วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล
ของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม

ฉัตตมาศ วิเศษสินธุ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปรีดี พนมยงค์

มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

พ.ศ. 2556

DPU

Legal analysis on employee benefits in medical care of insured persons in the social security law

CHATTAMAT WISETSIN

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Laws

Department of Law

Pridi Banomyong Faculty of Law, Dhurakij Pundit University

2013

DPU

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ ศรีธรรมรักษ์ ผู้ที่ข้าพเจ้าเคารพรักอย่างยิ่ง ที่ท่านได้กรุณารับเป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ของผู้เขียน ท่านได้กรุณาสละเวลาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ของผู้เขียนมาโดยตลอด รวมทั้งได้ชี้แนะในเรื่องต่างๆ ที่ไม่สามารถประสบเจอได้จากในตำรา จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ด้วยดี ผู้เขียนจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ด้วย

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.ไพศิษฐ์ พิพัฒนกุล ที่กรุณารับเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ภูมิ โชคเหมาะ และรองศาสตราจารย์พินิจ ทิพย์มณี ที่ท่านได้กรุณาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้แนะนำให้คำปรึกษาเพื่อความสมบูรณ์ถูกต้องแห่งเนื้อหาของวิทยานิพนธ์

เหนือสิ่งอื่นใด ผู้เขียนใคร่ขอกราบขอบพระคุณ ร.ต.ต.พินิจ และนางโฉมศรี วิเศษสินธุ์ บิดามารดาของผู้เขียนที่ผู้เขียนเคารพรักอย่างที่สุดและที่ผู้เขียนมีวันนี้ได้เพราะท่าน

ขอขอบคุณนายทรงพล แก้วจุลกาญจน์ เพื่อนของผู้เขียนที่ให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างผู้เขียนตลอดมาที่สนับสนุน และให้โอกาส รวมถึงความรักและกำลังใจในการศึกษาของผู้เขียนตลอดมา ผู้เขียนขอขอบคุณกำลังใจ และความช่วยเหลือจากเพื่อนๆ ทุกคนที่คอยติดตามและเป็นแรงกระตุ้นการศึกษาของผู้เขียนจนประสบความสำเร็จสมความตั้งใจ

ผู้เขียนขอขอบพระคุณ อาจารย์สดุดี สินไชย ที่คอยชี้แนะ แนะนำ ผู้เขียนมาโดยตลอด ขอขอบคุณนางสาวกานต์พิชชา ยอดน้ำคำ พี่สาวที่แสนดีของข้าพเจ้าที่ได้ให้กำลังใจ คำแนะนำ รวมทั้งความช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน ตลอดทั้งขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ เจ้าหน้าที่ คณะนิติศาสตร์ หลักสูตรมหาบัณฑิต และอีกหลายท่านที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ด้วย ที่ให้กำลังใจข้าพเจ้ามาโดยตลอด

หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ยังมีคุณค่าทางวิชาการอยู่บ้างผู้เขียนขออุทิศให้แก่บุพการีและบุคคลสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น ท้ายนี้ หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มีข้อผิดพลาดหรือบกพร่องประการใด ผู้เขียนขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว และหากมีโอกาสผู้เขียนพร้อมที่จะแก้ไข

ฉัตตมาศ วิเศษสินธุ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ฆ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
บทที่	
1. บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
1.3 สมมติฐานของการศึกษา	4
1.4 ขอบเขตของการศึกษา	4
1.5 วิธีดำเนินการศึกษา	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
2. แนวคิด ความเป็นมา ปรัชญา และความหมายของการประกันสังคม	6
2.1 แนวคิดของการประกันสังคม	6
2.1.1 แนวความคิดเกี่ยวกับการเมืองและสังคม	9
2.1.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการเสี่ยงภัย	9
2.1.3 แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบร่วมกันในสังคม	10
2.2 ความเป็นมาของการประกันสังคม	11
2.3 ปรัชญาที่ก่อให้เกิดระบบการประกันสังคม	14
2.4 ความหมายของการประกันสังคม	16
2.4.1 ประเภทของการประกันและการจ่ายประโยชน์ทดแทน	20
2.4.2 ความหมายของค่ารักษาพยาบาล	28
2.5 การให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานของสถานพยาบาลภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533	30

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ **หน้า**

3. มาตรการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องของไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ 36
3.1 มาตรการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม 37
3.1.1 เรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม 38
3.1.2 เรื่องการบริการทางการแพทย์ 76
3.1.3 เรื่องการจำกัดโรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล 77
3.1.4 เรื่องขอบเขตเงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม 78
3.2 มาตรการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ 80
3.3 มาตรการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายเงินทดแทน 87
3.4 มาตรการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายต่างประเทศ 90
3.4.1 ประเทศญี่ปุ่น 90
3.4.2 ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ 104
3.4.3 ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) 116
3.4.4 ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส 130
3.5 ตารางเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องของไทยกับกฎหมายต่างประเทศ 137
4. ปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม 156
4.1 ปัญหาในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม 157

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ **หน้า**

4.1.1 ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานหรือนอกงาน 160
4.1.2 ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร 161
4.1.3 ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ 163
4.2 ปัญหาในเรื่องการบริการทางการแพทย์ 164
4.3 ปัญหาในเรื่องการจำกัดโรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล 165
4.4 ปัญหาในเรื่องขอบเขตเงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม 167
4.4.1 เงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานหรือนอกงาน 167
4.4.2 เงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม กรณีคลอดบุตร 168
4.4.3 เงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม กรณีทุพพลภาพ 169
4.5 ตารางวิเคราะห์แบบสัมภาษณ์เจาะลึก 170
4.6 สรุปวิเคราะห์ 195
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ 200
5.1 บทสรุป 200
5.2 ข้อเสนอแนะ 203
บรรณานุกรม 206
ภาคผนวก 212
แบบสัมภาษณ์เจาะลึกในส่วนของผู้ประกันตน 213
แบบสัมภาษณ์เจาะลึกในส่วนของผู้ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคม 216
ประวัติผู้เขียน 219

สารบัญตาราง

ตารางที่ **หน้า**

3.1 เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ระหว่างผู้ทุพพลภาพกับคนพิการ 75

3.2 อัตราเงินสมทบ 99

3.3 แยกตามประเภทของโครงการ 101

3.4 เปรียบเทียบอัตราการส่งเงินสมทบ 107

3.5 กำหนดวงเงินในการรักษา..... 113

3.6 แสดงอัตราเงินบำนาญกรณีทุพพลภาพ ปี ค.ศ. 2007..... 117

3.7 แสดงอัตราขั้นต่ำ – ขั้นสูง ของเงินสมทบตามกลุ่มอาชีพปี 2007 121

3.8 เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล 137

3.9 เปรียบเทียบการบริการทางการแพทย์..... 139

3.10 เปรียบเทียบการจำกัดโรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล 142

3.11 เปรียบเทียบขอบเขตเงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาล 149

3.12 เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนใน กฎหมายประกันสังคมของไทยกับกฎหมายประกันสังคมต่างประเทศ 150

4.1 เพศ 170

4.2 อายุของผู้ประกันตน 10 คน..... 171

4.3 ในความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าควรมีการสำรองห้องพักโรงพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกไว้สำหรับผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมในกรณีเจ็บป่วยซึ่งต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือไม่ 171

4.4 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร หลังจากเกษียณอายุแล้ว ท่านยังอยากให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยอีกหรือไม่ (กฎหมายประกันสังคม มาตรา 33)..... 172

4.5 หากเห็นควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุ ท่านเห็นว่าควรให้มีการขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยออกไปอีกกี่ปี..... 173

4.6 หากท่านเห็นควรให้มีการขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยออกไปแต่จะต้องจ่ายเงินเพิ่ม ท่านยินดีจะจ่ายเงินเพิ่มหรือไม่ และยินดีจ่ายเป็นจำนวนเงินเท่าไหร่ 173

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ **หน้า**

4.7 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับกฎหมายประกันสังคมที่ให้สิทธิเฉพาะผู้ประกันตน ไม่ได้ครอบคลุมแบบข้าราชการ 174
4.8 ท่านอยากได้สิทธิอะไรเพิ่มที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วย..... 174
4.9 ท่านเห็นว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีคลอดบุตร แบบเหมาจ่ายครั้งละ 13,000 บาท เพียงพอต่อการคลอดบุตรที่ไม่ปกติ เช่น การผ่าตัดคลอด หรือการคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย เป็นต้น หรือไม่ อย่างไร 175
4.10 ท่านพอใจกับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีคลอดบุตรแบบเหมาจ่ายร้อยละ 50 (45 วัน) ใน 90 วัน หรือไม่อย่างไร (กฎหมายประกันสังคมมาตรา 67)..... 176
4.11 ตามที่กฎกระทรวงออกตามความในกฎหมายประกันสังคมกำหนดให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีทุพพลภาพตามที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท ท่านมีความคิดเห็นว่าเพียงพอต่อค่ารักษาพยาบาลหรือไม่ อย่างไร 177
4.12 ท่านทราบหรือไม่ว่าประกันสังคมได้จ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานจำนวน 40,000 บาท ให้แก่ผู้ประกันตน ในกรณีทุพพลภาพ..... 178
4.13 ท่านคิดว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลครอบคลุมผู้ประกันตนทุกประเภทหรือไม่ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช) 178
4.14 เนื่องจากกฎหมายประกันสังคมไม่ได้มีการกำหนดให้กลุ่มคนเหล่านี้ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช) ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลแต่อย่างไร ท่านมีความคิดเห็นว่าควรให้กลุ่มคนเหล่านี้ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลหรือไม่ อย่างไร..... 179
4.15 ในขณะนี้กฎหมายประกันสังคมได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนไม่ครบทุกโรคโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคไตที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไต การปลูกถ่ายไต โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งไม่เหมือนกับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษา ท่านเห็นว่าเป็นธรรมหรือไม่อย่างไร 180

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ **หน้า**

4.16 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ที่ท่านได้รับในโรงพยาบาล 181
4.17 เพศ..... 182
4.18 อายุของผู้ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคม 10 คน 182
4.19 อาชีพของผู้ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคม 183
4.20 ในความคิดเห็นของท่าน ท่านเห็นสมควรว่าควรมีการสำรองห้องพักโรงพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกไว้สำหรับผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมในกรณีเจ็บป่วยซึ่งต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือไม่ 183
4.21 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร หลังจากเกษียณอายุแล้ว ท่านยังอยากให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยอีกหรือไม่ (กฎหมายประกันสังคม มาตรา 33)..... 184
4.22 หากเห็นควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุ ท่านเห็นว่าควรให้มีการขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยออกไปอีกกี่ปี..... 185
4.23 หากท่านเห็นควรให้มีการขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยออกไปแต่จะต้องจ่ายเงินเพิ่ม ท่านยินดีจะจ่ายเงินเพิ่มหรือไม่ และยินดีจ่ายเป็นจำนวนเงินเท่าไหร่ 185
4.24 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับกฎหมายประกันสังคมที่ให้สิทธิเฉพาะผู้ประกันตน ไม่ได้ครอบคลุมแบบข้าราชการ..... 186
4.25 ท่านอยากให้ผู้ประกันตนได้สิทธิอะไรเพิ่มที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วย..... 187
4.26 ท่านเห็นว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีคลอดบุตร แบบเหมาจ่ายครั้งละ 13,000 บาท เพียงพอต่อการคลอดบุตรที่ไม่ปกติ เช่น การผ่าตัดคลอด หรือการคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย เป็นต้น หรือไม่ อย่างไร..... 188
4.27 ท่านพอใจกับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีลาคลอดแบบเหมาจ่ายร้อยละ 50 (45 วัน) ใน 90 วัน หรือไม่อย่างไร (กฎหมายประกันสังคมมาตรา 67)..... 189

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ **หน้า**

4.28 ตามที่กฎกระทรวงออกตามความในกฎหมายประกันสังคมกำหนดให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีทุพพลภาพตามที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท ท่านมีความคิดเห็นว่าเพียงพอต่อค่ารักษาพยาบาลหรือไม่ อย่างไร 189

4.29 ท่านทราบหรือไม่ว่าประกันสังคมได้จ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน จำนวน 40,000 บาท ให้แก่ผู้ประกันตน ในกรณีทุพพลภาพ..... 190

4.30 ท่านคิดว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลครอบคลุมผู้ประกันตนทุกประเภทหรือไม่ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช) 191

4.31 เนื่องจากกฎหมายประกันสังคมไม่ได้มีการกำหนดให้กลุ่มคนเหล่านี้ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช) ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลแต่อย่างไร ท่านมีความคิดเห็นว่าควรให้กลุ่มคนเหล่านี้ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลหรือไม่ อย่างไร..... 191

4.32 ในขณะนี้กฎหมายประกันสังคมได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนไม่ครบทุกโรคโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคไตที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไต การปลูกถ่ายไต โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งไม่เหมือนกับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษา ท่านเห็นว่าเป็นธรรมหรือไม่ อย่างไร 192

4.33 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลที่มีต่อผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม..... 193

หัวข้อวิทยานิพนธ์ วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม
ชื่อผู้เขียน ฉัตตมาศ วิเศษสินธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ ศรีธรรมรักษ์
สาขาวิชา นิติศาสตร์
ปีการศึกษา 2555

บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์นี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นมา แนวคิด ปรัชญา ความหมาย เกี่ยวกับการประกันสังคม ศึกษาสภาพปัญหา สาระสำคัญ สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องของไทย จากนั้นศึกษาเปรียบเทียบและวิเคราะห์กฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมมีอยู่มากน้อยเพียงใด โดยศึกษาเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ ตลอดจนศึกษาและค้นคว้ามาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมอันจะนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงกฎหมายประกันสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนให้มีความเหมาะสมชัดเจนและเป็นธรรม

จากการศึกษาพบว่า สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม ยังคงมีปัญหาในเรื่องการจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร และกรณีผู้ทุพพลภาพ การบริการทางการแพทย์ การจำกัดโรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล และปัญหาในเรื่องเงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร และกรณีผู้ทุพพลภาพ

ดังนั้น วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จึงนำเสนอแนวทางในการแก้ปัญหาดังกล่าว คือ ควรมีการแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มาตรา 62 มาตรา 65 และมาตรา 69 ในเรื่องเงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร และกรณีผู้ทุพพลภาพ ที่ผู้ประกันตนนั้นไม่ได้รับการคุ้มครองทันที ให้สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์ได้ตั้งแต่วันแรกที่เข้าเป็นลูกจ้าง นอกจากนี้ควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎกระทรวงในเรื่องการกำหนดอัตราการจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ เพื่อ

จ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แก่ผู้ประกันตนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ในกรณีคลอดบุตร และกรณีทุพพลภาพ ให้ครอบคลุมและกว้างขวางมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

DPU

Thesis Title Legal analysis on employee benefits in medical care of insured persons in the social security law
Author Chattamat Wisetsin
Thesis Advisor Professor Dr. Thira Srithamaraks
Department Law
Academic Year 2012

ABSTRACT

This thesis aim to study the problem regarding employee benefits in medical care of insured persons in the social security law. The objective of this study is origin, concept, meaning, philosophy and study the problems, summary benefits in medical care regarding the social security law and another relating law of Thailand. After that, to comparative study and analysis the present law to ensured that the benefits in medical care of the insured person in the Social Security law is now available or not by comparing and analysis with other countries. Education and research as well as the appropriate legal measures to be taken as a guide to improve the legal regarding employee benefits in medical care of insured persons in the social security law to be clear and fair.

The study found that the employee benefits in medical care of insured persons in the social security law there was a problems of cash benefit payment in case is not work- related injury, confinement, permanent disability, medical service, the removal of disease treatment and the problems in an issue for benefits in medical care of insured persons in the social security law in case a cash benefits payment in case is not work- related injury, confine and permanent disability

As the result of this thesis, it should therefore be amended the Social Security Act B.E. 2533 (1990) section 62, section 65 and section 69 in the condition of benefits in medical care of insured persons in the social security law in case is not work- related injury, confine and permanent disability to insured medical benefit immediately from the first day on the job as an employee. In addition, there should be amended the ministerial regulation in determining the rate of cash benefits payment to insured persons in case is not work- related injury, confinement and permanent disability to provide a comprehensive and extensive than present.

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวิถีชีวิตของคนไทยกำลังเปลี่ยนเป็นแบบสังคมอุตสาหกรรม ลูกจ้างจึงถือเป็นทรัพยากรที่มีค่าและเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินธุรกิจ การที่ลูกจ้างสูญเสียความสามารถในการทำงานไม่ว่าจะประสบอันตราย อันเนื่องมาจากการทำงานหรือไม่ก็ตาม ย่อมก่อให้เกิดผลเสียต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ อีกทั้งยังมีผลโดยตรงต่อตัวลูกจ้างและครอบครัวในการดำรงชีวิต และยังตกเป็นภาระของสังคมและรัฐ ดังนั้น รัฐบาลจึงได้ดำเนินการเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ลูกจ้าง เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนและให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดยการจัดสวัสดิการในรูปของการจัดเก็บเงินสมทบจากนายจ้าง ลูกจ้างและรัฐบาล ได้แก่ การประกันสังคม ซึ่งขณะนี้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงแรงงาน ใช้ชื่อว่า สำนักงานประกันสังคม

แนวคิดพื้นฐานของระบบประกันสังคมจึงเกิดขึ้นเพื่อต้องการให้ประชาชนผู้ยากจนซึ่งได้รับความเดือดร้อนจากการประกันภัย จากการสูญเสียรายได้ หรือประสบปัญหาเกี่ยวกับความเป็นอยู่ในการดำรงชีพในครอบครัว มีโอกาสได้รับความช่วยเหลือ บรรเทาความเดือดร้อนอันเป็นการสร้างหลักประกันให้แก่พวกเขาเหล่านั้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในทางสร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่สังคมต่อไปได้[1] เป็นลักษณะของการเฉลี่ยความทุกข์และความสุข ร่วมกันรับผิดชอบต่อสังคมโดยการรวบรวมเงินทุนเข้าเป็นกองทุนร่วมกัน และเฉลี่ยความเสี่ยง หรือร่วมกันเสียสละเพื่อส่วนรวม มีหลักการสำคัญคือมุ่งให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัว ตลอดจนผู้ที่อยู่ในสังคมเดียวกันในยามที่ประสบกับภาวการณ์สูญเสียรายได้หรือไม่สามารถทำงานได้ โดยไม่เป็นภาระของผู้อื่น

สำนักงานประกันสังคมมีภารกิจหลัก (Mission) คือการบริหารกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน เพื่อการให้บริการทางด้านประกันสังคมที่มีคุณภาพสูงแก่สมาชิกและครอบครัว มีหน้าที่รับผิดชอบดังต่อไปนี้[2]

---

[1] วิจิตรา ฟุ้งลัดดา. (2533, มิถุนายน). “ระบบประกันสังคมของไทย.” *วารสารนิติศาสตร์, 20, 2.* หน้า 151.

[2] อนันท์ จารุพันธ์. (2545). *ปัจจัยที่กำหนดเงินสมทบกองทุนประกันสังคมในประเทศไทย.* หน้า37-38

1) ให้ความคุ้มครองและหลักประกันแก่ลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือตาย อันเนื่องมาจากการทำงานให้แก่นายจ้าง ตามกฎหมายพระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน

2) ให้ความคุ้มครองและหลักประกันแก่ลูกจ้างผู้ประกันตนที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย ทุพพลภาพหรือตาย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้งการคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงานตามกฎหมายพระราชบัญญัติประกันสังคม

3) เสนอนโยบายและแนวทางเกี่ยวกับการประกันสังคมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาวการณ์

4) เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการประกันสังคมให้แก่ลูกจ้าง ผู้ประกันตน นายจ้าง และประชาชนทั่วไป

5) ดำเนินการเกี่ยวกับการจัดเก็บเงินสมทบ จ่ายเงินทดแทน และประโยชน์ทดแทน ตามกฎหมายพระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน

6) ตรวจสอบและดำเนินการให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน และกฎหมายพระราชบัญญัติประกันสังคม

7) ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ลูกจ้าง ผู้ประกันตนที่พิการสามารถกลับเข้าทำงาน หรือสามารถประกอบอาชีพได้ตามความเหมาะสม

8) ดำเนินการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคม

9) ดำเนินการเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์แก่ลูกจ้าง ผู้ประกันตน ตามโครงการประกันสังคม

10) ปฏิบัติราชการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคม

จึงเห็นได้ว่าภารกิจหลักที่สำคัญอย่างหนึ่งในการบริหารงานของสำนักงานประกันสังคม คือ ดำเนินการเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์แก่ลูกจ้าง ผู้ประกันตน ตามโครงการประกันสังคม ซึ่งการประกันสุขภาพ เป็นสิ่งที่ทำให้คนคนหนึ่งมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง มีการป้องกันโรคเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยโดยง่ายและเมื่อเจ็บป่วยไม่สบาย ก็สามารถไปหาหมอ หรือแม้แต่ได้รับยา เพื่อแก้ไขเยียวยาโรคได้ โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลเกินไป จนทำให้ขาดโอกาสในการรักษาตัว

ซึ่งจะเห็นได้ว่าการทำประกันสังคมนั้น เป็นระบบบังคับ เพราะฉะนั้นสิทธิในการรักษาพยาบาลในส่วนใดที่เห็นว่ายังด้อยกว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ควรที่จะปรับปรุง จากการศึกษาจะพบว่าขอบเขตเงื่อนไขในการคุ้มครองของระบบประกันสังคมนั้นจะไม่ได้รับการคุ้มครองทันที ต้องเป็นผู้ประกันตนแล้วอย่างน้อยสามเดือน จึงสามารถใช้บริการทางการแพทย์

ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยได้ หากในระหว่างยังไม่ครบกำหนดสามเดือน ลูกจ้างเกิดประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยก็ต้องรับภาระค่าจ่ายต่างๆ เอง ซึ่งผู้เขียนเห็นสมควรว่า ควรที่จะให้ลูกจ้างผู้ประกันตน สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์ได้ตั้งแต่วันแรกที่เข้าเป็นลูกจ้าง

นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลในเรื่องของข้อจำกัดของการเข้าถึงสิทธิ เช่น ผู้ประกันตนเข้าไปใช้บริการในโรงพยาบาลที่เลือกไว้ ต้องพบกับปัญหาทางด้านบริการทางการแพทย์ คุณภาพของยาที่ด้อยกว่าปกติ คุณภาพของการรักษาพยาบาล รวมไปถึงผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินเองในการรักษาพยาบาล และมีการยกเว้นการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อีกหลายโรคด้วยกัน

ดังนั้นวิทยานิพนธ์นี้จึงศึกษาถึงสภาพปัญหาสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมว่ามีอยู่มากน้อยเพียงใด รวมทั้งศึกษาหามาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมโดยศึกษากฎหมายไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ และนำกฎหมายต่างประเทศนั้นมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของประชาชนที่ต้องเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมเพื่อให้เกิดความแน่นอนชัดเจน รัดกุม และเป็นธรรมมากกว่าที่เป็นอยู่ปัจจุบัน

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาแนวคิด ความเป็นมา ปรัชญาและความหมายของการประกันสังคม
2. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องของไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ
3. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม
4. เพื่อเสนอแนะมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมอันจะนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงกฎหมายประกันสังคม ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนให้มีความเหมาะสมชัดเจนและเป็นธรรม

1.3 สมมติฐานของการศึกษา

การใช้สิทธิในการดูแลสุขภาพของผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมมีข้อจำกัดในการใช้สิทธิอยู่มากมายไม่ว่าจะเป็นขอบเขตและเงื่อนไขการคุ้มครองที่ระบบประกันสังคมต้องจ่ายเงินสมทบในระยะเวลาที่กำหนด มิฉะนั้นจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ซึ่งต่างจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่จำเป็นต้องจ่ายเบี้ยประกัน ก็ได้รับการคุ้มครองทันทีเมื่อลงทะเบียน จึงทำให้ผู้ประกันตนไม่สามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของตนเองได้อย่างเต็มที่ ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ มากมาย ทั้งที่การเข้าเป็นผู้ประกันตนเป็นไปตามที่กฎหมายบังคับอันเป็นการจำกัดสิทธิเสรีภาพในการที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเป็นธรรม โดยผู้ประกันตนก็ไม่ได้อยู่ในฐานะที่ได้รับการรักษาแบบให้เปล่าหากแต่ผู้ประกันตนเป็นผู้ซึ่งต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเพื่อให้ตนมีสิทธิในการที่จะได้รับการรักษาพยาบาล ดังนั้นจึงจำเป็นต้องแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายประกันสังคมในส่วนที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนให้มีความเหมาะสมและเป็นธรรม

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมอันจะพึงได้รับสิทธิตามที่กฎหมายบังคับในปัจจุบันซึ่งได้แก่ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 โดยขอบเขตของการศึกษาเริ่มจากการศึกษาสภาพปัญหา สาระสำคัญ สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องของไทย จากนั้นศึกษาเปรียบเทียบและวิเคราะห์กฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมมีอยู่มากน้อยเพียงใด โดยศึกษาเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ ตลอดจนศึกษาและค้นคว้ามาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมอันจะนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงกฎหมายประกันสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนให้มีความเหมาะสมชัดเจนและเป็นธรรม

1.5 วิธีดำเนินการศึกษา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นการศึกษาข้อมูลโดยวิจัยเอกสาร (Documentary Research) กล่าวคือ เป็นการใช้วิธีการศึกษาโดยการค้นคว้าและวิเคราะห์ข้อมูลจากหนังสือ บทความ และเอกสารต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์ในเชิงคุณภาพเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม เช่น พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 บทบัญญัติของกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ระเบียบข้อบังคับ ประกาศกระทรวง รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ คำพิพากษาฎีกา เอกสารคำสอน เอกสารการประชุมสัมมนา ข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ รวมทั้งข้อเสนอแนะของบุคคลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยภาคสนาม (Field Research) ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก (Indepth Interview) โดยการสัมภาษณ์เพื่อสอบถามถึงความต้องการของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม ว่าต้องการให้ปรับปรุงสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลในด้านใดบ้าง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปและข้อเสนอแนะแนวทางในการออกกฎหมาย

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงแนวคิด ความหมาย และความเป็นมาของกฎหมายประกันสังคม
2. ทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องของไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ
3. ทำให้ทราบถึงสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม
4. ทำให้ทราบถึงมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมอันจะนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงกฎหมายประกันสังคม ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนให้มีความเหมาะสมชัดเจนและเป็นธรรม

บทที่ 2

แนวคิด ความเป็นมา ปรัชญา และความหมายของการประกันสังคม

การที่สังคมในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปสู่ภาคอุตสาหกรรมที่มุ่งเน้นการผลิตเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ในด้านการดำรงชีพที่มีสภาวะการเป็นอยู่ที่ต้องดิ้นรนเพื่อให้ตนเองสามารถอยู่รอดได้จากสภาพเศรษฐกิจแบบทุนนิยมที่มุ่งเน้นการผลิตและผลกำไรของการประกอบการของนายจ้างเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าผลประโยชน์ต่อส่วนรวม ทำให้ผู้ที่อยู่ในฐานะที่ด้อยกว่าทางสังคมอย่างลูกจ้างไม่มีโอกาสได้รับสวัสดิการอย่างเท่าที่ควร โดยที่ลูกจ้างที่เป็นแรงงานในภาคอุตสาหกรรมเป็นกำลังสำคัญในภาคการผลิตและส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ดังนั้นรัฐจึงต้องเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือและสร้างความมั่นคง โดยมีการจัดให้มีสวัสดิการเพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของลูกจ้างดีขึ้น และมีความเท่าเทียมกัน การนำระบบการจัดการประกันสังคม เป็นเครื่องมือของรัฐเพื่อให้ประชากรในประเทศมีความเป็นอยู่ที่มั่นคง

2.1 แนวคิดของการประกันสังคม

หลักการสำคัญของการประกันสังคม อันเป็นหลักสากล หรือเป็นหลักที่ถือปฏิบัติกันโดยทั่วไปในนานาอารยประเทศ มีหลักการที่สำคัญดังนี้ คือ

1) หลักแห่งความคุ้มครอง (Coverage Principle)

ในการให้ความคุ้มครองประชาชน ประชาชนซึ่งจะได้รับการคุ้มครอง คือผู้ประกันตนหรือสมาชิกของโครงการ ซึ่งครอบคลุมผู้ประกอบอาชีพทุกสาขา ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า บุคคลที่จะอยู่ภายใต้การคุ้มครองของการประกันสังคมนั้น มีอยู่ 3 ประเภท ดังนี้

(1) ผู้ทำงานจ้างหรือลูกจ้าง (Employed Persons) ได้แก่ บุคคลซึ่งตกลงทำงานให้แก่ผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง (Employer) เพื่อรับค่าจ้าง

(2) ผู้ทำงานส่วนตัว (Self-employed Persons) ได้แก่ บุคคลซึ่งทำงานในกิจการอันเป็นอิสระแก่ตนเอง โดยไม่ได้ทำงานจ้างกับผู้ว่าจ้างโดยเฉพาะ

(3) ผู้ไม่ได้ทำงาน (Non-employed Persons) ได้แก่ บุคคลซึ่งไม่ได้เป็นผู้ทำงานจ้างและผู้ทำงานส่วนตัว[1]

สำหรับบุคคลใน (1) ต้องดำเนินการประกันสังคม โดยอาศัยโครงการประกันสังคมแบบบังคับ (Compulsory Scheme of Social Insurance) จึงจะเกิดผลดีแก่โครงการเพราะโดยปกติอันเป็นสามัญสำนึกของบุคคลทั่วไป ย่อมทราบและเข้าใจดีว่า มนุษย์ทุกคนเมื่อเกิดมาแล้วรอดอยู่ต่างก็ต้องแก่ ต้องเจ็บ ต้องตาย และต้องเสี่ยงภัยพิบัติ (Risk) นานาประการที่จะกระทำให้ตนเองต้องได้รับความเดือดร้อนทุกข์ยาก หรือขาดเงินรายได้อันเป็นหลักประกันในการดำรงชีวิตลงเมื่อใดก็ได้ แต่ทุกคนก็ไม่ค่อยจะเห็นคุณค่าของการมีหลักประกันอันมั่นคงในการดำรงชีวิตด้วยการจ่ายประโยชน์ทดแทนให้ความช่วยเหลือในเคราะห์กรรมหรือภัยพิบัติตามระบบประกันสังคม ครั้นเมื่อเกิด แก่ เจ็บ ตาย และภัยพิบัตินั้นมาถึงตนเมื่อใด เมื่อนั้นจึงจะมีความระลึกนึกถึงคุณค่าของการมีหลักประกัน ฉะนั้น โดยอาศัยเหตุผลและความจำเป็นที่กล่าวมาแล้วทุกประเทศจึงยอมรับในหลักการที่จะให้มีการดำเนินงานประกันสังคมในแบบบังคับ[2]

ส่วนบุคคลในข้อ (2) และ (3) นั้น เป็นบุคคลซึ่งแตกต่างจากบุคคลในประเภทแรกอยู่ 2 ประการ กล่าวคือ มีรายได้ไม่แน่นอน และไม่มีผู้ว่าจ้างหรือนายจ้างรับผิดชอบในด้านสวัสดิการ จึงไม่อาจใช้โครงการประกันสังคมแบบบังคับกับบุคคลเหล่านี้ได้ อย่างไรก็ตาม รัฐก็ไม่สามารถปล่อยปละละเลยบุคคลทั้ง 2 ประเภทนี้ให้ผจญกับความเดือดร้อนทุกข์ยากไปโดยลำพังได้ จึงกำหนดโครงการประกันสังคมแบบสมัครใจ (Voluntary Scheme of Social Insurance) เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิได้เข้าร่วมในโครงการประกันสังคมโดยทั่วหน้ากัน

2) หลักแห่งการกำหนดอัตราเงินสมทบ (Contribution)

หัวใจสำคัญของการดำเนินงานประกันสังคมอยู่ที่ “เงิน” และการที่จะได้เงินมาดำเนินการนั้น มีอยู่ทางเดียวเท่านั้นที่สำคัญที่สุดคือ เงินสมทบ ซึ่งจะต้องร่วมกันออกระหว่างลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล ในอัตราที่ไม่กระทำให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งต้องกระทบกระเทือน หรือเป็นภาระมากนัก ฉะนั้น การกำหนดอัตราเงินสมทบ จึงจำเป็นที่จะต้องกำหนดให้เหมาะสมรัดกุมโดยมีขั้นตอน การบังคับ และบทลงโทษที่แน่นอนกำกับไว้ด้วย ส่วนโครงการประกันสังคมแบบสมัครใจซึ่งมีผู้ออกเงินสมทบเฉพาะ ฝ่ายผู้ทำงานส่วนตัว หรือผู้ไม่ได้ทำงานร่วมกับรัฐบาล ก็ต้องมี

---

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

[2] แหล่งเดิม

เงื่อนไขกำหนดเพิ่มขึ้นจากขั้นตอน การบังคับ และบทลงโทษจากโครงการประกันสังคมแบบบังคับด้วย[3]

3) หลักแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทน (In Cash)

บุคคลทุกคนซึ่งเข้าร่วมเป็นสมาชิกของการประกันสังคม เรียกว่า ผู้ประกันตน (Insured Person) ย่อมมีสิทธิในอันที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนจากเงินสมทบที่ทางราชการสะสมไว้เป็นกองทุนประกันสังคม (Social Insurance Fund) ซึ่งแบ่งลักษณะการจ่ายออกเป็น 3 ประการด้วยกัน ได้แก่ จ่ายเป็นเงิน จ่ายเป็นสิ่งของ และหรือจ่ายเป็นบริการ กล่าวคือ

(1) เป็นเงิน (In Cash) ได้แก่ เงินชดเชยค่าจ้างในระหว่างหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาล การคลอดบุตร การว่างงาน และอื่นๆ เงินบำนาญเพื่อการพิการหรือทุพพลภาพ การชราภาพ และบำนาญตกทอดแก่คู่สมรส บุตร หรือผู้อยู่ในอุปการะ เงินทดแทนการตายเพื่อเป็นค่าจัดการศพ และเงินทดแทนครอบครัวใหญ่ที่มีผู้อยู่ในอุปการะมาก[4]

(2) เป็นสิ่งของ (In Kinds) ได้แก่ ยาและเวชภัณฑ์ สิ่งของเครื่องใช้สำหรับทารก แขนขาเทียม เครื่องพยุงกาย เครื่องมือเครื่องใช้ในการประกอบอาชีพ และสิ่งของอื่นๆ อันเป็นสิ่งจำเป็นแก่การดำรงชีวิต[5]

(3) เป็นบริการ (Services) ได้แก่ บริการทางการแพทย์ บริการสังคมสงเคราะห์ และบริการอื่นๆ อันจำเป็นแก่การดำรงชีวิต[6]

ประโยชน์ทดแทนทั้งสามประการนี้ อาจให้อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองอย่าง หรือทั้งสามอย่างเลยก็ได้ สุดแต่การจำเป็นของการประกันในแต่ละประเภท ซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 7 ประเภทด้วยกัน คือ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ กรณีว่างงาน[7]

นอกจากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นถึงแนวคิดของการประกันสังคม การประกันสังคมยังมีแนวคิดทางทฤษฎีที่สำคัญ ซึ่งสามารถแยกพิจารณาได้ดังต่อไปนี้

---

[3] แหล่งเดิม. หน้า 10.

[4] แหล่งเดิม.

[5] แหล่งเดิม.

[6] แหล่งเดิม.

[7] แหล่งเดิม. หน้า 11.

2.1.1 แนวความคิดเกี่ยวกับการเมืองและสังคม

ในสมัยก่อนนั้น รัฐมักทำหน้าที่เฉพาะอย่าง ที่เรียกว่า "รัฐตำรวจ" คือ มุ่งหนักไปในทางที่จะรักษาความสงบเรียบร้อยในหมู่ประชาชนเป็นมูลฐาน แต่รัฐในสมัยปัจจุบันย่อมต้องเอาใจใส่สนใจต่อประชาชนมากยิ่งขึ้นตั้งแต่เกิดจนตาย จะปล่อยให้ประชาชนเดินทางแห่งชีวิตตามบุญตามกรรมย่อมไม่ได้ พัฒนาการในเรื่องนี้มีผู้เรียกว่า "ทฤษฎีอันว่าด้วยหน้าที่ของรัฐ" และมีนักจิตวิทยาชื่อ Eric Fromm ได้กล่าวไว้ในหนังสือ Escape From Freedom ว่า สมัยก่อนมนุษย์ได้ต่อสู้และอยู่โดยอิสระโดยลำพังตามคติของพวกเสรีนิยม แต่สมัยนี้ยิ่งนานวัน มนุษย์ก็ยิ่งหนีความอิสระที่เคยมีอยู่ และที่ได้ต่อสู้ให้ได้มาด้วยความยากลำบากนั้น แล้วเรียกร้องขอให้รัฐเข้าคุ้มครองปกป้องด้วยวิธีต่างๆ รัฐจึงต้องเข้าอำนวยให้เท่าที่จะทำได้ นอกจากนี้ ยังมีนักเศรษฐศาสตร์การเมืองชาวเยอรมันชื่อ Adolph Wagher ได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่ากิจกรรมต่างๆ ของรัฐนับวันจะมีแต่เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะประชาชนย่อมจะพยายามเรียกร้องขอความช่วยเหลือจากรัฐมากขึ้นทุกที[8] ดังนั้น ในปัจจุบันรัฐจึงหันมาใส่ใจดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลในสังคมมากขึ้น โดยพยายามสร้างหลักประกันขั้นพื้นฐานให้กับประชาชน และระบบที่รัฐในประเทศต่างๆ มักจะนำมาใช้ ก็คือ ระบบประกันสังคม (Social Insurance System)

2.1.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการเสี่ยงภัย

การที่มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมนั้นจำเป็นที่จะต้องเผชิญกับการเสี่ยงภัยทางสังคมนานัปการ กล่าวคือ การเสี่ยงภัยที่เกิดจากธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว ฟ้าผ่า การประกอบอาชีพ เช่น การเจ็บป่วย การประสบอันตรายเนื่องมาจากการทำงาน การเกิดปัญหาหรือข้อขัดแย้งระหว่างทำงาน หรือแม้กระทั่งการเสี่ยงภัยที่เกิดจากความบกพร่องทางสังคม เช่น การที่คนในสังคมขาดระเบียบวินัยในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคม นำมาซึ่งความไม่ปลอดภัยในชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สิน หรือสิทธิที่ตนพึงมีตามกฎหมาย การที่เกิดสงครามระหว่างประเทศขึ้น หรือการเกิดความไม่สงบภายในประเทศหรือผลที่เกิดจากการจัดการเศรษฐกิจในประเทศ สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องเผชิญและยู่ในภาวะที่เสี่ยงภัยทั้งสิ้น นอกจากนั้น มนุษย์ยังต้องเสี่ยงภัยจากธรรมชาติของการเป็นมนุษย์ที่สำคัญนั้นคือ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย สังคมจึงมีแนวความคิดที่พัฒนาเกี่ยวกับการเสี่ยงภัยต่างๆ ของบุคคลและครอบครัว ดังต่อไปนี้[9]

---

[8] ฮึกหาญ โตมรศักดิ์. (2508). *ปัญหาและอุปสรรคในการนำพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 มาใช้ในประเทศไทย.* หน้า 12.

[9] ศักดิ์ศรี บริบาลบรรพตเขตต์. (2535). *ระบบความมั่นคงทางสังคม.* หน้า 12.

1) ภัยพิบัติและความไม่มั่นคงจากการเสี่ยงภัยต่างๆ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน มิใช่เรื่องของโชคชะตาหรือเวรกรรมของแต่ละบุคคล

2) การเสี่ยงภัยต่างๆ มีลักษณะเป็นภัยและความไม่มั่นคงร่วมกันของกลุ่มบุคคล อาชีพหรือชุมชนเดียวกัน

3) ภัยพิบัติต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระดับบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน ย่อมเกิดความสูญเสียและมีผลกระทบต่อความสงบสุขและความเจริญก้าวหน้าของสังคมส่วนรวมทั้งสิ้น บุคคลในสังคมจึงต้องร่วมรับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อต่อสู้กับภาวะความไม่มั่นคงของบุคคลอันเกิดจากการเสี่ยงภัยต่างๆ นั้น

2.1.3 แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบร่วมกันในสังคม

โดยแต่เดิมบุคคลต้องรับผิดชอบช่วยเหลือตนเองและครอบครัวแต่โดยลำพัง แต่ในปัจจุบันนี้ได้มีการขยายความรับผิดชอบไปสู่บุคคลภายนอก เป็นการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุขร่วมกัน มีการเสียสละและร่วมกันรับผิดชอบสังคมเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนมีการยอมรับสิทธิที่บุคคลพึงได้รับจากสังคม โดยสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองสวัสดิภาพทางสังคมเพื่อการดำรงชีวิตที่ดีของบุคคลในสังคมนั่นเอง ด้วยเหตุดังกล่าวจึงมีความพยายามในการกำหนดมาตรการการคุ้มครองสิทธิอันพึงมีพึงได้ของมนุษย์ให้เป็นสากล หรือเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป

จากเหตุผลดังกล่าว ก่อให้เกิดแนวความคิดในเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งถือว่าเป็นสิทธิที่ทุกคนได้มาในฐานะที่เกิดมาเป็นมนุษย์ เป็นสิทธิที่ติดตัวมากับมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย สำหรับสิทธิได้รับหลักประกันทางสังคมก็เป็นสิทธิมาตรฐานอย่างหนึ่งที่มนุษย์พึงได้รับ ซึ่งสิทธิดังกล่าวได้ปรากฏอยู่ในปฏิญญาสากลว่าด้วย สิทธิมนุษยชนในข้อ 22 นอกจากนี้ อนุสัญญาว่าด้วยมาตรฐานขั้นต่ำของความมั่นคงทางสังคม (Minimum Standards of Social Security, 1952) ยังได้ระบุสิทธิมนุษยชนอันเกี่ยวกับสวัสดิภาพทางสังคมไว้อย่างมากมายหลายประการ อาทิเช่น สิทธิที่จะได้รับมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอ สิทธิที่จะได้รับหลักประกันในสถานการณ์ของการว่างงาน เจ็บป่วย ไร้ความสามารถ ชราภาพ เป็นต้น

เมื่อสิทธิที่จะได้รับหลักประกันทางสังคมเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป นานาประเทศจึงหันมาให้ความสนใจจัดระบบการประกันสังคม (Social Insurance System) ขึ้นเพื่อเป็นหลักประกันทางสังคมให้กับประชาชนในประเทศของตน รวมทั้งเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตนเองและสังคมอีกด้วย ซึ่งเป็นไปตามแนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบร่วมกันในสังคม

2.2 ความเป็นมาของการประกันสังคม

การประกันสังคมเกิดขึ้นครั้งแรกแรกในประเทศเยอรมัน และแพร่หลายไปประเทศในยุโรป โดยเฉพาะในประเทศที่มีการปฏิวัติอุตสาหกรรม ทั้งนี้เพื่อแก้ปัญหาภาวะเศรษฐกิจตกต่ำอย่างรุนแรงในปี ค.ศ. 1929-1932 เนื่องจากมีคนว่างงานเป็นจำนวนมาก รัฐต้องยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือในรูปรัฐสวัสดิการ และจัดระบบประกันสังคมขึ้นเพื่อช่วยเหลือลูกจ้างเหล่านั้น[10]

สำหรับประเทศไทยได้เคยมีพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 มาครั้งหนึ่งแล้ว แต่ถูกระงับการประกาศใช้โดยไม่มีกำหนด จนถึงปี พ.ศ. 2533 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคมขึ้นอีกครั้งหนึ่ง[11]

การประกันสังคมได้เริ่มมีบทบาทเข้ามาสู่ประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495 โดยรัฐบาลสมัยนั้นซึ่งมีจอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นชุดหนึ่งมีชื่อว่า “คณะกรรมการสังคมสงเคราะห์” เพื่อให้มีหน้าที่พิจารณากำหนดหลักการและวิธีการให้ความช่วยเหลือหรือสงเคราะห์ประชาชน ในด้านสวัสดิการทางสังคม ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้เห็นว่าการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ประชาชนให้มีหลักประกันอันมั่นคงแน่นอนและสม่ำเสมอตลอดไปนั้น ต้องให้การสงเคราะห์ด้วยวิธีการประกันสังคม และเสนอร่างกฎหมายประกันสังคมซึ่งได้ตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ประกาศออกมาเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2497 และมีการจัดตั้ง “กรมประกันสังคม” ขึ้น เมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2497 โดยให้สังกัดกระทรวงการคลัง ซึ่งต่อมากรมประกันสังคมได้ตระเตรียมงานเกี่ยวกับการบังคับใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ซึ่งพร้อมที่จะบังคับใช้ในกลางปี พ.ศ. 2497 แต่ในระหว่างนั้นได้มีการคัดค้านจากหลายฝ่ายอย่างรุนแรง รัฐบาลในสมัยนั้นจึงได้สั่งให้ระงับใช้กฎหมายประกันสังคมอย่างไม่มีกำหนด ต่อมาภายหลังได้ยกเลิกกิจการกรมประกันสังคมโดยโอนเจ้าหน้าที่มาสังกัดกรมประชาสงเคราะห์ ชื่อว่า “กองความมั่นคงแห่งสังคม” เมื่อ พ.ศ. 2501 มีหน้าที่พิจารณาปรับปรุงแก้ไข พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 และเตรียมงานต่างๆ ให้พร้อมที่จะดำเนินการประกันสังคมต่อไป[12]

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 นับว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกที่วางแนวทางการประกันสังคมค่อนข้างกว้างขวาง และมีแนวทางก้าวหน้าในเรื่องการช่วยเหลือสงเคราะห์ประชาชน โดยกฎหมายฉบับนี้ให้ความคุ้มครองประชาชนในเรื่องความเสี่ยง และการขาดรายได้ ตลอดจนความไม่แน่นอนของชีวิตนั้นตั้งแต่บุคคลเกิดจนถึงวัยชรา และถึงแก่กรรมในวาระสุดท้าย

---

[10] อำพล สิงหโกวินท์. (2536). *การประกันสังคมแนวทางการดำเนินงานในอนาคต.* หน้า 3-5.

[11] แหล่งเดิม.

[12] ปาริชาติ ศรีประเสริฐ. เล่มเดิม. หน้า 25.

ส่วนในระหว่างที่ทำงานนั้น ก็ให้ความคุ้มครองในเรื่องการเจ็บป่วย พิการ แม้กระทั่งการสงเคราะห์บุคคล ซึ่งมีบุตรมากด้วย แนวทางการที่กว้างขวางเช่นนี้ เป็นที่น่าเสียดายว่าไม่ได้มีการถูกหยิบยกขึ้นมาใช้[13]

ในปี พ.ศ. 2515 รัฐบาลโดยคณะปฏิวัติพิจารณาเห็นว่า ลูกจ้างซึ่งประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือถึงแก่ความตาย เนื่องจากการทำงานให้แก่นายจ้าง ควรจะมีหลักประกันว่า จะได้รับเงินทดแทนจึงได้ออกประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 ได้จัดตั้งกองทุนเงินทดแทนขึ้นในกรมแรงงาน โดยมีเจตนารมณ์ที่จะให้หลักประกันแก่ลูกจ้างที่เจ็บป่วยประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการทำงาน ประกาศปฏิวัติฉบับนี้ กำหนดให้นายจ้างเป็นผู้ส่งเงินสมทบให้กองทุนเงินทดแทน เพื่อใช้ในการจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างแทนนายจ้างโดยกองทุนเงินทดแทนได้เริ่มบริหารงานกองทุน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2517 เป็นต้นมา โดยมีนายอำพล สิงหโกวินท์ เป็นผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนเงินทดแทนคนแรก นับได้ว่าเป็นก้าวแรกของการประกันสังคมอย่างแท้จริง[14]

การดำเนินการเพื่อผลักดันการประกันสังคมให้เต็มรูปแบบ ได้มีการดำเนินการมาตลอด โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาหลายคณะเพื่อพิจารณาในเรื่องนี้ จนกระทั่งปลายปี พ.ศ. 2524 คณะกรรมการเตรียมการประกันสังคม ซึ่งมีปลัดกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน ได้เสนอเรื่องการประกันสังคมผ่านกระทรวงมหาดไทย ไปยังคณะรัฐมนตรี ในการเสนอครั้งนี้มีหลักการคือ ระยะแรกจะคุ้มครองในกรณีเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน และกรณีคลอดบุตร ส่วนเงินสมทบนั้นให้เก็บจากลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล ในอัตราส่วนที่เท่ากัน คือ แต่ละฝ่ายจ่ายเงินสมทบ ในอัตราร้อยละ 1.5 ของรายได้จากลูกจ้าง ในด้านการบริหารงานนั้นให้มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคม มีฐานะเท่าเทียมกรมสังกัด กระทรวงมหาดไทย ภายใต้การกำกับบริหารงานโดยคณะกรรมการไตรภาคี และในระยะเริ่มต้นให้ความคุ้มครองเฉพาะลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ใน 10 จังหวัดที่มีอุตสาหกรรมหนาแน่นก่อน ในกรณีที่นายจ้างได้จัดสวัสดิการที่สูงกว่าหรือบริการที่ดีกว่าก่อนการใช้กฎหมายนี้ก็ให้ลูกจ้างมีสิทธิคงเดิม[15]

คณะรัฐมนตรีได้พิจารณาและได้มีมติเมื่อวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2525 อนุมัติในหลักการตามที่คณะกรรมการเตรียมการประกันสังคมเสนอ โดยให้คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการและระเบียบบริหารราชการแผ่นดินพิจารณาในรายละเอียดอีกขั้นหนึ่ง โดยที่การพิจารณา

---

[13] แหล่งเดิม.

[14] แหล่งเดิม.

[15] แหล่งเดิม.

ดำเนินการ ในเรื่องนี้ต้องใช้ระยะเวลา สำนักงานกองทุนเงินทดแทน กรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย จึงรับไปพิจารณาดำเนินการขยายขอบเขตการคุ้มครองแรงงานที่กำหนดไว้ในประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 ให้ครอบคลุมถึงการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือถึงแก่ความตาย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ต่อไปอีกทางหนึ่งด้วย[16]

ในปี พ.ศ. 2527 คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการฯ ได้พิจารณาข้อเสนอแล้ว และมีความเห็นว่าควรขยายขอบเขตการดำเนินงานของกองทุนเงินทดแทนออกไปให้ครบทุกจังหวัด ก่อนเพื่อเป็นการวางรากฐานของการประกันสังคม ความเห็นนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีโดยคณะรัฐมนตรีได้ลงมติในเดือนพฤษภาคมให้มีการขยายกองทุนเงินทดแทนออกไปทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2528 ขณะนี้งานของกองทุนเงินทดแทนขยายงานครบทุกจังหวัดแล้ว

ต่อมารัฐบาลได้เสนอร่างพระราชบัญญัติกองทุนสวัสดิการแรงงานต่อสภาผู้แทนราษฎร โดยมีการประกันการเจ็บป่วยและการตาย อันมิใช่เนื่องจากการทำงานและการคลอดบุตร โดยนายจ้างและลูกจ้างเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนฝ่ายละเท่ากัน ในอัตราร้อยละ 1.5 ของรายได้ของลูกจ้าง ส่วนรัฐบาลจ่ายเงินอุดหนุนให้ตามความจำเป็นและให้ใช้บังคับกับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปใน 17 จังหวัด ก่อนสภาผู้แทนราษฎรได้ลงมติรับหลักการ โดยให้พิจารณาร่วมกับร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการประกันสังคมของพรรคการเมืองต่างๆ อีก 5 ฉบับ ซึ่งสภาผู้แทนราษฎรได้ตั้งคณะกรรมาธิการวิสามัญสภาผู้แทนราษฎรขึ้นมาพิจารณา เมื่อพิจารณาเสร็จแล้วให้ใช้ชื่อว่าร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม และได้ผ่านการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2532[17]

วุฒิสภาได้มีมติเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2533 เห็นชอบด้วยกับหลักการแห่งร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม ซึ่งสภาผู้แทนราษฎรเห็นชอบแล้ว และได้ตั้งคณะกรรมาธิการวิสามัญวุฒิสภาขึ้นมา เพื่อพิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว คณะกรรมาธิการวิสามัญวุฒิสภาได้แก้ไขร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมที่สภาผู้แทนราษฎรเห็นชอบแล้ว และวุฒิสภามีมติเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2533 เห็นชอบด้วยกับการแก้ไขเพิ่มเติมของคณะกรรมาธิการวิสามัญวุฒิสภา จึงได้มีการตั้งคณะกรรมาธิการร่วมทั้ง 2 สภา เพื่อพิจารณาร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมที่ได้มีการแก้ไข คณะกรรมาธิการร่วมทั้ง 2 สภา พิจารณาแล้วมีมติให้เป็นไปตามร่างที่ได้รับอนุมัติจากสภาผู้แทนราษฎร

วุฒิสภาได้มีมติเป็นเอกฉันท์ เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2533 ยืนยันตามร่างที่คณะกรรมาธิการร่วมทั้ง 2 สภาพิจารณา จึงถือว่าร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมได้รับความ

---

[16] แหล่งเดิม.

