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

ประเภทผู้ป่วยนอก สำนักงานประกันสังคมควรจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง ตามประเภทและอัตรา คือ ค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินครั้งละ 1,000 บาท ค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ จ่ายเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 200 บาท ค่ารักษาพยาบาลด้วยหัตถการจากแพทย์จ่ายเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 200 บาท หากเข้ารับการรักษาเกินกว่าที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด สำนักงานประกันสังคมก็ควรร่วมจ่ายให้กับผู้ประกันตนในอัตราร้อยละ 50 จากปกติที่สำนักงานประกันสังคมต้องจ่าย ส่วนอีกร้อยละ 50 ให้ผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยนอกออกเงินสมทบด้วยตนเอง

ประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานประกันสังคมควรจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง เช่นกัน ตามประเภทและอัตรา คือ ค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงและรักษาจนผู้ประกันตนหาย แต่หากผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาเกินกว่าที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด สำนักงานประกันสังคมก็ควรร่วมจ่ายให้กับผู้ประกันตนในอัตราร้อยละ 50 จากปกติที่สำนักงานประกันสังคมต้องจ่าย ส่วนอีกร้อยละ 50 ให้ผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยในออกเงินสมทบด้วยตนเองเช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยนอก

5.2.2.2 ปัญหาเรื่องการกำหนดสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล

ควรให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลได้เอง และสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานประกันสังคมได้ทุกแห่ง โดยสำนักงานประกันสังคมมีหน้าที่ที่จะต้องแจ้งให้ผู้ประกันตนทราบว่าผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลแห่งใดได้บ้าง โดยทำเป็นประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม และโดยแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

5.2.2.3 ปัญหาเรื่องการที่แพทย์จ่ายยาให้ผู้ป่วยประกันสังคมตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

ควรให้สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้กำหนดให้มีการแยกประเภทของสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลของเอกชน และให้มีการแบ่งขนาดของโรงพยาบาล โดยวิเคราะห์จากการที่จะรองรับผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยใน เพื่อคำนวณการจ่ายยาตามขนาดของสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล และให้สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้กำหนดชนิดของยาที่จะใช้ในการรักษาผู้ป่วย โดยให้สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลยื่นรายการยาที่จะใช้ในการรักษาผู้ป่วย และพิจารณาก่อนตัดสินใจให้เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานประกันสังคม หรือควรให้ผู้ป่วยที่เป็นผู้ประกันตนได้เลือกที่จะจ่ายเงินเพิ่มเพื่อให้ได้รับยาที่มีคุณภาพดีกว่าที่ผู้ประกันตนจะได้รับ โดยแก้ไขเพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

5.2.2.4 ปัญหาเรื่องห้องพักสำหรับผู้ป่วยในที่เป็นผู้ประกันตน

ควรให้สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้กำหนดให้มีการแยกประเภทของสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลของเอกชน และให้มีการแบ่งขนาดของสถานพยาบาลและโรงพยาบาลโดยวิเคราะห์จากการที่จะรองรับผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยใน กล่าวคือ สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานประกันสังคมจะต้องแบ่งสัดส่วนของห้องพักของผู้ป่วยในให้สำนักงานประกันสังคมร้อยละ 10 ของจำนวนเตียง

ที่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ โดยสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับเงินอุดหนุนเพื่อสำรองห้องพักให้กับผู้ป่วยประกันสังคมเป็นรายปี ตามสัดส่วนของแต่ละสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่จะรองรับได้ โดยแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

5.2.2.5 ปัญหาเรื่องโรคและบริการทางการแพทย์ที่ไม่มีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์

ควรกำหนดให้กรณีของโรคจิต ซึ่งจะไม่ได้รับการคุ้มครองยกเว้นกรณีเจ็บป่วย ซึ่งต้องทำการรักษาในทันทีและระยะเวลาไม่เกิน 15 วัน เป็นโรคที่ให้ความคุ้มครองทั้งหมด ไม่ควรกำหนดข้อยกเว้นเอาไว้ และกรณีบาดเจ็บใด กรณีไตวายเรื้อรังก็ไม่ควรกำหนดข้อยกเว้นเอาไว้ ซึ่งควรได้รับการคุ้มครองเช่นกัน ไม่ควรกำหนดเป็นโรคที่ไม่ได้รับการคุ้มครอง และควรกำหนดให้ความคุ้มครองครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นกรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุก็ตาม โดยการแก้ไขเพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีโรคจิต และกรณีบาดเจ็บใดกรณีไตวายเรื้อรัง