[17] แหล่งเดิม.

เห็นชอบของรัฐสภา ทำให้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2533 เป็นต้นไป และได้มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้น สังกัดกระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2533 โดยโอนงานของกรมประชาสงเคราะห์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกันสังคม และงานของสำนักงานของกองทุนเงินทดแทน กรมแรงงาน ไปอยู่ในสังกัดของสำนักงานประกันสังคม โดยมีนายอำพล สิงหโกวินท์ รองเลขาธิการเร่งรัดพัฒนาชนบท ผู้ซึ่งเคยเป็นผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนเงินทดแทนคนแรก กลับมาดำรงตำแหน่งเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคม ได้โอนมาอยู่ในสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ในวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2536

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เป็นหน่วยงานรับผิดชอบและให้การดูแลในเรื่องการประกันสังคมของไทยโดยตรง ซึ่งจะมีหน้าที่ดำเนินการจัดเก็บเงินสมทบ เพื่อนำไปใช้จ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนให้แก่ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพพลภาพ ตาย ทั้งที่เนื่องและไม่เนื่องจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ผู้ใช้แรงงานให้สามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข[18]

นอกจากนั้นสำนักงานประกันสังคมยังให้การดูแลลูกจ้างที่ประสบอันตรายจนถึงขั้นพิการ สูญเสียอวัยวะ หรือสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะบางส่วนของร่างกายด้วยการจัดให้ลูกจ้างเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการแพทย์และอาชีพในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพลูกจ้าง จังหวัดปทุมธานี เพื่อให้ลูกจ้างที่พิการสามารถกลับเข้าทำงานเดิมหรือประกอบอาชีพใหม่ได้โดยไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม

2.3 ปรัชญาที่ก่อให้เกิดระบบการประกันสังคม

มนุษย์ทุกคนย่อมอยากเป็นผู้ซึ่งมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่มีความแน่ใจว่าจะพึ่งพาได้ตลอดไป ทุกคนจึงพยายามพึ่งพาตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ดังเช่นคำสอนของพุทธศาสดาที่ว่า “ตนนั่นแหละเป็นที่พึ่งแห่งตน” โดยอาจจะให้ความช่วยเหลือผู้อื่นบ้างในบางโอกาสก็ได้ เช่น การให้ การบริจาค ซึ่งอาจมีครอบครัวหรือองค์กรเอกชนให้ความช่วยเหลือ เช่น วัด สถาบันการกุศล โดยไม่มีการรอรับความช่วยเหลือจากรัฐแต่ประการใด

ต่อมาเมื่อสังคมมีความเจริญก้าวหน้าเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมมาสู่สังคมอุตสาหกรรม ประชาชนเริ่มเข้ามาทำงานเป็นลูกจ้างตามโรงงานอุตสาหกรรม หรือสถานประกอบการ

---

[18] แหล่งเดิม.

ต่างๆ มากขึ้นทุกปี ปัญหาเรื่องความไม่มั่นคงในการดำรงชีวิตก็ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ประชาชนจึงเรียกร้องให้รัฐเข้าช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ โดยถือว่าเมื่อรัฐเก็บภาษีอากร ค่าธรรมเนียม หรือค่าบริการต่างๆ จากประชาชนไปแล้ว รัฐก็มีหน้าที่ต้องจัดบริการ สวัสดิการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาความไม่มั่นคงในการดำรงชีวิตให้ประชาชนด้วย สำหรับรัฐเองนั้นก็มีภาระหน้าที่มากมายในการบริหารประเทศ ซึ่งต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก เมื่อประชาชนเรียกร้องสิทธิมากขึ้น รัฐก็ต้องมีภาระหน้าที่มากขึ้นอันเป็นหนทางนำไปสู่การเรียกเก็บเงินภาษีและค่าธรรมเนียมมากยิ่งขึ้นด้วย

การเรียกร้องขอรับบริการจากรัฐนี้ น่าจะเป็นที่มาของปรัชญาการพึ่งพาอาศัยกัน[19]

เรื่องต่างๆ เหล่านี้ จึงกลับมาสู่การพิจารณาทางด้านปรัชญาอีกครั้งหนึ่งว่า ประชาชนควรพึ่งพา หรือช่วยเหลือตนเองเพียงใด และรัฐควรช่วยเหลือประชาชนเพียงใด

สำหรับข้อพิจารณาทางด้านปรัชญาแห่งการพึ่งพา มีแนวความคิดแบ่งได้เป็น 3 ประการ คือ

1) ประชาชนพึ่งตนเองทั้งหมด
2) ประชาชนพึ่งรัฐ รัฐพึ่งประชาชน
3) ประชาชนพึ่งรัฐทั้งหมดทุกด้าน

อย่างไรก็ดี เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า แนวความคิดแรกและแนวความคิดสุดท้ายคงเป็นไปไม่ได้ จึงเหลือทางเลือกอยู่เพียงแนวความคิดเดียว ซึ่งเป็นปัญหายุ่งยากมากกว่าที่ว่าแต่ละฝ่ายควรมีภาระรับผิดชอบเพียงใด ซึ่งมีแนวความคิดแบ่งออกได้เป็น 3 แนวทางด้วยกัน คือ

1) ประชาชนพึ่งตนเองให้มากที่สุด พึ่งรัฐให้น้อยที่สุด
2) ประชาชนพึ่งตนเองได้น้อย รัฐจำเป็นจะต้องเข้าไปช่วยเหลือ
3) ประชาชน – ภาคเอกชน – ภาครัฐ ต่างต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

สำหรับแนวความคิดที่ 1 ที่ว่า ประชาชนพึ่งตนเองให้มากที่สุด พึ่งรัฐให้น้อยที่สุดนั้นเป็นแนวคิดดั้งเดิม โดยเห็นว่าประชาชนเป็นผู้มีศักดิ์ศรีมีเกียรติแห่งความเป็นมนุษย์ การปล่อยให้รัฐเข้ามาช่วยเหลือจะทำให้สิทธิเสรีภาพของประชาชนลดน้อยลง และยังทำให้คนยากจนไม่สามารถรับผิดชอบตนเองได้อีกด้วย

ส่วนแนวความคิดที่ 2 ประชาชนพึ่งตนเองได้น้อย รัฐจำเป็นจะต้องเข้าไปช่วยเหลือนั้นมาจากเหตุผลที่คนยากจนไม่มีความรู้ไม่มีความสามารถที่จะต่อสู้กับการเอารัดเอาเปรียบกันทางสังคมได้ และหากรัฐไม่เข้าไปช่วยเหลือ อาจก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมได้ เช่น ปัญหาอาชญากรรม

---

[19] อมร รักษาสัตย์. (2533). *การสร้างความมั่นคงในสังคมด้วยการจัดสวัสดิการและการประกันสังคม แนวคิด ปรัชญา ประสบการณ์ในต่างประเทศและทางออกของไทย.* หน้า 11.

ปัญหาการก่อความไม่สงบ เป็นต้น ดังนั้น รัฐจึงควรเข้ามาช่วยให้ประชาชนมีหลักประกันในการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น

แนวความคิดที่ 3 ที่ว่า ประชาชน – ภาคเอกชน – ภาครัฐ ต่างต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกันนั้น เป็นแนวความคิดที่ดึงภาคเอกชนเข้ามาช่วยเหลือในการสร้างความมั่นคงให้กับสังคมโดยภาคเอกชนยังหมายความรวมถึงนายจ้างด้วย ซึ่งตามแนวความคิดดังกล่าวนี้ มีความเห็นว่า นายจ้างควรมีส่วนช่วยเหลือลูกจ้างในการจัดสวัสดิการ หรือช่วยออกค่าประกันต่างๆ แก่ลูกจ้าง และการที่ทุกฝ่ายให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันนั้น ย่อมจะทำให้การที่จะต้องพึ่งพารัฐลดลง ทั้งยังเป็นไปตามหลักการพึ่งพาตนเอง และช่วยเหลือกันโดยสมัครใจ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การช่วยเหลือกันนั้นมีผลทำให้ภาระของแต่ละฝ่ายลดน้อยลงด้วย

ฉะนั้น หลักของระบบการประกันสังคมนั้น อาจกล่าวได้ว่า เป็นผลมาจากการพัฒนาแนวความคิดต่างๆ และปรัชญา ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นแนวความคิดเกี่ยวกับการเมืองและสังคม แนวความคิดเกี่ยวกับการเสี่ยงภัย แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบร่วมกันในสังคม และปรัชญาแห่งการพึ่งพาก็ดี ระบบการประกันสังคมนั้นก็มีลักษณะให้ประชาชนผู้เสี่ยงภัยต้องช่วยเหลือตนเอง โดยมีรัฐให้ความช่วยเหลือในฐานะที่มีหน้าที่ดูแลทุกข์สุขของประชาชน และยังดึงนายจ้างเข้ามาร่วมโครงการเพื่อช่วยเหลืออีกด้วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนายจ้างเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากการทำงานของลูกจ้าง จึงควรมีส่วนช่วยเหลือดูแลการดำรงชีพของลูกจ้างบ้าง อย่างไรก็ตาม ก็สามารถกล่าวได้ว่า ระบบการประกันสังคม ตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวความคิดที่ว่า “ประชาชนพึ่งรัฐ รัฐพึ่งประชาชน” นั่นเอง

2.4 ความหมายของการประกันสังคม

การประกัน คือ การเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างผู้ประกันตนทุกคนที่ตกลงจะจ่ายเงินสมทบอย่างสม่ำเสมอ ตามช่วงเวลาที่กำหนด โดยมุ่งหวังเพื่อลดความเสี่ยงจากภัยต่างๆ เช่น โรคภัยไข้เจ็บ วินาศภัย เป็นต้น ค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตนหนึ่งราย ได้มาจากการนำเงินสมทบของผู้ประกันตนทุกรายมาเฉลี่ยกัน[20]

ระบบประกันสังคม คือ ระบบที่ให้การประกันต่อบุคคลในสังคมที่มีปัญหาหรือได้รับความเดือดร้อนทางการเงิน เนื่องจากการประสบเคราะห์ภัย หรือมีเหตุการณ์อันทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีพซึ่งต้องการได้รับความช่วยเหลือ การประกันสังคมจึงเป็นการร่วมมือกันระหว่างประชาชนในสังคมเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ด้วยการรวบรวมเงินทุนเข้าเป็นกองทุนร่วมกัน และเฉลี่ยความเสี่ยง หรือร่วมกันเสี่ยงต่อเคราะห์ภัยหรือปัญหาความเดือดร้อนที่อาจจะเกิดขึ้น หรือ

---

[20] นราพร ตุณจักรเสรี. (2536). *ประสิทธิภาพของการประกันสังคมไทย.* หน้า 25.

อาจกล่าวได้ว่าเป็นระบบสวัสดิการที่รัฐจัดให้มีขึ้นเพื่อให้หลักประกันแก่ประชาชนว่า ประชาชนจะได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจหรือด้านการเงินในระดับหนึ่งเมื่อเขาต้องประสบกับภาวะความเดือดร้อนจากการสูญเสียรายได้เนื่องจากการต้องว่างงาน จากการมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษอันส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตหรือความเป็นอยู่ ซึ่งประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการสร้างหลักประกันดังกล่าวก็ได้แก่ ผู้ที่ส่งเงินสมทบร่วมเป็นกองทุน ซึ่งได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขอันก่อให้เกิดสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองหรือได้รับประโยชน์ทดแทนการสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้น[21]

นอกจากที่ได้กล่าวถึงระบบประกันสังคมตามความหมายข้างต้นแล้ว ความหมายของประกันสังคมยังมีผู้ที่ให้ความหมายไว้เป็นจำนวนมาก ดังต่อไปนี้

จำลอง ศรีประสาธน์ ให้ความหมาย การประกันสังคม คือ มาตรการหนึ่งในการจัดสวัสดิการสังคม เพื่อคุ้มครองป้องกันประชาชนซึ่งมีรายได้ประจำมิให้ได้รับความเดือดร้อนในความเป็นอยู่ของชีวิต เมื่อต้องสูญเสียรายได้ทั้งหมด หรือบางส่วน หรือมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการครองชีพ[22]

นิคม จันทรวิทุร ได้กล่าวถึงการประกันสังคมว่า เป็นการร่วมมือกันระหว่างประชาชนในสังคม เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกรณีที่สมาชิกมีเคราะห์กรรม เกิดอุบัติเหตุ เจ็บป่วยล้มตาย ทุพพลภาพ ตกงาน หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ความหมายในปัจจุบันที่ได้ใช้กันมาในช่วง 50 ปีที่แล้ว ประกันสังคม คือโครงการที่รัฐได้จัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้หลักประกันแก่ประชาชนให้มีความมั่นคงในการดำรงชีพ[23]

ธีระ ศรีธรรมรักษ์ และคณะ ได้สรุปหลักการและแนวความคิดของการประกันสังคมไว้ว่า หลักการของประกันสังคมหรือของกฎหมายประกันสังคมที่ออกมาเพื่อใช้บังคับอย่างถูกต้องเหมาะสมและประสบความสำเร็จได้นั้นอยู่ที่การให้ประชาชนซึ่งอยู่ในสังคม และในประเทศนั้นร่วมกันเสี่ยงภัยร่วมกันออกเงินสมทบ เมื่อสมาชิกในกองทุนเกิดเคราะห์กรรมขึ้น ก็สามารถได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนซึ่งถือเป็นหลักการที่จะให้ประชาชนแต่ละคนมีส่วนช่วยในการช่วยเหลือตนเองและครอบครัว โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักการสำคัญ 5 ประการ คือ

1) หลักการบังคับ โดยให้ลูกจ้างทั้งหมดเข้ามาอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายมีการยกเว้นน้อยที่สุดเพื่อให้มีพื้นฐานการดำเนินงานที่กว้างขวางเพียงพอ

---

[21] วิจิตรา ฟุ้งลัดดา. (2533). "ระบบประกันสังคมของไทย." *วารสารนิติศาสตร์, 20, 2.* หน้า 152.

[22] จำลอง ศรีประสาธน์. (2531, พฤษภาคม – มิถุนายน). "สวัสดิการสังคมกับการประกันสังคม." *การประชาสงเคราะห์.* หน้า12.

[23] นิคม จันทรวิทุร ก (2533). *กฎหมายประกันสังคม 35 ปี แห่งการ่าฟันจนฝันเป็นจริง.* หน้า 4.

2) หลักการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข ลูกจ้างซึ่งมีฐานะดี รายได้สูง มีสุขภาพดี ความเสี่ยงภัยจากอันตรายต่างๆ น้อย แม้ว่าจะได้รับประโยชน์จากการประกันสังคมน้อยก็ต้องอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายประกันสังคมเพื่อเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขให้ลูกจ้างซึ่งยากจนมีรายได้ต่ำ

3) หลักสามฝ่ายร่วมรับภาระ นอกจากลูกจ้างต้องจ่ายเงินสมทบแล้ว นายจ้างและรัฐบาลควรมีส่วนร่วมรับภาระด้วย เพราะเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากลูกจ้าง

4) หลักจ่ายตามความสามารถตามความจำเป็น เป็นหลักในการคำนวณเงินสมทบที่ให้ถือรายได้ลูกจ้างเป็นเกณฑ์ ผู้ซึ่งมีรายได้สูงจะจ่ายมากกว่าผู้ซึ่งมีรายได้ต่ำ แต่ประโยชน์ที่ได้รับจะเท่าเทียมกันและจะได้เมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น เช่น ได้รับเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

5) หลักมาตรฐานขั้นต่ำ ประโยชน์ที่ได้รับจากการประกันสังคมต้องถือเป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่ลูกจ้างควรได้รับ กิจการที่อยู่นอกบังคับของกฎหมายประกันสังคมได้จะต้องมีมาตรฐานที่สูงกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายนี้เท่านั้น[24]

วิไลเดือน พรอนันต์ ระบุว่า การประกันสังคม หมายถึง ระบบที่นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลได้เข้ามามีส่วนร่วมกันดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการ และความจำเป็นของลูกจ้าง โดยทั้งสามฝ่ายเข้าร่วมส่งเงินสมทบเข้ากองทุน ซึ่งมีลักษณะเป็นการออมทรัพย์ ทั้งนี้กองทุนมีการบริหารงานในรูปที่ทั้งสามฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วม ส่วนประกอบของการประกันอาจครอบคลุมไปถึงการคลอดบุตร การสงเคราะห์บุตร การเจ็บป่วย การพิการ หรือทุพพลภาพ การชราภาพ การฌาปนกิจ และการว่างงาน แล้วแต่ความเหมาะสมของแต่ละประเทศ[25]

บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ ได้ให้ความหมายว่า ประกันสังคม หมายถึง โครงการที่รัฐบาลจัดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะสร้างความมั่นคงและหลักประกันให้แก่ประชาชน โดยมีการเก็บเงินส่วนหนึ่งจากประชาชนซึ่งมีรายได้ นำมาสมทบพร้อมกันเป็นกองทุนกลาง เพื่อนำไปช่วยเหลือประชาชนในกรณีที่ประสบเคราะห์กรรม เช่นอุบัติเหตุ เจ็บป่วย ทุพพลภาพ ในกรณีตกงานและชราภาพ โดยปกติ การประกันสังคมในชั้นต้นจะใช้บังคับแก่คนทำงานซึ่งรับค่าจ้างโดยคนงานและนายจ้าง เป็นผู้ส่งมอบเงินสมทบ และรัฐบาลออกเงินสมทบอีกส่วนหนึ่ง[26]

---

[24] ธีระ ศรีธรรมรักษ์ และคณะ. (2536). *ผลกระทบของกฎหมายประกันสังคมที่มีต่อลูกจ้างผู้ประกันตน* (รายงานการวิจัย). หน้า 7-8.

[25] วิไลเดือน พรอนันต์. (2535). *ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ประกันตนต่อการได้รับความคุ้มครองกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในจังหวัดสมุทรสาคร.* หน้า 25.

[26] บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ. (2535). *สภาพการบังคับใช้กฎหมายประกันสังคม* (รายงานการศึกษาสำรวจ). หน้า 1.

สุจริต ศรีประพันธ์ ได้ให้ความหมายว่า หลักประกันสังคมเป็นโครงการที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการเพื่อให้ความคุ้มครองป้องกันประชาชน ไม่ให้ได้รับความเดือดร้อนในด้านชีวิตความเป็นอยู่ โดยมีหลักการสำคัญที่จะช่วยตนเอง ช่วยครอบครัว และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การจัดกองทุนกลางซึ่งมีนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐออกเงินสมทบ พื้นฐานความคิดของการประกันสังคมตั้งอยู่บนทฤษฎีการกระจายความสูญเสียและการกำจัดปัจจัยเสี่ยง อันไปสู่กฎของการเฉลี่ยความเสี่ยงภัย ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความสุขและความทุกข์ในหมู่ประชาชนด้วยกัน โดยรัฐเป็นผู้เสริม[27]

วิชัย โถสุวรรณจินดา กล่าวว่า การประกันสังคม หมายถึง ระบบที่ทั้งนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลได้เข้ามามีส่วนร่วมกันดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นของลูกจ้าง โดยที่ทั้งสามฝ่ายร่วมกันส่งเงินสมทบเข้ากองทุน ซึ่งมีลักษณะเป็นการออมทรัพย์ ทั้งนี้กองทุนจะมีการบริหารในรูปที่ทั้งสามฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วม ส่วนประเภทของการประกันอาจครอบคลุมไปถึงการคลอดบุตร การสงเคราะห์บุตร การพิการ ทุพพลภาพ กรณีตกงาน และชราภาพ การฌาปนกิจ การประกันสุขภาพ และการจ้างงานได้ตามความเหมาะสมของแต่ละประเทศ[28]

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ ให้ความหมายว่า การประกันสังคม คือ การค้ำประกันในทางสุขภาพ และฐานะทางเศรษฐกิจของเอกชนแต่ละคน รวมตลอดถึงผู้อยู่ในความอุปการะเมื่อต้องเผชิญกับความขาดแคลนรายได้ อันเนื่องมาจากการสูญเสียรายได้ทั้งหมดหรือบางส่วนหรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ อันประกอบด้วยแบบการประกันหลายแบบที่มุ่งตรงต่อการให้ความคุ้มครองในอุบัติเหตุหรือความเดือดร้อนในกรณีที่มีการเจ็บป่วย คลอดบุตร ภยันตรายต่างๆ การพิการหรือทุพพลภาพ การชราภาพและการไร้งาน[29]

โดยสรุป การประกันสังคม คือ ระบบสวัสดิการรูปแบบหนึ่งที่ช่วยเหลือผู้มีรายได้ประจำให้มีหลักประกันสังคมในการดำรงชีพยามเดือดร้อน โดยมีหลักการให้รัฐบาล นายจ้าง และลูกจ้างร่วมกันออกเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม เพื่อนำเงินในกองทุนมาใช้จ่ายบำบัดความเดือดร้อนของสมาชิกในยามที่ไม่สามารถทำงานได้เป็นการสร้างหลักประกันสังคมในการดำรงชีวิตในกลุ่มสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อรับผิดชอบในการเฉลี่ยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย คลอดบุตร ตาย ทุพพลภาพ ชราภาพ หรือการว่างงาน เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาล และ

---

[27] สุจริต ศรีประพันธ์ . (2534). *ผลกระทบของระบบประกันสุขภาพต่อระบบบริการสาธารณสุข.* หน้า 2.

[28] วิชัย โถสุวรรณจินดา. (2533). *กฎหมายประกันสังคม.* หน้า 3.

[29] มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2538). *International Labour Organization: ILO.* หน้า 15.

มีรายได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคคลสามารถช่วยเหลือตนเอง เป็นการกระจายรายได้และมีส่วนช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการร่วมกันรับผิดชอบสังคม

2.4.1 ประเภทของการประกันและการจ่ายประโยชน์ทดแทน

1) การประกันการเจ็บป่วย (Sickness Insurance) การประกันประเภทนี้ถือหลักการที่ว่ามนุษย์ทุกคนเกิดมาแล้วต้องเจ็บป่วย จึงมีความมุ่งหมายที่จะให้ความคุ้มครองรายได้ที่ต้องสูญเสียไป และคุ้มครองค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตนอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ทั้งนี้การบาดเจ็บโดยสามัญธรรมดา (Ordinary Sickness) และในเหตุแห่งการเจ็บป่วยนั้นย่อมทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ หรือทำให้ต้องว่างงานในระหว่างการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุแห่งความเดือดร้อนและกระทบกระเทือนรายได้ในการยังชีพ

หลักการให้ประโยชน์ทดแทนสำหรับการประกันการเจ็บป่วยได้แยกออกเป็น 2 ประเภท คือ บริการทางแพทย์ (Medical-Care Service) ได้แก่ การตรวจโดยแพทย์ทั่วไป รวมทั้งการตรวจตามบ้าน การตรวจพิเศษ การจ่ายยาที่จำเป็น การทำฟัน และการฟื้นฟูทางการแพทย์ รวมทั้งอุปกรณ์การฟื้นฟู สำหรับวิธีการให้บริการรักษาพยาบาลจะมี 2 ระบบ คือ ให้บริการรักษาโดยสถานพยาบาลที่หน่วยงานประกันสังคมจัดตั้งขึ้นเองหรือให้บริการรักษาโดยสถานพยาบาลที่ได้ทำสัญญาเข้าร่วมในโครงการประกันสังคมและเนื่องจากการรักษาพยาบาลแต่ละครั้งจะมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างแพง ซึ่งได้แก่ค่าใช้จ่ายในการตรวจบำบัดรักษาทางการแพทย์ การใช้เวชภัณฑ์ ค่าที่พักในการรักษาตัวในโรงพยาบาล และการอำนวยความสะดวกในการรับ-ส่งตัวเข้ารักษาพยาบาล ดังนั้น ในการประกันการเจ็บป่วยจึงมักจะจำกัดช่วงเวลาของการรักษาพยาบาล เช่น การกำหนดการเจ็บป่วยครั้งหนึ่งต้องไม่เกิน 26 สัปดาห์ เป็นต้น สำหรับประโยชน์ทดแทนที่ให้แก่สมาชิกอีกประเภทหนึ่งก็คือ เงินทดแทนการขาดรายได้ ซึ่งจะจ่ายให้แก่ผู้ประกันตนที่ต้องขาดรายได้ลงไปในช่วงระยะเวลาที่ต้องหยุดงานเพราะเจ็บป่วย หรือเพื่อการรักษาพยาบาล (Cash Compensation or Wage)

2) การประกันการคลอดบุตร (Maternity Insurance) การประกันประเภทนี้มีความมุ่งหมายที่จะให้ความคุ้มครองสุขภาพของมารดาและบุตรให้ได้รับการรักษาพยาบาลเท่าที่จำเป็นและเพื่อให้ผู้ประกันตนหญิงแน่ใจว่าสามารถดูแลตนเองและบุตรในช่วงก่อนคลอดและหลังการคลอดได้

ส่วนหลักของการให้ประโยชน์ทดแทนก็ได้แยกเป็น บริการทางการแพทย์ ซึ่งได้แก่การตรวจรับฝากครรภ์ การให้เวชภัณฑ์ การรับทำคลอดในสถานพยาบาล การพักรักษาตัวในสถานพยาบาล และการอำนวยความสะดวกในการรับ-ส่งตัวเข้าสถานพยาบาลตามความจำเป็น สำหรับกรณีที่แท้งบุตรถือว่าเป็นการเจ็บป่วยและต้องรับประโยชน์ทดแทนในประเภทการประกันการเจ็บป่วย เงินทดแทนการขาดรายได้ จะจ่ายเป็นเงินทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนซึ่งต้องขาดรายได้ลงไปในช่วงระยะเวลาที่ต้องหยุดงาน สำหรับการคลอดบุตรนี้ได้มีการกำหนดให้จ่ายประโยชน์ทดแทน

ทั้งในช่วงของการหยุดงานก่อนคลอดและหลังคลอด ทั้งนี้ ตามอนุสัญญาขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ฉบับที่ 102 ได้กำหนดให้ประโยชน์ทดแทนในรูปของตัวเงินควรจะอยู่ในอัตราไม่น้อยกว่า 2ใน 3 ของรายได้ก่อนหน้าการหยุดงาน และให้จ่ายไม่ต่ำกว่า 12 สัปดาห์ของการหยุดงาน ซึ่งจะครอบคลุมระยะเวลาในช่วงก่อนคลอด 6 สัปดาห์ และหลังคลอด 6 สัปดาห์ ในบางโครงการการจ่ายค่าคลอดบุตรจะจ่ายเป็นเงินก้อนเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

3) การประกันทุพพลภาพ (Invalidity Insurance) การประกันประเภทนี้มีความมุ่งหมายที่จะให้ความคุ้มครองรายได้ของผู้ประกันตนซึ่งกลายสภาพเป็นผู้พิการทุพพลภาพจนไม่สามารถประกอบอาชีพให้มีรายได้สำหรับเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง โดยให้ได้รับเบี้ยเลี้ยงชีพ

หลักของการจ่ายประโยชน์ทดแทนแยกออกเป็น บริการทางการแพทย์ ซึ่งจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและอื่นๆ เช่นเดียวกับการบริการทางการแพทย์ที่ให้ในกรณีเจ็บป่วย เงินทดแทนการขาดรายได้ จะจ่ายเป็นเงินทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนซึ่งต้องขาดรายได้ลงไปในช่วงระยะเวลาที่หยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาล เงินเลี้ยงชีพหรือบำนาญสำหรับผู้พิการทุพพลภาพจะจ่ายให้ในกรณีที่มีการพิการทุพพลภาพอย่างถาวร และต้องสูญเสียความสามารถในการทำงานตั้งแต่ 2 ใน 3 ส่วน หรือร้อยละ 67 ของสมรรถภาพเดิม นอกจากนี้ยังมีความช่วยเหลือในด้านอื่นๆ ได้แก่ การให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน การให้แขนขาเทียม เครื่องพยุงกาย การจัดหางานที่เหมาะสมให้ทำ การให้เงินทุนประกอบอาชีพ

4) การประกันอุบัติเหตุและโรคอันเกิดจากการทำงาน (Employment Injury Insurance) การประกันประเภทนี้ถือหลักที่ว่า การสูญเสียรายได้อันเกิดจากการทำงานจะต้องได้รับการชดเชยจากนายจ้างหรือเจ้าของกิจการ ความมุ่งหมายของการประกันประเภทนี้จึงมีลักษณะแตกต่างไปจากการประกันประเภทอื่นๆ เพราะเป็นเรื่องการได้รับเงินหรือบริการเพื่อชดเชยการเจ็บป่วยหรือพิการทุพพลภาพ ซึ่งทำให้สูญเสียอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย จิตใจ และรายได้อันมีสาเหตุมาจากการทำงาน

ส่วนการจ่ายประโยชน์ทดแทน แยกออกดังนี้ บริการทางการแพทย์ ได้แก่ การรักษาพยาบาล การใช้เวชภัณฑ์ การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และการอำนวยความสะดวกในการรับ-ส่งตัวเข้ารักษาพยาบาล ส่วนเงินทดแทนการขาดรายได้ จะจ่ายชดเชยให้แก่ผู้ประกันตนหรือลูกจ้างซึ่งต้องขาดรายได้ลงไปในช่วงระยะเวลาที่ต้องหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาล เงินชดเชยความพิการทุพพลภาพ โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์ที่จะจ่ายเงินชดเชยให้ตามระดับของการทุพพลภาพที่มีผลทำให้สมรรถภาพในการทำงานของร่างกายต้องสูญไป

5) การประกันการตาย (Death Insurance) การประกันประเภทนี้มีความมุ่งหมายที่จะคุ้มครองความเดือดร้อนในเรื่องค่าใช้จ่ายในการจัดการศพของผู้ประกันตนซึ่งถึงแก่ความตายและคุ้มครองรายได้ของครอบครัวของผู้ประกันตนให้คงมีรายได้ต่อไป เพราะเมื่อหัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมลงแล้วก็จะเป็นสาเหตุแห่งความเดือดร้อนและกระทบกระเทือนรายได้ของบุคคลในครอบครัวในการยังชีพ

ส่วนหลักของการจ่ายประโยชน์ทดแทนจะครอบคลุมเงินค่าทำศพเพื่อให้ทายาทนำไปใช้จ่ายเป็นค่าจัดการศพของผู้ประกันตน เงินบำนาญทายาทจะจ่ายเป็นเงินบำนาญให้แก่ทายาทหรือผู้อยู่ในอุปการะซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เช่น บำนาญให้แก่หญิงหม้าย หรือชายหม้าย ซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองหรือไม่อาจช่วยเหลือตนเองได้และบุตรกำพร้า เป็นต้น

6) การประกันสงเคราะห์ครอบครัว (Family Allowances Insurance) การประกันประเภทนี้มีความมุ่งหมายที่ส่งเสริมรายได้ให้แก่ครอบครัวของผู้ประกันตนซึ่งมีบุตรเป็นประการสำคัญ หลักการจ่ายประโยชน์ทดแทนเพื่อเสริมรายได้ในการประกันประเภทนี้จะจ่ายเงินสงเคราะห์ครอบครัวให้เป็นรายงวดในจำนวนตามที่กำหนดไว้ เพื่อนำไปเลี้ยงดูเด็กซึ่งอยู่ในครอบครัวในช่วงระยะเวลาหรือตามเงื่อนไขที่กำหนดหรือจ่ายเป็นสิ่งของเครื่องใช้อันจำเป็นสำหรับเด็กตามจำนวนเด็กที่ได้มีการกำหนดไว้

7) การประกันการชราภาพ (Old-Age Insurance) การประกันประเภทนี้มีความมุ่งหมายที่จะให้ความคุ้มครองแก่คนทำงานซึ่งไม่สามารถหารายได้จากการทำงานได้อย่างเพียงพออันเป็นผลเนื่องมาจากความชรา และให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุซึ่งต้องออกจากงานอันเนื่องมาจากการเกษียณอายุทำให้ต้องขาดรายได้ประจำ อันเป็นสาเหตุแห่งความเดือดร้อนและกระทบกระเทือนต่อการยังชีพ

8) การประกันการว่างงาน (Unemployment Insurance) การประกันประเภทนี้มีความมุ่งหมายที่จะคุ้มครองรายได้อันเนื่องมาจากการต้องออกจากงานเพราะนายจ้างยุบเลิกตำแหน่งงาน เลิกกิจการ หรือให้ออกจากงาน โดยผู้ประกันตนไม่มีความผิด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อน จึงจะต้องให้ความช่วยเหลือทางการเงินให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ต่อไป

หลักการจ่ายประโยชน์ทดแทนมีดังนี้ เงินทดแทนการขาดรายได้จ่ายเป็นเงินโดยคำนวณจากรายได้ที่เคยได้รับอยู่ และจ่ายให้ช่วงระยะเวลาอันสมควรที่จะหางานทำได้ใหม่ จัดให้ฝึกอาชีพหรือพัฒนาฝีมือแรงงาน เพื่อให้หางานทำได้ง่ายขึ้น จัดหางานให้ทำตามความเหมาะสมและมีรายได้ใกล้เคียงกับรายได้เดิม[30]

---

[30] พันธ์เทพ เปาริก. (2546). *การประกันการว่างงานตามกฎหมาย.* หน้า 11-15.

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้เขียนขอกล่าวถึงรายละเอียดของสิทธิประโยชน์ 3 สิทธิประโยชน์ ได้แก่

1) กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน หรือนอกงาน ผู้ประกันตนซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน ดังนี้

(1) การบริการทางแพทย์ ผู้ประกันตนต้องเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ยกเว้นกรณีผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเพราะอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน หรือกรณีที่สำนักงานประกันสังคมยังไม่ได้ออกใบรับรองสิทธิให้ ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมประกาศกำหนด

การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยเหตุหรือกลุ่มโรค และบริการดังต่อไปนี้ ผู้ประกันตนไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์

ก. โรคจิต ยกเว้น กรณีเฉียบพลันซึ่งต้องทำการรักษาในทันทีและระยะเวลาในการรักษาไม่เกินสิบห้าวัน

ข. โรคหรือ การประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

ค. โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ไม่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี

ง. การฟอกเลือดด้วยไตเทียม ยกเว้น

1. กรณีไตวายเฉียบพลัน ที่มีระยะการรักษาไม่เกินหกสิบวันให้มีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์ คือ การฟอกโลหิต (Hemodiasyais) โดยจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 3,000 บาท ต่อสัปดาห์

2. กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้กับสถานพยาบาลโดยตรงในอัตราไม่เกิน 1,500 บาท ต่อครั้ง และไม่เกิน 3,000 บาท ต่อสัปดาห์

จ. การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ฉ. การรักษาที่อยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

ช. การรักษาภาวะที่มีบุตรยาก

ซ. การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการปลูกถ่ายไขกระดูกของผู้ประกันตน จ่ายค่าตรวจเนื้อเยื่อเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 7,000 บาท ต่อราย

ฌ. การตรวจใดๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้นๆ

ญ. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น

1. การปลูกถ่ายไขกระดูก ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เหมาจ่ายในอัตราเจ็ดแสนห้าหมื่นบาท ต่อราย

2. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา เหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ในอัตรา 20,000 บาท และให้ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย 5,000 บาท

ฎ. การเปลี่ยนเพศ

ฏ. การผสมเทียม

ฐ. การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น

ฑ. ทันตกรรม ยกเว้น การถอนฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูนให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 300 บาท ต่อครั้ง และไม่เกิน 600 บาท ต่อปี

ฒ. แว่นตา

(2) เงินทดแทนการขาดรายได้

กรณีผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในอัตราร้อยละห้าสิบของค่าจ้าง สำหรับการที่ผู้ประกันตนต้องหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาลตามคำสั่งแพทย์ครั้งหนึ่งไม่เกิน 90 วัน และในระยะเวลาหนึ่งปีปฏิทินต้องไม่เกิน 180 วัน เว้นแต่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้เกิน 180 วัน แต่ไม่เกิน 365 วัน

ก. กฎกระทรวง ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2534) ออกตามความในมาตรา 64 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้กำหนดโรคเรื้อรังไว้ คือ

1. โรคมะเร็ง

2. โรคเส้นเลือดในสมองผิดปกติ

3. โรคไตวายเรื้อรัง

4. โรคที่รักษาเกิน 180 วัน ติดต่อกันและในขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

ข. หลักเกณฑ์การรับเงินทดแทนการขาดรายได้

1. ผู้ประกันตนต้องหยุดงานตามคำสั่งแพทย์

2. ต้องปรากฏว่าผู้ประกันตนขาดรายได้จริงๆ ในระหว่างการหยุดงานตามคำสั่งแพทย์

3. ต้องหักจำนวนวันลาป่วยตามกฎหมายคุ้มครองแรงงานก่อนคำนวณเงินทดแทนการขาดรายได้

2) กรณีทุพพลภาพ

ผู้ประกันตนซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานจนเป็นเหตุให้ทุพพลภาพมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน ดังนี้

(1) การบริการทางการแพทย์ ผู้ประกันตนซึ่งทุพพลภาพมีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท ไม่ว่าการเข้ารับบริการทางการแพทย์ดังกล่าวจะเกี่ยวเนื่องกับการทุพพลภาพหรือไม่ก็ตาม

(2) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ทุพพลภาพตามมาตรา 70 (6) เป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังต่อไปนี้

ก. ค่าใช้จ่ายในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจและอาชีพเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินสี่หมื่นบาทต่อราย

ข. ค่าใช้จ่ายในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายตาม (1) ในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายทางกายภาพบำบัดหรืออาชีวบำบัดให้จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายทางกายภาพบำบัดครั้งละไม่เกินหนึ่งร้อยบาท

2. ค่าใช้จ่ายทางอาชีวบำบัดครั้งละไม่เกินห้าสิบบาท

ค. ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพตาม (1) ให้จ่ายเฉพาะที่เป็นการฝึกตามหลักสูตรที่หน่วยงานในสำนักงานเป็นผู้ดำเนินการ ตามอัตราที่กำหนดในประกาศสำนักงานประกันสังคมเรื่องกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ทุพพลภาพ

(3) เงินทดแทนการขาดรายได้ ผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้จำนวนร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยเป็นระยะเวลาตลอดชีวิต

(4) ถ้าผู้ทุพพลภาพถึงแก่ความตาย จะได้รับประโยชน์ทดแทนคือ

ก. เงินค่าทำศพ 40,000 บาท

ข. เงินสงเคราะห์แก่ทายาท ตามหลักเกณฑ์คำนวณเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีตายโดยนำเงินทดแทนการขาดรายได้ที่ผู้ประกันตนได้รับในเดือนสุดท้ายก่อนตายมาเป็นเกณฑ์ในการคำนวณ

3) กรณีคลอดบุตร[31]

หลักเกณฑ์และสิทธิประโยชน์

การตรวจสอบสิทธิ:

1. ตรวจสอบว่าผู้ประกันตนเป็นลูกจ้างในสถานประกอบการที่ได้รับการลดส่วนกรณีคลอดบุตรหรือไม่ ถ้าใช่ให้วินิจฉัยเป็นกรณีไม่มีสิทธิ

2. ตรวจสอบประวัติการขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรของผู้ประกันตน ถ้าเคยใช้สิทธิครบ 2 ครั้ง แล้วให้วินิจฉัยเป็นกรณีไม่มีสิทธิ

3. ตรวจสอบวันที่คลอดบุตร

4. คลอดบุตรก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ใช้สิทธิตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร ลงวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2548

5. คลอดบุตรตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ใช้สิทธิตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีคลอดบุตร ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549

6. ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบครบ 7 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนคลอดบุตร มีสิทธิเบิกค่าคลอดบุตรได้ คำว่า 7 เดือนภายใน 15 เดือน คือ เดือนที่คลอดไม่นับสิทธิการนับย้อนหลังไป 15 เดือน (1 ปี 3 เดือน) มีเงินสมทบครบ 7 เดือน ตัวอย่างเช่น ประกันตนหญิงรายหนึ่งใช้สิทธิเบิกค่าคลอดบุตรคนแรกไปเมื่อปี พ.ศ. 2547 หลังจากนั้นออกจากงานและได้กลับเข้ามาทำงานอีกครั้งเดือนธันวาคม 2550 ตั้งครรภ์มา 5 เดือน และมาคลอดเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 นับย้อนไป 15 เดือน จากเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ผู้ประกันตนรายนี้มีเงินสมทบเพียง 3 เดือน จึงไม่มีสิทธิเบิกค่าคลอดบุตรคนที่ 2

การวินิจฉัย:

1. คลอดบุตรก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550

ก. ตรวจสอบสถานที่คลอดบุตร ถ้าเป็นสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯหรือเครือข่ายของสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯของผู้ประกันตนหรือของคู่สมรสหรือของสามีหรือไม่ ถ้าใช่ให้วินิจฉัยเป็นกรณีไม่มีสิทธิ

---

[31] สำนักงานประกันสังคม. (ม.ป.ป.). การคลอดบุตร. สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2555, จาก *www.sso.go.th/wpr/ca*

ข. ถ้าไม่ใช่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯหรือเครือข่ายให้วินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายกรณีคลอดบุตรให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา 6,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง

2. คลอดบุตรตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 เวลา 00.00 น.

ก. คลอดบุตรที่ใดก็ได้ ให้วินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย กรณีคลอดบุตรให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา 12,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง

ข. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีคลอดบุตรในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 แต่มีการคลอดบุตรตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ตั้งแต่เวลา 00.00 น. เป็นต้นไป สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯยังต้องรับผิดชอบจนสิ้นสุด การรักษาผู้ประกันตนไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล และผู้ประกันตนสามารถนำสูติบัตรมาขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรได้ ให้วินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายกรณีคลอดบุตรให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา 12,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง

ค. สำหรับผู้ประกันตนหญิงมีสิทธิรับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรเหมาจ่ายในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 90 วัน

หมายเหตุ : กรณีสามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ให้ใช้สิทธิในการเบิกค่าคลอดบุตรรวมกันไม่เกิน 4 ครั้ง โดยบุตรที่นำมาใช้สิทธิเบิกค่าคลอดบุตรแล้วไม่สามารถนำมาขอรับค่าคลอดบุตรได้อีก

3. คลอดบุตรตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 เป็นต้นไป

ตามประกาศของคณะกรรมการการแพทย์ตาม พระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร ประกาศ ณ วันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2553 โดยประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 เป็นต้นไป

ก. คลอดบุตรที่ใดก็ได้ ให้วินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย กรณีคลอดบุตรให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา 13,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง

ข. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีคลอดบุตรในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 แต่มีการคลอดบุตรตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 ตั้งแต่เวลา 00.00 น. เป็นต้นไป ในกรณีที่ผู้ประกันตนเจ็บป่วยในช่วงที่มีการตั้งครรภ์ ให้ผู้ประกันตน เข้าทำการรักษา ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่ารักษาพยาบาล ส่วนการเบิกค่าคลอดบุตรให้วินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายกรณีคลอดบุตรให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา 13,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง

ค. สำหรับผู้ประกันตนหญิงมีสิทธิรับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตร เหมาจ่ายในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 90 วัน

หมายเหตุ : กรณี สามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ให้ใช้สิทธิในการเบิกค่าคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 4 ครั้ง โดยบุตรที่นำมาใช้สิทธิเบิกค่าคลอดบุตรแล้วไม่สามารถนำมาขอรับค่าคลอดบุตร ได้อีก

การเบิกสิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตรที่เริ่มจ่ายตั้งแต่ปี 2535-2554

1) เงินค่าคลอดบุตรเหมาจ่ายจำนวน 13,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง (เริ่มจ่าย วันที่ 1 มกราคม 2554 - ปัจจุบัน)

2) เงินค่าคลอดบุตรเหมาจ่ายจำนวน 12,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง (เริ่มจ่าย วันที่ 1 มกราคม 2550)

3) เงินค่าคลอดบุตรเหมาจ่ายจำนวน 6,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง (เริ่มจ่าย วันที่ 13 เมษายน 2547)

4) เงินค่าคลอดบุตรเหมาจ่ายจำนวน 4,000 บาทต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง (เริ่มจ่าย วันที่ 30 มีนาคม 2538)

5) เงินค่าคลอดบุตรเหมาจ่ายจำนวน 3,000 บาทต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง (เริ่มจ่าย วันที่ 3 กันยายน 2535)

2.4.2 ความหมายของค่ารักษาพยาบาล

การรักษาพยาบาล หมายถึง การรักษาบุคคลซึ่งไม่สบายเพราะความเจ็บไข้ ความเจ็บป่วย ตลอดจนความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิต และแพทย์ลงความเห็นว่า จำเป็นต้องทำการรักษาให้กลับสู่สภาพปกติ มิฉะนั้นจะเกิดอันตรายแก่สุขภาพของผู้ป่วย หมายความรวมถึง การตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อประโยชน์ทางด้านสาธารณสุข[32]

สถานพยาบาลของทางราชการ หมายความว่า สถานพยาบาลของทางราชการตาม กฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน และให้หมายความรวมถึงสถานพยาบาลของ กรุงเทพมหานคร รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ สภากาชาดไทย คุรุสภา สมาคมปราบวัณโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก และ สถานพยาบาลอื่นที่กระทรวงการคลังกำหนด

โรงพยาบาล หมายความถึง สถานพยาบาลใดๆ ที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวง สาธารณสุขให้ประกอบการเป็นโรงพยาบาล และจัดให้มีการรักษาพยาบาล ตรวจวินิจฉัยโรค

---

[32] สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย. (ม.ป.ป.) การรักษาพยาบาล. สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2555, จาก *http://www.oic.or.th*

ทำศัลยกรรม-ผ่าตัดใหญ่ (MAJOR SURGERY) โดยมีเตียงสำหรับคนไข้ใน เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยโรคและผ่าตัดเท่าที่จำเป็นและมีแพทย์ประจำอย่างน้อย 1 คน และให้การบริการตลอด 24 ชั่วโมง[33]

สถานพยาบาลของเอกชน หมายความว่า

1) เป็นสถานพยาบาลของเอกชนที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตั้งแต่ 26 เตียงขึ้นไป ซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้งหรือดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

2) ในท้องที่อำเภอหรือเขตใดไม่มีสถานพยาบาลของเอกชนตาม (1) ผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยภายในจากสถานพยาบาลของเอกชนที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตั้งแต่ 11-25 เตียง ซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้งหรือดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลอยู่ก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2529 ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้

3) ในท้องที่อำเภอหรือเขตใดยังไม่มีสถานพยาบาลของเอกชนตาม (1) และ (2) ผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยภายในจากสถานพยาบาลของเอกชนอื่นที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้งหรือดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลอยู่ก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2529 ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้

ผู้ป่วยภายใน หมายความว่า ผู้ซึ่งเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และสถานพยาบาลได้รับไว้โดยได้ลงทะเบียนประวัติรับผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาล และได้พักค้างคืนในสถานพยาบาลนั้น

ผู้ป่วยภายนอก หมายความว่า ผู้ซึ่งเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และสถานพยาบาลไม่ได้รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในสถานพยาบาลนั้น คือเมื่อได้ตรวจและรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยแล้วก็ให้กลับบ้านได้

ค่ารักษาพยาบาล หมายถึง เงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บในการรักษาพยาบาล ดังนี้

1) ค่ายา ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยา หรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่นๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค

2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม

3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค แต่ไม่รวมถึงค่าจ้างผู้พยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ

4) ค่าห้องและค่าอาหารตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล

5) ค่าตรวจสุขภาพประจำปี [34]

---

[33] เมืองไทยประกันชีวิต. (2550). *กรมธรรม์เลขที่ 1040736951.* หน้า 13.

[34] Audit.obec.go.th. (ม.ป.ป.). ค่ารักษาพยาบาล. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2555, จาก *audit.obec.go.th/hospi/karuksa21-09-50.Doc*

2.5 การให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานของสถานพยาบาลภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533[35]

เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมไม่มีโรงพยาบาลเป็นของตนเอง โรงพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์เป็นโรงพยาบาลของเอกชนหรือของหน่วยงานอื่น ทำให้ไม่สามารถควบคุมมาตรฐานในการให้การบริการทางการแพทย์ได้ ปัญหาต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อผู้ประกันตนจึงแก้ไขได้ยาก โรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งที่มีปริมาณงานล้นมืออยู่แล้ว ปฏิเสธที่จะร่วมโครงการประกันสังคม แต่โดยเหตุที่การประกันสังคมเป็นนโยบายของรัฐ และการให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนเป็นนโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง คณะรัฐมนตรีจึงมีมติให้โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งต้องเข้าร่วมในโครงการประกันสังคม

โดยที่การจัดบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีสิ่งที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยทั่วไป คือผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบล่วงหน้าไปแล้ว ผู้ประกันตนจึงมีความคาดหวังสูงต่อการได้รับบริการทางการแพทย์ที่สะดวก รวดเร็ว และมีการรวมกลุ่มเพื่อการต่อรองค่อนข้างสูง และเพื่อความสะดวกในการรับบริการทางการแพทย์ คณะกรรมการแพทย์ได้อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 15 (2) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้มีมติกำหนดมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ของสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ตามมติคณะกรรมการประกันสังคมเกี่ยวกับโรงพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนไว้ 11 มาตรฐาน ทำให้โรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมต้องมีการพัฒนาด้านต่างๆ เพื่อจัดบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและผู้รับบริการพึงพอใจ และจะต้องจัดให้กับประชาชนโดยทั่วไปอย่างเท่าเทียมกันไว้เป็นแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งจากการศึกษามาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม เห็นว่ามาตรฐานการบริการทั่วไป มาตรฐานการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มาตรฐานการบริการผู้ป่วยนอก มาตรฐานการบริการผู้ป่วยใน และมาตรฐานบริการเภสัชกรรม เป็นส่วนบริการที่ลูกจ้างผู้ประกันตนได้สัมผัสในการใช้บริการมากที่สุด โดยมีรายละเอียดดังนี้

---

[35] สาทิตย์ สาลีผล. (2551). *ความคาดหวังต่อมาตรฐานการบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนสำนักงานประกันสังคม:ศึกษากรณีสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมของจังหวัดนครปฐม.* หน้า 30-35.

มาตรฐานการบริการทั่วไป

1) มีอาคารสถานที่ อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการบริการทางการแพทย์และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมแก่ชุมชน

(1) มีสถานที่ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับการบริการทางการแพทย์

1. มีสถานที่อำนวยความสะดวก และส่งเสริมความปลอดภัยในการบริการผู้ป่วย เช่น ที่จอดรถ ทางลำเลียงผู้ป่วยไปสู่จุดบริการและห้องพัก ช่องทางหนีไฟสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น

2. มีความสะอาดของสถานที่ มีน้ำสะอาดสำหรับบริโภคและอุปโภคอย่างเพียงพอ

3. มีระบบไฟสำรองฉุกเฉิน

4. มีเครื่องดับเพลิงที่ใช้การได้

(2) มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

1. มีระบบหรือวิธีกำจัดขยะ (ทั้งประเภทติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ)

2. มีระบบบำบัดน้ำเสีย

2) มีเจ้าหน้าที่เพียงพอทั้งในด้านจำนวนและคุณภาพ

(1) แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

(2) ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ต้องเป็นสมาชิกของชมรม หรือสมาคมวิชาชีพ หรือราชวิทยาลัยที่ได้รับการรับรองจากองค์กรที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ

(3) มีจำนวนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ไม่น้อยกว่าที่กำหนดในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล

(4) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประจำทำงานเต็มเวลาอย่างน้อยในสาขาอายุรกรรมทั่วไป ศัลยกรรมทั่วไป สูตินรีเวชกรรม และศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

มาตรฐานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

1) มีความพร้อมของอาคารสถานที่และเครื่องมืออุปกรณ์ รวมทั้งยานพาหนะสำหรับส่งผู้ป่วย

(1) สถานที่มีความเหมาะสมและเห็นได้ง่าย

1. อย่างน้อยรับผู้ป่วยได้ไม่น้อยกว่า 2 เตียง

2. มองเห็นได้ง่ายทั้งจากภายนอกและภายในอาคาร โดยมีเครื่องหมายแสดงอย่างชัดเจน

3. รถพยาบาลเข้าถึงได้โดยสะดวกทั้งรับและส่งต่อผู้ป่วย ประตูอาคารกว้างมากพอสำหรับรถเข็นผู้ป่วย

4. มีการรักษาความสะอาดและมีระบบถ่ายเทอากาศที่ถูกสุขลักษณะ

(2) มีความพร้อมในด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการให้บริการและมีความพร้อมที่จะใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1. สำหรับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่จำเป็น เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยในกรณีต่างๆ เช่น CARDIAC ARREST, IMPAIRED AIRWAY, BURN, ACCIDENT, POLSONING, SHOCK, HEMORRHAGE, CARDIAC ARRHYTHMIA, CONVULSIVE DISORDER, OTHER EMERGENCY MEDICAL CASES ซึ่งมีครุภัณฑ์ที่จำเป็น ได้แก่

ก. เครื่องให้ออกซิเจน

ข. เครื่องดูดเสมหะ

ค. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ง. เครื่องกระตุ้นหัวใจ (DEFIBRILLATOR)

จ. โคมไฟผ่าตัด และเตียงผ่าตัดฉุกเฉิน

2. มีชุดเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับทำการปฏิบัติการทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ได้แก่ ชุด SUTURE, DIAGNOSTICLAVAGE, VENESECTION, TRACHEOSTOMY, CHEST DRAIN

3. มีรถเข็นฟื้นชีพผู้ป่วย (EMERGENCY CART) ซึ่งบรรจุเครื่องมืออุปกรณ์และยาที่สามารถใช้ปฏิบัติงานได้ทันที

4. มีชุดเครื่องมือสำหรับการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่ เช่น MASK หมวก แว่นตา ถุงมือ พลาสติกกันเปื้อน

(3) มีรถพยาบาลที่พร้อมจะรับ-ส่ง ผู้ป่วยหนัก

1. รถอยู่ในสภาพดีพร้อมใช้งานอย่างน้อย 1 คัน พร้อมคนขับ

2. มีอุปกรณ์ครบถ้วนและพร้อมที่จะปฏิบัติงานที่จำเป็น ได้แก่ SUCTION, AMBU BAG, ENDOTRACHEAL TUBE, OXYGEN, LARYNGOSCOPE, MOUTH GAG

3. มีเจ้าหน้าที่ซึ่งมีศักยภาพพร้อมจะปฏิบัติงานประจำรถตลอดเวลาทำการ

2) มีกำลังคนด้านการแพทย์ซึ่งพร้อมจะปฏิบัติงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

(1) มีแพทย์ประจำตลอด 24 ชั่วโมง 1 คน

(2) มีพยาบาลอย่างน้อย 2 คน ในแต่ละเวรตลอด 24 ชั่วโมง และอย่างน้อย 1 คน ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ

(3) เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพ และได้รับการฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอ

มาตรฐานบริการผู้ป่วยนอก

1) มีอาคารสถานที่ที่เหมาะสมและสะดวกสำหรับผู้รับบริการ

(1) ห้องตรวจ

ก. จำนวนห้องตรวจเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย

ข. ทางเข้าห้องตรวจกว้างพอสำหรับรถนั่งหรือรถเข็นผู้ป่วยผ่านได้สะดวก

(2) เครื่องหมาย

ก. มีป้ายบอกชื่อหน่วยบริการชัดเจน และมีขนาดที่มองเห็นได้จากระยะที่สมควร

ข. มีเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่

2) มีระบบบริหารและบริการที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยระยะเวลาที่ใช้สำหรับการรอคอย การพบแพทย์และอื่นๆ ต้องไม่นานเกินควร

(1) เวลาที่ต้องใช้ในการลงทะเบียนและทำบัตรผู้ป่วยไม่เกิน 30 นาที

(2) ระยะเวลารอตรวจโรคไม่เกิน 1 ชั่วโมง

(3) ระยะเวลารอรับยาและชำระเงินไม่เกิน 30 นาที

(4) เวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยพบแพทย์ในการตรวจไม่ต่ำกว่าคนละ 5 นาที

(5) ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการทั้งหมดไม่เกิน 3 ชั่วโมง ในกรณีการตรวจทั่วไป

มาตรฐานบริการผู้ป่วยใน

1) มีอาคารหอผู้ป่วยและอุปกรณ์ประจำตึกพร้อมที่จะให้บริการผู้ป่วยในได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(1) มีพื้นที่เพียงพอและได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง ระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 1 เมตร ระยะห่างระหว่างท้ายเตียง ไม่น้อยกว่า 2.5 เมตร

(2) ห้องน้ำห้องส้วมได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง (อย่างน้อยห้องส้วม 1 ห้องต่อเตียงผู้ป่วย 6 เตียง)

(3) มีอ่างล้างมือที่สะดวกในการใช้

(4) มีโครงสร้างความปลอดภัยสำหรับตึกสูงตั้งแต่ 3 ชั้นขึ้นไป ตัวอาคารจะต้องมีบันไดหนีไฟ ลิฟต์หรือทางลาด

(5) มี OXYGEN SUPPLY และเครื่อง SUCTION สำหรับใช้กรณีที่จำเป็น

(6) มีอุปกรณ์สำหรับขอความเชื่อเหลือจากพยาบาลทุกเตียง เช่น กริ่งกดเรียก และควรมีสัญญาณทั้งระบบเสียงและแสงตรงหน้าที่ทำการพยาบาล

(7) มีม่านกั้นเป็นสัดส่วนระหว่างเตียง

(8) จำนวนเตียงไม่มากกว่า 35 เตียง สำหรับห้องรวมทั่วไป

(9) มีระบบรักษาความสะอาด ระบบถ่ายเทอากาศระบบแสงสว่าง และมีเครื่องมือดับเพลิง

(10) มีห้องรักษาพยาบาล (TREATMENT ROOM)

(11) มีห้อง NURSE STATION

(12) มีรถพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินประจำหอผู้ป่วย (EMERGENCY CART)

2) มีเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความรู้ความสามารถในจำนวนที่เหมาะสมไว้บริการผู้ป่วยใน

(1) แพทย์เวรในอย่างน้อย 1 คน

(2) พยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในบริการผู้ป่วยใน พยาบาลและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ต่อเตียงเท่ากับ 1 : 8 สำหรับแต่ละเวร และแต่ละเวรจะต้องมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน (หรือคิดเป็นสัดส่วน 1 คน : 30 เตียง)

มาตรฐานบริการเภสัชกรรม

1) สถานพยาบาลมีอุปกรณ์และสถานที่เหมาะสม สำหรับการเก็บรักษาและการเตรียมยา

(1) มีระบบการเก็บรักษายาในคลังยาที่เหมาะสม

ก. มีการแยกเก็บยาอย่างเป็นสัดส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาฆ่าเชื้อ ยาอันตรายต่างๆ และยาใช้สำหรับภายนอกต้องเก็บแยกจากยากินและยาฉีด

ข. มีการเก็บยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิอย่างเหมาะสม ตู้เย็นที่เก็บสามารถรักษาระดับอุณหภูมิที่ต้องการได้

ค. มีการเก็บยาหมดอายุแยกไว้ต่างหาก

(2) มีระบบการเก็บรักษายาในหอผู้ป่วยและหน่วยบริการอื่นๆ อย่างเหมาะสม

ก. มีการแยกเก็บยาอย่างเป็นสัดส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาฆ่าเชื้อ ยาอันตรายต่างๆ และยาใช้สำหรับภายนอกต้องเก็บแยกจากยากินและยาเม็ด

ข. มีการเก็บยาหมดอายุไว้ต่างหาก

ค. มีการเก็บยาฉุกเฉินไว้พอเพียงและเหมาะสม

2) มีเภสัชกรปริญญาซึ่งมีความรู้ความสามารถเหมาะสมเป็นหัวหน้าควบคุมดูแลงานบริการเภสัชกรรม และมีเจ้าหน้าที่พอเหมาะกับขนาดของโรงพยาบาล

3) มีระบบบริการและระบบบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(1) มีรายการยาที่จำเป็นพอเพียงแก่การให้บริการ ซึ่งเป็นยาที่มีคุณภาพโดยผลิตจากโรงงานที่ได้มาตรฐาน GMP

(2) มียาฉุกเฉินและ ANTIDOTE พอเพียงในคลังยา

(3) ในการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยจะต้องมีการเขียนฉลากยาที่สมบูรณ์ (ชื่อยา ชื่อผู้ป่วย วิธีการ ขนาดการใช้ยา และวันที่)

DPU

บทที่ 3
มาตรการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตน ในกฎหมายประกันสังคมและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องของไทย เปรียบเทียบกับต่างประเทศ

เมื่อมนุษย์เราประสบอันตรายจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย ก็เป็นที่แน่นอนว่าต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลหรือคลินิก โดยถ้าหากเป็นผู้ซึ่งมีความสามารถทางด้านการเงินก็จะไม่เกิดปัญหาจากการที่ต้องใช้จ่าย เพื่อรับการรักษาพยาบาลอย่างดีที่สุด แต่ทว่าหากเป็นผู้ซึ่งด้อยความสามารถทางด้านการเงิน ก็จะทำให้เห็นว่าการที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลหรือคลินิกที่มีชื่อเสียง และเพื่อให้ตนได้รับการรักษาอย่างดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุดก็ย่อมเป็นเรื่องยาก ดังนั้น เมื่อวิวัฒนาการทางการแพทย์ได้ก้าวหน้าขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็สูงตามไปด้วย อาทิ ค่าปรึกษาแพทย์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเวชภัณฑ์ เป็นต้น ก็ยิ่งทำให้ความสามารถในการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ดีมีประสิทธิภาพเป็นไปได้ยากขึ้นไปอีก โดยผู้ซึ่งไม่สามารถเลือกการเข้ารับการรักษาพยาบาลได้มากนักก็อาจจะเป็นบุคคลผู้มีรายได้น้อย หรือลูกจ้างซึ่งมีรายได้ไม่สูงมาก ส่วนบุคคลซึ่งมีรายได้มากหรือบุคคลซึ่งมีความแข็งแกร่งทางด้านการเงินก็ย่อมจะสามารถหาหลักประกันในการคุ้มครองสุขภาพของตนเองได้[1]

ซึ่งในการรับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของผู้ประกันตนบางส่วนที่เป็นปัญหาหลักทำให้ผู้ประกันไม่พอใจ มีสาเหตุเนื่องจากมีความไม่มั่นใจในมาตรฐานของการรักษาพยาบาล และบริการต่างๆ ผู้ประกันตนจึงมีความต้องการให้มีการแก้ไขปัญหาการให้บริการของสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ได้แก่ เรื่องความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ คุณภาพการให้บริการยา และเจ้าหน้าที่ไม่เอาใจใส่ หรือให้ความสนใจน้อย เมื่อเทียบกับผู้ป่วยประเภทอื่น จากปัญหาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า เมื่อพิจารณาในแง่ของความคาดหวังต่อมาตรฐานการรักษา ความพึงพอใจคุณภาพการรักษา และการปฏิบัติต่อคนไข้ผู้ประกันตน ยังคงต้องมีการปรับปรุงเพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ประกันตนในการเข้ารับบริการ ประกอบกับผู้ประกันตนไม่ค่อย

---

[1] พิมล เกษมเสาวภาคย์. (2553). *ปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมเปรียบเทียบกับการประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาคเอกชน.* หน้า 60.

ใส่ใจในสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ตนเองพึงได้รับ ส่งผลให้ผู้ประกันตนไม่ได้ใช้สิทธิที่พึงได้อย่างเต็มที่ และบางครั้งถูกสถานพยาบาลเอาเปรียบ เช่น การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติม หรือการเรียกเก็บค่ารักษาล่วงหน้าและผู้ประกันตนไปเบิกกับสำนักงานประกันสังคมเอง จึงเป็นปัญหาที่ต้องเร่งแก้ไข ดังนั้นสำนักงานประกันสังคม จึงต้องคำนึงถึงผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมว่ามีความคาดหวังและความคิดเห็นต่อบริการทางการแพทย์อย่างไร ข้อมูลเหล่านี้นอกจากจะสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพบริการของโรงพยาบาลแล้ว ยังทำให้เห็นถึงปัญหาในการบริการและแนวทางในการแก้ไขเพื่อตอบสนองความต้องการความคาดหวังของผู้ประกันตนในกระบวนการให้บริการ

ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้เขียนจึงใคร่ขอยกกรณีศึกษาขึ้นมาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม ทั้งในเรื่องการบริการทางการแพทย์ ในเรื่องการจำกัดโรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล และในเรื่องขอบเขตเงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม ดังต่อไปนี้

3.1 มาตรการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม

กฎหมายประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้กำหนดประโยชน์ทดแทนไว้ทั้งสิ้น 7 ประเภท โดยที่ประโยชน์ทดแทนนั้นเป็นความช่วยเหลือที่กองทุนประกันสังคมให้แก่ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิในกรณีที่ผู้ประกันตนประสบเคราะห์ภัยหรือได้รับความเดือดร้อน โดยผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบครบตามระยะเวลาที่ก่อให้เกิดสิทธิรับประโยชน์ทดแทน ได้แก่

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

สำหรับหลักสากลโดยทั่วไปแล้วจะแบ่งการประกันสังคมออกเป็น 8 ประเภท โดยนอกเหนือจากการประกันสังคมทั้ง 7 ประเภทแล้ว ที่ได้กำหนดไว้ในกฎหมายประกันสังคมฉบับปัจจุบันของไทยดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีการประกันสังคมกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

เนื่องจากการทำงานอีกประเภทหนึ่ง[2] แต่สำหรับกฎหมายไทยนั้นได้กำหนดให้ความคุ้มครองลูกจ้างกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานไว้ก่อนที่จะมีกฎหมายประกันสังคมโดยจะอยู่ในเรื่องของกฎหมายเงินทดแทนที่เป็นระบบทวิภาคีที่เป็นการจ่ายเงินสมทบโดยนายจ้างและลูกจ้าง อันเป็นกฎหมายภาคบังคับอีกฉบับหนึ่งและเป็นกฎหมายที่คุ้มครองลูกจ้างหากลูกจ้างประสบอันตรายขณะทำงานหรือในเวลาทำงานเกี่ยวกับการงาน หรือเจ็บป่วยอันเนื่องจากการงานหรือทำงานอันเกี่ยวเนื่องกับประโยชน์ของนายจ้าง[3]

ซึ่งผู้เขียนขอยกมาเป็นกรณีศึกษา 3 ประเภทเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม ในประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายประกันสังคม ได้แก่

1) ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
2) ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร
3) ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ

3.1.1 เรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม

ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานประกันสังคมซึ่งเป็นโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ทำสัญญาให้บริการทางการแพทย์กับสำนักงานประกันสังคม เพื่อประโยชน์ของผู้ประกันตน ทั้งโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐบาลและของเอกชนรวมกันแล้วประมาณ 243 แห่ง ในจำนวนนี้เป็นของรัฐบาลจำนวน 131 แห่ง และเป็นของเอกชนอีก 112 แห่ง โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลทั้งหมดนี้ได้ทำสัญญาโดยตรงกับสำนักงานประกันสังคมเพื่อผูกพันในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน นอกจากนั้นก็ยังมีโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในเครือข่ายของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลหลักที่ทำสัญญาโดยตรงดังกล่าว อีกจำนวน 1,900 กว่าแห่ง ซึ่งหากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลหลักไม่สามารถให้บริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึงหรือให้บริการได้ไม่เพียงพอ ก็สามารถส่งผู้ประกันตนไปยังโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในเครือข่ายเหล่านี้ เพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวก รวดเร็ว และได้รับบริการอย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น โดยผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบของบริการ

---

[2] วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา) วิเชียรชม. (2540). *กฎหมายประกันสังคม.* หน้า 26.

[3] ธีระ ศรีธรรมรักษ์. (2551). *เอกสารประกอบการสอนวิชากฎหมายแรงงานกับปัญหาแรงงาน "วิเคราะห์พระราชบัญญัติประกันสังคม.* หน้า 11.

ทางการแพทย์ สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลดังกล่าวด้วยการแสดงบัตรรับรองสิทธิ[4]

การให้บริการการรักษาพยาบาลภายใต้กฎหมายประกันสังคม เป็นการให้บริการในระบบเหมาจ่าย (Capitation) คือ เป็นวิธีการที่กองทุนประกันสังคมใช้อยู่ขณะนี้ โดยการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่สถานพยาบาล ตามรายหัวของผู้เอาประกันภัยที่เลือกรักษากับสถานพยาบาลนั้นๆ โดยไม่คำนึงว่าผู้ประกันตนจะเจ็บป่วยหรือไม่ และด้วยวิธีการนี้สถานพยาบาลจะถูกบังคับทางอ้อมให้เน้นการให้บริการแบบป้องกันและลดต้นทุน[5]

โรงพยาบาลที่ให้บริการภายใต้โครงการประกันสังคม มี 3 ระดับ คือ

1) สถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main Contractor) หรือเรียกว่า สถานพยาบาลประกันสังคม

2) สถานพยาบาลคู่สัญญาระดับรอง (Sub Contractor) หรือเรียกว่า สถานพยาบาลเครือข่าย

3) สถานพยาบาลคู่สัญญาระดับสูงกว่า (Supra Contractor)

สถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main Contractor)

เป็นสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ซึ่งมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน โดยสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายในอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้แก่สถานพยาบาล

สถานพยาบาลคู่สัญญาระดับรอง (Sub Contractor)

เป็นสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักเพื่อรับช่วงการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจากสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก การมีสถานพยาบาลเครือข่ายเพื่อจุดมุ่งหมายในการให้ความสะดวกต่อผู้ประกันตนได้มากขึ้น ผู้ประกันตนซึ่งเป็นสมาชิกของสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักสามารถเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลเครือข่ายได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น เพียงแต่แสดงการเป็นสมาชิกของสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักนั้น

---

[4] "บัตรรับรองสิทธิ" หมายถึง บัตรรับรองสิทธิเพื่อการรักษาพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมออกให้แก่ผู้ประกันตน (ข้อ 3 แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่องกำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์. ลงวันที่ 30 มีนาคม 2528).

[5] ปาริชาติ ศรีประเสริฐ. (2541). *การให้ความคุ้มครองในระบบประกันสังคม: ศึกษาเปรียบเทียบโครงการประกันสังคมของประเทศไทยและฟิลิปปินส์.* หน้า 39.

สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักจะเป็นผู้จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลเครือข่ายตามข้อตกลงที่ได้กระทำไว้ต่อกัน

สถานพยาบาลคู่สัญญาระดับสูงกว่า (Supra Contractor)

เป็นสถานพยาบาลที่สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักกับสำนักงานประกันสังคมมีการส่งต่อผู้ประกันตนเพื่อเข้ารับการรักษาโรค เพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนซึ่งเกินขีดความสามารถที่สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักจะให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนได้ ดังนั้นจึงเป็นสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงในการให้การรักษาพยาบาลหรือเป็นสถานพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะกรณีที่สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักไม่สามารถรักษาผู้ป่วยได้ สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักจะต้องมีระบบการส่งต่อ (Referral System) ผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลคู่สัญญาในระดับที่สูงกว่าเพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น[6]

สำหรับขั้นตอนการรักษาพยาบาล ผู้ประกันตนที่ป่วยจะต้องไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่ตนเป็นสมาชิก หรือเครือข่ายของโรงพยาบาลนั้นๆ ทั้งนี้โรงพยาบาลจะให้การรักษาโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด แต่หากผู้ประกันตนไม่สามารถไปรักษายังโรงพยาบาลที่กำหนดก็สามารถเข้ารับการรักษายังโรงพยาบาลที่นอกเหนือจากการที่กำหนดได้ โดยสามารถนำใบเสร็จมาเบิกคืนได้ในอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด เฉพาะในกรณีฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุเท่านั้น[7]

การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม

เงินค่าบริการทางการแพทย์ คืออะไร

เงินตอบแทนค่าบริการทางการแพทย์และค่ารักษาพยาบาลผู้ประกันตนซึ่งเป็นผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้แก่สถานพยาบาล ที่ได้ทำความตกลงกันไว้ ตามจำนวนสมาชิกซึ่งขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาล และมีการกำหนดอัตราที่จะจ่ายให้สถานพยาบาลโดยไม่คำนึงถึงจำนวนกิจกรรม หรือรายการที่แพทย์ต้องการรักษาตามประกาศสำนักงานประกันสังคมเรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ประกาศ ณ วันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2539 ได้กำหนดให้ผู้ประกันตนประสบ

---

[6] กองประสานการแพทย์ฯ สำนักงานประกันสังคม (มิถุนายน 2542) หน้า 2-3.

[7] ปาริชาติศรีประเสริฐ. (2541). *การให้ความคุ้มครองในระบบประกันสังคม:ศึกษาเปรียบเทียบโครงการประกันสังคมของประเทศไทยและฟิลิปปินส์.* หน้า 40.

อันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานได้รับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้ผู้ประกันตนผู้นั้นมีสิทธิไปรับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

1) ให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและบำบัดทางการแพทย์จนสิ้นสุดการรักษา

2) ให้ได้รับบริการการกินอยู่และการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลสำหรับคนไข้ใน

3) ให้ได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐานไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ

4) ให้ได้รับการจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

5) ให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยมีการให้สุขศึกษา และภูมิคุ้มกันโรคตามโครงการแห่งชาติ

ประเภทการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์

1) การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ในระบบเหมาจ่าย (Capitation)

2) การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Additional Payment For High Cost Medical Service)

3) การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุ/กรณีฉุกเฉิน/กรณีไม่มีบัตรรับรองสิทธิ

4) การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราการใช้บริการ (Utilization Related)[8]

สำหรับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์นี้ ผู้ประกันตนจะมีสิทธิได้รับสำหรับการประกันสังคมกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน กรณีคลอดบุตร และกรณีทุพพลภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1.1.1 ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน[9]

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข

การประกันสังคมเป็นเรื่องสำคัญที่รัฐบาลของประเทศต่างๆ ในโลกส่วนใหญ่นำระบบประกันสังคมไปใช้ในการให้หลักประกันชีวิตแก่ประชาชนของตน ตั้งแต่เกิดจนตายหลักประกันสังคมมีคุณลักษณะดังนี้

1. เป็นระบบการของการเฉลี่ยทุกข์-เฉลี่ยสุขซึ่งกันและกันระหว่างมวลสมาชิกซึ่งโดยทั่วไปรัฐบาลของประเทศจะให้ความสำคัญแก่บุคคลซึ่งทำงาน มีรายได้และอยู่ในระบบ

---

[8] แหล่งเดิม. หน้า 27.

[9] สำนักงานประกันสังคม. (ม.ป.ป.). ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานหรือนอกงาน. สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2555, จาก *www.sso.go.th/wpr/ca*

แรงงานก่อน และจะขยายความคุ้มครองไปสู่ผู้ทำงานซึ่งมีรายได้นอกระบบ การจ้างงานปกติ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่า แรงงานนอกระบบ

2. เงินสมทบที่เก็บไปนั้นจะสะสมเป็นกองทุน ซึ่งจะให้สิทธิประโยชน์เฉพาะกับบุคคลที่ส่งเงินสมทบ ซึ่งประเทศไทย เรียกว่า "ผู้ประกันตน" เท่านั้น

3. การเก็บเงินสมทบซึ่งถือว่าเป็นภาษีพิเศษจะเก็บจากบุคคลซึ่งกฎหมายกำหนดเท่านั้น ทั้งความสำเร็จประการหนึ่งของการประกันสังคม ก็คือ เป้าหมายหลักที่จะทำให้การประกันสังคมสามารถครอบคลุมทุกตัวบุคคลของประชาชนในชาติ (Universal Coverage) ในอนาคต

เมื่อจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือนภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนเดือนรับบริการทางการแพทย์และเลือกโรงพยาบาลแล้ว ผู้ประกันตนจะได้รับ “บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล” ซึ่งบัตรจะมีชื่อของผู้ประกันตน และชื่อสถานพยาบาลที่เลือกไว้แต่ไม่มีภาพถ่ายติด จึงต้องใช้ควบคู่กับบัตรประจำตัวประชาชนการเข้ารับการรักษาไม่ว่าจะเป็น “ผู้ป่วยนอก” คือ ผู้ป่วยไปพบแพทย์ฯ ตรวจรักษาจัดยาให้แล้วกลับบ้านหรือนอนรักษาเป็น “ผู้ป่วยใน” ค่ารักษาที่เกิดขึ้นทั้งหมดในโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ผู้ประกันตนไม่ต้องจ่าย ยกเว้นขออยู่ห้องพิเศษหรือขอแพทย์พิเศษเอง สถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือกถือเป็นสถานพยาบาลหลัก (Main Contractor) ซึ่งสถานพยาบาลหลักนั้นอาจมีสถานพยาบาลเครือข่าย (Sub Contractor) เช่น โรงพยาบาลเล็กๆ หรือคลินิก เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ประกันตน โดยผู้ประกันตนสามารถเข้าไปรักษาพยาบาลได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ในขณะเดียวกันถ้าโรคบางโรค โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลรักษาไม่ได้ เช่น การผ่าตัดหัวใจ ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลก็จะส่งตัวไปรักษากับโรงพยาบาลระดับสูง (Supra Contractor) (โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนซึ่งเกินขีดความสามารถของสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลจะให้บริการแก่ผู้ประกันตนได้) ที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลนั้นทำข้อตกลงไว้ โดยค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจะอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

ผู้ประกันตนจะได้รับบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลเมื่อส่งเงินสมทบครบ 3 เดือนภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนเดือนรับบริการทางการแพทย์โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล คือ โรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือกเองสามารถเปลี่ยนแปลงได้ปีละ 1 ครั้งช่วงเดือนมกราคม – มีนาคม ของทุกปี

สิทธิที่ผู้ประกันตนจะได้รับ

บริการทางการแพทย์ รวมถึงค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดการรักษาโรค ตามประกาศสำนักงานประกันสังคมเรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน แบ่งเป็น 10 กรณี

1. เจ็บป่วยปกติ
2. เจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ
3. ค่าบริการทางการแพทย์ กรณีทันตกรรม (ถอนฟัน อุดฟันและขูดหินปูน)
4. กรณีบำบัดทดแทนไตได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวรการผ่าตัดปลูกถ่ายไตการผ่าตัดเปลี่ยนไตและการให้ยาอิธิโธรปัวอิติน (Erythropoietin)
5. กรณีปลูกถ่ายไขกระดูก (วงเงิน 750,000 บาท)
6. กรณีเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา (วงเงิน 25,000 บาท)
7. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (เช่น เท้าเทียม แขนเทียม ไม้ค้ำยัน เป็นต้น เบิกได้ตามรายการประกาศที่สำนักสังคมกำหนด)
8. กรณีโรคเอดส์ (ผู้ประกันตนสามารถรับยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งพื้นฐานสูตรทางเลือกและสูตรดื้อยารวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ที่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย)
9. กรณีที่มีสิทธิแต่ยังไม่มีบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (เบิกได้เช่นเดียวกันกับกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินหากจำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเกิน 72 ชั่วโมง ให้รับแจ้งสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่/จังหวัด/สาขา เพื่อสามารถเบิกค่ารักษาได้ถึงวันที่ออกจากโรงพยาบาล)
10. กรณีไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ (14 โรคยกเว้น)

กรณีเจ็บป่วยทั่วไป

ผู้ประกันตนเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย

ตามประกาศของคณะกรรมการการแพทย์ตาม พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (โรคจิต) ประกาศ ณ วันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2553 โดยประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 เป็นต้นไปกรณีที่ผู้ประกันตนเข้าใช้สิทธิการรักษาตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลโรคจิตสามารถเข้าทำการรักษาได้ที่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลที่เลือกไว้โดยไม่เสียค่ารักษาพยาบาล

ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่ท่านเลือกตามบัตรรับรองสิทธิหรือสถานพยาบาลเครือข่ายโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ และได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ระหว่างที่หยุดพักรักษาตัวตามคำสั่งแพทย์ในจำนวนครึ่งหนึ่งของค่าจ้างตามจำนวนวันที่หยุดจริงไม่เกินครั้งละ 90 วัน และไม่เกิน 180 วันในหนึ่งปี หากเจ็บป่วยเรื้อรังจะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ไม่เกิน 365 วัน ผู้ประกันตนเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่ท่านเลือกตามบัตรรับรองสิทธิ หรือสถานพยาบาลเครือข่ายโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ และได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ระหว่างที่หยุดพักรักษาตัวตามคำสั่งแพทย์ในจำนวนครึ่งหนึ่งของค่าจ้างตามจำนวนวันที่หยุดจริงไม่เกินครั้งละ 90 วัน และไม่เกิน 180 วันในหนึ่งปี หากเจ็บป่วยเรื้อรังจะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ไม่เกิน 365 วัน

กรณีผู้ประกันตนประสงค์จะทำหมัน

ผู้ประกันตนสามารถเข้าทำหมันได้ โดยเข้าโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือกไว้ในสถานพยาบาลนั้นๆ

โรงพยาบาลบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลตั้งเบิกกับทางสำนักงานประกันสังคมตามกฎหมาย

ผู้ประกันตนชายจ่ายจริงไม่เกิน 500 บาท/ราย

ผู้ประกันตนหญิงจ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท/ราย

กรณีผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษากับสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เว้นแต่ 14 โรคยกเว้นตามประกาศของสำนักงานประกันสังคมเท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่แล้วโรคที่ยกเว้นการให้สิทธิในการรักษาจะไม่ใช่ความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต เช่น การเสริมสวย การรักษาการมีบุตรยาก ผสมเทียม แว่นตา การใช้สารเสพติด การเปลี่ยนเพศ เป็นต้น รวมถึงการจงใจทำร้ายตนเองหรือยินยอมให้ผู้อื่นทำร้ายเช่นการฆ่าตัวตายจะไม่สามารถใช้สิทธิกรณีเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพและกรณีตาย (ค่าทำศพ) ของกองทุนประกันสังคมได้

บัญชีรายการโรคเรื้อรังตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ มีดังนี้

1) โรคเบาหวาน
2) โรคความดันโลหิตสูง
3) ตับอักเสบเรื้อรังหรือตับแข็ง
4) หัวใจล้มเหลว
5) โรค CVA
6) โรคมะเร็ง
7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

8) โรคถุงลมโป่งพอง

โดยหลักฐานที่ต้องใช้แสดงเพื่อขอรับบริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาล ได้แก่

1) บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

2) บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้

หมายเหตุ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯและประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯที่ใช้ด้วย

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

1) แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน (สปส.2-01)

2) ใบรับรองแพทย์ (ระบุข้อมูลโดยละเอียด)

3) ใบเสร็จรับเงิน (กรณีฉุกเฉินไม่เข้าโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ)

4) หนังสือรับรองจากนายจ้าง (กรณีเบิกเงินทดแทนการขาดรายได้)

5) สำเนาบัตรประชาชน

6) สถิติวันลาของผู้ยื่นคำขอ

7) หลักฐานอื่นๆ ที่ทางเจ้าหน้าที่ขอเพิ่มเติม

8) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอ (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร) 9 ธนาคาร ได้แก่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารธนชาติ จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย และธนาคารซีไอเอ็มบีไทย จำกัด (มหาชน)

กรณีประสบอันตรายหรือบาดเจ็บฉุกเฉิน

ประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2544 (ประกาศกรณีฉุกเฉิน)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข

ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายกรณีผู้ประกันตนไม่สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลเนื่องจากประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดและแจ้งโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลโดยเร็ว โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ตามความจำเป็นไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับตั้งแต่เวลาที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์

โดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการและโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล จะต้องรับผิดชอบการให้บริการทางการแพทย์ต่อจากโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลนับตั้งแต่เวลาที่ได้รับแจ้ง สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นก่อนการแจ้ง ซึ่งผู้ประกันตนสำรองจ่ายสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉินหรือประสบอันตรายได้ดังนี้

1) ถ้าเป็นโรงพยาบาลรัฐบาล จ่ายให้ตามจริงตามความจำเป็นพร้อมค่าห้อง ค่าอาหาร เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินวันละ 700 บาท

2) ถ้าเป็นโรงพยาบาลเอกชน จ่ายให้ดังนี้

กรณีผู้ป่วยนอก (กรณีที่ไม่เข้าโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ)

1) สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท

2) สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เท่าที่จ่ายจริงเกิน 1,000 บาทได้หากมีการตรวจรักษาเพิ่มเติมตามรายการในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ดังนี้

(1) การได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 500 บาท ต่อยูนิต

(2) สารต่อต้านพิษจากเชื้อบาดทะยักชนิดทำจากมนุษย์ เท่าที่จ่ายจริง 400 บาทต่อราย

(3) ค่าฉีดวัคซีน/เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

1. Rabies Vaccine เฉพาะเข็มแรกเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 200 บาท

2. Rabies antiserum-ERIG เฉพาะเข็มแรกเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท

3. Rabies antiserum-HRIG เฉพาะเข็มแรกเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 8,000 บาท

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์กำหนด

(4) อัลตร้าซาวด์เฉพาะกรณีภาวะฉุกเฉินเฉียบพลันในช่องท้อง เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท ต่อราย

(5) CT-SCAN เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 4,000 บาทหรือ MRI เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 8,000 บาท ต่อราย ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์กำหนด

(6) การขูดมดลูกเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 2,500 บาท ต่อรายเฉพาะกรณีที่มีภาวะตกเลือดหลังการคลอดหรือภาวะตกเลือดจากการแท้งบุตร

(7) ค่าฟื้นคืนชีพรวมค่ายาและอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 4,000 บาท ต่อราย

(8) กรณีที่มีการสังเกตอาการในห้องสังเกตอาการตั้งแต่ 3 ชั่วโมงขึ้นไปเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 200 บาท ต่อราย

ผู้ป่วยใน (กรณีที่ไม่เข้าตามโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ)

1) ค่ารักษาพยาบาล กรณีที่ไม่ได้รักษาในห้อง ICU เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ 2,000 บาท

2) ค่าห้องและค่าอาหารเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ 700 บาท

3) ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาล กรณีที่รักษาอยู่ในห้อง ICU เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินวันละ 4,500 บาท

4) กรณีที่มีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่

(1) ค่าผ่าตัดไม่เกิน 1 ชั่วโมง เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 8,000 บาท

(2) ค่าผ่าตัดเกิน 1 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 2 ชั่วโมงเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 12,000 บาท

(3) ค่าผ่าตัดเกิน 2 ชั่วโมงขึ้นไปเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 16,000 บาท

5) ค่าฟื้นคืนชีพรวมค่ายาและอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 4,000 บาท ต่อราย

6) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและ / หรือ เอกซเรย์ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินรายละ 1,000 บาท ต่อราย

7) ค่าตรวจวินิจฉัยพิเศษ มีดังนี้

(1) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG, ECG) เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 300 บาท ต่อราย

(2) ตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อน ความถี่สูง เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาทต่อราย

(3) ตรวจคลื่นสมอง (EEG) เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 350 บาท ต่อราย

(4) ตรวจ Ultrasound เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท ต่อราย

(5) ค่าสวนเส้นเลือดหัวใจและเอกซเรย์ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 15,000 บาท ต่อราย

(6) ค่าส่องกล้อง ยกเว้น Proctoscopy เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาท ต่อราย

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

(8) CT-SCAN เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 4,000 บาท หรือ MRI เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท ต่อราย ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์กำหนด

กรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายฉุกเฉินผู้ประกันตนสามารถขอรับค่าบริการทางการแพทย์ได้โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง

วิธีการเบิกสิทธิประโยชน์

1) ทดรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน

2) ขอใบรับรองแพทย์ระบุเหตุผลของการฉุกเฉินหรือมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน/อุบัติเหตุถึงอาการที่เกิดขึ้นว่ามีอย่างไรบ้าง

3) ขอใบเสร็จรับเงินแสดงค่าใช้จ่ายโดยละเอียดเบิกคืนได้กับสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่/จังหวัด/สาขาตามอัตราที่ประกาศได้ทุกแห่งทั่วประเทศ

หลักเกณฑ์อาการฉุกเฉินวัดจาก

(1) ดูอาการป่วย

(2) สถานที่

(3) เวลา

(4) สาเหตุ

โดยหลักฐานที่ต้องใช้แสดงเพื่อขอรับบริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาล ได้แก่

1) บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

2) บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

1) แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน (สปส.2-01)

2) ใบรับรองแพทย์ (ระบุอาการที่เกิดขึ้นโดยละเอียด)

3) ใบเสร็จรับเงิน (กรณีฉุกเฉินไม่เข้าโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ)

4) หนังสือรับรองจากนายจ้าง (กรณีเบิกเงินทดแทนการขาดรายได้)

5) สถิติวันลาของผู้ยื่นคำขอ

6) เอกสารหลักฐานอื่นหาเจ้าหน้าที่ขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

7) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ธนาคารหน้าแรกที่มีชื่อ–เลขที่บัญชี (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร) มี 9 ธนาคาร ได้แก่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารธนชาติ จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย และธนาคารซีไอเอ็มบีไทย จำกัด (มหาชน)

8) หากผู้ขอรับประโยชน์ทดแทนไม่พอใจคำสั่งจ่ายประโยชน์ทดแทนสามารถยื่นอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่ง

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2544 (ประกาศกรณีฉุกเฉิน)

เนื่องจากมีความจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยเร่งด่วน มิฉะนั้นอาจจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่เกิดเหตุที่สุด

โดยผู้ประกันตนหรือญาติหรือผู้เกี่ยวข้องจะต้องรีบแจ้งให้โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ทราบโดยด่วน เพื่อจะได้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อไป สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นก่อนการแจ้งให้โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ทราบสำนักงานประกันสังคมจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายใน 3 วัน (72 ชั่วโมง) ตามประเภทและอัตราที่ประกาศกำหนด

ส่วนค่าใช้จ่าย ที่เกิดเนื่องจากมีความจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยเร่งด่วน มิฉะนั้นอาจจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ผู้ประกันตนสามารถ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่เกิดเหตุที่สุด โดยผู้ประกันตนหรือญาติหรือผู้เกี่ยวข้อง จะต้องรีบแจ้งให้โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ทราบโดยด่วน เพื่อจะได้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อไป สำหรับค่ารักษาพยาบาล ที่เกิดขึ้นก่อนการแจ้งให้โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ทราบสำนักงานประกันสังคมจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายใน 3 วัน (72 ชั่วโมง) ตามประเภทและอัตราที่ประกาศกำหนด ส่วนค่าใช้จ่าย ที่เกินอยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลตามบัตรฯ ได้รับแจ้ง

เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ ไม่ว่ากรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถเบิกได้ ดังนี้

1) ผู้ป่วยนอก สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น

2) ผู้ป่วยใน สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง ยกเว้น ค่าห้องและอาหารเบิกได้ไม่เกินวันละ 700 บาท

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ประกันตนสามารถขอรับค่าบริการทางการแพทย์ได้โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง

เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน

1) กรณีผู้ป่วยนอก

(1) สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 1,000 บาท

(2) สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงเกินครั้งละ 1,000 บาท ได้หากมีการตรวจรักษาตามรายการในประกาศ ดังนี้

1. การให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด การฉีดสารต่อต้านพิษจากเชื้อบาดทะยัก

2. การฉีดวัคซีนหรือเซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเฉพาะเข็มแรก การตรวจอัลตร้าซาวด์

3. กรณีที่มีภาวะฉุกเฉินเฉียบพลันในช่องท้อง การตรวจด้วย CT-SCAN หรือ MRI จ่ายตามเงื่อนไขที่กำหนดการขูดมดลูก

4. กรณีตกเลือดหลังคลอดหรือตกเลือดจากการแท้งบุตร ค่าฟื้นคืนชีพและ

5. กรณีที่มีการสังเกตอาการในห้องสังเกตอาการตั้งแต่ 3 ชั่วโมงขึ้นไป

2) กรณีผู้ป่วยใน

(1) ค่ารักษาพยาบาล กรณีที่ไม่ได้รักษาในห้อง ICU เบิกได้ไม่เกินวันละ 2,000 บาท

(2) ค่าห้องและค่าอาหารไม่เกินวันละ 700 บาท

(3) ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาลกรณีที่รักษาในห้อง ICU เบิกได้ไม่เกินวันละ 4,500 บาท

(4) กรณีที่มีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ เบิกได้ไม่เกินครั้งละ 8,000 - 16,000 บาท ตามระยะเวลาการผ่าตัด

(5) การฟื้นคืนชีพรวมค่ายาและอุปกรณ์ไม่เกิน 4,000 บาท

(6) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และหรือเอ็กซเรย์ เบิกได้ในวงเงินไม่เกินรายละ 1,000 บาท

(7) กรณีมีความจำเป็นต้องตรวจวินิจฉัยพิเศษได้แก่ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง การตรวจคลื่นสมอง การตรวจอัลตร้าซาวด์ การสวนเส้นเลือดหัวใจและเอกซเรย์ การส่องกล้อง การตรวจด้วยการฉีดสี การตรวจด้วย CT-SCAN หรือMRI จ่ายตามเงื่อนไขที่กำหนด

ค่าพาหนะกรณีย้ายสถานพยาบาล

การเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีฉุกเฉินหรือประสบอันตรายโรงพยาบาลที่รักษา โรงพยาบาลแรกส่งไปรักษาโรงพยาบาลที่สองซึ่งไม่ใช่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลภายในเขตจังหวัด

1. ค่ารักษาพยาบาลหรือเรือพยาบาล เบิกคืนได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 500 บาท
2. ค่ารักษาพยาบาลหรือรถส่วนบุคคล หรือพาหนะอื่นๆ เบิกคืนเหมาจ่าย 300 บาท
3. ข้ามเขตจังหวัด เบิกเพิ่มได้อีกกิโลเมตรละ 6 บาท (ตามระยะทางของกรมทางหลวง)

กรณีทันตกรรม (ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และใส่ฟันเทียม)

ตามประกาศของคณะกรรมการการแพทย์ตาม พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนใน กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ทันตกรรม) ประกาศ ณ วันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2553โดยประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่

เนื่องจากการทำงาน โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทันตกรรม เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศ ณ วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2554 เป็นต้นไป (ประกาศกรณีทันตกรรม)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข

1) การถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และผ่าตัดฟันคุดให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 300 บาท ต่อครั้ง และไม่เกิน 600 บาท ต่อปี

2) กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์และค่าฟันเทียมเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 1,500 บาท ภายในระยะเวลา 5 ปี นับแต่วันที่ใส่ฟันเทียมนั้น ตามหลักเกณฑ์ดังนี้

(1) 1-5 ซี่เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 1,300 บาท

(2) มากกว่า 5 ซี่เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 1,500 บาท

3) กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์และค่าฟันเทียมเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 4,400 บาท ภายในระยะเวลา 5 ปีนับตั้งแต่วันที่ใส่ฟันเทียมนั้น ตามหลักเกณฑ์ดังนี้

(1) ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่างเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 2,400 บาท

(2) ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่างเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 4,400 บาท

กรณีการบำบัดทดแทนไต

ด้วยคณะกรรมการการแพทย์ได้ออกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 กันยายน 2554 โดยปรับปรุงสิทธิประโยชน์กรณีการบำบัดทดแทนไต สำหรับผู้ประกันตนซึ่งเจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

1) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในอัตราไม่เกิน 1,500 บาท ต่อครั้งและไม่เกิน 4,500 บาท ต่อสัปดาห์สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน (กรณีผู้ประกันตนเป็นไตหลังจากการเป็นผู้ประกันตน)

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

3) ค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ในอัตราไม่เกินเดือนละ 20,000 บาท สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

4) ค่าวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ในอัตราไม่เกิน 20,000 บาท ต่อราย ต่อ 2 ปี สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

5) กรณีผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนการเป็นผู้ประกันตนที่ยื่นขอใช้สิทธิให้มีสิทธิดังนี้

(1) กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรค่าวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์และค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายอยู่

(2) กรณีผู้ประกันตนได้รับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวรแล้วล้มเหลว ให้มีสิทธิเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายอยู่

(3) กรณีผู้ประกันตนประสงค์ใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้มีสิทธิเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในอัตราไม่เกิน 1,000 บาท ต่อครั้ง และไม่เกิน 3,000 บาท ต่อสัปดาห์ กรณีค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพร้อมอุปกรณ์และค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ให้ได้รับสิทธิตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายอยู่ (กรณีผู้ประกันตนเป็นโรคไตหรือมีการปลูกถ่ายไตก่อนการเป็นผู้ประกันตน)

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไต

1) บทนิยาม

การบำบัดทดแทนไต หมายความว่า กรรมวิธีบำบัดทดแทนการทำงานของไต เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเกือบปกติ

2) หลักเกณฑ์ที่ผู้มีสิทธิยื่นขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต

(1) กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรต้องเป็นผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามหลักวิชาการแพทย์

(2) กรณีการปลูกถ่ายไต ต้องเป็นผู้ประกันตนซึ่งเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามหลักวิชาการแพทย์และไม่เป็นโรคดังกล่าวมาก่อนการเป็นผู้ประกันตนคราวที่ยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต

3) ผู้ประกันตนซึ่งเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิรับบริการทางการแพทย์

(1) Serum BUN มากกว่า หรือเท่ากับ 100 mg% อยู่ตลอดเวลา และ Serum creatinine มากกว่าหรือเท่ากับ 10 mg% อยู่ตลอดเวลาหรือ

(2) อัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate = GER) หรือ Creatinine clearance เท่ากับหรือน้อยว่า 5ml/min อยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้กรณีตามข้อ 3.1 และ 3.2 จะต้องมีขนาดของไตเล็กทั้ง 2 ข้าง (Bilateral small contracted kidneys) จากหลักฐานการตรวจทางรังสีวิทยาอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม ยกเว้น โรคที่ขนาดของไตไม่เล็ก ในกรณีมีข้อบ่งชี้อื่นนอกเหนือจากข้อ 3.1 และ 3.2 ให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์ โดยอ้างอิงเหตุผลจากหลักวิชาทางการแพทย์

4) ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับบริการทาง โดยการบำบัดทดแทนไตจะต้องยื่นคำขอต่อสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่/จังหวัด/สาขา ที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิและแนบหลักฐานเอกสารประกอบคำขอ ดังต่อไปนี้

(1) กรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือกรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

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

2. หนังสือรับรองการเจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากอายุรแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ผู้รักษา

(2) กรณีปลูกถ่ายไต

1. สำเนาแบบพิมพ์การสมัครขอรับการปลูกถ่ายไตจากสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา พร้อมกับสำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

2. สำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องทั้งหมดกรณีได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดปลูกถ่ายไตและอยู่ระหว่างได้รับยากดภูมิต้านทาน

5) ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจ พิจารณาให้ความเห็นชอบตามข้อ 3 และเลขาธิการหรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมายเป็นผู้มีอำนาจอนุมัติการได้รับสิทธิบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไต

6) ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตเท่าที่จ่ายจริง หรือเหมาจ่ายแล้วแต่กรณีและเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดดังต่อไปนี้

(1) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิจะต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง เว้นแต่ การเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสัปดาห์แรก หรือผู้ประกันตนเสียชีวิต หรือคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายได้ให้ความ

เห็นชอบการไม่อยู่ภายใต้เงื่อนไขแห่งจำนวนครั้ง ระยะเวลา และสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดดังกล่าว

(2) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิเข้ารับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องได้รับการตรวจรักษาจากอายุรแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง

การปลูกถ่ายไต

(1) ผู้ประกันตนจะต้องได้รับอนุมัติให้มีสิทธิก่อนการปลูกถ่ายไตและจะต้องปลูกถ่ายไตในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมและสถานพยาบาลดังกล่าวจะดำเนินการให้บริการทางการแพทย์ตามข้อกำหนด ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้รับไต (Recipient)

ข. คุณสมบัติของผู้บริจาคไตซึ่งมีชีวิต (Living Related Donor)

ค. คุณสมบัติของผู้บริจาคไตซึ่งเสียชีวิต (Cadaveric Donor)ให้เป็นตามกฎข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม และตามประกาศแพทยสภาเรื่อง เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตายและตามหลักเกณฑ์ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

(2) สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตจะต้องเป็นสถานพยาบาลหลัก ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามระบบเหมาจ่ายเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลหลักตามระบบเหมาจ่าย ในการรักษาพยาบาลตามเงื่อนไขที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ตั้งแต่ปีที่ 3 ภายหลักการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นอย่างน้อย

(3) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิรับประโยชน์ทดทนตามข้อ 6.3ง (3) จะต้องรับบริการทางการแพทย์หลักการปลูกถ่ายไต ได้แก่ การตรวจรักษา ยากดภูมิคุ้มกัน การตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันและอื่นๆ ตามดุลพินิจของแพทย์กับสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกรณีปลูกถ่ายไตกับสำนักงานประกันสังคม

(4) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางแพทย์ ให้แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไต ดังนี้

ก. ค่าใช้จ่ายก่อนการปลูกถ่ายไตมีดังนี้ ค่าเตรียมผู้บริจาคในอัตรา 32,800 - 40,000 บาท ต่อราย ค่าเตรียมผู้รับบริจาคไม่เกินอัตรา 40,000 บาท ต่อราย ค่าตรวจเลือดทุกๆ 3 เดือน จ่ายในอัตราครั้งละ 1,800 บาท ต่อราย สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน ทั้งนี้ ให้ครอบคลุมรายการตรวจประเมินของผู้ประกันตนและผู้บริจาคไต

ข. ค่าใช้จ่ายระหว่างการปลูกถ่ายไตตามโปรโตคอล (Protocal) ในภาวะปกติในอัตรา 143,000 - 292,000 บาท ต่อราย และภาวะแทรกซ้อนในอัตรา 23,000 – 493,000 บาท ต่อราย โดยครอบคลุมผู้ประกันตนและผู้บริจาคไต เป็นเวลา 60 วันนับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต รวมทั้งรักษาภาวะการสลัดไตอย่างเฉียบพลัน (Acute rejection) ของผู้ประกันตนเป็นเวลา 2 ปีนับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ค. ค่าใช้จ่ายหลังจากปลูกถ่ายไตสำหรับสถานพยาบาลที่ปลูกถ่ายไตให้แก่ผู้ประกันตนซึ่งมีสิทธิตามประกาศฉบับนี้ โดยครอบคลุมการตรวจรักษา ยากดภูมิคุ้มกัน ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจปัสสาวะ ตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันเหมาจ่ายในอัตราดังต่อไปนี้

ปีที่ 1	เดือนที่ 1-6	เดือนละ	30,000 บาท
	7-12	เดือนละ	25,000 บาท
ปีที่ 2	เดือนที่ 1-6	เดือนละ	20,000 บาท
ปีที่ 3	เป็นต้นไป	เดือนละ	15,000 บาท

หมายเหตุ กรณีผู้ประกันตนซึ่งป่วยอันเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดตั้งแต่ 30,000 - 41,260 บาท ต่อราย

(5) สิทธิประโยชน์ทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่าย ไตสิ้นสุดลงนับตั้งแต่วันที่ 1 ของเดือนถัดไป ในกรณีดังต่อไปนี้

ก. กลับเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

ข. สิ้นสุดการได้รับความคุ้มครองการบริการทางการแพทย์

ค. เสียชีวิต

(6) ผู้ประกันตนซึ่งได้รับการอนุมัติสิทธิกรณีปลูกถ่ายไตแต่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตยังคงใช้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีบำบัดทดแทนไต โดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร จนกว่าจะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

7) กรณีที่ผู้ประกันตนซึ่งได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตก่อน วันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ซึ่งเป็นวันที่เริ่มประกาศให้สิทธิกรณีปลูกถ่ายไต และอยู่ในระหว่างการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ถือเป็นผู้มีสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีหลังปลูกถ่ายไตตามข้อ 6.3ง (3) ซึ่งผู้ประกันตนจะต้องยื่นคำขอตามข้อ 2 และข้อ 4.2 เพื่อให้ได้รับการพิจารณาตามข้อ 5