5.2.2.6 ปัญหาเรื่องเงื่อนไขในการจะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล

ควรกำหนดให้ผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเพียงเดือนเดียว ให้ได้รับสิทธิในการคุ้มครองชีวิตและสุขภาพในการที่จะได้รับการรักษาพยาบาล โดยลดระยะเวลาที่กำหนดเป็นเงื่อนไขของการเกิดสิทธิเอาไว้จากเดิม ที่กำหนดเอาไว้ ว่าต้องส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ให้เหลือเพียง 1 เดือน เพื่อความเป็นธรรมต่อตัวผู้ประกันตน โดยการแก้ไขเพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

5.2.2.7 ปัญหาเรื่องหลักฐานในการเรียกร้องสิทธิตามกฎหมาย

เมื่อมีการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน โดยผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมแล้ว ให้สำนักงานประกันสังคมออกหนังสือรับรองการเป็นผู้ประกันตนให้กับผู้ประกันตน โดยให้ผู้ประกันตนยึดถือเอาไว้เป็นหลักฐานว่าตนเป็นผู้ประกันตนตาม

กฎหมาย มีสิทธิอยู่อย่างใด กรณีที่ผู้ประกันตนเสียชีวิตก็มีการระบุบุคคลที่จะเป็นผู้รับประโยชน์อย่างแน่นอน โดยกระทำเช่นเดียวกับบริษัทประกันชีวิตที่ได้ออกหลักฐานที่เรียกว่ากรมธรรม์ประกันชีวิตให้กับผู้เอาประกันภัย โดยในหนังสือรับรองสิทธิก็จะต้องระบุเงื่อนไข ประโยชน์ทดแทน ระบุสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่อยู่ในโครงการประกันสังคม ตลอดจนสิทธิต่างๆ ที่ผู้ประกันตนพึงจะต้องทราบ โดยการออกกฎกระทรวง ฉบับที่... (พ.ศ....) ออกตามความในตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (กำหนดแบบหนังสือสำคัญการขึ้นทะเบียนประกันสังคม เอกสารรับรองสิทธิ และบัตรประกันสังคม)

5.2.2.8 ปัญหาเรื่องการยกเลิกการเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม

เมื่อผู้ประกันตนต้องการยกเลิกการเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม ควรจะกำหนดให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินสมทบที่ได้ส่งไปยังสำนักงานประกันสังคมคืนในส่วนที่ได้ส่งไป เพื่อกรณีชราภาพและกรณีเสียชีวิตตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด โดยจ่ายคืนตามสัดส่วน และระยะเวลาของการส่งเงินสมทบตามที่ผู้ประกันตนพึงมีสิทธิได้รับ โดยแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (กำหนดให้ได้รับประโยชน์ทดแทนภายหลังถูกจ้างผู้ประกันตนสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง โดยตราเป็นพระราชกฤษฎีกาแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิของผู้ประกันตนในการได้รับประโยชน์ทดแทน กรณีชราภาพและกรณีเสียชีวิต)

5.2.3 ในเรื่องการแก้ไขเกี่ยวกับเรื่องบุคคลผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน

ควรให้ผู้อยู่ในอุปการะของผู้ประกันตน ซึ่งได้แก่คู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์เช่นเดียวกับผู้ประกันตน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม อันเป็นการก่อประโยชน์ให้กับผู้ประกันตนและผู้อยู่ในอุปการะเป็นอย่างมาก สำหรับผู้อยู่ในอุปการะของผู้ประกันตนนั้น ผู้เขียนเห็นว่าควรให้ภรรยาที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับผู้ประกันตน แต่ได้อยู่กินฉันสามีภรรยาโดยเปิดเผยกับผู้ประกันตนก็น่าจะเป็นการเพียงพอแล้วในการที่จะทำให้ผู้ที่อยู่ในอุปการะของผู้ประกันตนได้รับสิทธิดังกล่าว โดยออกเป็นกฎกระทรวง กำหนดให้ขยายประโยชน์ทดแทนรักษาพยาบาลให้กับผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ครอบคลุมไปถึงคู่สมรสและบุตร

จากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้เขียนเห็นว่า ควรจะต้องมีกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ กำหนดค่ารักษาพยาบาล ซึ่งปัจจุบันกฎหมายประกันสังคมกำหนดให้ค่ารักษาพยาบาลเป็นแบบเหมาจ่าย และควรเปลี่ยนเป็นแบบจ่ายตามใบเสร็จเช่นเดียวกับแนวปฏิบัติของประเทศญี่ปุ่นและประเทศฟิลิปปินส์ โดยการแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ ควรประกาศให้ผู้ประกันคนเลือกสถานพยาบาลได้เอง และสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานประกันสังคมได้ทุกแห่ง โดยการแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันคน แก้ไขเพิ่มเติมกฎกระทรวง กำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคมเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพและกรณีตาย แก้ไขเพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีโรคจิต และกรณีบำบัดไตกรณีไตวายเรื้อรัง ออกกฎกระทรวง ฉบับที่... (พ.ศ....) ออกตามความในตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (กำหนดแบบหนังสือสำคัญการขึ้นทะเบียนประกันสังคม เอกสารรับรองสิทธิ และบัตรประกันสังคม) แก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (กำหนดให้ได้รับประโยชน์ทดแทนภายหลังลูกจ้างผู้ประกันคนสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง โดยตราเป็นพระราชกฤษฎีกาแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิของผู้ประกันคนในการได้รับประโยชน์ทดแทน กรณีชราภาพและกรณีเสียชีวิต) และ โดยออกเป็นกฎกระทรวงกำหนดให้ขยายประโยชน์ทดแทนในการรักษาพยาบาลให้กับผู้ประกันคนมาตรา 33 ครอบคลุมไปถึงคู่สมรสและบุตร เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและเป็นธรรมสำหรับผู้ประกันคนมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งน่าจะก่อประโยชน์สูงสุดให้กับผู้ประกันคน ทั้งที่เป็นผู้ประกันคนที่มีรายได้น้อยและผู้ประกันคนที่จำเป็นต้องใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม อันนำมาซึ่งความเป็นธรรมที่จะเกิดขึ้นในสังคมและเป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายประกันสังคมที่ต้องการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขระหว่างผู้ประกันคนด้วยกัน และเป็นการก่อให้เกิดการพัฒนากฎหมายประกันสังคมของประเทศไทยให้มีความทัดเทียมอารยประเทศต่อไป

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

- นิคม จันทรวาทูร. (2528). การประกันสังคม : 30 ปี แห่งการรอคอย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกลดคิมทอง.
- _____. (2537). กฎหมายประกันสังคม แนวคิด พัฒนาการและก้าวแรกของการดำเนินงานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ. (2535). รายงานการศึกษาสำรวจเรื่องสภาพการบังคับใช้กฎหมายประกันสังคม. กรุงเทพฯ: อารมณ์พงษ์พจน์.
- ปราณี สุขศรี. (2548). หลักกฎหมายประกันสังคมสำหรับนายจ้างและลูกจ้าง. กรุงเทพฯ: นิติธรรม.
- พินิจ ทิพย์มณี. (2551). หลักกฎหมายธุรกิจ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- รัชชา กุลวานิชไชยพันธ์. (2535). ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์ ศึกษาเฉพาะกรณี ผู้ประกันตนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสังคม.
- วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา) วิเชียรชม. (2540). กฎหมายประกันสังคม. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- วิชัย โสสุวรรณจินดา. (2533). กฎหมายประกันสังคม. กรุงเทพฯ: ธรรมนิติ.
- ศักดิ์ศรี บริบาลบรรพตเขตต์. (2535). ระบบความมั่นคงทางสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศักดิ์ กอแสงเรือง. (2551). รวมกฎหมายแรงงาน. กรุงเทพฯ: นิติบรรณการ.
- สุจริต ศรีประพันธ์. (2534). ผลกระทบของระบบประกันสุขภาพต่อระบบบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- สุธรรม พงศ์สำราญ, พິงใจ พึ่งพาณิช และวิรัช ณ สงขลา. (2542). หลักการประกันชีวิต (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โอเคียนส์โตร์.
- เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. (2548). เจาะลึกระบบประกันสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อมร รักษาศักดิ์. (2533). การสร้างความมั่นคงในสังคมด้านการจัดการสวัสดิการและการ
ประกันสังคม : แนวคิดปรัชญา. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.

กระทรวงแรงงาน. (2552). บริหารแรงงาน 2552. กรุงเทพฯ: บางกอกสื่อ.

บทความ

คาร์เรน คาร์เตอร์. (2551). “ราคาประกันสุขภาพ ประชาชนต้องจ่ายได้.” *Thailand cover news insurance*. หน้า 103.

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

ธนิตร์ ลอยพิมาย. (2552, กันยายน - ตุลาคม). “ประกันสังคมในต่างแดน : กำเนิดประกันสังคม.”
วารสารประกันสังคม, ปีที่ 15, ฉบับที่ 5. หน้า 18.