8) กรณีการให้ยา Erythropoietin

(1) ผู้ประกันตนซึ่งมีสิทธิยื่นขอรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin ต้องเป็นผู้ประกันตนซึ่งได้รับอนุมัติจากเลขาธิการหรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมายให้ได้รับสิทธิการบำบัดทดแทนไตตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมเรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานกรณีบำบัดทดแทนไต

(2) ผู้ประกันตนซึ่งได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานประกันสังคมที่มีภาวะโลหิตจางระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) เท่ากับหรือน้อยกว่า ร้อยละ 39 อันมีสาเหตุจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสิทธิได้รับยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และสถานพยาบาลดังกล่าวสามารถขอเบิกค่าย่าตามข้อ 8.3 ข้อ 8.6 และข้อ 8.7

(3) สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องให้อายุรแพทย์โรคไตประจำหน่วยบริการออกหนังสือรับรองตามแบบสำนักงานประกันสังคมที่กำหนด

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

ก. แบบขอรับค่าบำบัดทดแทนไต กองทุนประกันสังคม

ข. หนังสือรับรองการขอรับยา Erythropoietin ตามข้อ 8.3

(5) ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบตามข้อ 8.2 และข้อ 8.4 ให้ผู้ประกันตนตามข้อ 8.1 มีสิทธิรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin และได้รับการอนุมัติจากเลขาธิการหรือผู้ซึ่งเลขาธิการมอบหมาย

(6) สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietinให้กับผู้ประกันตนซึ่งได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไต ตามระดับความเข็มข้นของโลหิตในแต่เดือนดังต่อไปนี้

ก. กรณีที่ผู้ประกันตนมีผลการตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) เท่ากับหรือต่ำกว่าร้อยละ 36 สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาล

ที่จ่ายยา Erythropoietin ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด และไม่เกินสัปดาห์ละ 1,125 บาท

ข. กรณีที่ผู้ประกันตนมีผลการตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) สูงกว่าร้อยละ 36 แต่ไม่เกินร้อยละ 36 สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดและไม่เกินสัปดาห์ละ 750 บาท

ในกรณีผู้ประกันตนมีผลการตรวจระดับความเข็มข้นของโลหิต (Hct) สูงกว่าร้อยละ 39 ไม่มีสิทธิเบิกค่ายา Erythropoietin ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

(7) สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องจัดยา Erythropoietin ในราคาตามประกาศนี้หากผู้ประกันตนประสงค์ใช้ยาที่มีราคาสูงกว่าที่กำหนด สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่ายาเฉพาะส่วนเกินแต่ทั้งนี้จะต้องเป็นไปตามราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในกรณีฉีดยา ให้กับสถานพยาบาลในอัตราเข็มละ 50 บาทต่อครั้ง

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขโรคสมองและโรคหัวใจ

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานคณะกรรมการการแพทย์จึงได้มีมติให้แก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานซึ่งคณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 15 (2) และมาตรา 63 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข

การผ่าตัดสมอง ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ดังนี้

1) ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อการรักษาโรคเกี่ยวกับเยื่อหุ้มสมองหรือสมองยกเว้นการเจาะรูกะโหลกศีรษะ (Burr Hole Operation) ไม่เกิน 15,000 บาท ต่อราย

2) ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อรักษาเกี่ยวกับเยื่อหุ้มสมองหรือสมองและมีโรคแทรกซ้อน เช่น มีการติดเชื้อในกะโหลกศีรษะ ซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ ปอดอักเสบ ไตวาย เฉียบพลัน เป็นต้น ไม่เกิน 30,000 บาท ต่อราย

3) ได้รับการผ่าตัดถึงในเนื้อสมองและผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวนานเกิน 15 วัน ไม่เกิน 30,000 บาท ต่อราย

4) ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับหลอดเลือดในสมอง และต้องใช้อุปกรณ์พิเศษไม่เกิน 30,000 บาท ต่อราย

5) ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธี Balloon Embolization ไม่เกิน 30,000 บาท ต่อราย สำหรับการรักษาภายใต้เงื่อนไข ซึ่งจะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

6) อุดหลอดเลือดเพื่อรักษาพยาธิสภาพของหลอดเลือด เช่น Intracranial Aneurysm หรือ Arteriovenous Malformation

7) ใช้ห้ามเลือดที่ออกในอวัยวะภายใน (Internal Organ Bleeding) หรือในหลอดเลือดที่ฉีกขาด

8) ใช้อุดกั้นหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งหรือเนื้องอก การพิจารณาให้การรักษาขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของสำนักงานประกันสังคม

9) ได้รับการรักษาโรคสมองด้วยวิธี Stereotactic Radiosurgery ไม่เกิน 50,000 บาท ต่อราย สำหรับการรักษาภายใต้เงื่อนไขซึ่งจะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

10) Arteriovenous Malformation

11) เนื้องอกสมองส่วนลึก (Deep Seated Brain Tumor)

12) มะเร็งแพร่กระจายสู่สมอง (Metastatic Brain Tumor) ที่สามารถควบคุม Local disease การพิจารณาให้การรักษาขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของสำนักงานประกันสังคม

13) การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อราย

14) การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Bypass) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อราย

15) การรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้สายบอลลูนผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous Balloon Valvuloplasty) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 20,000 บาท ต่อราย

การรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1) กรณีการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใช้บอลลูนอย่างเดียว ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินครั้งละ 30,000 บาท ให้มีสิทธิได้รับไม่เกิน 2 ครั้ง

2) กรณีการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใช้หัวกรอ ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินครั้งละ 40,000 บาท ให้มีสิทธิได้รับไม่เกิน 2 ครั้ง

สำหรับกรณีที่ต้องใส่อุปกรณ์ Stent ให้จ่ายในอัตราอันละ 25,000 บาท ให้มีสิทธิได้รับครั้งละไม่เกิน 2 อัน

3) การปิดรูรั่วผนังกั้นหัวใจห้องบน (ASD) ทางสายสวนหัวใจ โดยใช้ Amplatzer™ Septal Occluder ในสถานพยาบาลที่มีบริการพิเศษและโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้จ่ายค่ารักษาและค่าอุปกรณ์การรักษาเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินครั้งละ 100,000 บาท ต่อราย

4) การใส่อุปกรณ์เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) ให้จ่ายค่าอุปกรณ์เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) ตามจริงไม่เกินรายละ 200,000 บาท และสายไม่เกินรายละ 100,000 บาท สำหรับการผ่าตัดภายใต้เงื่อนไข ซึ่งจะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

5) ผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) จาก Ventricular Fibrillation หรือ Ventricular Tachycardia ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะที่แก้ไขได้

6) Ventricular Tachycardia ที่เกิดขึ้นเองอยู่นานๆ ที่สัมพันธ์กับโรคหัวใจ

7) การหมดสติที่ไม่สามารถหาสาเหตุ ร่วมกับการกระตุ้นให้เกิด Ventricular Tachycardia, Ventricular Fibrillation ที่มีผลต่อภาวะไหลเวียนจากโปรแกรมไฟฟ้าหัวใจและการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล

8) การเกิด Ventricular Tachycardia ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงสามารถกระตุ้นให้เกิด Ventricular Tachycardia, Fibrillation จากโปรแกรมไฟฟ้าหัวใจและการรักษาด้วยยา กลุ่ม 1 ไม่ได้ผล

9) การเกิด Ventricular Tachycardia ขึ้นเองอยู่นานๆ ในผู้ป่วยที่ไม่พบโรคหัวใจและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น

10) การผ่าตัดใส่เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) ให้เป็นดุลพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของสำนักงานประกันสังคมและต้องทำการผ่าตัดใส่อุปกรณ์ดังกล่าว ในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด กรณีการผ่าตัดใส่อุปกรณ์เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD)

โรงพยาบาลศิริราช

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

โรงพยาบาลราชวิถี

สถานบันโรคทรวงอก

โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงพยาบาลตำรวจ

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

โรงพยาบาลยะลา

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

เงื่อนไขการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ เป็นผู้เบิกโดยตรงกับสำนักสิทธิประโยชน์ สำนักงานประกันสังคม โดยมีเงื่อนไขและขั้นตอนการเบิกจ่าย ดังนี้

ขั้นตอนการยื่นขอค่ารักษาโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธี Balloon Embolization

1) สถานพยาบาลยื่นเรื่องพร้อมแนบสำเนาเวชระเบียนของผู้ประกันตนที่สำนักสิทธิประโยชน์ สำนักงานประกันสังคม

2) พนักงานเจ้าหน้าที่รับเรื่อง และส่งหารือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์ของสำนักงานประกันสังคม เพื่อพิจารณาให้ความเห็นว่าการรักษาผู้ประกันตนด้วยวิธี Balloon Embolization เป็นไปตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้ตามที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ กำหนดหรือไม่

3) กรณีที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์ของสำนักงานประกันสังคมพิจารณาแล้วให้ความเห็นว่าการรักษาผู้ประกันตนเป็นไปตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้ที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ กำหนดให้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลในอัตราเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 30,000 บาท ต่อราย

ขั้นตอนการยื่นขอค่ารักษาโรคสมองด้วยวิธี Stereotactic Radiosurgery

1) สถานพยาบาลยื่นเรื่องพร้อมแนบสำเนาเวชระเบียนของผู้ประกันตนที่ สำนักสิทธิประโยชน์สำนักงานประกันสังคม

2) พนักงานเจ้าหน้าที่รับเรื่องและส่งหารือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์ของสำนักงานประกันสังคม เพื่อพิจารณาให้ความเห็นว่าการรักษาผู้ประกันตนด้วยวิธี Stereotactic Radiosurgery เป็นไปตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้ตามที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ กำหนดหรือไม่

3) กรณีที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์ของสำนักงานประกันสังคมพิจารณาแล้วให้ความเห็นว่าการรักษาผู้ประกันตนเป็นไปตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้ที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ กำหนดให้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลในอัตราเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 50,000 บาท ต่อราย

ขั้นตอนการยื่นขอค่าอุปกรณ์เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) และสาย

1. สถานพยาบาลยื่นเรื่องพร้อมแนบสำเนาเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ สำนักสิทธิประโยชน์สำนักงานประกันสังคม

2. พนักงานเจ้าหน้าที่รับเรื่องและส่งหารือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุกรรมโรคหัวใจของสำนักงานประกันสังคมเพื่อพิจารณาให้ความเห็นว่าการผ่าตัดใส่อุปกรณ์เครื่องกระดูกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) เป็นไปตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้ตามที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ กำหนดหรือไม่

3. สถานพยาบาลมีสิทธิเบิกค่าอุปกรณ์เครื่องกระดูกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินรายละ 200,000 บาท และสายไม่เกินรายละ 100,000 บาท ได้ต่อเมื่อ

4. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคหัวใจของสำนักงานประกันสังคมให้ความเห็นว่าการผ่าตัดใส่อุปกรณ์เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติให้กับผู้ประกันตนเป็นไปตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้ที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ กำหนด

5. ผู้ประกันตนได้รับการผ่าตัดใส่เครื่องอุปกรณ์เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) และสายในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

กรณีการรักษาโรคมะเร็ง 7 ชนิด ตามแนวทางที่กำหนด (Protocal)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข

การรักษาโรคมะเร็งให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามคณะกรรมการการแพทย์ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ดังนี้

กรณีรักษาโรคมะเร็ง 7 ชนิด ตามแนวทางการรักษาที่กำหนด (Protocal) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามอัตราที่กำหนด ดังนี้

1. โรคมะเร็งเต้านม

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 117,900 บาท ต่อราย ต่อปี

2. โรคมะเร็งปากมดลูก

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 75,000 บาท ต่อราย ต่อปี

3. โรคมะเร็งรังไข่

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 272,100 บาท ต่อราย ต่อปี

4. โรคมะเร็งโพรงจมูก

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 35,100 บาท ต่อราย ต่อปี

5. โรคมะเร็งปอด

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 246,000 บาท ต่อราย ต่อปี

6. โรคมะเร็งหลอดอาหาร

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 15,000 บาท ต่อราย ต่อปี

7. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 96,400 บาท ต่อราย ต่อปี

กรณีการรักษาโรคมะเร็ง 7 ชนิด นอกเหนือแนวทางที่กำหนด (Protocal) สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกิน 50,000 บาท ต่อปี

การปลูกถ่ายไขกระดูก

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไขกระดูก และได้ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมดังนี้

1) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีปลูกถ่ายไขกระดูก ตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้

(1) ค่าบริการทางการแพทย์นับแต่วันที่เริ่มต้นที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาลเพื่อทำการปลูกถ่ายไขกระดูก จนถึงผู้ประกันตนได้รับการไขกระดูก (Stem cell) เหมาจ่ายเป็นเงิน 500,000 บาท (ห้าแสนบาทถ้วน)

(2) ค่าบริการทางการแพทย์นับตั้งแต่ที่ผู้ประกันตนได้รับไขกระดูก (Stem cell) จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาล เหมาจ่ายเป็นจำนวนเงิน 250,000 บาท (สองแสนห้าหมื่นบาทถ้วน)

2) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจเนื้อเยื่อ เพื่อปลูกถ่ายไขกระดูกสำหรับผู้ประกันตนในรายที่ไม่สามารถทำการปลูกถ่ายไขกระดูกได้ตามหลักเกณฑ์และอัตราดังนี้

(1) ผู้ประกันตนจะต้องได้รับการอนุมัติจากสำนักงานให้เข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูกก่อนที่จะเข้ารับตรวจเนื้อเยื่อ

(2) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจเนื้อเยื่อระหว่างผู้ประกันตนกับพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน และผลการตรวจเนื้อเยื่อไม่สามารถเข้ากันได้ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินรายละ 7,000 บาท (เจ็ดพันบาทถ้วน) จำนวนรายเท่าที่จ่ายจริง รวมทั้งผู้ประกันตนด้วย

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการปลูกถ่ายไขกระดูก

1) ผู้ประกันตนจะต้องเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(1) มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเรื้อรัง (Chornic Myeloid Leukemia) ในระยะเรื้อรัง (Chornic Phase) หรือระยะที่มีการดำเนินโรคเร็ว (Accelerated Phase)

(2) มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเฉียบพลัน (Acute Myeloid Leukemia) ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์เป็นครั้งแรก (First Complete Remission) หรือระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์เป็นครั้งที่ 2 (Second Complete Remission)

(3) มะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลัน (Acute Lymphoblastic Leukemia) ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์เป็นครั้งแรก (First Complete Remission) หรือระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ครั้งที่ 2 (Second Complete Remission)

(4) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Malignant Lymphoma) ที่กลับเป็นอีก (Relapse) หรือไม่ตอบสนอง (Refractory) ต่อการให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานขั้นต้น (First Line Chemotherapy) หรือในรายที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk ,High-Intermediate Risk โดย International Prognostic Index ,IPI) ควรทำในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์เป็นครั้งแรก (First Complete Remission) หรือระยะที่โรคเข้าสู่ระยะสงบ (First Partial Remission)

(5) ไขกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (Severe Aplastic Anemia)

(6) มะเร็งเต้านม ที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองเกิน10 ต่อมแล้ว

(7) ไขกระดูกผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง (Myelodysplastic Syndrome) ชนิดโลหิตจางแบบดื้อต่อการรักษาชนิดมีบลาสมาก (Refractory Anemia with Excess Blast) หรือโลหิตจางแบบดื้อต่อการรักษาชนิดมีบลาสมากและเซลล์อยู่ในระยะการเปลี่ยนแปลง (Refractory Anemia with Excess Blast in Transformation) หรือไมอีโลโมโนไซติกลิวคีเมียชนิดเรื้อรัง (Chronic Myelomonocytic Leukemia)

(8) มะเร็งไขกระดูกชนิดมัยอีโลมา (Multiple Myeloma)

2) ผู้ประกันตนต้องไม่เป็นโรค (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7) หรือ (8) มาก่อนที่จะเป็นผู้ประกันตน

3) ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคในลำดับที่ (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7) จะต้องมีอายุไม่เกิน 55 ปี และผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคในลำดับที่ (8) จะต้องมีอายุไม่เกิน 60 ปี

4) กรณีที่ผู้ประกันตนได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกแล้วกลับเป็นโรคเดิมซ้ำ ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิยื่นเรื่องขอรับการพิจารณาอนุมัติการปลูกถ่ายไขกระดูกใหม่

5) ให้คณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำแก่สำนักงานในการพิจารณาอนุมัติให้ผู้ประกันตนเข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูก

6) ให้ผู้ประกันตนซึ่งได้รับการอนุมัติให้ปลูกถ่ายไขกระดูก ไปเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยเหตุหรือโรคอื่นๆ จากสถานพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์กรณีปลูกถ่ายไขกระดูกในช่วงระยะเวลาของกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูก

แนวปฏิบัติกรณีผู้ประกันตนขอรับประโยชน์ทดแทนในการปลูกถ่ายไขกระดูก

ผู้ประกันตนซึ่งประสงค์จะขอใช้สิทธิประโยชน์กรณีการปลูกถ่ายไขกระดูกจะต้องยื่นเอกสารขอรับสิทธิประโยชน์

กรณีปลูกถ่ายไขกระดูกต่อสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ผู้ประกันตนประสงค์จะขอใช้สิทธิ ทั้งนี้จะต้องแนบเอกสาร หลักฐานประกอบดังต่อไปนี้

1) สำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง

2) ความเห็นแพทย์ผู้รักษาในการปลูกถ่ายไขกระดูก

ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ซึ่งคณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบแก่ผู้ประกันตนตามข้อ 2 มีสิทธิได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกและให้เลขาธิการหรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมายเป็นผู้อนุมัติสำนักงานประกันสังคมจะส่งตัวผู้ประกันตนซึ่งได้รับอนุมัติ เข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยวิธี Allogeneic Trasplantation หรือ Autologous Transplantation ในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคม ตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

ให้บริการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อเพื่อการปลูกถ่ายไขกระดูกของผู้ประกันตน

ให้บริการปลูกถ่ายไขกระดูกจนสิ้นสุดกระบวนการทั้งกรณี Allogeneic Trasplantation และกรณี Autologous Transplantation

กรณีที่เป็นการทำปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยวิธี Allogeneic Trasplantation กำหนดให้ผู้บริจาคไขกระดูกจะต้องเป็นพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันกับผู้ประกันตน

สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไขกระดูกรับผิดชอบให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนเมื่อมีโรค หรืออาการแทรกซ้อนเนื่องจากการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกเป็นระยะเวลาหนึ่งปี หลังการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกเสร็จสิ้น

สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไขกระดูกจะต้องเป็นสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานแก่ผู้ประกันตนเป็นเวลาอย่างน้อยหนึ่งปี นับแต่วันที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในอัตราเหมาจ่าย และค่าบริการทางการแพทย์อื่น ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมเรื่องค่าบริการทางการแพทย์ สำหรับสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล หลังจากหนึ่งปีนับแต่ที่ผู้ประกันตนได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ตามเงื่อนไขที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

โรคและบริการที่ไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ (กลุ่ม 14 โรคยกเว้น)

1) โรคหรือการประสบอันตรายอันเนื่องจากการใช้สารเสพเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

2) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ประเภทคนไข้ในเกิน 180 วันใน 1 ปี

3) การบำบัดทดแทนไต กรณีไตวายเรื้อรัง ยกเว้น กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีสิทธิได้รับบริการ ทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขและอัตราที่กำหนด

4) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

5) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

6) การรักษาภาวะมีบุตรยาก

7) การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะยกเว้น การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการปลูกถ่ายไขกระดูกของผู้ประกันตน ให้จ่ายค่าตรวจเนื้อเยื่อเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 7,000 บาท ต่อราย ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

8) การตรวจใดๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น

9) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น

(1) การปลูกถ่ายไขกระดูก ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายในอัตรา 750,000 บาท ต่อราย แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุด

กระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่คณะกรรมการการแพทย์รับรอง และได้ทำความตกลงไว้กับสำนักงานในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกรณีการปลูกถ่ายไขกระดูกตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด

(2) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา โดยให้เหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล 20,000 บาท และให้ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย 5,000 บาท ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด

10) การเปลี่ยนเพศ

11) การผสมเทียม

12) การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น

13) ทันตกรรม ยกเว้น การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูนและผ่าฟันคุด ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 300 บาท ต่อครั้ง และไม่เกิน 600 บาท ต่อปี กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาท ภายในระยะเวลา 5 ปี

14) แว่นตา

3.1.1.2 ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

หลักเกณฑ์และสิทธิประโยชน์[10]

การตรวจสอบสิทธิ

1) ตรวจสอบว่าผู้ประกันตนเป็นลูกจ้างในสถานประกอบการที่ได้รับการลดส่วนกรณีคลอดบุตรหรือไม่

2) ตรวจสอบประวัติการขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรของผู้ประกันตน ถ้าเคยใช้สิทธิเกิน 2 ครั้งแล้ว ให้วินิจฉัยเป็นกรณีไม่มีสิทธิ

3) ตรวจสอบวันที่คลอดบุตร

4) คลอดบุตรก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ใช้สิทธิตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549

5) ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบครบ 7 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนคลอดบุตร มีสิทธิเบิกค่าคลอดบุตรได้ คำว่า 7 เดือน ภายใน 15 เดือน คือ เดือนที่คลอดไม่นับสิทธิการนับย้อนหลังไป 15 เดือน (1 ปี 3 เดือน) มีเงินสมทบครบ 7 เดือน ตัวอย่างเช่น ประกันตนหญิงรายหนึ่ง

---

[10] สำนักงานประกันสังคม. (ม.ป.ป.). การคลอดบุตร. สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2555, จาก *www.sso.go.th/wpr/ca*

ใช้สิทธิเบิกค่าคลอดบุตรคนแรกไปเมื่อปี พ.ศ. 2547 หลังจากนั้นออกจากงานและได้กลับเข้ามาทำงานอีกครั้งเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 ตั้งครรภ์มา 5 เดือน และมาคลอดเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 นับย้อนไป 15 เดือน จากเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ผู้ประกันตนรายนี้มีเงินสมทบเพียง 3 เดือนจึงไม่มีสิทธิเบิกค่าคลอดบุตรคนที่ 2

การวินิจฉัย

1) คลอดบุตรก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550

(1) ตรวจสอบสถานที่คลอดบุตร ถ้าเป็นสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิหรือเครือข่ายของสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิของผู้ประกันหรือของคู่สมรสหรือของสามีหรือไม่ ถ้าใช่ให้วินิจฉัยเป็นกรณีไม่มีสิทธิ

(2) ถ้าไม่ใช่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิหรือเครือข่ายให้วินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายกรณีคลอดบุตรให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา 6,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง

2) คลอดบุตรตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 เวลา 00.00 น.

(1) คลอดบุตรที่ใดก็ได้ ให้วินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายกรณีคลอดบุตรให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา 12,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง

(2) กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีคลอดบุตรในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯก่อนวันที่ 1 มกราคม 2550 แต่มีการคลอดบุตรตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2550 ตั้งแต่เวลา 00.00 น. เป็นต้นไป สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิยังต้องรับผิดชอบจนสิ้นสุดการรักษาผู้ประกันตนไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล และผู้ประกันตนสามารถนำสูติบัตรมาขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรได้ ให้วินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายกรณีคลอดบุตรให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา 12,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง

(3) สำหรับผู้ประกันตนหญิงมีสิทธิรับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรเหมาจ่ายในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 90 วัน

หมายเหตุ: กรณี สามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ให้ใช้สิทธิในการเบิกค่าคลอดบุตรรวมกัน ไม่เกิน 4 ครั้ง โดยบุตรที่นำมาใช้สิทธิเบิกค่าคลอดบุตรแล้วไม่สามารถนำมาขอรับค่าคลอดบุตรได้อีก

3) คลอดบุตรตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 เป็นต้นไป

ตามประกาศของคณะกรรมการการแพทย์ตาม พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร ประกาศ ณ วันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2533โดยประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 เป็นต้นไป

(1) คลอดบุตรที่ใดก็ได้ ให้วินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย กรณีคลอดบุตรให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา 13,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง

(2) กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีคลอดบุตรในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 แต่มีการคลอดบุตรตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 ตั้งแต่เวลา 00.00 น. เป็นต้นไป ในกรณีที่ผู้ประกันตนเจ็บป่วยในช่วงที่มีการตั้งครรภ์ให้ผู้ประกันตนเข้าทำการรักษา ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่ารักษาพยาบาล ส่วนการเบิกค่าคลอดบุตรให้วินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายกรณีคลอดบุตรให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา 13,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง

(3) สำหรับผู้ประกันตนหญิงมีสิทธิรับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรเหมาจ่ายในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 90 วัน

หมายเหตุ : กรณี สามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ให้ใช้สิทธิในการเบิกค่าคลอดบุตรรวมกันไม่เกิน 4 ครั้ง โดยบุตรที่นำมาใช้สิทธิเบิกค่าคลอดบุตรแล้วไม่สามารถนำมาขอรับค่าคลอดบุตรได้อีก

การเบิกสิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตรที่เริ่มจ่ายตั้งแต่ปี 2535-2554

1) เงินค่าคลอดบุตรเหมาจ่ายจำนวน 13,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง (เริ่มจ่ายวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 - ปัจจุบัน)

2) เงินค่าคลอดบุตรเหมาจ่ายจำนวน 12,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง (เริ่มจ่ายวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550)

3) เงินค่าคลอดบุตรเหมาจ่ายจำนวน 6,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง (เริ่มจ่ายวันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2547)

4) เงินค่าคลอดบุตรเหมาจ่ายจำนวน 4,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง (เริ่มจ่ายวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2538)

5) เงินค่าคลอดบุตรเหมาจ่ายจำนวน 3,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง (เริ่มจ่ายวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2535)

หลักฐานที่ต้องใช้เพื่อขอรับประโยชน์ทดแทน

การตรวจสอบเอกสาร:

1) ตรวจสอบแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน สปส. 2-01 ผู้ประกันตนกรอกข้อความครบถ้วนพร้อมลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ

2) ตรวจสอบสำเนาสูติบัตรบุตรคนที่จะใช้สิทธิ

กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิ ให้ตรวจสอบชื่อมารดาของบุตรในสูติบัตรว่าถูกต้องตรงกับชื่อ-ชื่อสกุลของผู้ประกันตนหรือไม่

กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิ ให้ตรวจสอบชื่อบิดาของบุตรในสูติบัตรว่าถูกต้องตรงกับชื่อ-ชื่อสกุล ของผู้ประกันหรือไม่ และตรวจสอบชื่อมารดาของบุตรในสูติบัตรว่าถูกต้องตรงกับชื่อ-ชื่อสกุลของคู่สมรส หรือหญิงซึ่งอยู่กินฉันสามีภริยากับผู้ประกันตนตามทะเบียนสมรสหรือหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรสหรือไม่

ถ้าไม่ถูกต้องตรงกันเนื่องจากสูติบัตรพิมพ์ผิด ให้ผู้ประกันตนนำสูติบัตรกลับไปให้หน่วยงานที่ออกสูติบัตรแก้ไข ถ้าไม่ถูกต้องตรงกันเนื่องจากมีการเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุลให้ขอสำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล หรือหลักฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น ใบหย่า

ขั้นตอนการขอรับประโยชน์ทดแทน

1) ผู้ประกันตนต้องกรอกแบบ สปส. 2-01 พร้อมลงลายมือชื่อและนำมายื่นหรือให้ผู้อื่นมายื่นที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่พร้อมหลักฐานหรือยื่นขอรับทางไปรษณีย์ โดยมีหลักฐานครบถ้วน

2) เจ้าหน้าที่ตรวจหลักฐานและพิจารณาอนุมัติ

3) สำนักงานประกันสังคมมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณา

4) พิจารณาสั่งจ่าย

(1) เงินสด / เช็ค (ผู้มีสิทธิมาขอรับด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน)

(2) ส่งธนาณัติให้ผู้ประกันตน

(3) โอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามบัญชีของผู้ขอรับประโยชน์ทดแทน

เอกสารประกอบการยื่นคำขอประโยชน์ทดแทน

1) ผู้ประกันตนต้องกรอกแบบ สปส. 2-01 พร้อมลงลายมือชื่อ

2) สำเนาสูติบัตรของบุตรพร้อมตัวจริง (กรณีคลอดบุตรแฝดให้แนบสำเนาสูติบัตรของคู่แฝดด้วย)

3) สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีผู้ประกันตนหญิงใช้สิทธิถ้าไม่มีไม่ใช้กรณีผู้ประกันตนชายใช้สิทธิหากไม่มีสำเนาทะเบียนสมรสให้แนบหนังสือรับรองของผู้ประกันตนกรณีไม่มีทะเบียนสมรส)

4) สำเนาบัตรประชาชนของผู้ประกันตน หรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้

5) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอมี 9 ธนาคาร คือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารธนชาติ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย

จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย และธนาคารซีไอเอ็มบีไทย จำกัด (มหาชน)

หมายเหตุ

หากผู้ขอรับประโยชน์ทดแทนไม่พอใจคำสั่งจ่ายประโยชน์ทดแทน สามารถยื่นอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่ง

3.1.1.3 ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ

ความหมายของผู้ทุพพลภาพ

ผู้ทุพพลภาพตามความหมายของสำนักงานประกันสังคม ตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม คือ ผู้ซึ่งไม่สามารถทำงานในหน้าที่เดิมได้เนื่องจากประสบอันตรายหรืออันเนื่องมิใช่จากการทำงาน เป็นเหตุให้สูญเสียอวัยวะ หรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะอย่างถาวรในกรณีตามรายละเอียดดังนี้

ข้อ 1 เจ้าหน้าที่สำนักงานวินิจฉัยได้เอง

1) มือขาดทั้งสองข้าง

2) แขนขาดทั้งสองข้าง

3) มือข้างหนึ่งกับแขนอีกข้างหนึ่งขาด

4) มือข้างหนึ่งกับขาอีกข้างหนึ่งขาด

5) แขนข้างหนึ่งกับเท้าอีกข้างหนึ่งขาด

6) แขนข้างหนึ่งกับขาอีกข้างหนึ่งขาด

7) สูญเสียลูกตาทั้งสองข้างหรือสูญเสียตาข้างหนึ่งกับสูญเสียสมรรถภาพการมองเห็นมากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป หรือเสียความสามารถการมองเห็นตั้งแต่ 3/60 หรือมากกว่าของตาอีกข้าง หรือสูญเสียสมรรถภาพการมองเห็นมากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป หรือสูญเสียสมรรถภาพการมองเห็นตั้งแต่ 3/60 หรือมากกว่าของตาทั้งสองข้าง

8) โรคหรือการบาดเจ็บของไขสันหลัง เป็นเหตุให้มือหรือแขนทั้งสองข้าง มือข้างหนึ่งกับแขนข้างหนึ่ง มือข้างหนึ่งกับขาอีกข้างหนึ่ง แขนข้างหนึ่งกับขาหรือเท้าอีกข้างหนึ่ง หรือขาทั้งสองข้างกับการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ สูญเสียสมรรถภาพโดยสิ้นเชิง

9) โรคหรือการบาดเจ็บของสมอง เป็นเหตุให้สูญเสียความสามารถของอวัยวะของร่างกายจนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ และต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือดูแล

ข้อ 2 ในกรณีนอกเหนือจากหลักเกณฑ์กรณีทุพพลภาพตามข้อ1ให้พิจารณาโดยคณะอนุกรรมการพิจารณาประโยชน์ทดแทนในคณะกรรมการแพทย์ในส่วนกลาง หรือคณะอนุกรรมการประกันสังคมจังหวัด ในคณะกรรมการประกันสังคม เป็นผู้พิจารณา

ความหมายของผู้ทุพพลภาพดังกล่าว เป็นการกำหนดโดยสำนักงานประกันสังคม ซึ่งเน้นการสูญเสียอวัยวะที่รุนแรง ขาดความสามารถในการประกอบอาชีพเป็นหลัก เป็นการกำหนดแบบพิเศษเฉพาะในกรณีของผู้ประกันตนเท่านั้นซึ่งแตกต่างกันมากกับคำว่าผู้พิการ[11] ดังจะกล่าวต่อไปนี้

ความหมายของผู้พิการ

คนพิการ ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ให้คำจำกัดความว่า "คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่อง ทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ตามประเภทหรือหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง" ซึ่งในกฎกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2537 ได้แบ่งผู้พิการออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่

1) คนพิการทางการมองเห็น
2) คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
3) คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว
4) คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
5) คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้

คนพิการในความหมายของกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้นำความสามารถในการทำงานเข้ามาพิจารณา และกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการส่งเสริมให้คนพิการได้มีชีวิตอยู่ในสังคมปกติให้ได้

ผลกระทบของความพิการ

เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งเกิดความพิการขึ้น ผลตามมาคือ ความบกพร่องทางร่างกาย ความเสียเปรียบ หรือ การไร้ความสามารถ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดความหมายไว้ดังนี้

1) Impairment หรือความบกพร่อง หมายถึงการสูญเสีย หรือความผิดปกติของทางร่างกาย หรือจิตใจ เช่น แขนขาด ขาขาด ตาบอด เป็นต้น ซึ่งไม่ได้เน้นความเป็นอยู่ในสังคม ความบกพร่องดังกล่าวจะพบในผู้ทุพพลภาพหรือคนพิการทุกคนไม่มากก็น้อย ความบกพร่องนี้ไม่ได้รวมถึงผลกระทบหรือผลที่ตามมาที่เกิดขึ้น เช่น สภาพสังคมเป็นอย่างไร การทำงาน หรือการประกอบวิชาชีพเป็นอย่างไร

2) Disability หรือการไร้สมรรถภาพ หรือไร้ความสามารถของร่างกายหรือจิตใจ หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถหรือไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมตามปกติที่คนทั่วไปควรทำ

---

[11] จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา. (2546). *การให้ความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ทุพพลภาพในโครงการประกันสังคม* (รายงานการวิจัย). หน้า 5-6.

ได้ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจนถึงการทำงานตามปกติ เน้นความสามารถของสภาพร่างกายเป็นสำคัญ แต่ไม่เน้นถึงชีวิตและสังคมและสิ่งแวดล้อม

3) Handicap หรือความเสียเปรียบ หมายถึง ความเสียเปรียบในสังคมของบุคคลที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการหรือความบกพร่องของร่างกายหรือจิตใจที่ไม่ทัดเทียมกับบุคคลอื่นๆ เช่น การว่าจ้างงาน การปฏิบัติตัวในที่สาธารณะที่ไม่มีเครื่องช่วย การคบหาสมาคมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม เป็นต้น

การพิจารณาผลของความพิการที่เกิดขึ้นนั้น มักถูกพิจารณาเป็น Disability หรือ Handicap มากกว่า Impairment

ความพิการแต่ละประเภทมีผลต่อ Disability และ Handicap ที่แตกต่างกัน เช่น คนพิการทางสายตาไร้สมรรถภาพเฉพาะการใช้สายตา อาจไม่สามารถอ่านหนังสือหรือมีงานประดิษฐ์ได้ แต่สามารถทำงานที่ใช้เสียง ใช้มือหรือเท้าได้ เช่น เป็นพนักงานรับโทรศัพท์ เป็นต้น ดังนั้น คนพิการในความหมายของกระทรวงสาธารณสุขจึงสามารถพัฒนาส่งเสริมให้ทำงานได้ตามความเหมาะสม

ผู้ทุพพลภาพตามความหมายของสำนักงานประกันสังคม จึงไม่ใช่ความหมายเดียวกับคนพิการ เนื่องจากถ้าผู้ทุพพลภาพสามารถกลับไปทำงานได้ ผู้นั้นก็จะถูกให้พิจารณาให้พ้นจากสภาพการเป็นผู้ทุพพลภาพตามมาตรา 72 ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ถึงแม้ว่ายังมีสภาพบกพร่องทางกายหรือทางจิตใจอยู่

สิทธิประโยชน์ของผู้ทุพพลภาพ

ผู้ทุพพลภาพของสำนักงานประกันสังคม ได้รับสิทธิประโยชน์หลายอย่างด้วยกัน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทนการขาดรายได้ ค่าทำศพกรณีที่เสียชีวิต หรือกรณีเงินสงเคราะห์ทายาท ตามรายละเอียด ดังนี้

1) ค่ารักษาพยาบาล

กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลของรัฐ สำหรับผู้ทุพพลภาพสามารถเข้าทำการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่เลือก หรือสถานพยาบาลของรัฐ ทั้งในกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทางสถานพยาบาลจะเป็นผู้มายื่นเรื่องเบิกกับทางสำนักงานประกันสังคม

กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลเอกชน ผู้ป่วยนอกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท ผู้ป่วยในจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 4,000 บาท

ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ให้เหมาจ่ายไม่เกินเดือนละ 500 บาท

ผู้ประกันตนซึ่งทุพพลภาพ และเข้ารับการฟื้นฟูในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานของสำนักงานประกันสังคมจะมีค่าฟื้นฟูอีก 40,000 บาท

2) เงินทดแทนการขาดรายได้

ได้รับในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเป็นรายเดือนตลอดชีวิต ค่าอวัยวะเทียม / อุปกรณ์ / อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคเช่นค่าจ้างเฉลี่ย/เดือน 10,000 บาท ร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ย/เดือน 5,000 บาท

3) ค่าทำศพ

กรณีผู้ประกันตนซึ่งทุพพลภาพถึงแก่ความตาย ผู้จัดการศพมีสิทธิได้รับค่าทำศพ 40,000 บาท

เงินสงเคราะห์กรณีผู้ประกันตนซึ่งทุพพลภาพถึงแก่ความตายผู้มีสิทธิได้รับดังนี้

ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไปแต่ไม่ถึง10 ปีจะได้รับเงินสงเคราะห์เท่ากับค่าจ้างเฉลี่ยหนึ่งเดือนครึ่ง

ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปจะได้รับเงินสงเคราะห์เท่ากับค่าจ้างเฉลี่ยห้าเดือน

4) รับคืนเงินกรณีชราภาพ

ผู้ประกันตนสามารถรับเงินคืนกรณีชราภาพได้ทั้งหมดในส่วนที่สะสมไว้ให้ยื่นคำขอรับสิทธิประโยชน์ภายใน 1 ปีนับแต่วันที่ได้รับอนุมัติให้เป็นผู้ทุพพลภาพ

การเลือกสถานพยาบาลของผู้ทุพพลภาพ

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 ผู้ทุพพลภาพสามารถเลือกสถานพยาบาลเพื่อรับบริการทางการแพทย์โดยจะต้องเป็นสถานพยาบาลของรัฐเมื่อผู้ทุพพลภาพมีการย้ายที่อยู่อาศัยสามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลได้เดือนละ 1 ครั้งและจะมีผลตั้งแต่วันที่ 1 ของเดือนถัดไป

สิทธิประโยชน์ของผู้ทุพพลภาพดังกล่าวเป็นสิทธิประโยชน์ที่เป็นค่าทดแทนที่เป็นเงินเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ไม่มีสิทธิประโยชน์ที่เกิดจากการส่งเสริมอาชีพใดๆ ซึ่งต่างจากสิทธิประโยชน์ของคนพิการตามที่จะกล่าวต่อไป

สิทธิประโยชน์คนพิการ

องค์การสหประชาชาติประกาศให้ปี พ.ศ. 2524 เป็นปีคนพิการโลกโดยมีการประกาศปฏิญญาสากล โดยมีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้ “คนพิการจะได้รับสิทธิเช่นเดียวกับคนอื่นในสังคม เป็นต้นว่า สิทธิที่จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สิทธิที่จะได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ และการมีงานทำที่เหมาะสม”

วัตถุประสงค์ของปีคนพิการสากลที่สำคัญมี 5 กลยุทธ์ ได้แก่

1) เพื่อปรับสภาพทางร่างกายและจิตใจของคนพิการให้เข้ากับสังคมได้

2) ช่วยเสริมประเทศสมาชิกและสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือระหว่างประเทศ

3) ให้กำลังใจ ให้การสนับสนุนโครงการการศึกษาและค้นคว้าเกี่ยวกับเครื่องอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ

4) ชี้นำสังคมให้ทราบสิทธิของคนพิการ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง

5) ส่งเสริมให้มีมาตรการป้องกันความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

ซึ่งต่อมาตั้งแต่องค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้ปี พ.ศ. 2525-2534 ให้เป็นทศวรรษคนพิการแห่งสหประชาชาติ

ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2524 หรือปีคนพิการสากลเป็นต้นมา ประเทศไทยได้มีการตื่นตัวในการให้สิทธิของคนพิการมากขึ้น ผู้พิการได้มีส่วนร่วมในการรักษาสิทธิมากขึ้น และได้ร่วมกิจกรรมกับองค์การนานาชาติมากขึ้น

จุดเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของประเทศไทย คือ การประกาศใช้ พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ซึ่งก่อให้เกิดการสนับสนุนสิทธิของผู้พิการมากมายกว่าที่เคยมีมา ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1) ก่อตั้งศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติขึ้น เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 เพื่อตอบสนองกับพระราชบัญญัติการฟื้นฟูฯ ดังกล่าว

2) กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมได้ขึ้นทะเบียนคนพิการตาม มาตรา 14 ของพระราชบัญญัติดังกล่าว โดยคนพิการที่ขึ้นทะเบียนไว้จะได้รับการสงเคราะห์ การพัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพจากหน่วยงานราชการ

3) คนพิการซึ่งขึ้นทะเบียนจะได้รับการสงเคราะห์ตามมาตรา 15 ได้แก่

(1) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เพื่อปรับสภาพร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่กระทรวงกำหนด

(2) การศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาภาคบังคับหรือการศึกษาสายอาชีพหรืออุดมศึกษา ตามแผนการศึกษาแห่งชาติตามความเหมาะสม ซึ่งให้ได้รับโดยการจัดเป็นสถานศึกษาเฉพาะหรือจัดรวมในสถานศึกษาธรรมดาก็ได้ โดยให้ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษาในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม

(3) คำแนะนำชี้แจงและปรึกษาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ และการฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและสมรรถภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถประกอบอาชีพได้

(4) การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ

(5) บริการจากรัฐในการเป็นคดีความและในการติดต่อกับทางราชการ

4) มีการจัดตั้งกองทุนที่เรียกว่า "กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ" ให้เป็นกองทุนหมุนเวียนสำหรับใช้จ่ายเกี่ยวกับการดำเนินงานสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการทางด้านการแพทย์ การศึกษา ทางสังคม และการฝึกอาชีพ ตลอดจนศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

5) การออกกฎกระทรวงกำหนดลักษณะอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือสถานบริการสาธารณะอื่นๆ ที่ต้องมีอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกโดยตรงแก่คนพิการ

6) การออกกฎกระทรวงให้นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการของเอกชนรับคนพิการเข้าทำงาน ตามสัดส่วนร้อยละ 0.5 ในกรณีที่มีคนงานมากกว่า 200 คน

7) มีคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเกิดขึ้น และมีสำนักงานในกรมประชาสงเคราะห์ ดูแลสวัสดิภาพและสวัสดิการคนพิการโดยเฉพาะ

สิทธิประโยชน์ของผู้ทุพพลภาพเมื่อเทียบกับคนพิการ

ผู้ทุพพลภาพในโครงการประกันสังคมมีสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับการสงเคราะห์แตกต่างกันมากกับสิทธิของคนพิการ ผู้ทุพพลภาพถือว่าเป็นผู้ซึ่งเคยทำงานแล้ว แต่ต้องตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ดังนั้นการพิจารณาของสำนักงานประกันสังคมจึงเน้นเงินทดแทนเป็นหลัก แต่ในกรณีของคนพิการซึ่งบางส่วนสามารถจะส่งเสริมการปฏิบัติงานและทำอาชีพได้ จึงมีกิจกรรมเพื่อเสริมด้านการประกอบอาชีพและให้มีการยอมรับจากสังคมมากขึ้น ความเหมือนและความแตกต่างดังกล่าวสามารถสรุปเป็นตารางได้ในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ระหว่างผู้ทุพพลภาพกับคนพิการ[12]

สิทธิประโยชน์	ผู้ทุพพลภาพ	คนพิการ
คณะกรรมการดูแลเฉพาะกลุ่ม	ไม่มี	มี
ค่ารักษาพยาบาล	2,000บาท/เดือน	ฟรี
ค่าทดแทนการขาดรายได้	มี	ไม่มี
ค่าทำศพกรณีที่เสียชีวิต	มี	ไม่มี
เงินสงเคราะห์ทายาท	มี	ไม่มี
กองทุนพัฒนาที่กู้ยืมได้	ไม่มี	มี
ระบบให้ฟื้นฟูทางการแพทย์	มี	มี
มีระบบให้การศึกษาทุกระดับ	ไม่มี	มี
มีระบบการฝึกอาชีพ	ไม่มี	มี
มีระบบอำนวยความสะดวกในสังคม	ไม่มี	มี
การบริการจากรัฐกรณีพิเศษ	ไม่มี	มี

3.1.2 เรื่องการบริการทางการแพทย์

ปัจจุบันการให้บริการทางการแพทย์ถือว่าเป็นสิทธิประโยชน์ที่มีความสำคัญต่อสมาชิกประกันสังคมเป็นอันดับหนึ่ง แต่สำนักงานประกันสังคมไม่สามารถจัดบริการทางการแพทย์ด้วยตนเองได้ ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดบริการทางการแพทย์ในระดับจังหวัด (โรงพยาบาลประจำจังหวัด) ระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน) และระดับตำบล (สถานีอนามัย) ที่มีมาตรฐานพร้อมทั้งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และครอบคลุมทุกพื้นที่อยู่แล้ว ประกอบกับการให้ความคุ้มครองลูกจ้างนั้นต้องทำทุกแห่งที่มีสถานประกอบการตั้งอยู่ สำนักงานประกันสังคมจึงได้ทำความตกลงกับกระทรวงสาธารณสุขให้โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลในความตกลงของกองทุนประกันสังคม โดยเป็นผู้จัดบริการทางการแพทย์ให้กับผู้ประกันตนตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ต่อมาเมื่อมีการขยายความคุ้มครอง ทำให้จำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้โรงพยาบาลของรัฐที่มีอยู่ไม่เพียงพอในการรองรับจำนวนผู้ประกันตนซึ่งให้ความคุ้มครองเพิ่มขึ้น จึงได้มีการขยายการรับสมัครโรงพยาบาลเอกชนเข้าเป็นโรงพยาบาลในความตกลงของกองทุนประกันสังคมเพิ่ม แต่เนื่องจากมีผู้ประกันตนซึ่งได้รับความ

[12] แหล่งเดิม.

คุ้มครองกรณีเจ็บป่วยมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก จนบางช่วงเวลาโรงพยาบาลไม่สามารถบริการได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว ทันใจ

แม้ว่างานบริการ คือ หัวใจของทุกโรงพยาบาล ผู้ป่วย ญาติ และประชาชนทั่วไปต่างมุ่งหวังว่าเมื่อไปโรงพยาบาล จะได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพสูงทุกครั้ง แต่เนื่องจากการปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลเป็นงานที่ซับซ้อน ละเอียดอ่อน มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องมากมาย ทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ประกอบกับเป็นงานที่มีความรีบเร่ง รอช้าไม่ได้ จึงมีโอกาสผิดพลาด ไม่สมบูรณ์ ความรู้สึกไม่พึงพอใจ ความเข้าใจผิดและสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ได้ง่าย[13]

สิทธิประโยชน์ตามกฎหมายประกันสังคมที่ผู้ประกันตนไปใช้บริการเป็นอันดับหนึ่งมาตลอดคือ กรณีเจ็บป่วย และหลายครั้งที่ผู้ประกันตนมักร้องเรียนถึงการรับบริการที่ไม่ประทับใจด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น การรักษา การจ่ายยา หรือเวลารอพบแพทย์ ฯลฯ ปัญหาข้อร้องเรียนนั้นบางครั้งเกิดจากผู้ประกันตนไม่ทราบถึงสิทธิและขั้นตอนการรับบริการ และอาจเกิดจากการที่โรงพยาบาลเองมิได้สร้างความเข้าใจต่อข้อร้องเรียนของผู้ประกันตน

3.1.3 เรื่องการจำกัดโรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล

โรคและบริการทางการแพทย์ที่ไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ ซึ่งกฎหมายประกันสังคมกำหนดไว้มีดังนี้

1) โรคหรือการประสบอันตรายอันเนื่องจากการใช้สารเสพเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

2) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ประเภทคนไข้ในเกิน 180 วันใน 1 ปี

3) การบำบัดทดแทนไต กรณีไตวายเรื้อรัง ยกเว้น กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีสิทธิได้รับบริการ ทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขและอัตราที่กำหนด

4) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

5) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

6) การรักษาภาวะมีบุตรยาก

7) การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะยกเว้น การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการปลูกถ่ายไขกระดูกของผู้ประกันตน ให้จ่ายค่าตรวจเนื้อเยื่อเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 7,000 บาท ต่อราย ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

---

[13] สมชาติ โตรักษา. (2541). *การบริหารโรงพยาบาล.* หน้า 70.

8) การตรวจใดๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น

9) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น

(1) การปลูกถ่ายไขกระดูก ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายในอัตรา 750,000 บาท ต่อราย แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่คณะกรรมการการแพทย์รับรองและได้ทำความตกลงไว้กับสำนักงานในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกรณีการปลูกถ่ายไขกระดูกตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด

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

10) การเปลี่ยนเพศ

11) การผสมเทียม

12) การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น

13) ทันตกรรม ยกเว้น การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูนและผ่าฟันคุด ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 600 บาท ต่อปี กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาท ภายในระยะเวลา 5 ปี

14) แว่นตา

3.1.4 เรื่องขอบเขตเงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม

เมื่อมีการขึ้นทะเบียนประกันสังคมแล้ว ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบัตรประกันสังคมจากสำนักงานประกันสังคมซึ่งเรียกว่าบัตรรับรองสิทธิ และเมื่อประสบเคราะห์ภัยหรือประสบความเดือดร้อนเข้ากรณีที่จะได้รับการคุ้มครองโดยปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดแล้วก็จะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปบริการทางการแพทย์ เงินทดแทนการขาดรายได้ เงินค่าทำศพ และเงินสงเคราะห์แล้วแต่กรณี ดังนั้นผู้ประกันตนจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนเมื่อประสบเคราะห์ภัยหรือได้รับความเดือดร้อนเข้ากรณีของการประกันหรือประเภทการประกันสังคม ก็จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดไว้ ดังจะกล่าวต่อไปนี้

1) ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

ผู้ซึ่งมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานจะต้องเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมเท่านั้น ไม่ว่าผู้ประกันตนจะเป็นหญิงหรือชาย โดยเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมตามที่กฎหมายกำหนด กล่าวคือ

เป็นผู้ประกันตนมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนรับบริการทางการแพทย์ และผู้ประกันตนจะต้องไม่ได้จงใจก่อให้เกิดหรือยินยอมให้ผู้อื่น ก่อให้เกิดการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

2) ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

ผู้ซึ่งมีสิทธิที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร จะต้องเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมและต้องเป็นผู้ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมมาแล้วไม่น้อยกว่า 7 เดือน หรือ 210 วัน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนคลอดบุตร โดยผู้ประกันตนไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือชายต่างก็มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรได้ และผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนสำหรับการคลอดบุตรไม่เกิน 2 ครั้ง

3) ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ

ผู้ซึ่งมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ คือ ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม กล่าวคือ เป็นผู้ประกันตนโดยจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน หรือ 90 วัน ภายใน 15 เดือน ก่อนทุพพลภาพและผู้ประกันตนจะต้องไม่ได้จงใจก่อให้เกิดหรือยินยอมให้ผู้อื่นก่อให้เกิดการทุพพลภาพ

แต่ถ้าหากผู้ประกันตนเสียชีวิต ผู้ซึ่งมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน ก็คือ ทายาท

บุคคลผู้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมมีเพียงบุคคลเดียวเท่านั้น กล่าวคือ จะต้องเป็นผู้ประกันตนเท่านั้นจึงจะมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย ซึ่งขัดกับหลักประกันสังคมที่ใช้กับคนทั้งประเทศ จะเห็นได้ว่า หากไม่ได้เป็นผู้ประกันตนก็จะไม่มีสิทธิ อันเป็นการไม่สอดคล้องกับหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขที่ประกันสังคมพึงจะเป็น อีกทั้งเงื่อนไขในการคุ้มครองของระบบประกันสังคมนั้นจะไม่ได้รับการคุ้มครองทันทีต้องเป็นผู้ประกันตนแล้วอย่างน้อยสามเดือน จึงสามารถใช้บริการทางการแพทย์ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยได้ หากในระหว่างยังไม่ครบกำหนดสามเดือน ลูกจ้างเกิดประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยก็ต้องรับภาระค่าจ่ายต่างๆ เอง จึงเป็นการสร้างภาระให้แก่ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้มีรายได้ต่ำอยู่แล้ว

3.2 มาตรการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการปฏิรูประบบสุขภาพ[14]

นอกจากเป้าหมายที่ต้องการให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพแล้ว นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังแฝงไว้ด้วยเป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพอีกด้วย ซึ่งความคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยเกิดขึ้นมากว่า 20 ปีแล้ว เช่น มีความพยายามเสนอให้จัดตั้งสภาการสาธารณสุขแห่งชาติขึ้น เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกประสานทุกส่วนราชการเข้ามาช่วยกันคิด และกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขแห่งชาติร่วมกัน แต่แนวคิดดังกล่าวก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ ต่อมาในปี พ.ศ. 2539 ได้มีการจัดตั้ง สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข ขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นโครงการร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสหภาพยุโรปเพื่อทำหน้าที่สร้างความรู้ พัฒนารูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในระดับต่างๆ ปี พ.ศ. 2540 มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ซึ่งมีความสำคัญต่อการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย เพราะนอกจากจะกำหนดให้การมีหลักประกันสุขภาพด้านสุขภาพ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่รัฐพึงจะจัดให้แล้ว ยังกำหนดให้มีการกระจายอำนาจโดยให้มีการออก พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ เพื่อกำหนดให้รัฐดำเนินการกระจายอำนาจอย่างจริงจังและเป็นขั้นตอน ซึ่งงานด้านสุขภาพก็ต้องมีการกระจายอำนาจเป็นอย่างมากด้วย ปี พ.ศ. 2543 มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และแต่งตั้ง คณะกรรมการปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่ผลักดันให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ (Total Health System Reform) ที่เน้นการรุกเพื่อสร้างสุขภาพดีนำหน้าการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายที่จะออก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นธรรมนูญด้านสุขภาพ เมื่อมาถึงช่วงรัฐบาลของพรรคไทยรักไทย ได้ชูประเด็น “30 บาท รักษาทุกโรค” เป็นนโยบายหลักซึ่งก่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ, 2544) ดังนั้นนโยบาย “30 บาท รักษาทุกโรค” แท้ที่จริงแล้วก็คือการปฏิรูประบบสุขภาพนั่นเอง ทิศทางและวิธีการในการปฏิรูปที่ผ่านมามุ่งที่การชวนคนไทยทั้งชาติให้ปรับวิธีคิด หันมาเน้นการรุกเพื่อสร้างสุขภาพ ซึ่งการสร้างสุขภาพย่อมต้องมีประชาชน มีครอบครัว และชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีระบบบริการสุขภาพ และระบบย่อยอื่นๆ เป็นตัวหนุนช่วยดำเนินการให้มีการออก พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในรูปของกฎหมายมหาชน ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากประชาชนอย่างกว้างขวาง

---

[14] ภานุวัฒน์ ปานเกตุ. (2554, สิงหาคม). *การบริหารโรงพยาบาลชุมชนภายใต้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.* สืบค้นเมื่อ 25 มิถุนายน 2555, จาก *http://www.idis.ru.ac.th/report/index.php?topic=6167.0*

เพื่อใช้เป็นธรรมนูญ กำหนดปรัชญาหลักการ ระบบโครงสร้าง กลไก กติกา ตลอดจนเงื่อนไขต่างๆ ของระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ และครบถ้วนมากที่สุด (สำนักงานปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่านโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (The Universal Coverage Health Care Policy) มีเจตนารมณ์สำคัญที่จะดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ พร้อมทั้งสร้างหลักประกัน และโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน และมุ่งให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแล และบริหารระบบสุขภาพได้ ทำให้เป็นระบบเน้นที่การสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ ตามหลักการสุขภาพพอเพียง

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545[15] [16]

จากการที่ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพที่หลากหลาย แต่ขาดความครอบคลุมทั่วถึง ความเป็นธรรม และประสิทธิภาพ ประกอบกับแนวคิดด้านการสาธารณสุขมูลฐาน การปฏิรูประบบสุขภาพ และการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ดังได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และเครือข่าย จึงได้ริเริ่มและผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยขึ้นมา และมาสำเร็จในสมัยที่พรรคไทยรักไทยภายใต้การนำของ พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร เข้ามาเป็นรัฐบาลโดยได้มีการชูประเด็น “30 บาทรักษาทุกโรค” ตั้งแต่ตอนหาเสียง และในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลของ พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีคนที่ 21 ของประเทศไทย ได้ประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (The Universal Coverage Health Care Policy) หรือ “30 บาท รักษาทุกโรค” ซึ่งมีแนวทางในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมผู้มีสิทธิ์ประมาณ 46.6 ล้านคน ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 ก็ได้มีการออก พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

1) กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับ และเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมีเป้าหมาย คือ สุขภาวะ ตามหลักการสุขภาพพอเพียง

---

[15] ภานุวัฒน์ ปานเกตุ. (2554, สิงหาคม). การบริหารโรงพยาบาลชุมชนภายใต้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สืบค้นเมื่อ 25 มิถุนายน 2555, จาก *http://www.idis.ru.ac.th/report/index.php?topic=6167.0*

[16] กระทรวงสาธารณสุขสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554, สิงหาคม). การประเมินผลโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค. สืบค้นเมื่อ 25 มิถุนายน 2555, จาก *http://www.idis.ru.ac.th/report/index.php?topic=6167.0*

2) ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และในระยะถัดไปเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว ประชาชนควรจะมีสิทธิในการเลือก ขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้น หรือเครือข่ายหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ และใกล้บ้าน

3) สถานพยาบาลทั้งของรัฐ และเอกชนที่จะให้บริการจะต้องมีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ

4) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary Care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน กรณีที่เกินความสามารถหน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยให้ไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่น

5) สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยกันเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่นให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย

6) ระบบการเงินการคลังจะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ในระยะยาวโดยการจ่ายแบบปลายปิด และเป็นการจ่ายแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน

7) สิทธิประโยชน์หลัก และรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

8) ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว

ผู้มีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ บุคคลที่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้เป็นจังหวัดที่ดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เว้นแต่

1) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม

2) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล

3) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล

4) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมคอยช่วยเหลือเกื้อกูล

5) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ

6) บุคคลซึ่งอยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้น

คณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนกลาง (สปน. กลาง) อาจกำหนดให้บุคคลซึ่งไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับเป็นผู้มีสิทธิ ตามระเบียบนี้ได้ แต่ทั้งนี้บุคคลดังกล่าวต้องอาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนั้นๆ

การขึ้นทะเบียน และออกบัตรผู้มีคุณสมบัติที่จะได้รับบัตรให้นำสำเนาทะเบียนบ้าน บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ หรือหลักฐานอื่นที่แสดงว่าเป็นบุคคลคนเดียวกันเพื่อขึ้นทะเบียน และรับบัตร ณ หน่วยงานหรือหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพื้นที่ ตำบล อำเภอ ที่ผู้มีสิทธิมีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้าน

หน่วยบริการประจำครอบครัว แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่

1) หน่วยบริการหลัก ได้แก่ หน่วยบริการที่มีแพทย์ประจำ เช่น โรงพยาบาล มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์

2) หน่วยบริการรอง ได้แก่ หน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ประจำตัว เช่น สถานีอนามัย มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ โดยให้ความสำคัญในด้านการรักษาเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การหมดสิทธิในบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1) ตาย

2) เป็นผู้ซึ่งอยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้น

3) ย้ายชื่อออกจากทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ประกาศให้เป็นจังหวัดที่มีการดำเนินโครงการสุขภาพนี้ถ้วนหน้า

ขั้นตอนการไปรับบริการ

1) ต้องนำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าพร้อมด้วยบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ หรือหลักฐานอื่นที่แสดงว่าเป็นบุคคลเดียวกันแสดงต่อเจ้าหน้าที่ทันทีเมื่อไปรับบริการทุกครั้ง

2) ไปรับบริการในเวลาทำการปกติของหน่วยบริการ เว้นแต่ กรณีถูกส่งต่อ กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือจำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องตามคำสั่งผู้รักษา

3) เวลาทำการปกติให้หมายรวมถึงเวลาที่หน่วยบริการนั้นได้ขยายเวลาออกไปนอกเวลาราชการ หรือในวันหยุดราชการเป็นการประจำด้วย

บริการที่ได้รับความคุ้มครอง

1) กรณีเจ็บป่วยทั่วไป ต้องไปรับบริการ ณ หน่วยบริการประจำครอบครัว ที่ระบุในบัตร

2) กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถไปรับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ทุกแห่ง

3) กรณีได้รับการส่งต่อจากสถานบริการหลัก และสถานบริการรองที่ระบุในบัตร ให้ไปรับการบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการที่ระบุไว้ในใบส่งต่อนั้น

4) ปฏิบัติตามระเบียบของหน่วยบริการ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544

การวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยฉุกเฉินให้แพทย์ผู้ทำการรักษาใช้ดุลพินิจโดยคำนึงถึงสามัญสำนึก และความรู้สึกของผู้ป่วย หรือวิญญูชน

ค่าใช้จ่ายเมื่อไปรับการรักษาพยาบาล

ผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อไปรับบริการทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นประเภทผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยในต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นเงินจำนวน 30 บาท ต่อครั้ง

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับการบริการทางการแพทย์

1) ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการวางแผนครอบครัว ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือด ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน ค่าวัคซีน และเซรุ่มในการป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรคจัดเป็นบริการพื้นฐานสำหรับประชาชนทั่วไปแล้ว และอื่นๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์

2) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการให้บริการทางการแพทย์ที่ให้แก่ผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งไม่ใช่บริการที่จัดขึ้นเป็นพิเศษแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายหรือจัดขึ้นตามคำขอของผู้ป่วยเฉพาะราย

3) ค่าอวัยวะเทียม หรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ยกเว้นค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

4) ค่าถอนฟัน ค่าอุดฟันทุกชนิด ค่าขูดหินน้ำลาย ค่าเคลือบฟลูออไรด์ ค่ารักษาโรคของฟันและเหงือก และค่าฟันปลอมที่ใช้อะไครลิคเป็นฐาน ที่ทันตแพทย์เห็นว่าจำเป็นเพื่อการโภชนาการ

5) ค่าห้องสามัญและค่าอาหารสามัญ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้มีสิทธิเข้ารับการบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยในและประสงค์จะอยู่ห้องพิเศษ หรืออยู่ห้องสามัญ แต่ประสงค์จะใช้บริการอาหารพิเศษ จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนที่เกินกว่าค่าห้องสามัญหรือค่าอาหารสามัญแล้วแต่กรณี

6) ค่าบริการทางการแพทย์อื่นนอกจากข้อ 1-5 ตามที่คณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนกลาง (ปสน. กลาง) กำหนด

บริการที่ไม่ได้รับการคุ้มครอง ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง

1) การผ่าตัดเสริมสวย

2) การตกแต่งฟัน หรือทันตประดิษฐ์ ยกเว้นการทำฟันปลอมที่ใช้อะไครลิคเป็นฐาน

3) ค่าแว่นตา

4) อวัยวะเทียมที่ไม่จำเป็นต่อการดำรงชีพ

5) การรักษาภาวะการมีบุตรยาก

6) การผสมเทียม

7) การเปลี่ยนเพศ

8) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

9) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

10) การป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรคยังไม่จัดให้เป็นบริการพื้นฐาน สำหรับประชาชนทั่วไป

11) การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต เว้นแต่ในกรณีเพื่อการรักษาโรคเฉียบพลัน ภายใน 60 วันนับแต่วันเกิดโรค

12) การบำบัดโรค หรือภาวะที่เกิดขึ้นเพราะความจงใจของผู้มีสิทธิ หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำ เช่น การทำแท้ง หรือการฆ่าตัวตาย

13) การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ไม่ผ่านระบบส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่โรงพยาบาลเฉพาะทางนั้น นัดให้มารับการรักษาต่อภายหลังการส่งต่อครั้งแรกแล้ว

14) อุบัติเหตุการประสบภัยจากรถ และอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัท หรือกองทุนตามกฎหมายนั้น ต้องเป็นผู้จ่าย

15) การบริการพิเศษที่หน่วยบริการจัดขึ้นหรือถูกขอให้จัดขึ้นเพื่อความสะดวกสบายหรือเป็นพิเศษแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น ค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าห้องและค่าอาหารพิเศษ ค่าแต่งศพ ค่าขนศพ ค่าใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า ค่าโทรศัพท์ เป็นต้น

16) การบริการทางการแพทย์อื่นๆ นอกจากข้อ 1-15 ตามที่ สปน. กลางกำหนด

สิทธิของประชาชน ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

1) สิทธิการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ

2) สิทธิเลือกหน่วยบริการประจำตัวที่มีมาตรฐาน และสะดวกในการเข้ารับบริการ

3) สิทธิได้รับบริการสาธารณสุขในกรณีฉุกเฉินที่สถานพยาบาลอื่นๆ ได้นอกเหนือจากการที่ลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำตัว

4) สิทธิที่ได้รับการร้องเรียนเมื่อได้รับบริการสาธารณสุขที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือเกิดความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข

5) สิทธิได้รับความช่วยเหลือเยียวยาเมื่อมีความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข

6) สิทธิในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ทั้งการกำหนดนโยบาย การจัดสรรการประเมิณการบริหารหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

7) ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และบุคคลใดมีสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการ หรือตามสิทธิที่เคยได้รับก่อนมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้การใช้สิทธิเป็นไปตามหลักเกณฑ์เดิม เช่น ผู้พิการ

ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ[17] ได้แก่

1) การรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่เรียกว่าบัตรทองนั้นไม่ครอบคลุมด้านอื่นนอกจากค่ารักษาพยาบาล

2) การรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนใหญ่แล้วจะมีแต่โรงพยาบาลรัฐเท่านั้นที่เข้าร่วมโครงการ

3) ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะใช้สิทธิได้เฉพาะในเวลาราชการ (56 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์) ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น

4) ในเรื่องของยาและเวชภัณฑ์นั้น ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีสิทธิได้รับยาเฉพาะรายการที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น จะไม่มีสิทธิได้รับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์แต่อย่างใด

5) ในเรื่องของการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้น ผู้ป่วยซึ่งใช้สิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นต้องเริ่มใช้วิธีล้างช่องท้องก่อน เมื่อล้มเหลวจึงสามารถใช้สิทธิฟอกเลือดได้ มิฉะนั้นจะต้องร่วมจ่ายในค่ารักษา ซึ่งต่างจากระบบประกันสังคมที่มีสิทธิเลือกใช้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างช่องท้องได้ตามความสะดวก

---

[17] ตารางเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ 2 กองทุน (ปี 2555).

6) ในเรื่องของทันตกรรม ผู้ป่วยซึ่งใช้สิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องใช้บริการในสถานีอนามัยซึ่งให้บริการโดยทันตภิบาล อีกทั้งในเขตเมืองติดปัญหาเรื่องการส่งต่อจากคลินิกแพทย์ไปคลินิกทันตกรรมโดยพบว่ามีการส่งต่อประมาณ 10 ราย/เดือน เท่านั้น

3.3 มาตรการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายเงินทดแทน[18]

กองทุนเงินทดแทน คือ กองทุนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 เพื่อเป็นทุนในการจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย ถึงแก่ความตาย หรือสูญหายเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง ให้นายจ้างจ่ายเงินสมทบเพียงฝ่ายเดียวปีละ 1 ครั้ง คิดจากค่าจ้างที่นายจ้างให้แก่ลูกจ้าง ทั้งปีรวมกัน คูณกับอัตราเงินสมทบของประเภทกิจการนั้น ซึ่งจะจ่ายในอัตราที่ไม่เท่ากัน ระหว่างอัตราร้อยละ 0.2 – 1.0 ขึ้นอยู่กับความเสี่ยงภัยตาลักษณะงานของกิจการนายจ้าง นายจ้างซึ่งมีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนภายใน 30 วัน นับแต่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป โดยขึ้นทะเบียนได้ ณ ท้องที่สถานประกอบการตั้งอยู่

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ออกเพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ผู้ใช้แรงงานทั้งหลายได้มั่นใจว่าตนเองได้รับการคุ้มครองหรือมีหลักประกันหลังจากเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน โดยให้นายจ้างเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนนี้ และเมื่อลูกจ้างเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานก็สามารถขอรับเงินทดแทนจากกองทุนนี้ได้ ตามมาตรา 50 พระราชบัญญัติเงินทดแทน และยังให้นายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลรักษาพยาบาลลูกจ้างที่เจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานตามมาตรา 13 พระราชบัญญัติเงินทดแทนและต่อมาได้มีการปรับปรุงไว้ในประกาศกระทรวงแรงงาน และกฎกระทรวง ดังนี้

ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนและหลักเกณฑ์และวิธีการคำนวณค่าจ้างรายเดือน ประกาศ ณ วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547

ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอย่างอื่นซึ่งรุนแรงและเรื้อรัง พ.ศ. 2549 ประกาศ ณ วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2549

ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของหรือเนื่องจากการทำงานประกาศ ณ วันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2550

กฎกระทรวงกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่ายตาม พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 พ.ศ. 2548 ประกาศ ณ วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2548

กฎกระทรวงกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่าย พ.ศ. 2551 ประกาศ ณ วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2551

---

[18] มุมมองไตรภาคีต่อหลักเกณฑ์ทางกฎหมาย ปัญหาในทางปฏิบัติและข้อเสนอสู่การพัฒนา.

จากการประกาศเพิ่มเติมนั้นก็ได้มีการเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ลูกจ้าง ผู้ใช้แรงงานเช่น จากเดิมเมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 35,000 บาท ได้มีการปรับเพิ่มเป็น 45,000 บาท กรณีเจ็บป่วยหนักให้เพิ่มเป็น 65,000 บาท ของเดิมแค่ 50,000 บาท และ หากไม่เพียงพออีกให้ขยายเพิ่มได้ไม่เกิน 300,000 บาท

สิทธิประโยชน์ที่ลูกจ้างจะได้รับตามพระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน และได้มีการปรับปรุงตามกฎกระทรวง "กำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่าย พ.ศ. 2551"

1) กรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 45,000 บาท ต่อครั้ง หากเกิน 45,000 บาท ให้เบิกตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด แต่ไม่เกิน 65,000 บาท หากมีการเจ็บป่วยขั้นรุนแรงค่ารักษาพยาบาลไม่เพียงพอ ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มตามจริงแต่ไม่เกิน 300,000 บาท หากยังไม่เพียงพอ โดยให้คณะกรรมการการแพทย์พิจารณา สำหรับค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าบริการพยาบาล บริการทั่วไป ให้นายจ้างจ่ายเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินวันละ 1,300 บาท กรณีหยุดพักรักษาตัวติดต่อกันเกิน 3 วันขึ้นไป ได้รับค่าทดแทนร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือน ตลอดระยะเวลาที่ไม่สามารถทำงานได้ไม่เกิน 1 ปี

2) กรณีสูญเสียอวัยวะ เงินทดแทนร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือน ตามประเภทการสูญเสียไม่เกิน 10 ปี ค่าฟื้นฟูด้านการแพทย์ และอาชีพเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 20,000 บาท ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเพื่อประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานไม่เกิน 20,000 บาท

3) กรณีทุพพลภาพ ค่าทดแทนรายเดือนร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือน แต่ไม่เกิน 15 ปี และหากจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะได้รับค่าฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย

4) กรณีตายหรือสูญหาย ค่าทำศพเป็นเงิน 100 เท่า ของอัตราสูงสุดของอัตราค่าจ้างขั้นต่ำรายวัน ค่าทดแทนอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนเป็นเวลา 8 ปี

5) ค่าทดแทนรายเดือนจ่ายให้ร้อยละ 60 ของค่าจ้างขั้นต่ำรายวัน ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานในท้องที่ที่ลูกจ้างประจำทำงานอยู่คูณด้วย 26 และไม่เกินร้อยละ 60 ของค่าจ้างเฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งคำนวณจากค่าจ้างสูงสุดที่ใช้เป็นฐานคำนวณเงินสมทบ และไม่เกินเดือนละ 12,000 บาท

หมายเหตุนายจ้างไม่ต้องจ่ายเงินทดแทนในการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของลูกจ้าง เพราะเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

1) ลูกจ้างเสพของมึนเมาหรือสิ่งเสพติดอื่นจนไม่สามารถครองสติได้

2) ลูกจ้างจงใจให้ตนเองประสบอันตรายหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนประสบอันตราย

ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายเงินทดแทนได้แก่

1) ปัญหาด้านโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญากองทุนเงินทดแทน ไม่ได้อำนวยความสะดวกอย่างเพียงพอต่อลูกจ้าง เพราะไปเบิกค่าใช้จ่ายจากกองทุนยาก บางรายต้องรอคำวินิจฉัยจากแพทย์กองทุน ทำให้ล่าช้า นายจ้างต้องสำรองจ่ายให้ หรือบางราย นายจ้างไม่ได้สนใจ ลูกจ้างจึงต้องสำรองจ่ายเอง

2) คนงานซึ่งป่วยและประสบอันตรายจากการทำงานส่วนใหญ่ถูกปฏิเสธจากกองทุนเงินทดแทน เนื่องจากได้รับการวินิจฉัยว่าไม่ได้เจ็บป่วยสืบเนื่องจากการทำงาน จึงไม่ได้รับสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล

3) มาตรฐานในการตรวจรักษา สถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทนที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างในปัจจุบันมีหลายระดับ เนื่องจากการพิจารณาสถานพยาบาลไม่ได้พิจารณารายละเอียดในด้านความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์ ปรากฏว่าลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลและการบริการที่หลากหลาย โดยสถานพยาบาลบางแห่งก็ให้การรักษาพยาบาลและการบริการมากเกินความจำเป็น เช่น การผ่าตัดกระดูกสันหลัง หรือการให้การรักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัดเป็นไปอย่างไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน ส่งผลเสียต่อลูกจ้าง โดยเฉพาะลูกจ้างบางรายถึงกับต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขซ้ำอีก อันเป็นผลสืบเนื่องจากการผ่าตัดที่ได้รับอย่างไม่ถูกต้อง

4) มาตรฐานค่ารักษาพยาบาล สถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทนต่างกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่จะเรียกเก็บจากกองทุนเงินทดแทนขึ้นเอง โดยแจ้งอัตราค่ารักษาเมื่อสมัครเข้าเป็นสถานพยาบาลในความตกลงอย่างหนึ่ง และหลังจากนั้นจะแจ้งขอปรับราคาขึ้นไปเรื่อยๆ เป็นระยะๆ ทำให้อัตราค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บเข้ามายังกองทุนเงินทดแทนมีความหลากหลาย ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันและพบว่าอัตราค่ารักษาพยาบาลของกองทุนเงินทดแทนสูงขึ้นทุกปี

5) การบันทึกเวชระเบียน ในการพิจารณาจ่ายเงินทดแทนต้องมีหลักฐานทางการแพทย์สำหรับประกอบการพิจารณา เช่น สำเนาเวชระเบียนซึ่งพบว่าสถานพยาบาลบางแห่งไม่ได้จัดทำหรือไม่ได้จัดเก็บเวชระเบียนอย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดปัญหาในการพิจารณาจ่ายเงินทดแทนซึ่งรวมถึงค่ารักษาพยาบาลด้วย ส่งผลต่อลูกจ้างเพราะอาจไม่มีสิทธิได้รับเงินทดแทน เพราะขาดหลักฐานยืนยันการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

3.4 มาตรการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายต่างประเทศ

การประกันสังคมของประเทศไทยได้เริ่มต้นเมื่อ พ.ศ. 2533 ในขณะที่ประเทศต่างๆ เกือบทั่วโลกได้ใช้ระบบประกันสังคมมาเป็นระยะเวลานาน การเรียนรู้ระบบงานประกันสังคมจากต่างประเทศ เพื่อนำมาศึกษาเปรียบเทียบกับของประเทศไทยนั้นจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนางานประกันสังคมของไทยเป็นอย่างยิ่ง ผู้เขียนใคร่ขอศึกษากฎหมายประกันสังคมของประเทศที่มีวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ วัฒนธรรม ตลอดจนการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกับประเทศไทยและอยู่ในภูมิภาคเดียวกัน อีกทั้งยังเป็นประเทศอุตสาหกรรมก้าวหน้า คือ ประเทศญี่ปุ่น และประเทศกำลังพัฒนาสู่อุตสาหกรรมใหม่ในกลุ่มอาเซียน คือ ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ อีกทั้งผู้เขียนยังมีความสนใจในประเทศทางยุโรป ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ในการศึกษาเพื่อทำการเปรียบเทียบถึงการพัฒนาการทางด้านการประกันสังคมโดยจะได้นำมาเป็นแบบอย่างของการดำเนินการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม เพื่อจะได้เป็นแนวทางแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นและทัดเทียมกับประเทศอื่นๆ ซึ่งได้แก่ ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) ที่เป็นหนึ่งในประเทศที่มีขนาดเศรษฐกิจใหญ่มากที่สุดประเทศหนึ่งของยุโรป และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส ซึ่งเป็นประเทศที่ได้พัฒนาตนเองจากประเทศยากจนที่สุดในกลุ่มสหภาพยุโรป (EU) มาเป็นประเทศที่มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูงเป็นอันดับที่ 4 ของสหภาพยุโรป

3.4.1 ประเทศญี่ปุ่น[19]

ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกของทวีปเอเชียที่กลายเป็นประเทศอุตสาหกรรมโดยภายหลังจากการเปลี่ยนแปลงจากระบบศักดินามาเป็นระบบทุนนิยม ซึ่งประเทศญี่ปุ่นมีมาตรฐานในการครองชีพของประชาชนจัดได้ว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สูงขึ้นเรื่อยๆ มีค่ารายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปี คือ 22,000 เหรียญสหรัฐ[20] ซึ่งการจัดสวัสดิการด้านแรงงานของประเทศญี่ปุ่น จะทำการศึกษาตาม

---

[19] ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม. (2538). *บทความแปลเรื่อง แนวการดำเนินงานประกันสังคมในประเทศญี่ปุ่น และระบบประกันสังคมของฟิลิปปินส์ ในปี ค.ศ.2000.* หน้า 1.

[20] อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ ณวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2555 จากธนาคารกรุงเทพ 1 เหรียญสหรัฐมีค่าเท่ากับ 31.54 บาท และจาก DHL1 เหรียญสหรัฐ มีค่าเท่ากับ 31.50 บาท.

ธนาคารกรุงเทพ. (2555). อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2555, จาก *http://www.bangkokbank.com/Bangkok+Bank+Thai/Web+Services/Rate/FX+Rates.htm*

DHL. (2555). คำนวณอัตราแลกเปลี่ยนสกุลเงิน. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2555, จาก *http://www.dhl.co.th/publish/th/tools/currency.low.html*

มาตรการทางรัฐธรรมนูญ มาตรการคุ้มครองแรงงาน และรวมถึงมาตรการทางกฎหมายประกันสุขภาพ

การกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม

ประเทศญี่ปุ่น เป็นประเทศแรกในทวีปเอเชียที่เริ่มนำระบบการประกันสังคมมาใช้บังคับ โดยเริ่มใช้ในปี 2524

การประกันสังคมในประเทศญี่ปุ่น เริ่มจากการเป็นโครงการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (Mutual Aid System) สำหรับลูกจ้างในสถานที่ทำงาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเฉลี่ยความเสี่ยงภัยซึ่งกันและกัน (Sharing Mutual Risks) ต่อมาจึงขยายเป็นระบบประกันของลูกจ้างที่คุ้มครองลูกจ้างทุกคน และขยายถึงบุคคลที่มิได้เป็นลูกจ้างและที่มิได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน (Occupational Insurance System) ในระยะต่อมา

ระบบการประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่น ได้พัฒนาเทียบกับประเทศตะวันตกระหว่างปี 1945-1954 ข้อตกลงการก่อร่างระบบประกันสังคม เริ่มขึ้นภายหลังสงครามโลก ครั้งที่ 2 ระหว่างปี 1955-1964 ระบบประกันสุขภาพนำมาใช้ระหว่างปี 1965-1974 ส่วนระบบประโยชน์ทดแทนปรับปรุงขึ้นภายหลังปี 1975 และพยายามก่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการจ่ายประโยชน์ทดแทนและการเรียกเก็บเงินสมทบ ซึ่งมีการปรับปรุงมาตลอด ระบบประกันสังคมจึงเริ่มมาจากการใช้ระบบประกันสุขภาพและมีระบบบำนาญครอบคลุมประชากรทุกคน แรกเริ่มนั้นระบบดังกล่าวจะเป็นการดูแลช่วยเหลือลูกจ้างในสถานที่ทำงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงภัยจากการทำงาน ต่อมาระบบนี้จึงได้ขยายไปสู่ลูกจ้างทุกคนแม้กระทั่งกลุ่มอิสระที่ไม่มีลูกจ้างหรือกลุ่มว่างงาน[21]

สาขาของการประกันสังคม (Branches of Insurance) ในประเทศญี่ปุ่น แบ่งเป็น 6 สาขาใหญ่ๆ ตามลักษณะของบทบาทได้แก่

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

---

[21] เยาวลักษณ์ สวัสดิ์อธิคม. (2544). *รายงานการฝึกอบรม The 11th Study Programmed for The Asian Social Insurance Administrators จัดโดย Japan International Corporation of Welfare Services (JICWELS).* (รายงานการฝึกอบรม). หน้า 3.

1) การประกันกรณีเจ็บป่วยหรือการประกันทางการแพทย์ (Medical Care Insurance)[22]

ระบบนี้ให้ประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตนกรณีที่สูญเสียรายได้ในระยะสั้น เช่น คลอดบุตร เจ็บป่วย ตาย

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

การเจ็บป่วย การเกิดโรค หรือความตายของลูกจ้างขณะทำงาน จะอยู่ในความคุ้มครองของโครงการประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน ซึ่งบังคับให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลชดเชยแก่ลูกจ้าง

การประกันสุขภาพของลูกจ้างคุ้มครองทั้งลูกจ้างและผู้อยู่ในอุปการะ

2) การประกันกรณีบำนาญ (Pension Insurance)[23]

การประกันกรณีบำนาญ เป็นระบบการจ่ายบำนาญแก่ผู้ประกันตนและผู้เป็นทายาท โดยครอบคลุมกรณีชราภาพ ทุพพลภาพ และกรณีตาย ซึ่งเป็นการจ่ายประโยชน์ระยะยาว เมื่อผู้ประกันสูญเสียความสามารถในการทำงานหรือตาย กล่าวคือ เมื่อลูกจ้างผู้ประกันตนตาย ประโยชน์ทดแทนนั้นจะตกเป็นของทายาท เรียกว่า บำนาญตกทอด ขณะที่ระบบประกันทางการแพทย์จะจ่ายค่าทำศพ

บำนาญชราภาพจะจ่ายให้แก่ผู้ที่จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 25 ปีขึ้นไป และมีอายุถึงเกณฑ์เกษียณที่กำหนดไว้ อัตราเงินสมทบจะคำนวณไว้ระยะยาว

3) การประกันการจ้างงาน (Employment Insurance)[24]

โครงการนี้เป็นการประกันแก่ลูกจ้างผู้ประกันตนเมื่อว่างงาน เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะมีรายได้เพียงพอแก่การดำรงชีวิตขณะที่กำลังหางานทำ อัตราประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานจะแตกต่างกันไปตามประเภทของผู้ประกันตนได้แก่ ลูกจ้างทั่วไป ลูกจ้างสูงอายุ ลูกจ้างชั่วคราว หรือลูกจ้างรายวัน

นอกเหนือจากประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานดังกล่าวแล้ว กองทุนประกันการจ้างงานยังมีภาระในกรณีการดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงในการมีงานทำ เสถียรภาพในการจ้างงาน การป้องกันการว่างงาน ปรับปรุงสภาพการทำงาน ขยายโอกาสในการมีงานทำ ปรับปรุง

---

[22] ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม. เล่มเดิม. หน้า 3.

[23] แหล่งเดิม. หน้า 4.

[24] แหล่งเดิม.

ความสามารถและทักษะของลูกจ้างให้สูงขึ้น รวมทั้งโครงการปรับปรุงสวัสดิการลูกจ้างและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

4) การประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน (Occupational Accident Compensation Insurance)[25]

โครงการนี้ให้ความคุ้มครองกรณีความเสี่ยงหลายประการ ได้แก่ ความเจ็บป่วย โรคความพิการ และความตายอันเนื่องมาจากการทำงานหรือระหว่างการเดินทาง ไป-กลับจากสถานที่ทำงาน

ประโยชน์ทดแทนในโครงการนี้ จ่ายเป็นบำนาญหรือเป็นเงินก้อนก็ได้ ทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การทดแทนรายได้ระหว่างการขาดงาน การช่วยเหลือกรณีขาดความสามารถในการทำงานเนื่องมาจากความพิการ และเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้เป็นทายาท

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

สำหรับกรณีอัตราส่วนเงินสมทบแห่งชาติ (National Contribution Ratio)[26] อันเป็นอัตราส่วนเงินสมทบ (ซึ่งเป็นผลรวมระหว่างร้อยละของเงินภาษีรายได้ทั่วไปกับเงินสมทบโครงการประกันสังคม) ต่อรายได้รวมของชาติ (National Income) เท่ากับ ร้อยละ 38.4 ในปี 1992

ด้วยเหตุที่ประชาชนชาวญี่ปุ่นมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ อัตราส่วนเงินสมทบย่อมสูงขึ้นอย่างเลี่ยงไม่ได้ในระยะยาว เพราะค่าใช้จ่ายในโครงการสูงขึ้น อย่างไรก็ตามก็จะต้องมีการรักษาให้อยู่ในระดับที่ไม่กระทบกระเทือนต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจและแรงจูงใจในการลงทุน

เพื่อรักษาระดับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ประเทศญี่ปุ่นจะต้องควบคุมการเพิ่มค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับสัดส่วนการเพิ่มรายได้ของชาติซึ่งรัฐบาลได้กำหนดไว้ในนโยบายการประกันสังคมแล้ว รวมทั้งการพยายามควบคุมค่ารักษาพยาบาลให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

สำหรับการประกันสังคม กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือเป็นโรคที่เกิดเนื่องจากการทำงาน (เหมือนในหลายประเทศซึ่งรวมทั้งประเทศไทยด้วย) และต่อมาก็ขยายการประกันสังคมออกไปจนเป็นระบบประกันสังคมที่สมบูรณ์ทัดเทียมกับประเทศในทวีปยุโรปและประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีระบบประกันสังคมครอบคลุมทั้ง 8 ประเภท กรณีชราภาพ กรณีทุพพลภาพและกรณีตาย มีการให้ความคุ้มครองในรูปบำนาญ ซึ่งแบ่งเป็น 2 แบบ คือ บำนาญลูกจ้าง ซึ่งใช้

---

[25] แหล่งเดิม. หน้า 5.

[26] แหล่งเดิม.

บังคับในกิจการอุตสาหกรรมและการพาณิชยกรรมโดยทั่วไป และบำนาญแห่งชาติให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนโดยทั่วไป ในระบบแรกนายจ้างและลูกจ้างมีหน้าที่ออกเงินสมทบเท่ากัน ส่วนแบบที่สองรัฐบาบออกร่วมด้วย เพื่อนำมาจัดเป็นประโยชน์ทดแทนในรูปบำนาญชราภาพ บำนาญทุพพลภาพ รวมทั้งเงินเสริมสำหรับผู้อยู่ในอุปการะของผู้ประกันตน

สำหรับกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน ก็แบ่งเป็น 2 แบบ คือ ประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งให้ความคุ้มครองประชาชนทั่วไป และประกันสุขภาพลูกจ้างซึ่งคุ้มครองแก่ลูกจ้างต่างๆ ในแบบแรกประโยชน์ทดแทนมีบริการทางการแพทย์อย่างเดียว จากเงินที่จ่ายเข้ากองทุนโดยรัฐบาลและผู้ประกันตน ส่วนแบบหลังประโยชน์ทดแทนมีทั้งบริการทางการแพทย์และเงินทดแทนการขาดรายได้ จากเงินที่จ่ายเข้ากองทุนโดยนายจ้างและลูกจ้างเท่าๆ กัน ส่วนรัฐบาลให้เงินอุดหนุนการบริหารกองทุน สำหรับกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ลูกจ้างไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ แต่นายจ้างเป็นผู้จ่ายโดยรัฐบาลเป็นผู้สนับสนุน ค่าใช้จ่ายบางรายการ ซึ่งผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปบริการทางการแพทย์และเงินทดแทนการขาดรายได้ รวมทั้งมีบำนาญตกทอดแก่ทายาท อันได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตรของผู้ประกันตนด้วย สำหรับกรณีคลอดบุตรมีการให้ประโยชน์ทดแทนในรูปบริการทางการแพทย์สำหรับการคลอดบุตรและบริบาลทารกด้วย สำหรับกรณีสงเคราะห์ครอบครัว คุ้มครองประชาชนที่มีบุตรตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ซึ่งอายุต่ำกว่า 4 ปี ในปี พ.ศ. 2536 หรือต่ำกว่า 3 ปี ในปี พ.ศ. 2537 โดยผู้ประกันตนไม่ต้องออกเงินสมทบ แต่นายจ้างเป็นผู้จ่ายร่วมกับรัฐบาล[27]

5) การสงเคราะห์บุตร (Child Allowance)[28]

ระบบสงเคราะห์บุตรมีความมุ่งหมายที่จะให้เงินช่วยเหลือแก่บุคคลซึ่งเลี้ยงดูบุตรและเพื่อช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ให้มีความมั่นใจในการประกอบอาชีพ ด้วยการให้ความช่วยเหลือแก่เด็กซึ่งจะเป็นผู้นำสังคมญี่ปุ่นต่อไปในอนาคต ให้เติบโตอย่างมั่นคง และเพื่อที่จะให้ได้รับการส่งเสริมคุณภาพและความสามารถด้านต่างๆ ให้ดียิ่งขึ้น

เงินสงเคราะห์บุตรจะจ่ายให้แก่คนที่ให้การเลี้ยงดูบุตรที่มีอายุถึง 12 ปี หรือต่ำกว่า แต่หากรายได้ของคนที่เลี้ยงดูบุตรมีจำนวนเกินกว่าที่กำหนดจะไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์บุตร ทั้งคนซึ่งมีสิทธิจะได้รับเงินเลี้ยงดูบุตรต้องมีหนังสือรับรองจากเทศบาลท้องถิ่นในเขตที่ตนอาศัยอยู่ โดยได้รับการรับรองเกี่ยวกับสิทธิ และจำนวนเงินสงเคราะห์ที่มีสิทธิได้รับ ในกรณีของลูกจ้าง

---

[27] วิชัย โถสุวรรณจินดา. (2533). *กฎหมายประกันสังคม.* หน้า 3-4

[28] กองแผนงานและสารสนเทศ สำนักงานประกันสังคม. (2550). *ระบบประกันสังคมในประเทศญี่ปุ่น.* หน้า 46.

รัฐบาลแห่งชาติหรือรัฐบาลท้องถิ่นนั้นหนังสือรับรองต้องออกโดยผู้มีอำนาจสูงสุดของกระทรวงหรือหน่วยงานราชการ หรือออกโดยผู้ได้รับมอบอำนาจจากหน่วยงานต้นสังกัดนั้นๆ

จำนวนเงินสงเคราะห์บุตรที่จ่ายให้แก่บุตรคนแรกและคนที่สองคือ 5,000 เยน[29] ต่อคน และ 10,000 เยน ต่อคน สำหรับบุตรคนที่สามและบุตรในลำดับต่อๆ ไป

6) การประกันการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long – Term Care Insurance)[30]

ในประเทศญี่ปุ่นการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ เป็นเหตุให้เกิดความต้องการดูแลด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย จำนวนคนที่ต้องการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจึงเพิ่มขึ้น เดิมระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจะมีอยู่ใน 2 ระบบที่แยกจากกัน คือ ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ และระบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นเหตุให้เกิดความขัดแย้งในการเบิกจ่าย การให้บริการเพื่อขจัดปัญหาต่างๆ ระบบทั้งสองจึงถูกปรับโครงสร้างใหม่จึงเกิดเป็นการประกันการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long – Term Care Insurance) มีการกำหนดเงื่อนไขระหว่างสิทธิประโยชน์ต่างๆ และค่าใช้จ่ายไว้อย่างชัดเจน โดยมุ่งเน้นให้เกิดทางเลือกในการใช้บริการหลากหลายขึ้น จะครอบคลุมการดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาล และบริการด้านสวัสดิการต่างๆ

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

ค่าใช้จ่ายสำหรับประโยชน์ทดแทนในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวมาจากเงินสมทบและค่าใช้จ่ายของภาครัฐ (จากรัฐบาลแห่งชาติ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลท้องถิ่น)

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับเทศบาลท้องถิ่นจะเป็นผู้ให้ความเห็นชอบเป็นหนังสือรับรองบุคคลที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว โดยจะขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของคณะกรรมการ และคณะกรรมการจะตัดสินโดยพิจารณาจากกายภาพและสภาพจิตใจของผู้ประกันตน รวมทั้งความเห็นของแพทย์ผู้ให้การรักษา ประโยชน์ทดแทนของการประกันการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจะจ่ายให้แก่บริการดังต่อไปนี้

---

[29] อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ ณ วันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2555 จากธนาคารกรุงเทพ 1,000 เยน มีค่าเท่ากับ 397บาท และจาก DHL 1,000 เยน มีค่าเท่ากับ400.128 บาท

ธนาคารกรุงเทพ. (2555). อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2555, จาก *http://www.bangkokbank.com/Bangkok+Bank+Thai/Web+Services/Rate/FX+Rates.htm*

DHL.(2555).คำนวณอัตราแลกเปลี่ยนสกุลเงิน. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2555, จาก *http://www.dhl.co.th/publish/th/tools/currency.low.html*

[30] แหล่งเดิม. หน้า 49.

1. การให้บริการที่บ้าน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้าน บริการเช็ดตัวดูแลทำความสะอาดให้ผู้ป่วยที่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น

2. การให้บริการด้านความสะอาดต่างๆ ได้แก่ บริการต่างๆ ในสถานที่ที่ให้ความสะดวกทางด้านสวัสดิภาพแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลระยะยาว (สถานพยาบาลพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ) บริการในสถานที่ให้ความสะดวกในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุซึ่งต้องการดูแลระยะยาว และบริการในสถานที่ให้ความสะดวกด้านการรักษาพยาบาลในสถานพักฟื้นสำหรับผู้สูงอายุซึ่งต้องการการดูแล

3. การให้บริการชุมชน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยในเวลากลางคืน กลุ่มดูแลผู้ป่วยความจำเสื่อมที่บ้าน การเยี่ยมไข้ผู้ป่วยที่บ้านโดยการบริการอเนกประสงค์ เป็นต้น

4. การให้บริการต่างๆ เพื่อป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะที่ต้องให้การดูแลระยะยาว ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อป้องกันการดูแลระยะยาว บริการเช็ดตัวทำความสะอาดให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น

5. การให้บริการชุมชนเพื่อป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะที่ต้องการการดูแลระยะยาว ได้แก่ กลุ่มเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความจำเสื่อมเพื่อป้องกันการดูแลระยะยาว การดูแลเยี่ยมเยือนผู้ป่วยที่บ้านโดยการบริการอเนกประสงค์ เป็นต้น

จากที่ได้กล่าวมาแล้วเบื้องต้นเกี่ยวกับการประกันสังคมในประเทศญี่ปุ่น ประเทศญี่ปุ่นยังมีการประกันสังคมที่น่าสนใจ กล่าวคือ ประเทศญี่ปุ่น มีระบบการประกันสังคมตามประเภทดังต่อไปนี้

1. ชราภาพ ทุพพลภาพ และตาย
2. เจ็บป่วยและคลอดบุตร
3. ประสบอุบัติเหตุและเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน
4. ว่างงาน
5. สงเคราะห์ครอบครัว

กรณีประกันการชราภาพ ทุพพลภาพ 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 สหกรณ์ประมง และลูกจ้างในกิจการสาธารณะ โดยระบบแรกผู้มีหน้าที่ออกเงินสมทบ ได้แก่นายจ้างและ

ลูกจ้างเท่านั้น โดยออกเท่ากัน คือ ร้อยละ 7.25 (ผู้ชาย) หรือร้อยละ 7.75 (ผู้หญิง) ของเงินเดือน ส่วนระบบที่สองมีรัฐบาลเข้ามามีส่วนร่วมด้วย โดยรัฐออกร้อยละ 33.3 ของประโยชน์ทดแทนและค่าบริหาร ที่เหลือเป็นของนายจ้างและลูกจ้างที่ต้องสมทบ (แต่ขาดข้อมูลว่าแต่ละฝ่ายต้องสมทบเท่าไร) เรื่องประโยชน์ทดแทนมีหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นบำนาญชราภาพ บำนาญทุพพลภาพ บำนาญตกทอด รวมทั้งให้เงินเสริมเมื่อมีผู้อยู่ภายใต้อุปการะผู้ประกันตนด้วย และทุกๆ ปีจะมีการให้ประโยชน์ทดแทนโดยอัตโนมัติในทั้ง 2 ระบบหลัก ส่วนเงื่อนไขกำหนดให้การประกันชราภาพในทั้ง 2 ระบบหลัก ลูกจ้างต้องสมทบเงินมาแล้วไม่ต่ำกว่า 25 ปี[31]

กรณีการเจ็บป่วยและคลอดบุตร ในระบบประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่นมีอยู่สองระบบคือ การประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) ซึ่งเน้นครอบคลุมพลเมืองทั่วไป และการประกันสุขภาพลูกจ้าง (Employee Health Insurance) ซึ่งเน้นผู้ทำงานในอุตสาหกรรมและพาณิชย์ และผู้ประกันตนโดยสมัครใจ และมีระบบพิเศษสำหรับผู้มีอายุตั้งแต่ 70 ปี กะลาสีเรือ ครูเอกชน และลูกจ้างกิจการสาธารณะ ระบบแรกให้เฉพาะประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์เท่านั้น ระบบหลังมีทั้งการให้ประโยชน์ในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ระบบแรกประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ให้ใช้กับพลเมืองทุกคนที่มิได้อยู่ภายใต้การประกันสุขภาพพิเศษอื่นๆ โดยไม่กำหนดเวลาก่อนการให้ประโยชน์ ส่วนประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์และประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้ในระบบหลังนั้น ต้องทำงานในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ในระบบแรกสำหรับการส่งเงินสมทบ ผู้ประกันตนและรัฐบาลสมทบโดยผู้ประกันตนสมทบน้อยกว่ารัฐบาลเพราะรัฐบาลออก ร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ค่าบริหารงานและเงินอุดหนุนในบางท้องที่ ส่วนนายจ้างไม่ต้องสมทบ ส่วนในระบบที่สอง ลูกจ้างและนายจ้างออกเงินสมทบเท่ากัน และรัฐบาลออกน้อยกว่า แต่ก็ช่วยออกค่าบริการงาน การให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด ค่าโรงพยาบาล ค่าพยาบาล การทำฟัน การคลอดบุตร ค่ายาและยานพาหนะ ส่วนประโยชน์ทดแทนเป็นเงินสด กรณีเจ็บป่วยจะให้ ร้อยละ 60 ของค่าจ้างเฉลี่ย 3 เดือนสุดท้าย ส่วนกรณีคลอดบุตรจะให้ ร้อยละ 60 ของค่าจ้างเฉลี่ย โดยจ่ายให้ 42 วันก่อนคลอด และ 56 วันหลังคลอด (รวม 98 วัน) นอกจากนี้ยังให้เงินก้อนเมื่อคลอดบุตร1ใน 2 เดือนของเงินค่าจ้าง (20,000 เยน) และเงินค่าพยาบาลเด็ก (20,000 เยน) เป็นต้น[32]

กรณีประกันประสบอุบัติเหตุและเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานคุ้มครองลูกจ้างในอุตสาหกรรมและพาณิชย์ที่ไม่ได้รวมอยู่ในการประกันโดยสมัครใจในกิจการเกษตร ป่าไม้ และ

---

[31] นิคม จันทรวิทูร. (2537). *กฎหมายประกันสังคม:แนวคิด พัฒนาการและก้าวแรกของการดำเนินงานในประเทศไทย.* หน้า 27-28.

[32] แหล่งเดิม. หน้า 28-29.

ประมง ที่มีลูกจ้างในสถานประกอบการนั้นน้อยกว่า5คนนอกจากนี้ยังมีระบบพิเศษสำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระและลูกจ้างในกิจการสาธารณะ การจ่ายเงินสมทบนั้นเป็นหน้าที่ของนายจ้างประมาณ ร้อยละ 0.6 – ร้อยละ 14.9 ของเงินเดือน (ตามอัตราการเกิดอุบัติเหตุในรอบ 3 ปี) ลูกจ้างผู้ประกันตนไม่ต้องจ่าย ส่วนรัฐบาลช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายบางอย่างจำกัดจากงบประมาณ การได้รับประโยชน์ทดแทนจะได้ทันทีโดยไม่มีเงื่อนไขเกี่ยวกับระยะเวลาการทำงานขั้นต่ำแต่อย่างใด ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับจะมีทั้งประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้ เช่น กรณีพิการได้ ร้อยละ 60 ของรายได้เฉลี่ยรายวัน และการให้บริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังมีบำนาญตกทอดให้แก่ผู้มีสิทธิไดรับ ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดา มารดา ปู่ ย่า หลานและพี่น้องที่ต้องดูแลด้วย[33]

องค์การบริหารระบบความมั่นคงทางสังคม ในส่วนของการประกันชราภาพ พิการ ทุพพลภาพและตาย การเจ็บป่วยและการคลอดบุตร และการสงเคราะห์บุตร จะรับผิดชอบหลักโดยกระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ (Ministry of Health and Welfare) ส่วนการประกันการเจ็บป่วยจากงาน และการว่างงาน จะรับผิดชอบหลักโดยกระทรวงแรงงาน (Ministry of Labour)[34]

การกำหนดอัตราเงินค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่น

วิวัฒนาการความเป็นมาของระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น เริ่มมาประมาณกว่า 70 ปีแล้ว กล่าวคือ เริ่มมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1922 ระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น เป็นระบบที่ประกอบด้วยหลายรูปแบบ มีกฎหมายรองรับมากมายหลายฉบับ เนื่องมาจากวิวัฒนาการความเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าทางอุตสาหกรรม ประกอบกับความจำเป็นที่รัฐต้องจัดสวัสดิการรองรับ[35]

ประเภทของระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น[36] ครอบคลุมถึงประชาชนทุกคนในประเทศมาประมาณ 30 ปีแล้ว คือ เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1961 เป็นต้นมา ประเภทของการให้ประกันแบ่งออกเป็น 2 โครงการหลักๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ประเทศญี่ปุ่นจัดประกันสุขภาพเป็นระบบผสมแบบขนานและแบบซ้อน กล่าวคือ

---

[33] แหล่งเดิม. หน้า 29.

[34] แหล่งเดิม. หน้า 30.

[35] พรรณี ศรียุทธศักดิ์ และเพ็ญศรี ดาวัลย์. (2536). *ระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น.* (รายงานการศึกษาดูงาน). หน้า 1.

[36] แหล่งเดิม. หน้า 6.