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

วิจิตรา ฟุ้งถัดดา. (2533). “ระบบประกันสังคมของไทย.” *วารสารนิติศาสตร์*, 20, 2. หน้า 152.

สำนักงานประกันสังคม. (2552, กันยายน - ตุลาคม). “สปส. แจง การปรับเพิ่มอัตราเหมาจ่าย
ค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน.” *วารสารประกันสังคม*, ปีที่ 15, ฉบับที่ 5.
หน้า 7.

วิทยานิพนธ์

นราพร คุณจักรเสรี. (2536). *ประสิทธิภาพของการประกันสังคมไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ปาริชาติ ศรีประเสริฐ. (2541). *การให้ความคุ้มครองในระบบประกันสังคม : ศึกษาเปรียบเทียบ
โครงการประกันสังคมของประเทศไทยและฟิลิปปินส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนบริหารศาสตร์ (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ:
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

พอพันธ์ เขตต์กัน. (2541). มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองประโยชน์ทดแทนของลูกจ้าง

ในภาคอุตสาหกรรม : เปรียบเทียบระหว่างกฎหมายประกันสังคมและกฎหมาย
เงินทดแทน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชานิติศาสตร์. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

วิไลเดือน พรอนันต์. (2535). ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของผู้ประกันตนต่อการได้รับความ

คุ้มครอง กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. 2533 ในจังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาบริหาร
สาธารณสุข (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุคม มีแสง. (2543). ปัญหากฎหมายประกันสังคมที่มีผลกระทบต่อนายจ้างและผู้ประกันตนตาม

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร
สาขาวิชานิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

รายงานการวิจัย

สรวิศ ชู่อสงสกุล. (2549). การศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยประกันสังคมของ

สถานพยาบาลระดับโรงเรียนแพทย์. กรุงเทพฯ: งานคลัง คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล.

สุวณี สุรเสียงสังข์. (2547). การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย (รายงานการวิจัย).

กรุงเทพฯ: คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ. (2535). ประกันสังคม : ความพร้อมของโรงพยาบาลของรัฐและ

เอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยภาษา
และวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอกสารอื่นๆ

คณะผู้เข้าร่วมการฝึกอบรม หลักสูตรนักบริหารประกันสังคม รุ่นที่ 4. (2543). รายงานการศึกษา

ดูงาน การประกันสังคม ณ ประเทศฟิลิปปินส์ และประเทศมาเลเซีย 18-24 มิถุนายน
2543 (สำนักงานประกันสังคม).

ธีระ ศรีธรรมรักษ์. (2551). เอกสารประกอบการสอนวิชากฎหมายแรงงานกับปัญหาแรงงาน

“เจาะประเด็นสำคัญในกฎหมายแรงงาน.” ม.ป.ท.

- _____. (2551). เอกสารประกอบการสอนวิชากฎหมายแรงงานกับปัญหาแรงงาน “วิเคราะห์พระราชบัญญัติประกันสังคม.” ม.ป.ท.
- ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม. (2538). บทความแปล เรื่อง **แนวทางการดำเนินงานประกันสังคมในประเทศญี่ปุ่น และระบบประกันสังคมของฟิลิปปินส์ ในปี ค.ศ. 2000** (International Social Security Association (ISSA)). หน้า 1.
- พรรณี ศรียุทธศักดิ์ และ เพ็ญศรี คาวัลย์. (2536). รายงานการศึกษาดูงาน เรื่อง ระบบการประกันการรักษายาบาลของประเทศญี่ปุ่น (สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม). หน้า 1.
- เมืองไทยประกันชีวิต. (2548). กรมธรรม์เลขที่ 1040736951. หน้า 13.
- เยาวลักษณ์ สวัสดิ์อิทธิคม. (2544). รายงานการฝึกอบรมหลักสูตร **The 11th Study Programmed for The Asian Social Insurance Administrators** จัดโดย **Japan International Corporation of Welfare Services (JICWELS)** (สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม). หน้า 3.
- สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์. (2540). **hemajay : ยุทธศาสตร์เพื่อเสถียรภาพของการประกันสังคม** (เอกสารขอประเมินตำแหน่ง ผู้ตรวจราชการกรม สำนักงานประกันสังคม เพื่อดำรงตำแหน่ง เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 9 ชช. สำนักงานประกันภาพ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม). หน้า 17.
- สิทธิพล รัตนกร และคณะ. (2537). **สรุปการศึกษาดูงาน ณ ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์และประเทศมาเลเซีย ระหว่างวันที่ 20- 26 พฤศจิกายน 2537** (สำนักงานประกันสังคม). หน้า 25.
- สุพัชรี รอดภัยปวง. (2541). **การปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์ hemajay : ผลกระทบของค่าเงินบาทลอยตัว** (เอกสารขอประเมินตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานประกันสังคม 7 เพื่อดำรงตำแหน่ง นักวิชาการประกันสังคม 8 ว. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม). หน้า 18.
- สำนักงานประกันสังคม. (2551). **เอกสารสำคัญสิทธิประโยชน์ประกันสังคม**. หน้า 3.
- อำพล สิงห์โกวินท์. (2536). **การประกันสังคมแนวทางการดำเนินงานในอนาคต** (เอกสารเผยแพร่สำนักงานประกันสังคม). หน้า 3-5.