1) การประกันสุขภาพของลูกจ้าง (Employee Health Insurance, EHI) เป็นโครงการประกันที่จัดให้แก่ลูกจ้างในสถานประกอบการซึ่งรวมถึงลูกจ้างซึ่งทำงานอยู่กับรัฐบาลด้วย

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

นอกจากโครงการหลัก 2 โครงการดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีโครงการพิเศษเฉพาะที่จัดตั้งขึ้นอีกโครงการหนึ่งคือ โครงการสุขภาพและการให้บริการการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ (Health and Medical Services for the Aged) ซึ่งผู้ประกันตนซึ่งอยู่ในโครงการนี้ คือคนที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป หรืออยู่ระหว่างอายุ 65-70 ปี ที่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาล โครงการสุขภาพและการให้บริการการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุนี้ ได้เริ่มออกกฎหมายมาใช้บังคับมาตั้งแต่ปี 1983 ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากการที่ประเทศญี่ปุ่นประสบปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตามลำดับ และจากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการมีผู้สูงอายุมาใช้บริการมากโดยเฉพาะเป็นกรณีคนไข้ใน ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ใช้โรงพยาบาลเป็นที่พักผ่อนและหาเพื่อน ส่งผลให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนมาก ปัจจุบันญี่ปุ่นมีผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.6 (ประมาณ 15 ล้านคน) และช่วงอายุของชีวิตเฉลี่ย (Average Life Expectancy) ของเพศชายเท่ากับ 76.11 ปี และของเพศหญิงเท่ากับ 82.11 ปี และจากการคาดการณ์ปรากฏว่า ในปี 2014 ญี่ปุ่นจะมีผู้สูงอายุมากกว่า 30 ล้านคนจากตัวเลขดังกล่าวข้างต้นทำให้ประมาณได้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก ดังนั้นเพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาลที่ต้องจ่ายเงินสนับสนุนช่วยเหลือแก่โครงการสุขภาพและการให้บริการการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุด้วย

ปัจจุบันมีผู้อยู่ในโครงการนี้ 10.33 ล้านคน เป็นคนที่อยู่ในโครงการ การประกันสุขภาพของลูกจ้าง (Employee Health Insurance) 3.188 ล้านคน และอยู่ในโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) 7.142 ล้านคน คนกลุ่มนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของรัฐบาลในแต่ละท้องถิ่น (จังหวัด เมือง หรือหมู่บ้าน) และเมื่อไปรับการรักษาพยาบาลจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลร่วม ดังนี้

กรณีคนไข้นอก จ่าย 1,000 เยน ต่อเดือน

กรณีคนไข้ใน จ่าย 700 เยน ต่อวัน แต่ถ้าเป็นคนไข้ที่มีรายได้น้อยจะจ่าย 300 เยนต่อวันและจ่ายไม่เกิน 2 เดือน

สำหรับกรณีเรื่องอัตราเงินสมทบ เนื่องจากระบบการประกันการรักษาพยาบาลแบ่งออกเป็น โครงการย่อยๆ มากมาย ในแต่ละโครงการย่อมมีการบริหารงานเป็นอิสระซึ่งกันและกัน และในแต่ละโครงการย่อยมีการเก็บเงินสมทบต่างๆ กัน[37] ดังนี้

ตารางที่ 3.2 อัตราเงินสมทบ

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

สำหรับกรณีเรื่องประโยชน์ทดแทน[38]โดยประโยชน์ทดแทนที่ได้จากการประกันแบ่งออกได้เป็นประโยชน์ทดแทนตามที่กฎหมายกำหนดไว้และประโยชน์ทดแทนเพิ่มเติม (Additional Benefits) ซึ่งประโยชน์ทดแทนเพิ่มเติมนี้ เป็นประโยชน์ทดแทนที่ผู้ขายประกันให้แก่ผู้ประกันตนเพิ่มเติมจากประโยชน์ทดแทนที่กฎหมายกำหนดไว้

---

[37] พรรณี ศรียุทธศักดิ์ และเพ็ญศรี ดาวัลย์. เล่มเดิม. หน้า6-7.

[38] แหล่งเดิม. หน้า 10.

ประโยชน์ทดแทนตามที่กฎหมายกำหนดไว้ แบ่งออกได้เป็น 2 แบบ คือ

1) ประโยชน์ทดแทนในรูปการให้การรักษาพยาบาล (Medical Benefits)

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

(2) ลักษณะของระบบการให้การรักษา[39]

ระบบการให้การรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่นใช้ระบบจ่ายตามใบเสร็จ (Free For Service) คือ ผู้ประกันตนและผู้อยู่ในอุปการะสามารถจะไปใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเกิดจากการเจ็บป่วยที่สถานพยาบาลที่ไหนก็ได้ ปัจจุบันมีสถานพยาบาลทางการแพทย์ (Medical Institution) จำนวน 85,000 แห่ง คลินิกทันตแพทย์ 55,000 แห่ง และร้านขายยาที่มีเภสัชกร (Pharmacies) 32,000 แห่ง มีผู้ขายประกันทั้งหมด 12,000 แห่ง แต่ผู้ประกันตนและผู้อยู่ในอุปการะจะต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลร่วมในอัตราที่แต่ละโครงการกำหนดไว้ เช่น ในโครงการประกันสังคมเพื่อลูกจ้าง ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลร่วม ร้อยละ10 อีกร้อยละ 90โครงการจะเป็นผู้จ่ายให้โดยเรียกเก็บจากผู้ขายประกันภายหลัง

2) ประโยชน์ทดแทนในรูปเงินสด (Cash Benefits)[40]

ตารางที่ 3.3 แยกตามประเภทของโครงการรายละเอียดตามตาราง ดังนี้[41]

โครงการ	**กรณีเจ็บป่วย (Injury Allowance)**	**กรณีคลอดบุตร (Maternity Allowance)**	**กรณีต้องหยุดงาน (For loss of day at work)**	**ค่าคลอดบุตร (Delivery expenses)**
กลุ่มลูกจ้างทั่วไป	ร้อยละ 60 ของเงินเดือนเกิน 1.5 ปี	ร้อยละ 60 ของเงินเดือน จ่ายก่อนคลอด 42 วัน หลังคลอด 56 วัน	-	ร้อยละ 50 ของเงินเดือน (ต่ำสุด 240,000 เยน กำหนดโดยกฤษฎีกา)
กลุ่มแรงงานรายวัน	ร้อยละ 2 ของค่าจ้าง ไม่เกิน 6 เดือน (บางกรณี 1.5 ปี)	ร้อยละ 2 ของค่าจ้าง จ่ายก่อนคลอด 42 วัน หลังคลอด 56 วัน	-	ร้อยละ 50 ของค่าจ้าง ต่ำสุด 240,000 เยน

[39] แหล่งเดิม. หน้า 12.

[40] แหล่งเดิม. หน้า 15-16

[41] แหล่งเดิม. หน้า 15-16

ตารางที่ 3.3 (ต่อ)[42]

โครงการ	กรณีเจ็บป่วย (Injury Allowance)	กรณีคลอดบุตร (Maternity Allowance)	กรณีต้องหยุดงาน (For loss of day at work)	ค่าคลอดบุตร (Delivery expenses)
กลุ่มชาวประมง	ร้อยละ 60 ของเงินเดือน ไม่เกิน 3 ปี	ร้อยละ 60 นับตั้งแต่วันที่ได้รับการยืนยันว่าตั้งครรภ์ และจ่าย 56 วันหลังคลอด	-	ร้อยละ 50 ของเงินเดือนต่ำสุด 240,000 เยน
กลุ่มข้าราชการ	ร้อยละ 65 ของเงินเดือนไม่เกิน 1.5 ปี (บางกรณี 3 ปี)	ร้อยละ 65 ของเงินเดือนจ่ายก่อนคลอด 42 วัน หลังคลอด 56 วัน	ร้อยละ 50 ของเงินเดือน	เงินเดือน 1 เดือน ต่ำสุด 240,000 เยน
กลุ่มข้าราชการส่วนท้องถิ่น	ร้อยละ 80 ของเงินเดือน ไม่เกิน 1.5 ปี (บางกรณี 3 ปี)	ร้อยละ 80 ของเงินเดือนจ่ายก่อนคลอด 42 วัน หลังคลอด 56 วัน	ร้อยละ 10 ของเงินเดือน	เงินเดือน 1 เดือน ต่ำสุด 240,000 เยน
กลุ่มครูและเจ้าหน้าที่โรงเรียนราษฎร์	ร้อยละ 80 ของเงินเดือน ไม่เกิน 6 เดือน (บางกรณี 3 ปี)	ร้อยละ 80 ของเงินเดือนจ่ายก่อนคลอด 42 วัน หลังคลอด 56 วัน	ร้อยละ 60 ของเงินเดือน	เงินเดือน 1 เดือน ต่ำสุด 240,000 เยน
กลุ่มประชาชนทั่วไป	ไม่มีกำหนดไว้ (ปัจจุบันยังไม่มีท้องถิ่นไหนให้)	ไม่มีกำหนดไว้ (ปัจจุบันยังไม่มีท้องถิ่นไหนให้)	-	กำหนดโดยเทศบัญญัติ (มาตรฐานจ่าย 240,000 เยน)
กลุ่มลูกจ้างทั่วไป	กำหนดโดยกฤษฎีกาเท่ากับ 240,000 เยน	กำหนดโดยกฤษฎีกาเท่ากับ 2,000 เยน	เงินเดือน 1 เดือน (ต่ำสุด100,000 เยน กำหนดโดยกฤษฎีกา)	กำหนดโดยกฤษฎีกา (ต่ำสุด 100,000 เยน)
กลุ่มแรงงานรายวัน	กำหนดโดยกฤษฎีกาเท่ากับ 240,000 เยน	กำหนดโดยกฤษฎีกาเท่ากับ 2,000 เยน	ค่าจ้าง 1 เดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)	กำหนดโดยกฤษฎีกา (ต่ำสุด 100,000 เยน)
กลุ่มชาวประมง	กำหนดโดยกฤษฎีกาเท่ากับ 240,000 เยน	กำหนดโดยกฤษฎีกาเท่ากับ 2,000 เยน	เงินเดือน 2 เดือน (ต่ำสุด100,000 เยน)	1.4 เท่าของเงินเดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)

[42] แหล่งเดิม. หน้า 15-16

ตารางที่ 3.3 (ต่อ)[43]

โครงการ	กรณีเจ็บป่วย (Injury Allowance)	กรณีคลอดบุตร (Maternity Allowance)	กรณีต้องหยุดงาน (For loss of day at work)	ค่าคลอดบุตร (Delivery expenses)
กลุ่มครูและเจ้าหน้าที่โรงเรียนราษฎร์	ร้อยละ 70 ของเงินเดือน (ต่ำสุด 240,000 เยน)	2,400 เยน	เงินเดือน 1 เดือน (ต่ำสุด100,000 เยน)	ร้อยละ 70 ของเงินเดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)
กลุ่มประชาชนทั่วไป	ร้อยละ 70 ของเงินเดือน (ต่ำสุด 240,000 เยน)	จะให้หรือไม่ก็ได้(ที่ให้ส่วนมากต่ำกว่า 6,000 เยน)	กำหนดโดยเทศบัญญัติ (โดยทั่วไป 10,000-50,000 เยน)	-
กลุ่มข้าราชการ	ร้อยละ 70 ของเงินเดือน (ต่ำสุด 240,000 เยน)	2,400 เยน	เงินเดือน 1 เดือน (ต่ำสุด100,000 เยน)	ร้อยละ 70 ของเงินเดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)
กลุ่มข้าราชการส่วนท้องถิ่น	ร้อยละ70 ของเงินเดือน (ต่ำสุด 240,000 เยน)	2,400 เยน	เงินเดือน 1 เดือน (ต่ำสุด100,000 เยน)	ร้อยละ 70 ของเงินเดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)

เป็นที่น่าสังเกตว่าระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น เริ่มมีมานานแล้ว และมีการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงมาโดยตลอด เพื่อให้เหมาะสมกับสภาวะความเจริญและก้าวหน้าทางอุตสาหกรรมของประเทศ ระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่นจึงมีหลากหลายรูปแบบ มีผู้ดำเนินการ (ผู้ขายประกัน) มากมายทั้งภาครัฐและเอกชน อย่างไรก็ตามในปัจจุบันระบบดังกล่าวได้ครอบคลุมประชาชนทั่วทั้งประเทศแล้ว นั่นก็แสดงให้เห็นว่าคนญี่ปุ่นทุกคนได้รับการคุ้มครองดูแลในเรื่องการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต

[43] แหล่งเดิม. หน้า 15-16

3.4.2 ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์[44]

ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ เป็นประเทศหนึ่งในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งจัดว่าเป็นประเทศกำลังพัฒนาสู่อุตสาหกรรมใหม่ในกลุ่มอาเซียน ซึ่งประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์เป็นประเทศเดียวในภูมิภาคเอเชียที่มีวัฒนธรรมคล้ายประเทศตะวันตก อาจเนื่องมาจากการที่เคยเป็นประเทศอาณานิคมของประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์จึงเป็นประเทศหนึ่งที่ให้ความสนใจต่อหลักการให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนด้านสวัสดิการ

การกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม

เนื่องจากเป็นภารกิจของรัฐที่จะต้องส่งเสริมความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในสังคมจึงได้มีการให้ความสนใจต่อหลักการให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนด้านสวัสดิการมานานแล้ว แต่มีการปฏิบัติซึ่งมิใช่รูปแบบของการประกันสังคมโดยตรงในปี พ.ศ. 2473 (ค.ศ. 1930) ประธานาธิบดีมานูเอล เคอซอน ได้ประกาศใช้โครงการเพื่อความเป็นธรรมของสังคม เพื่อแก้ไขวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ยังได้พยายามวางแนวทางเพื่อชักจูงให้มีความโน้มเอียงในการที่รัฐจะจัดระบบความมั่นคงทางสังคมให้แก่ประชาชน เช่น การดำเนินงานของรัฐเกี่ยวกับการประกันภัยเพื่อให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการ ซึ่งเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2475 (ค.ศ. 1932) โดยให้ความคุ้มครองกรณีตาย ทุพพลภาพ ชราภาพ การสูญเสียทรัพย์สินจากภัยพิบัติ เช่น อัคคีภัย แผ่นดินไหว ภูเขาไฟระเบิด ฯลฯ

ต่อมาเมื่อประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ได้รับเอกราชในปี พ.ศ. 2489 (ค.ศ. 1946) ซึ่งเป็นเวลาที่นานาอารยประเทศได้มีการประกันสังคมเกิดขึ้นแล้ว ประธานาธิบดีรามอน แม็คไซไซตระหนักถึงความสำคัญของประกันสังคม จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมาธิการขึ้นคณะหนึ่ง 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 เป็นเหตุให้ ประธานาธิบดี แม็คไซไซระงับการดำเนินงานประกันสังคมชั่วคราว และกลับมารับฟังข้อคิดเห็นจากฝ่ายต่างๆ มาประมวล เพื่อแก้ไขปรับปรุงกฎหมายประกันสังคมขึ้นใหม่

---

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

ต่อมา ประธานาธิบดี คาร์ลอส ทีการเซีย ได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์อย่างเข้มแข็ง จนสามารถลดความขัดแย้งที่เกิดจากความไม่เข้าใจระบบประกันสังคมได้ ทุกฝ่ายเริ่มเกิดความเข้าใจอันดีต่อกันและยอมรับรู้ถึงคุณค่าของการประกันสังคม เมื่อประเทศฟิลิปปินส์ได้ประกาศใช้กฎหมายประกันสังคมอีกครั้ง เมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2500 (ค.ศ. 1957) จึงได้รับการตอบรับจากประชาชนหนังสือพิมพ์ทุกฉบับให้ความร่วมมือตีพิมพ์กฎหมายประกันสังคม และบทความเพื่อสนับสนุนการประกันสังคมเป็นอย่างดี ระยะแรกกฎหมายบังคับใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป หลังจากนั้น 2 ปี ได้ขยายความคุ้มครองไปยังผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ 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 จึงสร้างระบบประกันสังคมขึ้นให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มผู้ใช้แรงงานประชาชนทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยแบ่งออกเป็น 3 โครงการ คือ

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

การขยายความคุ้มครองได้ดำเนินการเป็นระยะๆ ดังนี้

1. ปี พ.ศ. 2523 (ค.ศ. 1980) ขยายความคุ้มครองไปยังผู้ประกอบอาชีพอิสระ
2. ปี พ.ศ. 2535 (ค.ศ. 1992) ขยายความคุ้มครองไปยังลูกจ้างในภาคเกษตรกรรมและลูกจ้างชาวฟิลิปปินส์ซึ่งไปทำงานในเรือเดินทะเลระหว่างประเทศ

3. ปี พ.ศ. 2536 (ค.ศ. 1993) ขยายความคุ้มครองไปยังคนรับใช้ภายในบ้านที่มีรายได้อย่างต่ำ 1,000 เปโซ[45]ต่อเดือน

4. ปี พ.ศ. 2538 (ค.ศ. 1995) ขยายความคุ้มครองไปยังลูกจ้างซึ่งไม่มีการจ้างงานเป็นรูปแบบ (ไม่มีสัญญาจ้าง) และมีรายได้อย่างต่ำ 1,000 เปโซ ต่อเดือน เช่น ลูกจ้างตามร้านแผงลอย คนเฝ้ารถ ฯลฯ

5. ปี พ.ศ. 2541 (ค.ศ. 1997) รัฐบาลฟิลิปปินส์ได้ออกกฎหมายเพื่อจัดระบบประกันสังคม ให้ประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตนมากขึ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนโดยสมัครใจเข้าเป็นสมาชิกด้วย

ลักษณะของการประกันมี 2 รูปแบบ คือ

(1) การประกันโดยบังคับ (Compulsory) อยู่ในความคุ้มครองได้แก่

1. ลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราวซึ่งอยู่ในสถานประกอบการ และมีอายุไม่เกิน 60 ปี

2. ผู้ประกอบอาชีพอิสระมีรายได้ต่อปีตั้งแต่ 1,800 เปโซ ขึ้นไป และมีอายุไม่เกิน 60 ปี

3. คนทำงานบ้านซึ่งมีรายได้ต่อเดือน ตั้งแต่ 1,000 เปโซ ขึ้นไป

(2) การประกันโดยสมัครใจ (Voluntier) ผู้ที่อยู่ในความคุ้มครอง ได้แก่

1. ลูกจ้างซึ่งออกจากงาน และมีความประสงค์ที่จะประกันตนต่อ

2. ลูกจ้างซึ่งทำงานในต่างประเทศ

3. ลูกจ้างต่างชาติ

4. คู่สมรสของลูกจ้างซึ่งไม่ได้ทำงานนอกบ้าน

---

[45] อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ ณ วันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2555 จากธนาคารกรุงเทพ 1,000 เปโซมีค่าเท่ากับ 770บาท และจาก DHL 1,000 เปโซ มีค่าเท่ากับ755.596 บาท.

ธนาคารกรุงเทพ. (2555). อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2555, จาก *http://www.bangkokbank.com/Bangkok+Bank+Thai/Web+Services/Rate/FX+Rates.htm*

DHL. (2555). คำนวณอัตราแลกเปลี่ยนสกุลเงิน. สืบค้นเมื่อ19 สิงหาคม พ.ศ. 2555, จาก *http://www.dhl.co.th/publish/th/tools/currency.low.html*

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

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

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

1) การจัดเก็บเงินสมทบ

(1) อัตราเงินสมทบ

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

ตารางที่ 3.4 เปรียบเทียบอัตราการส่งเงินสมทบ

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

หมายเหตุ. 1. ผู้ประกันตนโดยสมัครใจ จำนวนเงินค่าจ้างที่นำมาคำนวณเงินสมทบ คือ รายได้เดือนสุดท้าย แต่ทั้งนี้ต้องไม่ต่ำกว่า 1,000 เปโซ ต่อเดือน ยกเว้นประชาชนประเทศฟิลิปปินส์ที่ไปทำงานต่างประเทศ รายได้ที่นำมาคำนวณเงินสมทบไม่ต่ำกว่า 3,000 เปโซ ต่อเดือน

2. คู่สมรสไม่ได้ทำงานจะจ่ายเงินสมทบร้อยละ 50 ของสามี โดยสามีจะต้องมีรายได้ไม่ต่ำกว่า 1,000 เปโซ ต่อเดือน

(2) การนำส่งเงินสมทบ

วิธีการนำส่งเงินสมทบ สามารถส่งเงินสมทบได้ 3 วิธี

1. ผ่านธนาคาร
2. ที่สำนักงานโครงการประกันสังคม (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

ก. ชราภาพทุพพลภาพ และตาย

ข. เจ็บป่วยและคลอดบุตร

ค. ประสบอุบัติเหตุและเจ็บป่วยจากการทำงาน

ง. ไม่มีการประกันการว่างงาน และสงเคราะห์บุตร

จ. ประโยชน์ทดแทนในโครงการประกันสังคม ประกอบด้วย

1. ประโยชน์ทดแทนระยะยาว ได้แก่

ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ

ประโยชน์ทดแทนกรณีตาย

กรณีการประกันชราภาพ ทุพพลภาพ และตาย ผู้ได้รับการคุ้มครองคือ ลูกจ้างฟิลิปปินส์ซึ่งทำงานในทะเล และผู้ทำงานอิสระ ไม่รวมลูกจ้างที่ทำงานบ้านและแรงงานในครอบครัว มีโครงการพิเศษสำหรับลูกจ้างของรัฐ ผู้ทำงานอิสระที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,800 เปโซ ต่อปี ก็อาจทำประกันได้ การจ่ายเงินสมทบ ลูกจ้างจ่ายในสัดส่วนน้อยกว่านายจ้าง คือ ลูกจ้างจ่ายร้อยละ1.6 – ร้อยละ 3.3 ของค่าจ้าง ส่วนนายจ้างจ่าย ร้อยละ 5.1 – ร้อยละ 6.8 ของเงินที่จ้าง และรัฐบาลไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ ยกเว้นกรณีขาดทุนจึงจะช่วย มีกำหนดเวลาก่อนได้รับประโยชน์ เช่น กรณีชราภาพต้องสมทบเงินมาแล้วไม่น้อยกว่า 120 เดือน กรณีทุพพลภาพและบำนาญตกทอดต้องสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 36 เดือน การจ่ายประโยชน์ทดแทนมีกำหนดเงินขั้นต่ำที่จะได้รับ ทั้งในกรณีเงินบำนาญชราภาพ ร้อยละ 1.5 ของอัตราเงินเดือน สะสมรวมกับเงิน ร้อยละ 42 – 102 ของเงินเฉลี่ยต่อเดือนตามระดับขั้นของเงินเดือน เงินบำนาญทุพพลภาพ คิดเช่นเดียวกับบำนาญชราภาพ โดยจะจ่ายเป็นรายเดือนและมีกำหนดขั้นต่ำของเงินด้วย และยังมีเงินเพิ่มสำหรับผู้ที่อยู่ในอุปการะ เงินช่วยเด็กกำพร้า บำนาญตกทอดและเงินช่วยเหลือค่าทำศพกรณีเสียชีวิตด้วย นอกจากนี้ในกรณีพิเศษยังสามารถขอเบิกเงินสมทบคืนได้เท่ากับเงินที่ตนสมทบและนายจ้างสมทบไว้ รวมดอกเบี้ยด้วยหากว่าไม่สามารถส่งต่อไปได้[46]

ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ เป็นผู้ซึ่งจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 120 เดือนและ

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

เงื่อนไขการจ่ายประโยชน์ทดแทน

1. บำนาญชราภาพ
   ก. ร้อยละ 40 ของเงินเดือนที่ผ่านการรับรองโดยเฉลี่ย
   ข. บำนาญขั้นต่ำ
   ค. กรณีจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 240 เดือน บำนาญขั้นต่ำจะเท่ากับ 1,200 เปโซ
   ง. กรณีจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 120 เดือน บำนาญขั้นต่ำจะเท่ากับ 1,000 เปโซ

---

[46] นิคม จันทรวิทูร. เล่มเดิม. หน้า 47-48

2. บำนาญให้แก่ผู้ที่อยู่ในอุปการะ

ก. คนละไม่ต่ำกว่า 150 เปโซ หรือ ร้อยละ 10 ของบำนาญพื้นฐานรายเดือน อัตราบำนาญของสมาชิกแต่ละรายจะไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ

ข. จำนวนเงินสมทบของสมาชิก

ค. จำนวนปีที่สมาชิกเข้ามาอยู่ในความคุ้มครองของโครงการประกันสังคม (SSS)

ง. จำนวนบุตร

ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ

ลักษณะการทุพพลภาพ

โครงการประกันสังคม (SSS) แบ่งลักษณะการทุพพลภาพ ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ทุพพลภาพถาวร

เงื่อนไขและประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพถาวร

ก. ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 36 เดือน ก่อน 2 ไตรมาส ของการเกิดทุพพลภาพ และผู้ทุพพลภาพจะได้รับบำนาญรายเดือน และบำนาญสำหรับผู้อยู่ในความอุปการะ

ข. หากสมาชิกทุพพลภาพก่อนจ่ายเงินสมทบครบ 36 เดือน ผู้ทุพพลภาพจะได้รับประโยชน์ทดแทน เป็นเงินก้อนเป็นจำนวนเท่ากับ 35 เท่าของบำนาญรายเดือน

2. ทุพพลภาพถาวรบางส่วน

กรณีทุพพลภาพถาวรบางส่วนจะได้รับบำนาญรายเดือนเป็นระยะเวลาตามที่สำนักงานโครงการประกันสังคม Social Security System (SSS) กำหนด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของการทุพพลภาพนั้นๆ

เงื่อนไขและประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพบางส่วน คือ จะได้รับประโยชน์ทดแทนขั้นต่ำจำนวนไม่น้อยกว่าเงินสมทบในส่วนของนายจ้างและลูกจ้างรวมกัน หรือไม่ต่ำกว่า 1,000 เปโซ

1. ประโยชน์ทดแทนกรณีตาย

ผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีที่ลูกจ้างเสียชีวิต แบ่งตามลำดับได้ดังนี้

1) คู่สมรสที่ยังไม่ได้แต่งงานใหม่ และบุตรที่ถูกต้องตามกฎหมาย

2) บิดา – มารดา และบุตรที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย

3) บุตรที่ลูกจ้างระบุให้เป็นผู้มีสิทธิตามแบบที่สำนักงานโครงการประกันสังคม Social Security System (SSS) กำหนด

เงื่อนไขและประโยชน์ทดแทนกรณีตาย

1) ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 36 เดือน ก่อน 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) จะให้ประโยชน์ทดแทนขั้นต่ำจำนวนไม่น้อยกว่าเงินสมทบในส่วนของนายจ้างและลูกจ้างร่วมกัน หรือไม่ต่ำกว่า 1,000 เปโซ

2. ประโยชน์ทดแทนระยะสั้น

ก. ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยหรือการประสบอันตรายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

ข. ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

กรณีประกันการเจ็บป่วยและคลอดบุตร ผู้ได้รับการคุ้มครอง คือลูกจ้างฟิลิปปินส์ที่ทำงานในทะเล และผู้ทำงานอิสระที่มีรายได้ไม่ต่ำกว่า 1,800 เปโซ ต่อปี ไม่รวมลูกจ้างทซึ่งทำงานที่บ้านและครอบครัว มีโครงการพิเศษสำหรับลูกจ้างของรัฐ โดยทั้งลูกจ้างและนายจ้างจะต้องออกเงินสมทบในอัตราเท่ากัน คือ ร้อยละ 1.25 ของเงินเดือน ส่วนรัฐบาลจะไม่ออกเงินสมทบ ยกเว้นกรณีขาดทุนในด้านประโยชน์ทดแทนนั้น จะให้ทั้งในรูปเงินสด ซึ่งจ่ายให้โดยคิดตามส่วนจากค่าจ้างเฉลี่ยรายวัน แต่มีขั้นสูงสุดของค่าทดแทน และมีการให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนและผู้ซึ่งอยู่ในอุปการะ และเด็กกำพร้า รวมถึงค่าทำศพด้วยก่อนรับประโยชน์ทดแทนมีการกำหนดเงื่อนไข เช่น กรณีประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ประโยชน์ทดแทนเป็นเงินสด การเจ็บป่วยและกรณีคลอดบุตรต้องส่งเงินสมทบมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน ในรอบ 12 เดือน ประโยชน์ทดแทนที่ได้เป็นเงินสด กรณีเจ็บป่วยจะได้ร้อยละ 90 ของค่าจ้างเฉลี่ยรายวันที่สูงที่สุดในรอบ 6 เดือน ของ 12 เดือนสุดท้ายในการทำงาน โดยขั้นต่ำจะได้ 10 เปโซ ต่อวัน ขั้นสูงสุดจะได้ 100 เปโซ ต่อวัน และได้ไม่เกิน 120 วัน กรณีประโยชน์ทดแทนการคลอดบุตรจะได้ ร้อยละ 100 ของค่าจ้างที่สูงสุดในรอบ 6 เดือน ของ 12 เดือนสุดท้ายในการทำงาน และได้รับเป็นเวลา 45 วัน[47]

---

[47] แหล่งเดิม. หน้า 48.

ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยไม่เนื่องจากการทำงาน

เงื่อนไขและประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยไม่เนื่องจากการทำงานจะต้องจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือนภายใน 12 เดือน ซึ่งจะเริ่มจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ ในวันที่ 5 ของการหยุดงานจำนวน ร้อยละ 90 ของค่าจ้างเฉลี่ย 6 เดือน จำนวนเงินสูงสุดไม่เกิน 360 เปโซ ต่อวัน ไม่เกิน 120 วัน ต่อปี และจะต้องยื่นขอรับประโยชน์ทดแทนภายใน 1 ปี นับตั้งแต่เจ็บป่วย

ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

เงื่อนไขและประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรจะต้องจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 12 เดือน ซึ่งจะจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ จำนวน ร้อยละ 100 ของค่าจ้างเฉลี่ย 6 เดือน จำนวนเงินสูงสุดไม่เกิน 400 เปโซ ต่อวัน กรณีคลอดปกติ จ่าย 60 วัน และกรณีคลอดแบบผ่าตัดจ่าย 78 วัน

(2) โครงการประกันสุขภาพ

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

(3) โครงการประกันการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานให้นายจ้าง

กรณีประกันอุบัติเหตุและเจ็บป่วยจากการทำงานคุ้มครองลูกจ้างคนซึ่งเป็นชาวฟิลิปปินส์แต่ทำงานในทะเล ไม่รวมลูกจ้างซึ่งทำงานตามบ้าน แรงงานครอบครัว และผู้ประกอบอาชีพอิสระ นอกจากนี้ยังมีระบบพิเศษสำหรับลูกจ้างของรัฐบาล การจ่ายเงินสมทบเป็นหน้าที่ของนายจ้างเท่านั้น เป็นเงิน ร้อยละ 1 ของค่าจ้าง มีการกำหนดยอดเงินเดือนขั้นสูงของลูกจ้างที่ใช้คำนวณในการจ่ายเงินสมทบไม่เกิน 1,000 เปโซต่อเดือน กำหนดเงื่อนไขระยะเวลาก่อนรับประโยชน์ทดแทนว่า เมื่อจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 1 เดือน การให้ประโยชน์ทดแทนมีทั้งบริการทางการแพทย์ การให้ประโยชน์ทดแทนเป็นเงินสด กรณีทุพพลภาพชั่วคราวได้ร้อยละ 90 ของค่าจ้างรายวันที่สูงสุด 6 เดือน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ไม่เกิน 240 วัน กรณีทุพพลภาพถาวรได้เงินร้อยละ 115 ของเงินบำนาญชราภาพรายเดือนไม่เกิน 5 ปี มีเงินเสริมกรณีมีผู้อุปการะ ร้อยละ 10 ของเงินบำนาญ สำหรับบุตรซึ่งอายุน้อยที่สุด 5 คน ที่อายุ ไม่เกิน 21 ปี ส่วนเงินตกทอด ได้บำนาญตกทอด ร้อยละ 100 ของเงินบำนาญ ร้อยละ10 แก่เด็กกำพร้า 5 คน ซึ่งอายุน้อยที่สุด 21 ปี และยังมีเงินช่วยเหลือผู้ยังมีชีวิตอยู่เพิ่มเติมเป็นเงินก้อน 35 เท่าของเงินบำนาญแก่คู่สมรสซึ่งยังมีชีวิตและเด็ก[48]

---

[48] แหล่งเดิม. หน้า 49.

โครงการนี้จะคุ้มครองลูกจ้างทุกคน ซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานให้นายจ้าง

ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน

ประโยชน์ทดแทนที่จะได้รับกรณีเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน

1. การรักษาพยาบาล

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีเจ็บป่วย หรือสูญเสียอวัยวะจำนวน ร้อยละ 90ของค่าจ้างเฉลี่ยขั้นต่ำ 10 เปโซ ต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 200 เปโซต่อวัน จ่ายไม่เกิน 120 วัน แต่ถ้ามีการบาดเจ็บรุนแรงจ่ายไม่เกิน 240 วัน เริ่มจ่ายตั้งแต่วันที่ 5 ของการบาดเจ็บ

นอกเหนือจากการที่สมาชิกของโครงการประกันสังคม Social Security System (SSS) ยังได้ดำเนินการให้เงินกู้แก่นายจ้างลูกจ้างซึ่งเป็นสมาชิกของโครงการประกันสังคม Social Security System (SSS) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในเรื่องต่างๆ เช่นการกู้เพื่อที่อยู่อาศัย การกู้เพื่อการศึกษา การกู้เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของระบบการทำงาน การกู้เพื่อการลงทุนในตลาดหุ้น ฯลฯ ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมควบคู่ไปกับการให้ความคุ้มครองแก่สมาชิก

เนื่องจากการจ่ายเงินค่าบริการทาการแพทย์ของประเทศฟิลิปปินส์ใช้ระบบจ่ายตามใบเสร็จ (Free for Service) ดังนั้น ประโยชน์ทดแทนทางด้านการแพทย์จึงมีการจำกัดวงเงินในการรักษาและจำนวนวันที่จะใช้บริการทางการแพทย์ได้ภายใน 1 ปี โดยประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ของประเทศฟิลิปปินส์ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นกรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุก็ตาม นอกจากนั้นยังครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลแก่ครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย[49] โดยค่าบริการทางการแพทย์จะกำหนดเป็นตาราง ซึ่งอัตราการกำหนดวงเงินขึ้นอยู่กับชนิดของโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนต้องการ

---

[49] สิทธิพร รัตนากร และคณะ. (2537). *สรุปการศึกษาดูงาน ณ ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์และประเทศมาเลเซีย ระหว่างวันที่ 20-26 พฤษจิกายน 2537* (สำนักงานประกันสังคม). หน้า 25.

ตารางที่ 3.5 กำหนดวงเงินในการรักษา[50]

รายการการรักษาพยาบาล (Items of Hospitalization)	**อัตราการครอบคลุม**		
	โรงพยาบาลระดับต้น (Primary Hospital)	**โรงพยาบาลระดับกลาง (Second Hospital)**	**โรงพยาบาลระดับใหญ่ (Tertiary Hospital)**
ค่าบริการของโรงพยาบาล (Hospital Charge) 1. ค่าห้อง : ทั้งครอบครัว ผู้ประกันตนมีสิทธิเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลได้ไม่เกิน 45 วัน ต่อปี	85 เปโซ ต่อวัน	150 เปโซ ต่อวัน	220 เปโซ ต่อวัน
2. ค่ายา : ในโรคเดียวกันสามารถได้รับการรักษาต่อเนื่องจนหายเป็นปกติได้ภายใน 90 วัน แบ่งเป็น			
- การเจ็บป่วยปกติ (Ordinary Cases)	895 เปโซ	1,185 เปโซ	1,525 เปโซ
- การป่วยหนัก (Intensive Care Case)	2,025 เปโซ	2,430 เปโซ	4,375 เปโซ
- การป่วยจากภัยพิบัติ (Catastrophic Cases)	-	5,475 เปโซ	6,255 เปโซ
3. ค่าห้องผ่าตัด : ขึ้นอยู่กับข้อตกลงกับสถานพยาบาลในโครงการตามRUV Scheme (Relative unit Value)			
- RUV 5 และต่ำกว่า 5	255 เปโซ	455 เปโซ	705 เปโซ
- RUV 5.1 – 10.0	-	760 เปโซ	900 เปโซ
- RUV 10.0 – และมากกว่า	-	1,440 เปโซ	2,325 เปโซ

ค่าบริการวิชาชีพ (PROFESSIONAL FEES) ถูกกำหนดโดยแยกประเภทของแพทย์ดังนี้

1) แพทย์ ทันตแพทย์ โดยทั่วไปจะได้รับค่าจ้าง 55 เปโซ ถ้าเป็นผู้ชำนาญการพิเศษเฉพาะทาง จะได้รับค่าจ้างไม่ต่ำกว่า 80 เปโซ ต่อวัน ในการรักษาโรคหนึ่งๆ จนหาย กรณีโรคทั่วไปแพทย์จะได้รับ 300 เปโซ และแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางจะได้รับ 450 เปโซ ในรายที่เป็นผู้ป่วยหนัก

---

[50] ปาริชาติ ศรีประเสริฐ. (2541). *การให้ความคุ้มครองในระบบประกันสังคม:ศึกษาเปรียบเทียบโครงการประกันสังคมของประเทศไทยและฟิลิปปินส์.* หน้า 55-57.

หรือผู้ป่วยรุนแรงจากภัยพิบัติ แพทย์จะได้ 450 เปโซ และแพทย์เฉพาะทางจะได้รับ 750 เปโซ ต่อการรักษาโรคหนึ่ง ให้หายในช่วงเวลาหนึ่ง

2) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด จะได้รับตามข้อตกลงไว้กับสถานพยาบาลในโครงการไม่เกิน 7,080 เปโซ ต่อราย

3) แพทย์ดมยา จะได้รับเป็นจำนวนร้อยละ 30 ของจำนวนที่แพทย์ผู้ผ่าตัดได้รับ แต่ไม่เกิน 2,125 เปโซ

4) จ่ายให้กรณีทำหมันชาย 400 เปโซ และกรณีทำหมันหญิง 500 เปโซ

วิธีการจ่ายประโยชน์ทดแทน มี 2 วิธี คือ

1) สั่งจ่ายผ่านเช็ค โดยส่งทางไปรษณีย์ในการขอรับเงินก้อน

2) สั่งจ่ายผ่านธนาคาร ในการขอรับเงินบำนาญเป็นรายเดือนซึ่งสำนักงานใหญ่ของโครงการประกันสังคม Social Security System (SSS) เป็นผู้โอนเงินไปยังสำนักงานใหญ่ของธนาคาร และให้ธนาคารสำนักงานใหญ่โอนไปยังสาขาที่ผู้ประกันตนแจ้งความจำนงไว้ เพื่อนำเข้าในบัญชีของผู้ประกันตนต่อไป

ในการโอนเงินผ่านธนาคาร จะเข้าระบบบัญชีและจะไม่อนุญาตให้ใช้บัตรเอทีเอ็มในการเบิกถอนเงิน หากผู้ประกันตนไม่สามารถมารับด้วยตนเองจะใช้วิธีการมอบฉันทะ ซึ่งใบมอบฉันทะจะมีอายุการใช้งาน 1 ปี หากผู้ประกันตนรายใด ไม่มารับเงินภายใน 6 เดือนติดต่อกัน ธนาคารจะส่งเงินคืนให้กับโครงการประกันสังคม (SSS)

การบริหารการประกันสังคม มีการจัดตั้งคณะกรรมการในระบบไตรภาคี เรียกว่า คณะกรรมการความมั่นคงทางสังคม (Social Security Commission) ควบคุมดูแลงานโดยทั่วไป ทางด้านการแพทย์ มีการจัดตั้งคณะกรรมการการแพทย์ขึ้นดูแล ส่วนกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยจากงาน เป็นการร่วมกันดูแลจากกระทรวงแรงงานคณะกรรมการความมั่นคงทางสังคม และคณะกรรมการเงินทดแทนของลูกจ้าง[51]

---

[51] นิคม จันทรวิทูร. เล่มเดิม. หน้า 49.

3.4.3 ประเทศสเปน[52] (ราชอาณาจักรสเปน)

ระบบประกันสังคมประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน)

วิวัฒนาการระบบประกันสังคมประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน)

ระยะที่ 1 (ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1900–1962) หลังจากที่ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีได้ออกรัฐบัญญัติการประกันสุขภาพในปี ค.ศ. 1883 รัฐบัญญัติกรณีการเจ็บป่วยอันเนื่องจากการทำงานในสถานประกอบการเมื่อปี ค.ศ. 1884 และรัฐบัญญัติการประกันสังคมกรณีชราภาพ และทุพพลภาพ ในปี ค.ศ. 1889 ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) ได้มีแนวนโยบายที่จะส่งเสริมสวัสดิการให้กับผู้ใช้แรงงานในประเทศ โดยจัดตั้งสถาบันปฏิรูปสังคมในปี ค.ศ. 1903 (Commission For Social Reforms หรือ Institute for social Reform) โดยกำหนดให้มีระบบการประกันกรณีเกษียณอายุแก่ลูกจ้าง (Compulsory Retirement Insurance) ในปี ค.ศ. 1919 ออกกฎหมายคุ้มครองการประสบอันตรายจากการทำงาน ซึ่งมีผลใช้บังคับในปี ค.ศ. 1936 และออกกฎหมายครอบคลุมระบบสวัสดิการพื้นฐาน (Basis Act) ในปี ค.ศ. 1938 โดยการบริหารจัดการของสถาบัน National Institution For Provision (NIP)

ระยะที่ 2 (ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1963 – 1972) ซึ่งระยะนี้การดำเนินการด้านของระบบความมั่นคงทางสังคมของประเทศสเปนได้ขยายขอบข่ายการดูแลให้ครอบคลุมโดยออกกฎหมายความมั่นคงทางสังคม (Social Security Bases Act) ในเดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 1963

ระยะที่ 3 (ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1972 – 2007) ระยะนี้มีการปรับเปลี่ยนกฎหมายความมั่นคงทางสังคมหลายฉบับ ปี ค.ศ. 1975 ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) ได้มีการปฏิรูปองค์กรที่กำกับดูแลระบบความมั่นคง โดยการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารงานภายใต้หลักการความเป็นอันหนึ่งอันเดียวของกองทุน และความเป็นเอกภาพทางการเงินประกอบด้วยองค์กรต่างๆ ดังนี้

1) National Institute of Social Security (Instituto Nacional de la Seguridad Social : INSS) บริหารจัดการสิทธิประโยชน์ที่เป็นตัวเงิน ซึ่งเป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นแทนสถาบัน National Institution For Provision (NIP)

2) National Institute for Health (Instituto Nacional de la Salud, INSALUD) บริหารจัดการเรื่องระบบบริการทางการแพทย์ ซึ่งปัจจุบันก็คือ National Institute for Health Management (Instituto Nacional de Gestion Sanitaria, INGESA)

---

[52] กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. (2550). *รายงานการศึกษาดูงาน คณะกรรมการแพทย์ กองทุนประกันสังคม ณ ประเทศสเปนและประเทศโปรตุเกส ระหว่างวันที่ 5-4 ตุลาคม 2550.* หน้า 4-19.

3) National Institute of Social Services (Instituto Nacional de Servicios Sociales, INSERSO) เป็นสถาบันที่บริหารจัดการบริการทางสังคมและปัจจุบันก็คือ Institute for Elderlyand Social Services (Instituto de Mayoresy Servicios Sociales, IMSERSO)

4) The Social Institute for Sea–Workers บริหารจัดการโครงการพิเศษเพื่อชาวประมง

5) Social Security General Treasury ทำหน้าที่จัดเก็บเงินสมทบ

6) National Employmeant Institute บริหารจัดการกรณีการว่างงาน

ระบบความมั่นคงทางสังคมของประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน)ในปัจจุบัน รัฐธรรมนูญของประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) ฉบับปัจจุบันมาตราที่ 41 ระบุว่ารัฐจะต้องจัดให้มีระบบความมั่นคงทางสังคมให้สวัสดิการขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนชาวสเปนทุกคน

รูปแบบความมั่นคงทางสังคมของประเทศสเปน (The Social Security Model)

1) ระบบสวัสดิการพื้นฐาน (Basic Level)

เป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐาน ไม่มีการจ่ายเงินสมทบ ใช้เงินจากงบประมาณของรัฐให้ความคุ้มครองแก่บุคคลซึ่งไม่ได้อยู่ในความคุ้มครองของระบบประกันสังคม สิทธิประโยชน์ประกอบด้วย

(1) สิทธิประโยชน์กรณีการรักษาพยาบาล (Health Care Benefits)

รัฐธรรมนูญของประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) ได้บัญญัติให้ประชาชนสเปนทุกคนมีสิทธิได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาล รวมทั้งการส่งเสริมป้องกันโรค นอกจากนี้ชาวต่างประเทศซึ่งอาศัยอยู่ในประเทศสเปนมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลเฉพาะกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน แต่ถ้าเป็นชาวต่างประเทศที่มีอายุ ต่ำกว่า 18 ปี มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับประชาชนชาวสเปน นอกจากนี้หญิงต่างชาติซึ่งตั้งครรภ์ในประเทศสเปนมีสิทธิได้รับการดูแลสุขภาพในระหว่างการตั้งครรภ์และการดูแลทารกแรกเกิดด้วย

(2) สิทธิประโยชน์ของการรับบำนาญแบบไม่เก็บเงินสมทบ (Non–Contributory Pension) สำหรับผู้ที่พำนักอาศัยในประเทศสเปน ประกอบด้วย

บำนาญกรณีทุพพลภาพ (Invalidity Pensions)

สำหรับกรณีผู้ทุพพลภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งกรณีของทุพพลภาพที่เป็นมาแต่กำเนิด เงื่อนไขการได้รับสิทธิ

1. จะต้องมีอายุระหว่าง 18 – 65 ปี
2. พำนักอาศัยในประเทศสเปนอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป
3. สูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย หรือจิตใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65
4. รายได้ประเมิณทั้งปีต่ำกว่าสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

แบ่งระดับการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ทุพพลภาพเป็น 2 ระดับ คือ

1. ทุพพลภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีการสูญเสียสมรรถภาพมากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 65

2. ทุพพลภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีการสูญเสียสมรรถภาพมากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 75 และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

การประเมิณร้อยละการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ทุพพลภาพจะต้องประเมิณโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ กรณีผู้ซึ่งทุพพลภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีการสูญเสียสมรรถภาพมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จะได้รับประโยชน์ทดแทนเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 50

อัตราการจ่ายเงินบำนาญกรณีทุพพลภาพจะคำนวณในแต่ละปีโดยพิจารณาให้สอดคล้องกับรายได้เฉลี่ยทั้งปี ในปี ค.ศ. 2007 มีอัตราการจ่ายเงินบำนาญกรณีทุพพลภาพ ดังนี้

ตารางที่ 3.6 แสดงอัตราเงินบำนาญกรณีทุพพลภาพ ปี ค.ศ. 2007

อัตราเงินบำนาญ	**จำนวนเงินต่อปี**		**จำนวนเงินต่อเดือน**	
	ยูโร[53]	**บาท**	**ยูโร**	**บาท**
กรณีสูญเสียมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65	4,374.02	213,583.40	312.00	15,234.96
กรณีสูญเสียมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	6,561.03	320,375.09	468.65	22,884.18

[53] อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ ณ วันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2555 จากธนาคารกรุงเทพ 1 ยูโร มีค่าเท่ากับ 38.90 บาท และจาก DHL 1 ยูโร มีค่าเท่ากับ 39.13 บาท.