Aviva Ron and Kenichi Hirose. (2541). รายงานผลการปฏิบัติงานของผู้เชี่ยวชาญองค์การ
แรงงานระหว่างประเทศ เรื่อง การทบทวนโครงการประกันสังคมในประเทศไทย
(กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการ
สังคม). หน้า 18.

สารสนเทศจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

กรมการประกันภัย. สืบค้นเมื่อ 18 กันยายน 2551, จาก <http://www.dld.go.th> และ

http://www.dhipaya.co.th/Fileupload/contmain/39/061207133648_Health.pdf.

ธนาคารกรุงเทพ. (2552). อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ. สืบค้นเมื่อ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2552,
จาก

<http://www.bangkokbank.com/Bangkok+Bank+Thai/Web+Services/Rates/FX+Rates.htm>.

มติชน. (2552, 6 สิงหาคม). กรม. ไฟเขียวแก้ประกันสังคม ขยายสิทธิคลุม “กลุ่มรส-บุตร.”

สืบค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2552, จาก

http://www.matichon.co.th/matichon/view_news.php?newsid=01p0111060852§ioni...

สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2551, จาก http://www.oic.or.th/knowledge/fm_health.htm.

DHL. (2552). คำนำณอัตราแลกเปลี่ยนสกุลเงิน. สืบค้นเมื่อ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2552, จาก

<http://www.dhl.co.th/publish/th/th/tools/currency.low.html>.

SIAMHRM.com. บอรัคประกันสังคมขอมขึ้นค่าหโม. สืบค้นเมื่อ 3 เมษายน 2552, จาก

http://www.siamhrm.com/report/news_report.php?max=3999.

กฎหมาย

กฎกระทรวงกำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2545 ให้ไว้ ณ วันที่ 26 ธันวาคม

พ.ศ. 2545 ประกาศในกฤษฎีกา, เล่มที่ 115, ตอนที่ 119, วันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2545.

กฎกระทรวงกำหนดอัตราเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณี

ว่างงาน พ.ศ. 2546 ให้ไว้ ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ฉบับกฤษฎีกา, เล่มที่ 120, ตอนที่ 129, วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546.

กฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2534). ออกตามความในพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533.

(2533, 19 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 118, ตอนที่ 26.

ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2552.

(2552, 17 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 126, ตอนที่ 44 ก. บัญชีอัตราเงินสมทบบัญชี ก. หน้า 3.

ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2552.

(2552, 17 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 126, ตอนที่ 44 ก. บัญชีอัตราเงินสมทบ บัญชี ข. หน้า 3.

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน. (2552, 4 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 126, ตอนที่ 61 ง.

ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์

(ฉบับที่ 2). (2541, 6 สิงหาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 115, ตอนที่ 63 ง.

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

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

ภาษาต่างประเทศ

BOOKS

Curtis M. Elliott and J. Waughan. (1972). **Fundamentals of Risk and Insurance.**

George G.R. Lucas & H. Wherry. (1967). **Insurance : Principles and Coverages.**

Greider & Beadles. (1964). **Principles of Life Insurance.**

Mark & R. Greene. (1968). **Risk & Insurance** (2nd Edition). South-Western.

William. Beveridge. (1924). **Social Insurance and Allied Services.** London:

Her Majesty's Stationary Office.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล

นางสาวพิมล เกษมเสาวภาคย์

วัน เดือน ปี เกิด

26 สิงหาคม 2527

วุฒิการศึกษา

นิติศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ ปีการศึกษา 2550
ประกาศนียบัตรหลักสูตรวิชาว่าความ รุ่นที่ 30
สำนักฝึกอบรมวิชาว่าความแห่งสภานายความ
พุทธศักราช 2550

ทุนการศึกษา

ทุนตัวแทนจังหวัด
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ พ.ศ. 2546-2549
ทุนสำหรับบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ พ.ศ. 2550-2552