ธนาคารกรุงเทพ. (2555). อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2555, จาก *http://www.bangkokbank.com/Bangkok+Bank+Thai/Web+Services/Rate/FX+Rates.htm*

DHL. (2555). คำนวณอัตราแลกเปลี่ยนสกุลเงิน. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2555, จาก *http://www.dhl.co.th/publish/th/tools/currency.low.html*

บำนาญกรณีเกษียณ (Retirement Pensions)

1. จะต้องมีอายุ 65 ปีขึ้นไป

2. จะต้องพำนักอาศัยในประเทศสเปนอย่างถูกต้องตามกฎหมายเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 10 ปี ระหว่างอายุ 16 ปี จนถึงวันที่เกษียณอายุ และจะต้องมีระยะเวลาที่พำนักอาศัยติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 ปีต่อเนื่องกัน

3. รายได้ประเมิณทั้งปีต่ำกว่าสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

บำนาญชราภาพ (Old – age Pensions)

สำหรับกรณีชาวสเปนซึ่งพำนักอาศัยในต่างประเทศ มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีบำนาญชราภาพ หากมีคุณสมบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. มีอายุเกินกว่า 65 ปีขึ้นไป

2. พำนักอาศัยอยู่ในต่างประเทศอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

3. มีรายได้ต่ำกว่าที่กำหนด

การคุ้มครองครอบครัว (Family Benefit)

บุตรของผู้ซึ่งพำนักอาศัยอย่างถูกต้องตามกฎหมายในประเทศสเปน ซึ่งไม่ได้รับสิทธิประโยชน์อื่นๆ ภายใต้ความคุ้มครองของรัฐมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนสำหรับเด็กทุกคนซึ่งมีอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือหากเด็กมีความพิการมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65 จะได้รับสิทธิประโยชน์ทดแทนต่อไป หากครอบครัวใดมีบุตรมากกว่าหนึ่งคน บุตรคนต่อไปจะได้รับเงินสงเคราะห์เพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 15 นอกจากนี้ชาวต่างชาติซึ่งพำนักอาศัยอยู่ในประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) จะมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์กรณีนี้ เช่นเดียวกับประชาชนชาวสเปน

การคุ้มครองการว่างงาน (Unemployment Allowance)

เป็นสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มคนว่างงาน ซึ่งไม่สามารถกลับเข้าทำงานและไม่สามารถรับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานแบบเก็บเงินสมทบ ผู้รับประโยชน์จะต้องขึ้นทะเบียนหางานอย่างน้อย 1 เดือน และจะต้องไม่ปฏิเสธงานที่เหมาะสม และจะต้องไม่ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ การฝึกอบรม ผู้รับประโยชน์จะต้องมีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน ร้อยละ 75 ของค่าจ้างขั้นต่ำ โดยมีเงื่อนไขดังนี้

1. สิ้นสุดสิทธิการรับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานแบบเก็บเงินสมทบ

2. เคยมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานแบบเก็บเงินสมทบมาแล้วอย่างน้อย 360 วัน และมีอายุเกินกว่า 45 ปี ขณะที่สิทธิประโยชน์ดังกล่าวสิ้นสุดลง

3. เป็นผู้อพยพซึ่งกลับจากประเทศที่พำนักอาศัย บุคคลที่พ้นโทษจากการจำคุก หรือผู้พิการถาวรซึ่งผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือผู้พิการซึ่งมีความพิการอย่างรุนแรงและถาวร

ระยะเวลาการจ่ายประโยชน์ทดแทนและเงินช่วยเหลือ รายละเอียดดังนี้

1. เงินสงเคราะห์กรณีว่างงานเป็นเงินจำนวนร้อยละ 80 ของรายได้ต่อเดือนอัตราทวีคูณ (Indicador Publico de Renta de Effectos Multiples : IPREM) ที่รัฐประกาศใช้ ซึ่งในปี ค.ศ. 2007 กำหนดอัตราไว้ที่ 499.20 ยูโร ดังนั้นเงินสงเคราะห์กรณีว่างงานในปี ค.ศ. 2007 จะเท่ากับ 399.36 ยูโร

2. เงินสงเคราะห์กรณีว่างงานสำหรับผู้ซึ่งมีอายุ 52 ปีขึ้นไป จะมีอัตราตามที่กล่าวข้างต้น และจะได้รับจนเกษียณอายุ

3. เงินสงเคราะห์พิเศษสำหรับคนงานซึ่งมีอายุมากกว่า 45 ปี ผู้ซึ่งได้รับสิทธิประโยชน์กรณีว่างงานแบบเก็บเงินสมทบมาแล้วครบ 24 เดือน จะได้รับเงินสงเคราะห์เท่ากับร้อยละ 80 ของรายได้ทวีคูณ (IPREM) สำหรับคนงานที่ไม่มีผู้อยู่ในอุปการะ หรือมีผู้อยู่ในอุปการะเพียงคนเดียว ร้อยละ 10.7 สำหรับคนงานซึ่งมีผู้อยู่ในอุปการะสองคน และร้อยละ 13.3 สำหรับคนงานซึ่งมีผู้อยู่ในอุปการะตั้งแต่สามคนขึ้นไป

เงินสงเคราะห์หลังคลอดบุตร (Maternity Allowance)

เงินสงเคราะห์หลังการคลอดบุตรจะจ่ายให้ในกรณีหญิงซึ่งมีการคลอดบุตรโดยจ่ายเป็นเงินในอัตรา ร้อยละ100 ของรายได้ทวีคูณ (IPREM) ซึ่งปี ค.ศ. 2007 จะจ่ายให้ในอัตรา 499.20 ยูโรต่อเดือน โดยรัฐบาลจะจ่ายให้เป็นระยะเวลา 42 วัน นับตั้งแต่วันที่มีการคลอดบุตร

บริการทางสังคม (Social Service)

ผู้รับบำนาญจากระบบที่ไม่มีการเก็บเงินสมทบนอกเหนือการสนับสนุนทางการเงินและการรักษาพยาบาลแล้วจะได้รับสิทธิประโยชน์อื่นๆ ที่เป็นบริการทางสังคม เช่น การให้คำปรึกษา เวชกรรมฟื้นฟู การดูแลผู้สูงอายุตามบ้าน เป็นต้น

2) ระบบประกันสังคม (Social Security Contributory)

การคุ้มครองแบบเก็บเงินสมทบ หรือตามลักษณะอาชีพ รายละเอียดดังนี้

(1) โครงสร้างระบบประกันสังคมของประเทศสเปน

สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสังคมแบบที่มีการจ่ายเงินสมทบจะครอบคลุมประชาชนชาวสเปน รวมทั้งชาวต่างชาติที่พำนักอาศัยอยู่ในประเทศสเปนอย่างถูกต้อง และประกอบอาชีพอยู่ในประเทศสเปน ซึ่งโครงสร้างของระบบมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

ก. โครงสร้างทั่วไป (General Scheme) เป็นระบบหลักสำหรับลูกจ้างซึ่งมีอายุเกินกว่า 16 ปีขึ้นไป

ข. โครงการพิเศษ ประกอบด้วย

1. โครงการพิเศษเพื่อเกษตรกร (Special Agricultural Scheme) ให้ความคุ้มครองแก่บุคคลซึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์สำหรับลูกจ้างในภาคเกษตรซึ่งมีอายุ 16 ปีขึ้นไป หรือบุคคลซึ่งประกอบอาชีพอิสระทางด้านการเกษตรซึ่งมีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และเป็นเจ้าของที่ดินทำกินในขนาดเล็ก

2. โครงการพิเศษสำหรับคนทำงานทางทะเล (Special Scheme For Sea Workers) คุ้มครองลูกจ้างซึ่งทำงานในภาคประมง ขนส่ง และผู้ประกอบอาชีพอิสระทางด้านประมง

3. โครงการพิเศษเพื่อผู้ประกอบอาชีพอิสระ (Special Scheme For Self – employed) คุ้มครองแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการที่ไม่ได้อยู่ภายใต้สัญญาจ้างงาน รวมทั้งผู้ประกอบอาชีพอิสระในภาคเกษตรกรรม และต้องมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

4. โครงการพิเศษเพื่อผู้ทำงานตามบ้าน (Special Scheme For Domestic Workers)

5. โครงการพิเศษเพื่อคนงานเหมืองแร่ (Special Scheme For Coal–Miners)

(2) กองทุน และการจ่ายเงินสมทบ

ระบบการเงินของสวัสดิการความมั่นคงประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) มี 2 ระบบ คือ

ก. ระบบ Pay – as – you – go เป็นระบบที่จะต้องมีการสมทบร่วมกันระหว่างนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ซึ่งระบบการประกันสังคมจะเป็นระบบ Pay – as – you – go ยกเว้นกรณีการเจ็บป่วยอันเนื่องจากการทำงานจะไม่ได้ใช้เงินในระบบนี้

ข. ระบบ Funded System เป็นระบบที่นายจ้างจะต้องสมทบเพื่อใช้ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอันตรายจากการทำงาน

(3) การเก็บเงินสมทบ

กฎหมายการประกันสังคม (The Social Security Act) กำหนดให้บุคคลจะต้องมีหน้าที่จ่ายเงินสมทบในโครงการทั่วไป (General Scheme) ทั้งลูกจ้างและนายจ้าง ยกเว้นกรณีการประกันกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องจากการทำงาน นายจ้างจะต้องสมทบฝ่ายเดียว นายจ้างจะต้องมีหน้าที่หักเงินสมทบจากลูกจ้าง เงินสมทบที่จัดเก็บจะรวมถึงเงินเดือน เงินรายได้จากชิ้นงาน ค่าเงินได้พิเศษตามผลงาน รวมถึงรายได้อื่นๆ การกำหนดอัตราเงินสมทบจะกำหนดเพดานเงินสมทบขั้นต่ำ – ขั้นสูง ตามกลุ่มอาชีพ ดังนี้

ตารางที่ 3.7 แสดงอัตราขั้นต่ำ – ขั้นสูง ของเงินสมทบตามกลุ่มอาชีพปี 2007

กลุ่มผู้จ่ายเงินสมทบ	กลุ่มอาชีพ	อัตราต่ำสุด ยูโร / เดือน	อัตราสูงสุด ยูโร / เดือน
1	วิศวกรระดับ Senior	929.70	2,996.10
2	วิศวกรที่จบการศึกษามาแล้ว 3 ปี และช่างเทคนิคระดับกลาง	771.30	2,996.10
3	หัวหน้าฝ่ายบริหาร	670.80	2,996.10
4	ผู้ช่วยหัวหน้างาน	655.70	2,996.10
5	เจ้าหน้าที่บริหารงาน	655.70	2,996.10
6	พนักงานทั่วไป	655.70	2,996.10
7	ผู้สนับสนุนงานบริหาร	655.70	2,996.10
8	คนงานที่มีทักษะระดับ 1,2	22.19 (ยูโร)	99.87 (ยูโร/วัน)
9	คนงานที่มีทักษะระดับ 3 และแรงงานที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง	22.19 (ยูโร)	99.87 (ยูโร/วัน)
10	คนงานที่ไม่ได้มีการพัฒนาทักษะ	22.19 (ยูโร)	99.87 (ยูโร/วัน)
11	คนงานอายุต่ำกว่า 18 ปี	22.19 (ยูโร)	99.87 (ยูโร/วัน)

อัตราเงินสมทบโดยประมาณ : ลูกจ้าง ร้อยละ 6 – 7 ของเงินเดือน

นายจ้าง ร้อยละ 35 ของเงินเดือน

สัดส่วนของเงินประกันสังคม : ร้อยละ 70 โดยประมาณเป็นเงินสมทบจากนายจ้างและลูกจ้าง

ร้อยละ30 โดยประมาณเป็นเงินสมทบจากรัฐบาล

(4) สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสังคม ประกอบด้วย

1. กรณีรักษาพยาบาล (Health Care Benefits)
2. กรณีไร้ความสามารถในการทำงานชั่วคราว (Temporary Incapacity Benefits)
3. กรณีทุพพลภาพถาวร (Permanent Incapacity Benefits)
4. กรณีความเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ (Risk during pregnancy Benefits)
5. กรณีคลอดบุตร (Maternity Benefits)

6. กรณีเกษียณอายุ (Retirement Benefits)
7. กรณีตาย และเงินชดเชยกับผู้อยู่ในอุปการะ (Dead and survivors Benefits)
8. กรณีว่างงาน (Unemployment Benefits)

1. กรณีรักษาพยาบาล (Health Care Benefits)

บริการทางการแพทย์ : สวัสดิการการรักษาพยาบาลของประเทศสเปน ดำเนินการภายใต้กฎหมาย General Health Act 1986 ซึ่งกำหนดให้ชาวสเปนทุกคนได้รับความคุ้มครองแบบ Universal Coverage ภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข

2. กรณีไร้ความสามารถในการทำงานชั่วคราว (Temporary Incapacity Benefits)

ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่ต่ำกว่า 180 วันในระยะเวลา 5 ปี ก่อนวันที่หยุดงาน ยกเว้น กรณีที่หยุดงานจากโรคหรือการประสบอันตรายอันเนื่องจากการทำงานจะไม่มีการพิจารณาประวัติการส่งเงินสมทบ

สิทธิประโยชน์ : ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้จากการหยุดงาน โดย 3 วันแรกของการหยุดงาน สถานประกอบการจะต้องรับผิดชอบจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ให้กับลูกจ้าง ตั้งแต่วันที่ 4 ถึงวันที่ 20 ของการหยุดงาน ประกันสังคมจะจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ให้กับผู้ประกันตนในอัตราร้อยละ 60 ของรายได้ หลังจากนั้นประกันสังคมจะจ่ายให้ในอัตราร้อยละ 75

3. กรณีทุพพลภาพถาวร (Permanent Incapacity Benefits) แบ่งระดับการทุพพลภาพดังนี้

1) กรณีทุพพลภาพบางส่วนถาวร (Partial Permanent Incapacity) ผู้ทุพพลภาพสามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ แต่ประสิทธิภาพการทำงานลดลงร้อยละ 33

2) กรณีทุพพลภาพถาวร (Total Permanent Incapacity) ไม่สามารถปฏิบัติงานตำแหน่งเดิม แต่อาจทำงานอื่นได้ที่ไม่ใช่อาชีพเดิม

3) กรณีทุพพลภาพอย่างสิ้นเชิง (Absolute Permanent Incapacity) ไม่สามารถประกอบอาชีพใดๆ ได้เลย

4) กรณีทุพพลภาพรุนแรง (Severe Disablement) สูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายอย่างรุนแรงต้องมีคนดูแล

5) เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

6) กรณีทุพพลภาพบางส่วน ระยะเวลาจ่ายเงินสมทบขั้นต่ำจะต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วอย่างน้อย 1,800 วัน ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา

7) กรณีทุพพลภาพถาวร กรณีทุพพลภาพอย่างสิ้นเชิง และกรณีทุพพลภาพรุนแรง มีเงื่อนไขดังนี้

กรณีเป็นผู้จ่ายเงินสมทบในปัจจุบัน

บุคคลซึ่งอายุต่ำกว่า 26 ปี จะต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วครึ่งหนึ่งตั้งแต่อายุ 16 ปี จนถึงเวลาที่พิการ และสำหรับบุคคลซึ่งมีอายุเกิน 26 ปี จะต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 1 ใน 4 ของระยะเวลาตั้งแต่อายุ 20 ปี จนถึงวันที่พิการ โดยมีระยะเวลาการส่งเงินสมทบไม่ต่ำกว่า 5 ปี แต่ในบางกรณีอนุญาตให้จ่าย 1 ใน 5 ของระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา

กรณีที่พิการจากอุบัติเหตุไม่ว่าจะเนื่องหรือไม่เนื่องจากการทำงานหรือกรณีที่เจ็บป่วยจากการทำงานจะไม่มีการกำหนดระยะเวลาขั้นต่ำในการจ่ายเงินสมทบ

กรณีที่ไม่ได้เป็นผู้จ่ายเงินสมทบในปัจจุบัน

จะมีสิทธิรับเงินบำนาญเฉพาะกรณีทุพพลภาพอย่างสิ้นเชิง (Absolute permanent) และกรณีทุพพลภาพรุนแรง (Severe Disablement) อันเนื่องมาจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยทั่วไป โดยจะต้องมีประวัติการส่งเงินสมทบมาแล้วอย่างน้อย 15 ปี และในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาจะต้องมีการส่งเงินสมทบอย่างน้อย 3 เดือน

ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพถาวร

1) กรณีทุพพลภาพถาวร (Total Permanent) จะได้รับเงินบำนาญ ร้อยละ 55 ของฐานการคำนวณ

2) กรณีทุพพลภาพอย่างสิ้นเชิง (Absolute Permanent Incapacity) จะได้รับเงินบำนาญร้อยละ 100 ของฐานการคำนวณ

3) กรณีทุพพลภาพรุนแรง (Severe Disablement) จะได้รับเงินบำนาญ ร้อยละ 150 ของฐานการคำนวณ

4) กรณีที่ผู้ทุพพลภาพมีอายุเกิน 55 ปี จะได้รับเงินบำนาญเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 20 ทั้งนี้ฐานการคำนวณเงินบำนาญจะคำนวณจากอัตราเงินเดือนตามฐานเงินเดือนระยะเวลา 8 ปีย้อนหลัง

5) กรณีเป็นผู้ทุพพลภาพและมีอายุต่ำกว่า 60 ปี มีสิทธิเลือกขอรับบำนาญเป็นเงินก้อน

4. กรณีความเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ (Risk during pregnancy Benefits)

วัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสุขภาพของแรงงานหญิงซึ่งอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ให้สามารถเปลี่ยนตำแหน่งงาน หากสภาพการทำงานนั้นอาจเกิดผลร้ายกับทารกในครรภ์ตามมาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองความเสี่ยงอันเนื่องจากการทำงาน (Act on Occupation Risk Prevention)

กรณีที่แรงงานหญิงซึ่งตั้งครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติงานเดิมได้เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์และไม่มีตำแหน่งอื่นที่เหมาะสม จะมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 100 ของฐานการคำนวณ ในช่วงของการหยุดงานตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะต้องส่งเงินสมทบมาแล้วอย่างน้อย 180 วัน ภายใน 5 ปี ก่อนที่จะหยุดงาน

5. กรณีคลอดบุตร (Maternity Benefits)

ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรเป็นการจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทารกได้รับการดูแลจากมารดาอย่างใกล้ชิดหลังการคลอดบุตร โดยมีเงื่อนไขดังนี้

กรณีการคลอดบุตรจะลาได้ 16 สัปดาห์ และอาจขอขยายเพิ่มอีก 2 สัปดาห์ ต่อบุตรหนึ่งคนนับแต่บุตรคนที่สอง กรณีที่มารดาเสียชีวิต บิดาอาจขอลาได้ในเงื่อนไขเดียวกัน ถ้าทั้งบิดาและมารดาทำงานทั้งคู่อาจพิจารณาว่าจะให้บิดาใช้สิทธิเลี้ยงดูบุตรในช่วงเวลาใด กรณีที่มารดาไม่มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนเพราะจ่ายเงินสมทบไม่ครบตามเงื่อนไข บิดาอาจใช้สิทธิรับเงินทดแทนการขาดรายได้แทน

กรณีรับบุตรบุญธรรมอายุไม่เกิน 6 ปี ระยะเวลาการมีสิทธิหยุดงานและได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้เป็นเวลา 16 สัปดาห์เช่นกัน แต่หากเป็นเด็กพิการแม้เด็กจะมีอายุเกิน 6 ปี ก็มีสิทธิรับเงินทดแทนการขาดรายได้เช่นกัน

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

จะต้องขึ้นทะเบียนและจ่ายเงินสมทบมาแล้วอย่างน้อย 180 วัน ภายใน 5 ปี ก่อนการคลอดบุตร

6. กรณีเกษียณอายุ (Retirement Benefits)

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ : โดยทั่วไปจะกำหนดให้เกษียณเมื่ออายุ 65 ปี นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2002 ผู้ประกันตนที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป มีสิทธิขอเกษียณอายุได้ ทั้งนี้ระยะเวลาการส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 15 ปี และ 2 ปีของระยะเวลาที่จ่ายเงินสมทบจะต้องอยู่ภายในระยะเวลา 15 ปี ก่อนที่จะถึงวันเกษียณอายุ

สิทธิประโยชน์กรณีเกษียณอายุ มี 3 กรณีคือ

1) กรณีเกษียณอายุปกติ เป็นกรณีที่ผู้ประกันตนทำงานจนครบอายุเกษียณ และมีคุณสมบัติครบตามเงื่อนไขการเกิดสิทธิ

สิทธิประโยชน์ : เงินบำนาญในอัตราร้อยละ 50 ของฐานการคำนวณเมื่อจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 15 ปี และเพิ่มขึ้นปีละ ร้อยละ 3 ทุกปี ระหว่างปีที่ 16 ถึงปีที่ 25 และเพิ่มขึ้นปีละ ร้อยละ 2

นับจากปีที่ 26 เป็นต้นไป และหากจ่ายเงินสมทบครบ 35 ปี จะได้รับเงินบำนาญร้อยละ 100 ของฐานการคำนวณ

2) กรณีเกษียณก่อนอายุ เป็นกรณีที่ผู้ประกันตนขอเกษียณเมื่ออายุ 61 ปี จำนวนเงินบำนาญจะถูกหักลดลงกว่าผู้ซึ่งเกษียณอายุ 65ปี ระหว่างร้อยละ 8 – 10 ต่อปี ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบ ดังนี้

จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 30 ปี	ถูกลดลงปีละ ร้อยละ 8
จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 31 - 34 ปี	ถูกลดลงปีละ ร้อยละ 7.5
จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 35 - 37 ปี	ถูกลดลงปีละ ร้อยละ 7
จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 38 - 39 ปี	ถูกลดลงปีละ ร้อยละ 6.5
จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 40 ปี	ถูกลดลงปีละ ร้อยละ 6

3) กรณียังคงทำงานหลังเกษียณอายุ กรณีที่ผู้ประกันตนเกษียณในขณะที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และได้จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 35 ปี เงินบำนาญจะเพิ่มขึ้นปีละ ร้อยละ 2

7. กรณีตาย และเงินชดเชยกับผู้อยู่ในอุปการะ (Dead and Survivors Benefits)

บุคคลต่อไปนี้สามารถจะให้สิทธิกรณีตายและกรณีผู้อยู่ในอุปการะได้ หากเสียชีวิตและจ่ายเงินสมทบขั้นต่ำ 500 วัน ภายใน 5 ปี ก่อนเสียชีวิตหากเสียชีวิตไม่เนื่องจากการทำงาน แต่หากเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุหรือโรคจากการทำงานไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงเงื่อนไขการจ่ายเงินสมทบ

1) ผู้รับบำนาญและผู้รับประโยชน์ทดแทนกรณีไร้ความสามารถในการทำงานชั่วคราว

2) บุคคลซึ่งมีสิทธิรับบำนาญ กรณีเกษียณอายุ แต่เสียชีวิตก่อนให้สิทธิ

3) บุคคลซึ่งสูญหายในอุบัติเหตุและคาดว่าเสียชีวิต

4) บุคคลซึ่งมิได้กำลังจ่ายเงินสมทบเมื่อเสียชีวิตแต่มีประวัติการจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 15 ปี ในช่วงชีวิตการทำงาน

ประโยชน์ทดแทน : ผู้ซึ่งอยู่ในอุปการะจะได้รับสิทธิประโยชน์ ดังนี้

1) ค่าทำศพ เป็นเงินก้อนจำนวน 30.05 ยูโร จ่ายให้แก่บุคคลซึ่งรับผิดชอบจัดพิธีศพ

2) เงินบำนาญกรณีหม้าย จะจ่ายให้แก่คู่สมรสของผู้ตาย ร้อยละ 52 ของฐานการคำนวณบำนาญหม้าย จะยุติเมื่อคู่สมรสของผู้ตายแต่งานใหม่

3) บำนาญบุตรกำพร้า บุตรซึ่งอายุต่ำกว่า 18 ปี หรืออายุมากกว่า 18 ปี ซึ่งทุพพลภาพสิ้นเชิง หรือทุพพลภาพรุนแรง จะมีสิทธิได้รับเงินบำนาญบุตรกำพร้า ถ้าบุตรกำพร้าไม่มีรายได้หรือรายได้ต่อปีไม่เกิน ร้อยละ 75 ของค่าจ้างขั้นต่ำจะมีสิทธิได้รับเงินบำนาญเช่นกันแต่ต้องอายุไม่เกิน 22 ปี หรือ 24 ปี กรณีที่บิดามารดาเสียชีวิตทั้งคู่ อนุญาตให้บุตรศึกษาต่อได้จนอายุ 29 ปี

จำนวนเงินบำนาญจะเท่ากับร้อยละ 20 ของฐานการคำนวณที่ใช้ประเมิณบำนาญกรณีหม้าย

8. กรณีว่างงาน (Unemployment Benefits)

การคุ้มครองกรณีว่างงานจะคุ้มครองบุคคลที่มีความตั้งใจที่จะทำงานและมีความสามารถในการทำงาน ต้องออกจากงานชั่วคราวหรือชั่วโมงการทำงานลดลงอย่างน้อย 1 ใน 3 อันเป็นเหตุให้เสียรายได้

เงื่อนไขในการเกิดสิทธิ

1) ต้องเป็นสมาชิกระบบความมั่นคงทางสังคมใดๆ ที่ได้จ่ายเงินสมทบ

2) ต้องว่างงานตามคำจำกัดความในกฎหมาย

3) ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 360 วัน ภายใน 6 ปี ก่อนว่างงาน

4) ต้องยังไม่ถึงอายุเกษียณ

การคุ้มครองที่จะได้รับ ประกอบด้วย

1) เงินทดแทนการขาดรายได้จะคิดตามฐานการคำนวณ 180 วันแรก จะจ่ายร้อยละ 70 ของฐานการคำนวณ และนับตั้งแต่วันที่ 181 จ่าย ร้อยละ 60 ของฐานการคำนวณ

2) สำนักงานจัดหางานของรัฐจะจ่ายเงินแทนนายจ้างไปจนกว่าผู้มีสิทธิจะได้รับประโยชน์ทดแทน

ระยะเวลาการจ่ายขึ้นอยู่กับระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบ 6 ปีก่อนว่างงาน เช่น ถ้าจ่ายมาแล้ว 360 วันจะได้สิทธิ 120 วัน ถ้าจ่ายมาแล้ว 2,160 วันขึ้นไป จะมีสิทธิได้รับเงินสมทบ 720 วัน เป็นต้น

การประกันโดยสมัครใจ (Voluntary Insurance)

ตามวรรคสุดท้ายของมาตรา 41 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรสเปนกำหนดไว้ว่า "ประโยชน์ทดแทนเสริมและความช่วยเหลือเพิ่มเติม" ให้เป็นระบบสมัครใจ ทั้งนี้การประกันสังคมโดยสมัครใจประกอบด้วยการประกันของเอกชนและระบบกองทุนรวม

ระบบกองทุนรวมเป็นการประกันโดยสมัครใจนอกเหนือจากระบบประกันสังคมโดยบังคับ จะเก็บเงินสมทบตามอัตราที่กำหนดและจะประกันเฉพาะกรณีตาย เป็นหม้าย บุตร กำพร้า กรณีเกษียณอายุ การจ่ายเบี้ยหวัด แผนบำนาญของระบบประกันโดยสมัครใจเป็นการออกเพิ่มเติมกับภาคเอกชน และจะได้รับเงินรายงวดกรณีเกษียณอายุ ผู้อยู่ในอุปการะกรณีหม้าย บุตรกำพร้า และทุพพลภาพ

สถาบันประกันสังคม (National Institute of Social Security)

โครงสร้าง : อยู่ในสังกัดกระทรวงแรงงานและกิจการสังคม

(Misistry of Labour and Social Affairs)

การบริหารจัดการ : พิจารณาอนุมัติจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้

1) การพิจารณาจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีไร้ความสามารถในการทำงานชั่วคราว (Temporary Incapacity) 3 วันแรกของการหยุดงาน สถานประกอบการจะต้องรับผิดชอบจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ให้กับลูกจ้าง ตั้งแต่วันที่ 4 ถึงวันที่ 20 ของการหยุดงานประกันสังคมจะจ่ายให้ในอัตราร้อยละ 60 และหลังจากนั้นประกันสังคมจะจ่ายให้ในอัตราร้อยละ 75

กรณีไร้ความสามารถในการทำงานชั่วคราว (Temporary Incapacity) จะต้องมีระยะเวลาการรักษาและฟื้นฟูไม่เกิน 18 เดือน หากไม่สามารถรักษาได้จะพิจารณาให้เป็นผู้ทุพพลภาพถาวร ซึ่งการพิจารณาขึ้นอยู่กับแต่ละแคว้น บางแคว้นกำหนดระยะเวลาการรักษาฟื้นฟูไว้เพียง 12 เดือน ซึ่งทางสถาบันกำลังพิจารณาให้ปรับระยะเวลาเป็น 12 เดือนให้เหมือนกันทั่วประเทศ โดยให้แพทย์ในส่วนกลางเป็นผู้พิจารณาตัดสินการเป็นผู้ทุพพลภาพ

2) การพิจารณาจ่ายเงินกรณีทุพพลภาพแบบถาวร แบ่งระดับการทุพพลภาพ ดังนี้

(1) กรณีทุพพลภาพบางส่วนถาวร (Partial Permanent Incapacity) ผู้ทุพพลภาพจะประกอบอาชีพตามปกติได้แต่ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ร้อยละ33

(2) กรณีทุพพลภาพถาวร (Total Permanent Incapacity)ไม่สามารถปฏิบัติงานตำแหน่งเดิมแต่อาจทำงานอื่นได้ที่ไม่ใช่อาชีพเดิม จะได้รับเงินทดแทนประมาณร้อยละ 50 – 55 ของเงินเดือน และอายุไม่เกิน 55 ปี

(3) กรณีทุพพลภาพอย่างสิ้นเชิง (Absolute Permanent Incapacity) ไม่สามารถประกอบอาชีพใดๆ เลยจะได้รับเงินทดแทน ร้อยละ 100 ของรายได้

(4) กรณีทุพพลภาพรุนแรง (Severe Disablement) สูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายอย่างรุนแรงต้องมีคนดูแล จะได้รับเงินทดแทนร้อยละ 150 ของรายได้

(5) กรณีที่ผู้ทุพพลภาพอายุเกิน 55 ปี จะได้รับเงินทดแทนเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 20 การพิจารณาเงินทดแทนจะคำนวณจากอัตราเงินเดือนตามฐานเงินเดือนระยะเวลา 8 ปี ย้อนหลังที่ผู้ทุพพลภาพเจ็บป่วย

ขั้นตอนการขอรับสิทธิ : นำเรื่องรับประโยชน์ทดแทนผ่านแคว้น เมื่อแพทย์ในแคว้นวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ทุพพลภาพจริงจะส่งให้สถาบัน INSS พิจารณาสั่งจ่ายเงิน

จำนวนผู้รับสิทธิทุพพลภาพ : ประเทศสเปนมีประชาชนอยู่ในระบบประกันสังคมประมาณ 40 ล้านคน มีผู้รบสิทธิประโยชน์ทุพพลภาพถาวร (Permanent Incapacity) จำนวน 8 แสน คน

ประสิทธิภาพการทำงาน:

1) การพิจารณาวินิจฉัยทุพพลภาพในขั้นตอนของส่วนกลางกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานให้แล้วเสร็จภายใน 12 วัน ในทางปฏิบัติสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายร้อยละ 95 เฉลี่ยแล้วดำเนินการเสร็จภายใน 9 วัน (เป็นกรอบระยะเวลาที่ส่วนกลางรับเรื่องจนวินิจฉัยเสร็จ)

2) ระยะเวลาเฉลี่ยนับแต่ผู้รับประโยชน์ทดแทนยื่นเรื่อง ณ จังหวัดจนวินิจฉัยแล้วเสร็จ ระยะเวลาเฉลี่ย 56 วัน

กลไกสำคัญในการประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย

1) ต้องมีการวางแผนจัดระบบและประเมิณผลเพื่อปรับปรุงอยู่เสมอ

2) กำหนดเป้าหมายระยะเวลาการทำงานทุกขั้นตอน

3) ใช้ระบบคอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือในการประมวล และทุกขั้นตอนต้องกำหนดออกมาเป็นตัวเลข

4) ความร่วมมือของข้าราชการและเจ้าหน้าที่

ปัญหาและอุปสรรคการทำงาน

1) ขาดแคลนแพทย์ (ซึ่งจะต้องผ่านการสอบวัดคุณวุฒิ ปัจจุบันมีแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนประมาณ 500 คน)

2) ระบบคอมพิวเตอร์ยังไม่เพียงพอให้แพทย์มีไว้ใช้ในการตรวจประเมิณ

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน)

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย

1) Primary Care เป็นในลักษณะของสาธารณสุขพื้นฐาน สถานีอนามัย ผู้ป่วยต้องได้รับบริการปฐมภูมิ (Primary Care Doctor) แพทย์จะสั่งจ่ายยาโดยให้ใบสั่งยา และผู้ป่วยจะต้องไปรับยาที่ร้านยาที่ขึ้นทะเบียน โดยต้องจ่ายเงิน (Co – Payment) ในอัตราร้อยละ 40 ของราคายา ยกเว้นกรณีที่ไม่มีกำลังจ่ายจะได้รับยาเป็นกรณีของสังคมสงเคราะห์

2) Hospital and Special Services เป็นบริการของโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐซึ่งจะให้บริการเฉพาะประเภทผู้ป่วยในเท่านั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการส่งตัวจาก Primary Care Doctor จึงจะสามารถเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

3.4.4 ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส[54]

ระบบประกันสังคมของประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส

ระบบประกันสังคมของประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส เป็นระบบบังคับครอบคลุมลูกจ้างและผู้ประกอบอาชีพอิสระ

ประโยชน์ทดแทน เป็นเงินทดแทนสำหรับการสูเสียรายได้จากการทำงานกรณีต่างๆ ดังนี้

1) กรณีเจ็บป่วย (Health Care Benefits)
2) กรณีคลอดบุตร (Maternity Benefits)
3) กรณีว่างงาน (Unemployment Benefits)
4) กรณีทุพพลภาพ (Incapacity Benefits)
5) กรณีชราภาพ (Old – Age Benefits)
6) กรณีตาย (Dead Benefits)

1) กรณีเจ็บป่วย (Health Care Benefits)

ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยเป็นเงินทดแทนการขาดรายได้

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ :

จะต้องขึ้นทะเบียนและส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือนติดต่อกัน

สิทธิประโยชน์ :

หยุดงาน 30 วันได้รับเงินทดแทน ร้อยละ 65 ของฐานการคำนวณ

หยุดงาน 90 วัน แต่ไม่เกิน 365 วัน ได้รับเงินทดแทน ร้อยละ 70 ของการคำนวณ

หยุดงานไม่ต่ำกว่า 365 วัน ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 75 ของฐานการคำนวณ

กรณีหยุดงานเนื่องจากป่วยด้วยวัณโรค ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 80–100 ของฐานการคำนวณ

ทั้งนี้เงินทดแทนการขาดรายได้จะต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของรายได้ขั้นต่ำ และระยะเวลาหยุดงานไม่เกิน 1,095 วัน เกินกว่านั้นจะเป็นกรณีทุพพลภาพ

---

[54] กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. (2550). *รายงานการศึกษาดูงาน คณะกรรมการแพทย์ กองทุนประกันสังคม ณ ประเทศสเปนและประเทศโปรตุเกส ระหว่างวันที่ 5-4 ตุลาคม 2550.* หน้า 28-35.

2) กรณีคลอดบุตร (Maternity Benefits)

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ :

จะต้องขึ้นทะเบียนและส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

สิทธิประโยชน์ประกอบด้วย

(1) กรณีลาคลอด

ประโยชน์ทดแทนเป็นเงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 100 ของรายได้เฉลี่ยเป็นระยะเวลา 120 วัน ก่อนคลอดและ 90 วันหลังคลอด

กรณีลาคลอด 150 วัน จะได้รับประโยชน์ทดแทนร้อยละ 80 ของรายได้เฉลี่ย ทั้งนี้ประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้จะต้องไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของรายได้ขั้นต่ำ

(2) กรณีรับอุปการะบุตรบุญธรรม

ลาหยุดงานได้ 100 วัน โดยได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 100 ของรายได้สำหรับการรับอุปการะเด็กซึ่งมีอายุต่ำกว่า 15 ปี ทั้งนี้เงินทดแทนการขาดรายได้จะต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ50ของรายได้ขั้นต่ำ

(3) กรณีบิดาลาหยุดเพื่อเลี้ยงดูบุตร

บิดามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในช่วง 15 วันแรกหลังจากสิ้นสุดประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

(4) กรณีสิทธิการลาหยุดสำหรับปู่ ย่า ตา ยาย

ลูกจ้างซึ่งเป็นปู่ ย่า ตา ยาย มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ100เป็นระยะเวลา 30 วัน หลังจากที่เด็กเกิด หากบิดามารดาของเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี และอาศัยอยู่ด้วยกัน

(5) กรณีการเลี้ยงดูบุตรซึ่งป่วย

ลูกจ้างจะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 65 ของรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 30 วัน กรณีที่เด็กมีอายุต่ำกว่า 10 ปี แต่ไม่จำกัดอายุเด็กกรณีที่ต้องนอนพักรักษาตัวในสถานพยาบาลหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง

(6) กรณีความเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์

สำหรับกรณีหญิงซึ่งคลอดบุตรและไม่สามารถกลับมาทำงานได้ เนื่องจากทำงานกะกลางคืน หรืองานที่มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัย จะได้รับสิทธิประโยชน์ร้อยละ 65 ของรายได้เฉลี่ย

3) กรณีว่างงาน (Unemployment Benefits)

(1) กรณีการว่างงานประกันสังคม

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ : ต้องขึ้นทะเบียนรายได้มาแล้วอย่างน้อย 540 วัน ภายใน 24 เดือนก่อนการว่างงาน

สิทธิประโยชน์ : ร้อยละ 65 ของรายได้เฉลี่ย โดยเงินทดแทนขั้นต่ำจะต้องไม่ต่ำกว่ารายได้ขั้นต่ำ และเงินทดแทนสูงสุดจะไม่เกินสามเท่าของรายได้ขั้นต่ำ

ระยะเวลาการจ่ายประโยชน์ทดแทน

อายุต่ำกว่า	30 ปี	จ่ายประโยชน์ทดแทนระยะเวลา 12 เดือน
อายุระหว่าง	31 – 40 ปี	จ่ายประโยชน์ทดแทนระยะเวลา 18 เดือน
อายุต่ำกว่า	40 – 45 ปี	จ่ายประโยชน์ทดแทนระยะเวลา 24 เดือน
อายุมากกว่า	45 ปี	จ่ายประโยชน์ทดแทนระยะเวลา 30 เดือน

สิทธิประโยชน์กรณีว่างงานประกันสังคมจะครอบคลุมจนถึงอายุ 60 ปี หลังจากนี้จะอยู่ในประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

(2) กรณีว่างงานสวัสดิการสังคม

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ : ขึ้นทะเบียนและมีรายได้มาแล้วอย่างน้อย 180 วัน ภายใน 12 เดือนก่อนวันว่างงาน รายได้ต่อเดือนไม่เกินร้อยละ 80 ของรายได้ขั้นต่ำ หรือใช้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานประกันสังคมหมดแล้ว แต่ยังคงว่างงาน

สิทธิประโยชน์ : ร้อยละ 80 ของรายได้ขั้นต่ำกรณีโสด และร้อยละ 100 ของรายได้ขั้นต่ำหากมีครอบครัว

ระยะเวลาการจ่ายประโยชน์ทดแทน :

1. จะจ่ายให้หลังสิ้นสุดการรับประโยชน์ทดแทนว่างงานประกันสังคมโดยจะจ่ายครึ่งหนึ่งของประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานตามอายุของผู้รับประโยชน์ทดแทน

2. ระยะเวลาการจ่ายประโยชน์จะเงื่อนไขเดียวกับประโยชน์ทดแทนว่างงานประกันสังคม

(3) กรณีว่างงานแบบบางส่วน

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ : เป็นลูกจ้างที่มีการจ้างงานแบบ Part – time ซึ่งรายได้จะต้องต่ำกว่าประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานประกันสังคม และชั่วโมงการทำงานมากกว่าร้อยละ 20 แต่ต่ำกว่าร้อยละ 75 ของเวลาการทำงานปกติ

ประโยชน์ทดแทน : จำนวนประโยชน์ทดแทนจะเท่ากับหรือแตกต่างกับสิทธิประโยชน์กรณีว่างงานประกันสังคม 1.25 เท่า และจำนวนรายได้ของงานพิเศษ

4) บำนาญทุพพลภาพ (Disability Benefits)

บำนาญรายเดือนจะจ่ายให้กับลูกจ้างซึ่งได้รับความคุ้มครองจากโครงการประกันสังคมหลัก ซึ่งทุพพลภาพถาวรก่อนได้รับสิทธิรับบำนาญชราภาพ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ :

1. เป็นบุคคลซึ่งไม่สามารถหารายได้ได้มากกว่า 1/3 ของรายได้ปกติ ทั้งนี้เป็นผลมาจากความทุพพลภาพถาวรทางจิตใจ หรือทางร่างกายที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากกฎหมายเฉพาะที่ว่าด้วยเรื่องการประสบอันตรายจากการทำงานและโรคที่เกิดจากการทำงาน

2. ได้รับการพิจารณาว่าเป็นทุพพลภาพโดยถาวรและไม่สามารถฟื้นฟูได้ภายใน 3 ปี จะได้รับบำนาญมากกว่าร้อยละ 50 ของรายได้ปกติ

3. เป็นผู้ซึ่งขึ้นทะเบียนรายได้มาแล้ว 5 ปี ติดต่อกัน หรือไม่ติดต่อกันก็ได้ (เพื่อให้ระยะเวลาในการเกิดสิทธิสมบูรณ์ จะมีการพิจารณาปีที่ขึ้นทะเบียนรายได้มาแล้วอย่างน้อย 120 วัน)

4. มีใบรับรองแพทย์ว่าเป็นบุคคลทุพพลภาพ

จำนวนประโยชน์ทดแทน

ประโยชน์ทดแทน หากผู้ทุพพลภาพสามารถหารายได้เองบางส่วนจะได้รับประโยชน์ทดแทนเป็นเงินร้อยละ 50 – 70 ของรายได้พื้นฐาน กรณีที่ผู้ทุพพลภาพไม่สามารถทำงานเพื่อหารายได้เอง จะได้รับประโยชน์ทดแทนเป็นเงินร้อยละ 80 – 100 ของรายได้พื้นฐาน

5) บำนาญชราภาพ (Old – Age Benefits)

บำนาญชราภาพจะจ่ายเป็นรายเดือนให้กับผู้รับบำนาญซึ่งได้รับความคุ้มครองจากโครงการประกันสังคมหลัก

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. อายุเกษียณ 65 ปี

2. เป็นผู้ซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเงื่อนไข ระยะเวลาการเกิดสิทธิ คือ 15 ปีติดต่อกันหรือไม่ติดต่อกัน เพื่อให้ระยะเวลาการเกิดสิทธิสมบูรณ์จะต้องมีการพิจารณาปีที่ขึ้นทะเบียนรายได้มาแล้วไม่น้อยกว่า 120 วัน

3. ประโยชน์ทดแทน :

บำนาญขั้นต่ำ คือ ร้อยละ 30 ของรายได้เฉลี่ย แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน ร้อยละ 80 ของรายได้เฉลี่ย ขึ้นกับระยะเวลาการส่งเงินสมทบ

6) กรณีตาย และเงินชดเชยกับผู้อยู่ในอุปการะ (Dead and Survivors Benefits)

(1) เงินสงเคราะห์กรณีตาย

ผู้ได้รับสงเคราะห์ได้แก่

1. สามี หรือภรรยา
2. สามี หรือภรรยาซึ่งไม่ได้อยู่ด้วยกันและได้รับค่าเลี้ยงดู
3. บุคคลซึ่งอยู่กินกับผู้ตายฉันท์สามีภรรยา
4. บุตรหลานหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ตายซึ่งได้รับประโยชน์ทดแทนสำหรับครอบครัว
5. บิดามารดาของผู้ตาย เนื่องจากผู้ตายไม่มีครอบครัว และบุตรหลานหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ตาย
6. ญาตินอกเหนือจากที่กล่าวมา

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ : ไม่มีระยะเวลาขั้นต่ำในการเกิดสิทธิ

จำนวนเงินสงเคราะห์

จะได้เป็น 6 เท่า ของรายได้เฉลี่ยรายเดือนซึ่งเท่ากับ 1/24 ของเงินเดือน รวม 2 ปี ที่ดีที่สุดในช่วง 5 ปีสุดท้ายที่ทำงาน และจะไม่น้อยกว่ารายได้ขั้นต่ำของประเทศ

เงินสงเคราะห์จะจ่ายให้ผู้รับสิทธิ ดังนี้

1. สามีหรือภรรยา และสามีภรรยาที่แยกทางกัน จะได้รับเงินสงเคราะห์ร้อยละ 50 (หรือได้รับร้อยละ 100 ถ้าผู้ตายไม่มีสามีหรือภรรยา)
2. บุตรหลานหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ตาย จะได้รับเงินสงเคราะห์ ร้อยละ 50 (หรือได้รับร้อยละ 100 ถ้าผู้ตายไม่มีสามีหรือภรรยา)
3. บิดามารดาของผู้ตาย จะได้รับเงินสงเคราะห์ร้อยละ 100

(2) บำนาญผู้อยู่ในอุปการะ

เป็นบำนาญรายเดือนที่จ่ายให้กับ

1. สามี หรือภรรยา
2. สามีภรรยาซึ่งแยกทางกัน
3. ผู้ซึ่งอยู่กินกับผู้รับบำนาญฉันท์สามีภรรยา
4. บุตรหลาน หรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ตาย รวมถึงบุตรซึ่งยังไม่คลอดด้วย
5. บิดา มารดาของผู้ตาย

ซึ่งผู้ประกันตนจะต้องมีระยะเวลาการเกิดสิทธิขั้นต่ำ 36 เดือน ณ วันที่ตาย

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ :

(1) สำหรับสามีภรรยา หรือสามีภรรยาที่แยกทางกัน

ต้องแต่งงานมาแล้วอย่างน้อยที่สุด 1 ปีก่อนเสียชีวิต ยกเว้นกรณีที่มีบุตรหรือในกรณีที่เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือโรคที่เกิดขึ้นหลังแต่งงาน

เป็นผู้ซึ่งได้รับเงินค่าเลี้ยงดู (กรณีแยกทางกัน)

ผู้ซึ่งอยู่กินกับผู้ตายฉันท์สามีภรรยาตามคำตัดสินของศาล

(2) สำหรับบุตรหลาน

ตามอายุของบุตรหลาน

(3) สำหรับบิดามารดาของผู้ตาย

บิดามารดาของผู้ตายมีสิทธิได้รับบำนาญ ถ้าผู้ตายไม่มีสามีหรือภรรยา หรือบุตรที่ผู้ตายต้องอุปการะ

จำนวนบำนาญ

จำนวนบำนาญจะถูกกำหนดโดยการใช้อัตราบางอัตรากับจำนวนบำนาญชราภาพ หรือบำนาญทุพพลภาพที่ผู้ประกันตนได้รับหรืออาจจะมีสิทธิได้รับ ณ วันที่ตาย ดังนี้

(1) ร้อยละ 60 หรือร้อยละ 70 สำหรับสามีหรือภรรยา หรืออดีตสามีภรรยาซึ่งแยกทางกันทั้งในกรณีที่มีคนเดียวหรือมากกว่า 1 คน

(2) ร้อยละ 20 ร้อยละ 30 หรือร้อยละ 40 สำหรับบุตรตนเองหรือบุตรบุญธรรม ถ้ามี 1 หรือ 2 คนขึ้นไป

(3) จะได้รับเป็น 2 เท่าของอัตราดังกล่าว หากผู้ตายไม่มีสามีหรือภรรยาที่มีสิทธิได้รับบำนาญตกทอด

(4) ร้อยละ 30 ร้อยละ 50 หรือร้อยละ 80 สำหรับบุตรหลาน ถ้ามี 1, 2 หรือ 3 คน ขึ้นไป

(5) ผู้รับบำนาญตกทอดมีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ในเดือนที่ 13 และ 14 จะจ่ายให้ทุกเดือนกรกฎาคม และธันวาคม เป็นเงินเท่ากับจำนวนบำนาญรายเดือน

ระยะเวลาจ่ายประโยชน์ทดแทน

(1) สำหรับสามีภรรยา หรือ สามีภรรยาที่แยกทางกัน

ก. ไม่มีกำหนดเวลาสำหรับสามีภรรยาหรือ สามีภรรยาซึ่งแยกทางกันซึ่งมีอายุเกิน 35 ปี และไม่แต่งงานใหม่ หรือเป็นผู้ไร้ความสามารถในการทำงานโดยสิ้นเชิงถาวรสำหรับทุกอาชีพ

ข. ถ้าสามีภรรยา หรือสามีภรรยาซึ่งแยกทางกัน มีอายุต่ำกว่า 35 ปี ณ วันที่ผู้ประกันตนตายระยะเวลาการเกิดสิทธิสูงสุด 5 ปี และถ้ามีบุตรหรือผู้เกี่ยวข้องซึ่งมีสิทธิรับบำนาญระยะเวลาดังกล่าวอาจจะเพิ่มขึ้นจนถึงสิ้นสุดการได้รับสิทธิ

ค. สิทธิในการได้รับบำนาญยังคงมีอยู่ ถ้าสามีภรรยาหรือสามีภรรยาซึ่งแยกทางกันอายุถึง 35 ปี ในระหว่างระยะเวลาการเกิดสิทธิ

(2) สำหรับบุตรหลาน

ก. ได้รับจนอายุ 18 ปี

ข. ได้รับจนอายุ 18 ปีขึ้นไป ถ้าไม่มีปฏิบัติกิจกรรมที่เทียบเท่าการได้รับสิทธิของโครงการประกันสังคม และตามเงื่อนไขข้างล่างนี้

1. อายุ 18 – 25 ปี และกำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น หรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า

2. อายุ 27 ปีขึ้นไป และกำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรเตรียมศึกษาต่อ เตรียมทำวิทยานิพนธ์ หรือระดับสูงกว่าปริญญาตรี

ค. ข้อจำกัดด้านอายุดังกล่าวใช้ได้กับการเข้าร่วมหลักสุตรอบรมด้านอาชีพที่ไม่เทียบเท่าการได้รับสิทธิของโครงการประกันสังคม

ง. ไม่จำกัดเวลา ในกรณีที่บุตรหลานทุพพลภาพมีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว

เงินสมทบ

โครงการประกันสังคมได้รับเงินสมทบจากลูกจ้างและนายจ้าง

(1) ลูกจ้างจะจ่ายเงินสมทบ ร้อยละ 11 ของรายได้ รวมถึงเงินค่าล่วงเวลาและเงินโบนัส

(2) นายจ้างจะจ่ายเงินสมทบร้อยละ 23.75 ของรายได้ ซึ่งประกอบด้วยร้อยละ 0.5 สำหรับโรคจากการทำงาน

(3) ผู้ประกอบอาชีพอิสระจะจ่ายเงินสมทบร้อยละ 25.4 กรณีที่ได้รับความคุ้มครองจากโครงการประกันสังคมแบบบังคับอัตราเงินสมทบจะคำนวณจากฐานของรายได้ของประเทศ

สวัสดิการรักษาพยาบาล (National Health Service: NHS)

สวัสดิการรักษาพยาบาลของประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งจะให้ความคุ้มครองแบบ Universal Coverage โดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณของรัฐ โดยสถานพยาบาลของรัฐเป็นผู้ให้บริการ ผู้มีสิทธิจะต้องขึ้นทะเบียนกับ Health Center ในพื้นที่ที่พักอาศัย ซึ่งผู้มีสิทธิจะได้รับบัตรที่ระบุศูนย์บริการสาธารณสุข (Family Doctor) ที่มีสิทธิใช้บริการ โดยมีสิทธิได้รับบริการการรักษาพยาบาลทั่วไป การตรวจรักษากรณีที่จำเป็นต้องพบแพทย์เฉพาะทางหรือเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน แพทย์ซึ่งศูนย์บริการสาธารณสุขจะส่งตัวไปเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ให้บริการของ National Health Service :

NHS ในระดับ Health Center จะประกอบด้วยหน่วยบริการของทั้งภาครัฐและเอกชนกระจายตามพื้นที่เพื่อให้บริการประชาชน

3.5 ตารางเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องของไทยกับกฎหมายต่างประเทศ

สรุปเปรียบเทียบระหว่างกฎหมายประกันสังคม กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายเงินทดแทน ดังตารางต่อไปนี้

DPU

ตารางที่ 3.8 เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

กรณีการเกิดสิทธิ	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
1. เจ็บป่วยหรือประสบอันตราย - ค่ารักษาพยาบาล - เงินทดแทนการขาดรายได้ / ค่าทดแทน - ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ	- สถานพยาบาลที่ระบุไว้ตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลหรือเครือข่ายของสถานพยาบาลนั้นจะให้การรักษา โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย - เงินทดแทน ร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ย ตามที่หยุดงานครั้งละไม่เกิน 90 วัน ในหนึ่งปีปฏิทินไม่เกิน 180 วัน ยกเว้นโรคเรื้อรัง มีสิทธิได้ไม่เกิน 365 วัน	- ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นได้ โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้มีสิทธิ โดยไม่จำกัดจำนวน ทั้งนี้ให้เข้าใช้บริการจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นที่ใกล้ที่สุดเป็นลำดับแรก -กรณีที่ใช้บริการที่หน่วยบริการซึ่งขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าบริการหรือค่าใช้จ่าย และสามารถใช้สิทธิใช้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ตามความจำเป็นโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง -กรณีใช้บริการที่สถานบริการอื่น ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเฉพาะส่วนที่เกินจากที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายให้สถานบริการ โดยสถานบริการดังกล่าวจะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนการให้บริการทุกครั้ง มีสิทธิหรือญาติสามารถแสดงความประสงค์ขอย้ายไปหน่วยบริการประจำของตนได้ โดยให้ได้รับค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วยทั้งนี้ ให้สถานบริการอื่นอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้มีสิทธิไปรับบริการที่หน่วยบริการนั้น	- ได้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกิน 45,000 บาท กรณีเจ็บป่วยหนักได้รับเพิ่มอีกไม่เกิน 65,000 บาท และขยายเพิ่มได้ไม่เกิน 300,000 บาท - ค่าทดแทนร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนแต่ไม่เกิน 1 ปี - กรณีสูญเสียอวัยวะและสมรรถภาพในการทำงาน รับค่าทดแทนในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือน ตามประเภทของการสูญเสียแต่ไม่ เกิน 10 ปี - ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูฯ ด้านการแพทย์และอาชีพเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 20,000 บาท - ค่าผ่าตัดฟื้นฟูฯ ไม่เกิน 20,000 บาทเกิน

ตารางที่ 3.8 (ต่อ)

กรณีการเกิดสิทธิ	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
2. คลอดบุตร	- เหมาจ่าย 13,000 บาทต่อการคลอด 1 ครั้ง ใช้สิทธิได้คนละไม่เกิน 2 ครั้ง - เงินสงเคราะห์ ร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ย 90 วัน (เฉพาะผู้ประกันตนหญิง) - แต่ถ้าเป็นผู้ประกันตนชายเป็นผู้ใช้สิทธิจะได้เฉพาะเงินค่าคลอดบุตร 13,000 บาทเท่านั้น	- สนับสนุนค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จำนวนไม่เกิน 2 ครั้ง (กรณีบุตรมีชีวิตอยู่) - ครอบคลุมถึงค่าตรวจและรับฝากครรภ์ โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง จนสิ้นสุดการตั้งครรภ์ และการตรวจเยี่ยมดูแลหลังคลอดและจะได้รับวัคซีนทุกชนิดวัคซีนตามตารางแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน(EPI) ของกรมควบคุมโรค -คุ้มครองถึงหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	-
3.ทุพพลภาพ	- กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลของรัฐ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย - กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลของเอกชน เบิกได้ตามอัตราดังนี้ 1) ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท 2) ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 4,000 บาท - ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 40,000 บาท - เงินทดแทน ร้อยละ50ของค่าจ้างเฉลี่ยตลอดชีวิต - เหมาจ่ายค่าพาหนะเพื่อรับบริการทางการแพทย์ เดือนละ 500 บาท	-ผู้พิการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลได้ในสถานพยาบาลของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย -ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาล	ค่าทดแทนรายเดือนร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนแต่ไม่เกิน 15 ปี และหากจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจะได้รับค่าฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย

ตารางที่ 3.9 เปรียบเทียบการบริการทางการแพทย์

การบริการทางการแพทย์	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่ไม่สามารถไปรับการรักษาในหน่วยบริการที่ลงทะเบียนได้	คุ้มครอง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง	คุ้มครอง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง	-
โรคหรือประสบอันตรายอันเนื่องจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด	ไม่คุ้มครอง	คุ้มครอง การรักษาโรคหรือประสบอันตรายอันเนื่องจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดโดยการบำบัดให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy:MMT) ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่น และอนุพันธ์ของฝิ่น เช่น เฮโรอีน ที่สมัครใจ โดยจ่ายตามราคาจริง แต่ไม่เกินอัตรา 20 บาทต่อครั้ง (เฉพาะในหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น)	ไม่คุ้มครอง
การประสบอันตรายหรือการทุพพลภาพเกิดขึ้นเพราะบุคคลดังกล่าวจูงใจให้เกิด	ไม่คุ้มครอง	คุ้มครอง การประสบอันตรายหรือการทุพพลภาพเกิดขึ้นเพราะบุคคลดังกล่าวจูงใจให้เกิด (พยายามฆ่าตัวตาย)	ไม่คุ้มครอง

ตารางที่ 3.9 (ต่อ)

การบริการทางการแพทย์	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
การบริการรักษาตัวแบบพักฟื้นและบริการหลังผู้ป่วยกลับบ้าน	ไม่คุ้มครอง	คุ้มครอง การรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วยพักฟื้นที่บ้าน และมีบริการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรักษาหลังออกจากโรงพยาบาล	-
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการแพทย์หลังสิ้นสุดการรักษา (นอกโรงพยาบาล)	ไม่คุ้มครอง หมายเหตุ: คุ้มครองเฉพาะการรักษาภายในโรงพยาบาล	คุ้มครอง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการแพทย์ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล	ค่าฟื้นฟูด้านการแพทย์และอาชีพเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 20,000 บาท ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเพื่อประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงาน ไม่เกิน 20,000 บาท
การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าทางอากาศยาน (เฮลิคอปเตอร์)	ไม่คุ้มครอง	คุ้มครอง อัตราจ่ายไม่เกิน 60,000 บาทต่อครั้ง	-
การช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการและให้บริการ	ไม่คุ้มครอง	คุ้มครอง โดยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยการช่วยเหลือมีลักษณะเป็นการเยียวยาหรือบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น มีเกณฑ์การพิจารณาเงินช่วยเหลือ ดังนี้ 1. เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 200,000 บาท 2. สูญเสียอวัยวะหรือพิการ จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 120,000 บาท 3. บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 50,000 บาท	-

ตารางที่ 3.9 (ต่อ)

การบริการทางการแพทย์	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
การช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการและให้บริการ	ไม่คุ้มครอง	คุ้มครอง โดยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลโดยการช่วยเหลือมีลักษณะเป็นการเยียวยาหรือบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น มีเกณฑ์การพิจารณาเงินช่วยเหลือดังนี้ 1. เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 200,000 บาท 2. สูญเสียอวัยวะหรือพิการ จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 120,000 บาท 3. บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 50,000 บาท	-

ตารางที่ 3.10 เปรียบเทียบการจำกัดโรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล[55]

โรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
โรคไต	ไม่คุ้มครอง 1. กรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน 2. การปลูกถ่ายไต หากผู้ประกันตน ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังมาก่อนเข้าเป็นผู้ประกันตน	คุ้มครอง 1. กรณีไตวายเฉียบพลันไม่จำกัดระยะเวลาการรักษา 2. การปลูกถ่ายไต ไม่ว่าจะเป็นมาก่อนหรือไม่ก็ตาม	-
ยาต้านไวรัสโรคเอดส์เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัส	1. ให้สิทธิกับผู้ประกันตนซึ่งติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 2. ไม่คุ้มครอง ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายหลังสัมผัส เช่น ถูกข่มขืน หรือ ติดเชื้อระหว่างการปฏิบัติงาน เช่น แพทย์ พยาบาล 3. จัดหายาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยาให้กับโรงพยาบาล 4. ยาบางชนิดที่ไม่ได้จัดไว้แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ โรงพยาบาลต้องจัดให้ (กรณีมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์)	1. คุ้มครอง ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายหลังสัมผัส เช่น ถูกข่มขืน ติดเชื้อระหว่างการปฏิบัติงาน เช่น แพทย์ พยาบาล 2. จัดหายาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยาให้กับหน่วยบริการ	-

[55] พงศธร พอกเพิ่มดี. (2554, กุมภาพันธ์). โพสต์ทูเดย์ออนไลน์/มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย 1 ก.พ.2554. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2555, จาก *www.consumersouth.com/.../index.php?*

ตารางที่ 3.10 (ต่อ)

โรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
รากฟันเทียม	คุ้มครอง ผู้ประกันตนซึ่งประสบอุบัติเหตุ และสูญเสียฟันทั้งปาก หรือเป็นผู้ประกันตนซึ่งมีอายุตั้งแต่ 53 ปีขึ้นไป และสูญเสียฟันทั้งปาก โดยเบิกจ่ายจริงไม่เกิน 16,000 บาทต่อราก และไม่เกินรายละ 2 ราก[56]	ไม่คุ้มครอง	-
ทันตกรรม	1) กรณีถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก และรากฟันเทียม 2) การผ่าตัดเพื่อรักษาภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ กรณีผู้ประกันตนไม่มีปัญหาด้านการกลืน แต่ช่องเพดานโหว่มีเพดานกว้างพอประมาณ ครอบคลุมอยู่ในเงินเหมาจ่ายรายหัว หมายเหตุ:	1) กรณีถอนฟัน การผ่าตัดช่องปาก (oral surgery) อุดฟัน ขูดหินปูน การเกลารากฟัน (root planing) ฟันเทียมฐานพลาสติก และทันตกรรมประดิษฐ์ 2) การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนมสำหรับเด็ก เคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี) นอกจากนั้นยังมีงานทันตกรรมเพิ่มทวีที่ดูแลเด็กชั้นประถมปีที่ 1 ทุกคนอย่างครบวงจร	-

[56] พงศธร พอกเพิ่มดี. (2554, กุมภาพันธ์). โพสต์ทูเดย์ออนไลน์/มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย 1 ก.พ. 2554. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2555, จาก *www.consumersouth.com/.../index.php?*

ตารางที่ 3.10 (ต่อ)

โรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
ทันตกรรม (ต่อ)	1) ผู้ประกันตนมีสิทธิเข้ารับการบริการสถานพยาบาลใดก็ได้ในกรณี ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน โดยสำรองเงินจ่ายไปก่อนและนำหลักฐานมาขอเบิกเงินคืนได้ในอัตราไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง ปีละไม่เกิน 600 บาท และมีสิทธิใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก (พลาสติก) 1-5 ซี่ในวงเงินไม่เกิน 1,200 บาท ตั้งแต่ 6 ซี่ขึ้นไปจะเบิกได้ไม่เกิน 1,400 บาท ภายในระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่วันที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก 2) ผู้ประกันยังต้องร่วมจ่ายในกรณีที่วงเงินเกินกำหนด แต่มีข้อดีที่สามารถไปใช้บริการที่ใดก็ได้[57]	3) ทันตกรรมรักษาในเด็กและหญิงตั้งครรภ์ 4) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ 5) การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ 6) ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ 7) การผ่าตัดแก้ไขความพิการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ รวมถึงการจัดฟัน และแก้ไขปัญหาด้านการพูด (สำหรับเด็ก) โดยค่าผ่าตัดสามารถรับค่าใช้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่กำหนด ค่าเพดานเทียมในอัตรา 500 บาท ต่อชิ้น ค่าอรรถบำบัด/แก้ไขการพูด จ่าย 3,850 บาท ต่อรายต่อปี ค่าทันตกรรมบำบัด (ฟื้นฟู) จ่าย 12,000 บาท ต่อรายต่อปี หมายเหตุ: ผู้มีสิทธิไม่ต้องร่วมจ่ายในกรณีที่วงเงินเกินกำหนด[58]	

[57] แหล่งเดิม.

[58] แหล่งเดิม.

ตารางที่ 3.10 (ต่อ)

โรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา	ผู้ประกันตนซึ่งป่วยเป็นโรคมะเร็งจะได้รับการดูแล การให้เคมีและหรือรังสีรักษา โดยจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 50,000 บาท ต่อคนต่อปี[59]	- กรณีผู้ป่วยนอก สปสช.กำหนดเงื่อนไขจ่ายชดเชยตามจำนวนที่เรียกเก็บและราคากลางตาม Protocol แต่ไม่เกินเพดานที่กำหนดไว้ตาม protocol 7 โรค ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งโพรงจมูก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ส่วนปลาย มะเร็งรังไข่ มะเร็งปากมดลูก - สำหรับมะเร็งทั่วไป ที่ยังไม่มีการกำหนด Protocol กรณีผู้ป่วยนอกให้จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 4,000 บาท ต่อครั้ง - กรณีผู้ป่วยใน จะได้รับการจ่ายชดเชยทั้งค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งหมดตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม	-
การผ่าตัดต้อกระจก	ไม่มีการบริหารจัดการเฉพาะ การดูแลรักษารวมอยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว และสนับสนุนเลนส์แก้วตาเทียมในราคาไม่เกิน 4,000 บาท สำหรับการใช้เลนส์แข็งพับไม่ได้และเลนส์พับได้	- มีการบริหารจัดการเฉพาะ สามารถรับบริการทั้งในหน่วยบริการและบริการ โดยหน่วยผ่าตัดต้อกระจกเชิงรุก - ให้การสนับสนุนค่าบริการเป็นค่าตรวจประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่ายา และค่าตรวจชันสูตรที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต้อกระจกรวมทั้งค่าผ่าตัด ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น	-

[59] แหล่งเดิม.

ตารางที่ 3.10 (ต่อ)

โรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
การผ่าตัดต้อกระจก (ต่อ)		โดยตรงจากการผ่าตัดต้อกระจก และการติดตามผู้ป่วยหลังการรักษาตามที่กำหนด - กรณีผ่าตัดต้อกระจกไม่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายชดเชย ครอบคลุมค่าบริการผ่าตัดต้อกระจกข้างละ 7,000 บาท และสนับสนุนเลนส์แก้วตาเทียมในราคาไม่เกิน 700 บาท ต่อเลนส์ สำหรับการใช้เลนส์แข็งพับไม่ได้ และไม่เกิน 2,800 บาท ต่อเลนส์ สำหรับการใช้เลนส์พับได้ - กรณีผ่าตัดต้อกระจกที่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายชดเชยครอบคลุมค่าบริการผ่าตัดต้อกระจกและรักษาข้างละ 9,000 บาท และสนับสนุนเลนส์แก้วตาเทียมในราคาไม่เกิน 700 บาท ต่อเลนส์ สำหรับการใช้เลนส์แข็งพับไม่ได้ และไม่เกิน 2,800 บาท ต่อเลนส์ สำหรับการใช้เลนส์พับได้	
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	การดูแลรักษารวมอยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว ไม่มีการบริหารจัดการเฉพาะเชิงรุกขึ้นอยู่กับดุลพินิจของสถานพยาบาล	เน้นบริการเชิงรุกครบวงจรในระดับปฐมภูมิ,บริการการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้เสี่ยงสูง สนับสนุนค่าบริการในการค้นหาผู้ที่จะมีภาวะแทรกซ้อนและค่าบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง	-

ตารางที่ 3.10 (ต่อ)

โรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
โรคทางจิตเวช	การดูแลรักษารวมอยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว ไม่มีการบริหารจัดการเฉพาะ และไม่จำกัดระยะเวลาการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน	- ครอบคลุมการดูแลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และไม่จำกัดระยะเวลาการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน - มีการจัดการยาเฉพาะที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าถึง (Risperidone) และมีระบบติดตาม	-
โรคเดียวกันที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล เกิน 180 วัน ใน 1 ปี กรณีมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์	ไม่คุ้มครอง	คุ้มครอง	-
ยาและเวชภัณฑ์ที่มีความจำเป็นและมีปัญหาการเข้าถึง	- ค่ายาเหมารวมอยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาราคาแพงได้ - การให้ยาเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยครอบคลุมยาไม่ต่ำกว่าบัญชียาหลักแห่งชาติ - วัคซีนรับจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	- มีการบริหารจัดการยาราคาสูง โดยจัดระบบอนุมัติการใช้ยาและจ่ายยาแยกจากเงินเหมาจ่ายรายหัวเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านยาของผู้ป่วย ตามรายการดังนี้ 1) ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชีจ. (2) จำนวน 7 รายการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษายาราคาสูงตามความจำเป็น และไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและหน่วยบริการส่วนอีก 2 รายการที่สปสช.ไม่ได้ชดเชยให้กับหน่วยบริการตามระบบยาบัญชี จ. (2) เนื่องจากมีกลไกในการเข้าถึงยาอยู่แล้ว	

ตารางที่ 3.10 (ต่อ)

โรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
ยาและเวชภัณฑ์ที่มีความจำเป็นและมีปัญหาการเข้าถึง (ต่อ)		ได้แก่ Erythropoietininjection สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีสิทธิรับบริการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) Imatinibmesilate tablet เป็นรายการยาที่ประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาโดยรัฐตามเงื่อนไขข้อเสนอการสนับสนุนยา ภายใต้โครงการ GIPAP บริษัทผู้จำหน่ายบริจาคให้เฉพาะผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สปสช.จึงยังไม่ได้ดำเนินการจัดหายาเข้าสู่ระบบการบริหารจัดการยา จ. (2) 2) ยาCompulsory licensing (CL) ยา ARVs ได้แก่ Efavirenz 200mg/600mg,Lopinavir/ Ritonavir 200mg/500mg ยามะเร็ง ได้แก่ Docetaxel 20mg/80mg, Letrozole ยาระบบหลอดเลือด ได้แก่ Clopidogrel bisulfate 75 mg 3) ยา Deferiprone tablet เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาขับธาตุเหล็กสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมีย 4) วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามแผนการสร้างเสริม	

ตารางที่ 3.10 (ต่อ)

โรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
		ภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับประชากรไทยทุกคนซึ่งอายุต่ำกว่า 5 ปี เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 (อายุ 6-7 ปี) เด็กประถมศึกษาปีที่ 6 (อายุ 12 ปี) และหญิงตั้งครรภ์ 5) วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ สำหรับทุกกลุ่มอายุที่มีโรคเรื้อรังสำคัญ 7 โรค ได้แก่ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี	

ตารางที่ 3.11 เปรียบเทียบขอบเขตเงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาล

	กฎหมายประกันสังคม	**กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ**	**กฎหมายเงินทดแทน**
1. กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนที่ประสบอันตราย	ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบและได้รับการคุ้มครองทันที	ได้รับสิทธิทันทีที่เข้าเป็นลูกจ้าง
2. ทุพพลภาพ	จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนที่ทุพพลภาพ	ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบและได้รับการคุ้มครองทันที	ได้รับสิทธิทันทีที่เข้าเป็นลูกจ้าง
3. คลอดบุตร	จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 7 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนที่คลอด	ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบและได้รับการคุ้มครองทันที	-

ตารางที่ 3.12 สรุปเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ระกันตนในกฎหมายประกันสังคมของไทยกับกฎหมายประกันสังคมต่างประเทศ

สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล	ประเทศไทย	ประเทศญี่ปุ่น	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสเปน	ประเทศโปรตุเกส
เงื่อนไขการเกิดสิทธิกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือนก่อนเดือนที่ประสบอันตราย	ต้องทำงานในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา	จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 12 เดือน	ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่ต่ำกว่า 180 วัน ในช่วงระยะ 5 ปีสุดท้าย	ส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือนติดต่อกัน
เงื่อนไขการเกิดสิทธิกรณีคลอดบุตร	จ่ายเงินสมทบครบ7 เดือน ภายใน 15 เดือนก่อนเดือนที่คลอด	ต้องทำงานในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา	นายจ้างจ่ายเงินสมทบครบ3 เดือน ภายใน 12 เดือน	ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 180 วัน ภายใน 5 ปี ก่อนคลอดบุตร	สิทธิจะเกิดขึ้นเมื่อขึ้นทะเบียนและส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
เงื่อนไขการเกิดสิทธิกรณีทุพพลภาพ	จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือนก่อนเดือนที่ทุพพลภาพ		ต้องจ่ายเงินสมทบอย่างน้อย 36 เดือน ก่อน 6 เดือนของการเกิดทุพพลภาพ	แบ่งระดับทุพพลภาพดังนี้ - กรณีทุพพลภาพบางส่วนถาวรจะต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วอย่างน้อย 1,800 วัน ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา - กรณีทุพพลภาพถาว, กรณีทุพพลภาพอย่างสิ้นเชิง, กรณีทุพพลภาพรุนแรง มีเงื่อนไขคือ บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 26 ปี ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วครึ่งหนึ่งตั้งแต่อายุ 16 ปี	เป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนรายได้มาแล้ว 5 ปีติดต่อกันหรือไม่ติดต่อกันก็ได้ (เพื่อให้ระยะเวลาในการเกิดสิทธิสมบูรณ์ จะมีการพิจารณาปีที่ขึ้นทะเบียนรายได้มาแล้วอย่างน้อย 120 วัน)

ตารางที่ 3.12 (ต่อ)

สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล	ประเทศไทย	ประเทศญี่ปุ่น	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสเปน	ประเทศโปรตุเกส
เงื่อนไขการเกิดสิทธิกรณีทุพพลภาพ (ต่อ)				จนถึงเวลาที่พิการ และบุคคลที่อายุเกิน 26 ปี ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 1 ใน 4 ของระยะเวลาตั้งแต่อายุ 20 ปี จนถึงวันที่พิการ โดยมีระยะเวลาการส่งเงินสมทบไม่ต่ำกว่า 5 ปี	
การบริการทางการแพทย์และการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	1. บริการทางการแพทย์ รวมถึงค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดการรักษาโรคตามประกาศสำนักงานประกันสังคม 2. เงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 50 ของค่าจ้าง ครั้งละ ไม่เกิน 90 วัน ปีละไม่เกิน 180 วัน (เว้นแต่โรคเรื้อรัง)	1. ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด ค่าโรงพยาบาล ค่าพยาบาล การทำฟัน 2. ร้อยละ60ของค่าจ้างเฉลี่ย 3 เดือนสุดท้าย	1. การรับบริการทางการแพทย์ 2. เงินทดแทนการขาดรายได้เป็นรายวัน เท่ากับ ร้อยละ 90 ของค่าจ้างรายวัน เป็นเวลา 6 เดือน สูงสุด ภายใน 12 เดือน	1. การรับบริการทางการแพทย์ 2.เงินทดแทนการขาดรายได้เป็นจำนวนร้อยละ 75 ของเงินเดือนๆ สุดท้าย ไม่เกิน 18 เดือน[60]	ได้รับประโยชน์ทดแทนคือ - หยุดงาน 30 วันได้รับเงินทดแทนร้อยละ 65 ของฐานการคำนวณ - หยุดงาน 90 วัน แต่ไม่เกิน 365 วัน ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 70 ของฐานการคำนวณ

[60] *รายงานการศึกษาดูงานประกันสังคมจังหวัด ข้าราชการระหัวหน้าฝ่ายส่วนกลาง รุ่นที่ 1 ณ ประเทศสเปน 9 – 15 กันยายน 2538.* หน้า 22.

ตารางที่ 3.12 (ต่อ)

สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล	ประเทศไทย	ประเทศญี่ปุ่น	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสเปน	ประเทศโปรตุเกส
การบริการทางการแพทย์และการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ต่อ)					- หยุดงานไม่ต่ำกว่า 365 วัน ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 75 ของฐานการคำนวณ - กรณีหยุดงานเนื่องจากป่วยด้วยวัณโรค ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 80 – 100 ของฐานการคำนวณ

ตารางที่ 3.12 (ต่อ)

สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล	ประเทศไทย	ประเทศญี่ปุ่น	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสเปน	ประเทศโปรตุเกส
การบริการทางการแพทย์และการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร	1. ผู้ประกันตนชาย -ค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 13,000 บาท/ครั้ง (เบิกให้ภรรยา) 2. ผู้ประกันตนหญิง -ค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 13,000 บาท/ครั้ง และเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรเหมาจ่ายร้อยละ 50 ของค่าจ้างเป็นเวลา 90 วัน 3. ลาคลอดได้ไม่เกิน 2 ครั้ง	1. ร้อยละ 60 ของค่าจ้างเฉลี่ยโดยจ่ายให้ 42 วันก่อนคลอด และ 56 วันหลังคลอด (รวม 98 วัน)	1. เงินทดแทนการขาดรายได้เป็นรายวัน โดยจ่ายร้อยละ 100 ของค่าจ้างเฉลี่ยรายวันเป็นเวลา 6 เดือน จำนวนสูงสุดไม่เกิน 400 เปโซ/วัน -กรณีคลอดปกติจ่าย 60 วัน -กรณีคลอดแบบผ่าตัดจ่าย 78 วัน	1. เงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 100 ของรายได้เฉลี่ยเป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ และหากการตั้งครรภ์มีความเสี่ยงจะได้รับเงินช่วยเหลือที่เรียกว่า Pregnancy Allowance ร้อยละ 75 ของค่าจ้างนับแต่วันที่เกิดความเสี่ยง	1. เงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 100 ของรายได้เฉลี่ยเป็นระยะเวลา 120 วันก่อนคลอด และ 90 วันหลังคลอด - กรณีลาคลอด 150 วัน ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 80 ของรายได้เฉลี่ยโดยไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของรายได้ขั้นต่ำ - กรณีรับอุปการะบุตรบุญธรรมลาหยุดงานได้ 100 วันโดยได้เงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 100 ของรายได้สำหรับการรับอุปการะเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15ปี

ตารางที่ 3.12 (ต่อ)

สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล	ประเทศไทย	ประเทศญี่ปุ่น	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสเปน	ประเทศโปรตุเกส
การบริการทางการแพทย์และการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ	1. ค่ารักษาพยาบาลตามที่จ่ายจริงไม่เกิน 2,000/เดือน 2. เงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 50ของค่าจ้างตลอดชีวิต 3. ค่าทำศพและเงินสงเคราะห์ทายาทตามระยะเวลาการส่งเงินสมทบ	-	1. บำนาญรายเดือนหรือเงินก้อนแก่ผู้ทุพพลภาพถาวร 2. จ่ายบำนาญตลอดชีพแก่ผู้ทุพพลภาพทั้งหมดสิ้นเชิง 3. เงินบำนาญตกทอดเต็ม ร้อยละ 100 แก่ภรรยาและบุตรในอุปการะ 4. บำนาญรายเดือนขั้นต่ำเดือนละ 1,200 เปโซสำหรับผู้จ่ายสมทบ 120 เดือนก่อนเดือนที่พิการและหากจ่ายเงินสมทบระหว่าง 36 -120 เดือนละ 100 เปโซ	1. กรณีทุพพลภาพถาวร จะได้รับเงินบำนาญร้อยละ 55 ของฐานการคำนวณ 2. กรณีทุพพลภาพอย่างสิ้นเชิง จะได้รับเงินบำนาญร้อยละ 100 ของฐานการคำนวณ 3. กรณีทุพพลภาพรุนแรง จะได้รับเงินบำนาญร้อยละ 150 ของฐานการคำนวณ 4. กรณีผู้ทุพพลภาพมีอายุเกิน 55 ปี จะได้รับเงินบำนาญเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 ซึ่งฐานการคำนวณเงินบำนาญจะคำนวณจากอัตราเงินเดือนตามฐานเงินเดือน 8 ปีย้อนหลัง 5. กรณีผู้ทุพพลภาพมีอายุต่ำกว่า 60 ปี มีสิทธิขอรับบำนาญเป็นเงินก้อน	1. เงินทดแทนการขาดรายได้ หากผู้ทุพพลภาพสามารถหารายได้เองบางส่วนจะได้รับเงินทดแทนร้อยละ 50-70 ของรายได้พื้นฐาน 2. กรณีที่ผู้ทุพพลภาพไม่สามารถทำงานเพื่อหารายได้เอง จะได้รับประโยชน์ทดแทนเป็นเงินร้อยละ 80 –100 ของรายได้พื้นฐาน

บทที่ 4
ปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม

การประกันสังคมเป็นเรื่องสำคัญที่รัฐบาลของประเทศต่างๆ ในโลกส่วนใหญ่นำระบบประกันสังคมไปใช้ในการให้หลักประกันชีวิตแก่ประชาชนของตน ตั้งแต่เกิดจนตาย หลักประกันสังคม เป็นระบบของการเฉลี่ยทุกข์ – เฉลี่ยสุขซึ่งกันและกันระหว่างมวลสมาชิก ซึ่งโดยทั่วไปรัฐบาลของประเทศจะให้ความสำคัญแก่บุคคลซึ่งทำงาน มีรายได้และอยู่ในระบบแรงงานก่อน และจะขยายความคุ้มครองไปสู่ผู้ทำงานซึ่งมีรายได้นอกระบบ การจ้างงานปกติ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่า แรงงานนอกระบบ[1]

การประกันสังคมประเทศต่างๆ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน จะมีหลักการที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากประกันสังคมเป็นโครงการบริหารทางสังคมในระยะยาวอีกระบบหนึ่งที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการจัดขึ้น ด้วยการให้ประชาชนผู้มีรายได้แต่ละคนได้มีส่วนช่วยตนเองหรือครอบครัวโดยร่วมกันเสี่ยงภัยหรือช่วยเหลือบำบัดความทุกข์ยากเดือดร้อนซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้มีรายได้ในสังคมด้วยการออกเงินสมทบเข้ากองทุน เรียกว่า “กองทุนประกันสังคม” โดยมีนายจ้าง ลูกจ้าง และในบางประเทศมีรัฐบาลร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุนนี้ด้วย กองทุนนี้จะจ่ายประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ส่งเงินสมทบเมื่อเกิดความเดือดร้อน เช่น เจ็บป่วย คลอดบุตร ทุพพลภาพ เป็นต้น

การประกันทางสังคมในฐานะส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงทางสังคมในประเทศต่างๆ ที่นำมาเสนอนั้นจะเห็นได้ว่า ภายใต้ความหลากหลายของระบบความมั่นคงทางสังคมนั้น เราสามารถเปรียบเทียบความแตกต่างได้ ยกตัวอย่างเช่น สาขาของระบบความมั่นคงทางสังคม สิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับ หรือประเภทของประกันทางสังคม และการจ่ายเงินสมทบของแต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยในเรื่องของการจ่ายเงินสมทบนั้น เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากที่ทุกๆ ประเทศควรให้ความสนใจ เนื่องมาจากในการกำหนดอัตราเงินสมทบให้สอดคล้องกับการที่จะรับการชดเชยจากเงินสมทบที่จ่ายไปนั้นควรจะต้องสัมพันธ์กัน และเพื่อก่อให้เกิด

---

[1] สำนักงานประกันสังคม. (ม.ป.ป.). *หลักเกณฑ์หรือสิทธิประโยชน์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย.* สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2555, จาก *www.sso.go.th/wpr/ca*

ประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ประกันตน โดยเฉพาะในส่วนที่ผู้ประกันตนจะได้รับไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี และเพียงพอ โดยปราศจากการถูกจำกัดอัตราค่ารักษาพยาบาล เพราะหากมีการจำกัดอัตราค่ารักษาพยาบาลแล้วจะเห็นว่า จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามสิทธิของตนที่พึงจะได้รับตามกฎหมายและจากการที่ตนต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน

จากการศึกษากฎหมายประกันสังคมในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนนั้น ผู้ประกันตนอาจมีทั้งความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล การบริการทางการแพทย์ การจำกัดโรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล และในเรื่องขอบเขตในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

4.1 ปัญหาในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม

โดยผู้เขียนจะกล่าวถึงสิทธิประโยชน์ 3 สิทธิประโยชน์ ได้แก่

1) ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

ซึ่งปัญหาในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมอาจสรุปได้ว่า การเข้าเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ผู้ประกันตนมักจะไม่ได้รับห้องพักสำหรับผู้ป่วยใน เนื่องจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลมักจะสำรองห้องพักไว้สำหรับผู้ป่วยภายในของโรงพยาบาลซึ่งไม่ได้ใช้สิทธิประกันสังคม อาจจะสำรองไว้สำหรับผู้ป่วยซึ่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นเงินสดหรือประเภทผู้ป่วยซึ่งใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของการประกันสุขภาพเอกชน ทำให้ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมถูกกีดกันในเรื่องของห้องพักสำหรับผู้ป่วยใน

อีกทั้งมีกรณีที่ควรพิจารณาคือประกันสังคมเป็นระบบเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขจริงหรือไม่ เนื่องจากการรักษาพยาบาลของประกันสังคมถูกออกแบบให้ผูกกับการจ้างงาน ดูแลเฉพาะในช่วงผู้ซึ่งมีรายได้ในวัยทำงาน พอเกษียณอายุซึ่งเป็นช่วงที่เจ็บป่วยมาก ผู้ประกันตนก็ต้องออกไปอยู่ระบบบัตรทอง ไม่ได้ใช้เงินที่เขาเคยจ่ายสมทบช่วงหนุ่มสาว การที่ระบบประกันสังคมมีแต่คนแข็งแรงที่ไม่เจ็บป่วย บวกกับวิธีเหมาจ่ายรายหัว ทำให้โรงพยาบาลอยากจะดูแลแต่คนกลุ่มนี้ เนื่องจากไม่ได้มีการเจ็บป่วยมากจึงมีกำไรมากกว่า

อีกประเด็นที่ชี้ให้เห็นว่าระบบประกันสังคมต้องการดูแลเฉพาะคนแข็งแรง ถ้าหากต้องการดูแลทั้งระบบก็ต้องดูแลผู้ประกันตนหลังเกษียณ คู่สมรส บุตร และบิดามารดาผู้ประกันตนด้วย และถ้าเป็นเช่นนี้จริงโรงพยาบาลยังอยากจะรับผู้ประกันตนซึ่งสูงอายุและบิดามารดาของผู้ประกันตนอีกหรือไม่ การที่ประกันสังคมเลือกดูแลเฉพาะกลุ่มแข็งแรง (Cream Skimming) เป็นการทิ้งภาระกลุ่มซึ่งเจ็บป่วยให้ระบบอื่น จึงไม่อาจเรียกว่าการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขได้

ในเรื่องของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคไตนั้น จะเห็นได้ว่าตามระเบียบของประกันสังคมจะครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยโรคไต ก็ต่อเมื่อตรวจสอบพบว่าได้ป่วยเป็นโรคไตหลังการทำงาน นั่นหมายความว่า หากผู้ประกันตนได้ป่วยเป็นโรคไตก่อนที่จะเข้ามาเป็นผู้ประกันตนนั้น เขาจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลใดๆ ทั้งสิ้น ซึ่งก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมต่อผู้ประกันตนทำให้ผู้ประกันตนต้องแบกรับค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด ซึ่งต่างจากระบบบัตรทองที่ให้สิทธิการรักษาฟรี และในกรณีของทันตกรรมนั้น ผู้ใช้สิทธิบัตรทองสามารถถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน รวมถึงบริการทันตกรรมอื่นๆ ยกเว้นการใส่รากฟันเทียม โดยไม่มีข้อจำกัดในการรักษาพยาบาลรวมถึงไม่มีเพดาน และไม่ต้องจ่ายเงินใดๆ ทั้งสิ้น ต่างจากผู้ประกันตนซึ่งได้รับสิทธิถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน โดยสำรองเงินจ่ายไปก่อน และต้องนำหลักฐานมาขอเบิกเงินคืน ถึงแม้จะอำนวยความสะดวกในการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลใดก็ได้ก็ตาม อีกทั้งการกำหนดกรอบของประกันสังคมที่ใช้บริการทันตกรรมได้ไม่เกิน 600 บาท ต่อปี ทั้งๆ ที่ตามหลักผู้ประกันตนอาจป่วยไม่เท่ากัน บางคนผุหลายซี่ บางคนผุแค่ 2-3 ซี่ ผู้ที่มีฟันผุมาก หรือมีปัญหาทางช่องปากมากก็ควรได้รับบริการมากขึ้นไปด้วย หรืออย่างกรณีการขูดหินปูน ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายประมาณครั้งละ 500 บาท แต่ให้เบิกประกันสังคมได้ 300 บาท ส่วนต่างต้องจ่ายสมทบเพิ่ม 200 บาท ถือว่าเป็นการเอาเปรียบอย่างมาก หรือกรณีที่การเพิ่มสิทธิประโยชน์การใส่รากฟันเทียม จะต้องลงทะเบียนภายในวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2554 ในกรณีนี้ผู้ประกันตนจะรู้สิทธิของตนเองมากน้อยแค่ไหน นอกจากนี้แล้วยังมีเงื่อนไขอีกหลายประการ เช่น ผู้เข้ารับบริการจะต้องประสบอุบัติเหตุ ไม่มีฟันเหลือ ต้องมีอายุ 53 ปีขึ้นไป หรือค่าใช้จ่ายประกันสังคมออกให้ 16,000 บาท แต่ไม่เกิน 2 ราก ดังนั้น ด้วยเงื่อนไขต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ไม่อาจทราบได้ว่าเหลือผู้ประกันตนกี่รายที่เข้าข่ายสามารถได้รับสิทธิประโยชน์ดังกล่าว

2) ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

ในเรื่องของปัญหาการคลอดบุตร หากมองภาพรวมการใช้สิทธิคลอดบุตรในระบบประกันสังคมถือเป็นสิทธิประโยชน์ที่มีปัญหาในการมาใช้บริการน้อยกว่าสิทธิประโยชน์อื่นๆ โดยเฉพาะในเขตเมือง แรงงานที่เป็นผู้ประกันตนหากตั้งครรภ์ก็จะใช้ประกันสังคมอยู่แล้ว เพราะได้เงินก้อนหลังคลอด ซึ่งมีการปรับเพิ่มจาก 12,000 บาท เป็น 13,000 บาท เมื่อต้นปี

พ.ศ. 2554 ประกอบกับประกันสังคมออกแบบให้บริการที่ไหนก็ได้ไม่ยึดติดกับโรงพยาบาลคู่สัญญา ทำให้ไม่มีปัญหาการเข้าถึงบริการถือเป็นข้อดีที่ทำให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวกสบายขึ้น

อย่างไรก็ตามเงินก้อน 13,000 บาท ถือว่าเพียงพอต่อการคลอดปกติ แต่สำหรับการคลอดที่ไม่ปกติ เช่น ผ่าคลอดหรือใช้เครื่องมือช่วยอย่างเครื่องสุญญากาศ หรือใช้คีมช่วยคลอด ก็จะต้องจ่ายเงินส่วนต่างเพิ่มเอง ซึ่งเป็นปัญหาที่มีมานานเพราะคนกลุ่มนี้ได้รับเงินเพียง 13,000 บาท ขณะที่ความเสี่ยงมีมาก และถูกปัดภาระส่วนเกินให้กับผู้ประกันตนเป็นผู้จ่าย ที่น่าเป็นห่วง คือ หากการคลอดมีปัญหาซับซ้อนโดยผู้ประกันตนใช้สิทธิประกันสังคมในโรงพยาบาลเอกชนจะทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มทวีคูณ

ซึ่งปัจจุบันอัตราค่าทำคลอดในโรงพยาบาลของรัฐนั้น หากคลอดตามธรรมชาติ จะอยู่ที่ราว 3,000-8,000 บาท ผ่าคลอด 10,000-15,000 บาท แต่หากเป็นโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่จะจัดเป็นแพ็คเกจ ค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่า 30,000 บาท ซึ่งส่วนเกินผู้ประกันตนต้องรับภาระเอง และถ้าเลือกโรงพยาบาลที่เสียค่าใช้จ่ายสูง ก็ต้องจ่ายเพิ่มมากขึ้นด้วย หากบรรดาคุณแม่ที่ใช้สิทธิประกันสังคมโดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนที่จัดแพ็กเกจการคลอดราคาไม่ต่ำกว่า 30,000-50,000 หมื่นบาท ซึ่งผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินล่วงหน้าไปก่อนแล้วนำเอกสารมาเบิกคืนภายหลัง ซึ่งหากใครไม่ได้ตระเตรียมเงินเสียตั้งแต่เนิ่นๆ ก็อาจประสบปัญหาทางการเงินได้ ที่สำคัญก่อนจะได้กำหนดคลอดลูกนั้น ในช่วงของการดูแลครรภ์นั้น ผู้ประกันตนก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง จึงทำให้ผู้ประกันตนคิดว่าเงินที่จ่ายไปทุกๆ เดือนนั้น ไม่คุ้มค่า แม้จะมีเงินสงเคราะห์บุตร รวมถึงเงินชดเชยลาคลอด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายก้อนโตที่เกิดขึ้นนั้นถือว่าผู้ประกันตนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายมากเลยทีเดียว หากเปรียบเทียบกับรายได้ที่ได้รับ

3) ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ

ปัญหาในเรื่องประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพนั้น ผู้ทุพพลภาพจะมีปัญหาในการเบิกเงินตามสิทธิจากสำนักงานประกันสังคม ซึ่งถึงแม้ว่าการเบิกเงินจะได้รับความสะดวกแต่มีภาระในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อนและเบิกเงินคืนภายหลัง ทำให้ผู้ทุพพลภาพบางส่วนไม่เบิกเพราะเลี่ยงไปใช้สิทธิอื่นๆ แทน จึงเป็นอุปสรรคต่อผู้ทุพพลภาพที่ไม่มีเงินสำรอง

ปัญหาในเรื่องระบบบริการของสถานพยาบาล ไม่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทั้งการดูแลในสถานพยาบาลและการดูแลหลังจากออกจากสถานพยาบาล ไม่มีการบันทึกข้อมูลเพื่อติดตามผลการรักษาและสื่อสารระหว่างบ้านและสถานพยาบาล ซึ่งผู้ทุพพลภาพในบางรายนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน และญาติผู้ป่วยในบางรายไม่ได้รับคำแนะนำในการดูแลและป้องกันโรคแทรกซ้อนของผู้ทุพพลภาพจากสถานพยาบาลก่อนกลับบ้าน

ปัญหาในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ เป็นสิ่งที่สำคัญเนื่องจากการที่ผู้ทุพพลภาพมีสภาพร่างกายที่ผิดปกตินั้นย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อีกทั้งความเป็นผู้ทุพพลภาพนั้นยังเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีพ เช่น การเป็นผู้ซึ่งเคลื่อนไหวร่างกายด้านล่างไม่ได้เนื่องจากโรคของไขสันหลัง หรือการที่มีแขนขาขาดทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม โดยผู้ประกันตนซึ่งทุพพลภาพส่วนใหญ่จะไม่ทราบว่าทางสำนักงานประกันสังคมมีศูนย์ฟื้นฟูผู้ทุพพลภาพ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ประกันสังคมไม่ได้ให้คำแนะนำ

และปัญหาในด้านสิทธิประโยชน์ ผู้ประกันตนในปัจจุบันมีสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่รวมถึงไม่เสียค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่เลือก นอกจากสิทธิพื้นฐานนี้แล้วผู้ประกันตนยังได้รับการเบิกค่ารักษาพยาบาลเพิ่มจากสิทธิดังกล่าว เช่น การเบิกอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด หรือการเบิกค่าใช้จ่ายในกรณีที่ค่าใช้จ่ายสูง เช่น การเบิกค่ารักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด เป็นต้น แต่ผู้ทุพพลภาพ คือ ผู้ประกันตนซึ่งมีโรคที่รักษาไม่หาย ไม่สามารถทำงานได้ และไม่มีรายได้ สำนักงานประกันสังคมให้สิทธิในการรับค่ารักษาพยาบาลตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท อีกทั้งผู้ทุพพลภาพบางกลุ่มเป็นผู้ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอันเกิดจากโรคประจำตัวหรือเกิดจากสภาพทุพพลภาพ ซึ่งนอกเหนือจากค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วยครอบครัวของผู้ทุพพลภาพบางกลุ่มยังมีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดูแลผู้ทุพพลภาพที่บ้านเพิ่มขึ้น จึงทำให้จำนวนเงินดังกล่าว ไม่เพียงพอและเป็นภาระแก่ครอบครัวอย่างยิ่ง

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมมีปัญหาหลายประการ นอกจากนี้แล้วยังมีปัญหาในเรื่องของการจ่ายประโยชน์ทดแทน ซึ่งแยกอธิบายได้ดังนี้

4.1.1 ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

ประเทศไทยนั้นได้ให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลดังที่กล่าวไว้ในบทที่ 3 ประกอบกับให้เงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 50 ของค่าจ้าง ครั้งละไม่เกิน 90 วัน ปีละไม่เกิน 180 วัน (เว้นแต่โรคเรื้อรัง) ค่าอวัยวะเทียมหรือค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคตามประเภทราคาที่กำหนด

ประเทศญี่ปุ่นกำหนดให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด ค่าโรงพยาบาล ค่าพยาบาล การทำฟัน ให้เงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 60 ของค่าจ้างเฉลี่ย 3 เดือนสุดท้าย

ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์กำหนดให้ได้รับการบริการทางการแพทย์ เงินทดแทนการขาดรายได้เป็นรายวันเท่ากับร้อยละ 90 ของค่าจ้างรายวัน เป็นเวลา 6 เดือนสูงสุดภายใน 12 เดือน

ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) กำหนดให้ได้รับบริการทางการแพทย์ เงินทดแทนการขาดรายได้เป็นจำนวนร้อยละ 75 ของเงินเดือนเดือนสุดท้าย ไม่เกิน 18 เดือน

และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส จะได้รับประโยชน์ทดแทนคือ หยุดงาน 30 วัน จะได้รับเงินทดแทนร้อยละ 65 ของฐานการคำนวณ หยุดงาน 90 วัน แต่ไม่เกิน 365 วัน ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 70 ของการคำนวณ หยุดงานไม่ต่ำกว่า 365 วัน ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 75 ของฐานการคำนวณ และกรณีหยุดงานเนื่องจากป่วยด้วยวัณโรคจะได้รับเงินทดแทนร้อยละ 80 – 100

จากการวิเคราะห์จะเห็นว่า การประกันสังคมของประเทศไทยและประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ให้ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยด้วยการรักษาพยาบาล และเงินทดแทนการขาดรายได้ซึ่งให้เป็นเงินทดแทนปีละไม่เกิน 6 เดือนเท่ากัน ซึ่งต่างจากประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) ที่ให้สูงสุดโดยให้เงินทดแทนไม่เกิน 18 เดือน แต่ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์จะให้จำนวนเงินทดแทนมากกว่าประเทศไทย ประเทศญี่ปุ่น ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส โดยให้เงินทดแทนการขาดรายได้เท่ากับร้อยละ 90 ของค่าจ้างรายวัน นอกจากนี้ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสยังมีการแยกโรคเนื่องจากการป่วยด้วยวัณโรคออกไปต่างหาก โดยหากหยุดงานด้วยโรคดังกล่าว จะได้รับเงินทดแทนถึงร้อยละ 80 – 100 แต่ประเทศไทยไม่ได้แยกโรคเนื่องจากการป่วยด้วยวัณโรคไว้ และเมื่อได้เปรียบเทียบกับประเทศทั้ง 4 ประเทศ จะเห็นได้ว่าประเทศไทยนั้นให้เงินทดแทนการขาดรายได้เป็นจำนวนน้อยที่สุด คือเพียงร้อยละ 50 ส่วนในเรื่องค่ารักษาพยาบาล ค่าผ่าตัด ค่าอวัยวะเทียม ค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคตามประเภทราคาที่กำหนดนั้น ประเทศญี่ปุ่น ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส มิได้ระบุไว้แต่อย่างไร

4.1.2 ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

ประเทศไทยกำหนดให้ผู้ประกันตนชายได้รับค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 13,000 บาท ต่อครั้ง (เบิกให้ภรรยา) ส่วนผู้ประกันตนหญิงจะได้รับค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 13,000 บาท ต่อครั้ง และเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรเหมาจ่ายร้อยละ 50 ของค่าจ้าง เป็นเวลา 90 วัน ทั้งนี้ ถ้าสามีภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ สามารถเบิกค่าคลอดบุตรได้คนละ 2 ครั้ง

ประเทศญี่ปุ่นกำหนดให้ประโยชน์ทดแทน คิดเป็นร้อยละ 60 ของค่าจ้างเฉลี่ย โดยจ่ายให้ 42 วันก่อนคลอด และ 56 วันหลังคลอด (รวม 98 วัน)

ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ให้เงินทดแทนการขาดรายได้เป็นรายวัน โดยจ่ายร้อยละ 100 ของค่าจ้างเฉลี่ยรายวัน เป็นเวลา 6 เดือนสูงสุด กรณีคลอดปกติจ่าย 60 วัน กรณีคลอดแบบผ่าตัดจ่าย 78 วัน โดยมีสิทธิสำหรับคลอดไม่เกิน 4 ครั้ง

ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) ให้เงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 100 ของรายได้เฉลี่ยเป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ (112 วัน) และหากการตั้งครรภ์มีความเสี่ยงจะได้รับเงินช่วยเหลือที่เรียกว่า Pregnancy Allowance ร้อยละ 75 ของค่าจ้าง นับแต่วันที่เกิดความเสี่ยง

และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสกำหนดให้เงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 100 ของค่าจ้างรายวัน รวมทั้งวันคริสต์มาสและวันหยุดเป็นระยะเวลา 120 วันก่อนคลอด และ 90 วันหลังคลอด กรณีลาคลอด 150 วัน ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 80 ของรายได้เฉลี่ย โดยไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของรายได้ขั้นต่ำ

จากการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่า การประกันสังคมของประเทศไทยเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ประกันตนชายในการที่จะสามารถเบิกค่าคลอดบุตรได้มากกว่าประเทศญี่ปุ่น ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสซึ่งให้สิทธิเฉพาะกับผู้ประกันตนหญิงเท่านั้น และทั้ง 4 ประเทศ มิได้กำหนดอัตราค่าคลอดบุตรไว้ว่าให้เป็นจำนวนเงินเท่าไร ส่วนประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์จะเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ประกันตนหญิงมากกว่าประเทศไทยโดยให้สิทธิสำหรับคลอดบุตรไม่เกิน 4 ครั้ง ในขณะที่ประเทศไทยให้สิทธิแก่ผู้ประกันตนหญิงเพียง 2 ครั้งเท่านั้น ส่วนประเทศญี่ปุ่น ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส มิได้ระบุไว้แต่อย่างใด และในเรื่องของประโยชน์ทดแทนการคลอดบุตรนั้น จะเห็นได้ว่าประเทศญี่ปุ่นให้ประโยชน์ทดแทนที่มากกว่าประเทศไทย แต่ก็น้อยกว่าประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส ที่ให้มากถึงร้อยละ 100 ซึ่งประเทศไทยนั้นให้เพียงร้อยละ 50 เท่านั้น นอกจากนี้ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสยังมีความแตกต่างจากประเทศไทย คือ บิดาสามารถลาหยุดเพื่อเลี้ยงดูบุตรและมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในช่วง 15 วันแรกหลังจากสิ้นสุดประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร อีกทั้งลูกจ้างที่เป็นปู่ ย่า ตา ยาย มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 100 เป็นระยะเวลา 30 วัน หลังจากที่เด็กเกิด หากบิดามารดาของเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี และอาศัยอยู่ด้วยกัน ซึ่งหากบุตรป่วยและต้องเลี้ยงดูบุตรที่ป่วย ลูกจ้างก็จะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 65 ของรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 30 วัน

4.1.3 ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ

ประเทศไทยได้กำหนดประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ คือ ค่ารักษาพยาบาลตามที่จ่ายจริงไม่เกิน 2,000 บาท ต่อเดือน เงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 50 ของค่าจ้างเป็นรายเดือนตลอดชีวิต ค่าทำศพและเงินสงเคราะห์ทายาทตามระยะเวลาการส่งเงินสมทบ

ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ได้กำหนดประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ คือ บำนาญรายเดือน หรือเงินก้อนแก่ผู้ทุพพลภาพถาวร จ่ายบำนาญตลอดชีพแก่ผู้ทุพพลภาพทั้งหมดสิ้นเชิง เงินบำนาญตกทอดเต็มร้อยละ 100 แก่ภรรยาและบุตรในอุปการะ บำนาญรายเดือนขั้นต่ำเดือนละ 1,200 เปโซสำหรับผู้จ่ายสมทบ 120 เดือนก่อนเดือนที่พิการ และหากจ่ายสมทบระหว่าง 36 – 120 เดือน จะได้รับบำนาญเดือนละ 100 เปโซ

ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) ได้กำหนดประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ คือ

1) กรณีทุพพลภาพถาวร จะได้รับเงินบำนาญร้อยละ 55 ของฐานการคำนวณ

2) กรณีทุพพลภาพอย่างสิ้นเชิง จะได้รับเงินบำนาญร้อยละ 100 ของฐานการคำนวณ

3) กรณีทุพพลภาพรุนแรง จะได้รับเงินบำนาญร้อยละ 150 ของฐานการคำนวณ

4) กรณีผู้ทุพพลภาพมีอายุเกิน 55 ปี จะได้รับเงินบำนาญเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 ซึ่งฐานการคำนวณเงินบำนาญจะคำนวณจากอัตราเงินเดือนตามฐานเงินเดือน 8 ปีย้อนหลัง

5) กรณีผู้ทุพพลภาพมีอายุต่ำกว่า 60 ปี มีสิทธิขอรับบำนาญเป็นเงินก้อน

และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสได้กำหนดประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ คือ เงินทดแทนการขาดรายได้ หากผู้ทุพพลภาพสามารถหารายได้เองบางส่วนจะได้รับเงินทดแทนร้อยละ 50 – 70 ของรายได้พื้นฐาน กรณีที่ผู้ทุพพลภาพไม่สามารถทำงานเพื่อหารายได้เอง จะได้รับประโยชน์ทดแทนเป็นเงินร้อยละ 80 – 100 ของรายได้พื้นฐาน ส่วนประเทศญี่ปุ่นมิได้กำหนดเอาไว้แต่อย่างใด

จากการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่าการประกันสังคมของประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส เอื้อประโยชน์แก่ผู้ประกันตนมากกว่าประเทศไทยทั้งสิ้น โดยเฉพาะประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) ที่ได้แบ่งระดับความทุพพลภาพของผู้ประกันตนไว้อย่างชัดเจนและให้ประโยชน์ทดแทนตามระดับความรุนแรงของผู้ทุพพลภาพ

4.2 ปัญหาในเรื่องการบริการทางการแพทย์

ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมต้องประสบปัญหาจากการที่ตนต้องใช้สิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ซึ่งตนมีสิทธิจากการที่ตนได้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม แต่ก็ไม่ได้เป็นไปอย่างที่ผู้ประกันตนต้องการ กล่าวคือ ผู้ประกันตนต้องประสบกับปัญหานานัปการจากการที่ใช้สิทธิตามกฎหมายประกันสังคม ได้แก่

1) จะเห็นได้ว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลนั้นไม่ได้ครอบคลุมทุกกรณี เช่น การรักษาจิตเวช ภาวะแท้งบุตร การรักษาด้านกายภาพ การรักษาเป็นผู้ป่วยในเกิน 180 วัน การพิการแต่กำเนิดต้องใส่ขาเทียม การดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน รวมถึงมาตรฐานการรักษาพยาบาลความต่อเนื่องของการรักษาโรคเรื้อรัง เช่น โรคเอดส์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนจะต้องเป็นภาระแก่ผู้ประกันตนทั้งสิ้นทั้งที่ได้จ่ายเงินสมทบไปในแต่ละเดือน อีกทั้งในการพิจารณาว่าแต่ละโรคนั้นจะอยู่ในสิทธิของการรักษาในระบบประกันสังคมหรือไม่นั้น ก็ต้องอยู่ในความพิจารณาหรือคำสั่งของแพทย์ เช่นนี้หากแพทย์เห็นว่าการที่รักษาในบางโรคต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงก็จะปัดให้โรคนั้นไม่อยู่ในสิทธิของประกันสังคม เช่นนี้ก็จะเป็นการเอาเปรียบผู้ประกันตนเป็นอย่างยิ่ง และทุกวันนี้ผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคร้ายแรงบางส่วน ถูกปฏิเสธการรักษาจากโรงพยาบาลเอกชน โดยอ้างเรื่องค่ายาแพง ทั้งๆ ที่ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบตรงส่วนนี้ไปแล้ว แต่กลับไม่ได้รับการดูแล

2) โรงพยาบาลที่ให้บริการภายใต้โครงการประกันสังคมในบางแห่งนั้นไม่ได้มาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นมาตรฐานของสถานพยาบาลภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

3) ผู้ประกันตนไม่ทราบถึงสิทธิและขั้นตอนการรับบริการ และเกิดจากการที่โรงพยาบาลเองมิได้สร้างความเข้าใจต่อข้อร้องเรียนของผู้ประกันตนทำให้เกิดความเข้าใจว่าผู้ประกันตนเป็นคนไข้ชั้นสองของโรงพยาบาล

4) ปัญหาในการบริการอื่นๆ เช่น ขั้นตอนการรับบริการที่ยุ่งยาก ถูกแบ่งแยกออกจากผู้ป่วยทั่วไป การบริการทางการแพทย์แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ยาที่จ่ายให้มีคุณภาพไม่เท่ากับผู้ป่วยทั่วไป ไม่ได้รับคำแนะนำในเรื่องการใช้ยา ไม่ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น ไม่ประสานงานให้โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิทราบ (กรณีอุบัติเหตุ / ฉุกเฉิน) ไม่มีแพทย์เฉพาะทางในการตรวจรักษาผู้ป่วยประกันสังคมกรณีฉุกเฉิน ใช้ระยะเวลาในการให้บริการนานทำให้ต้องลางาน การรับบริการไม่เป็นไปตามลำดับก่อนหลัง และเจ้าหน้าที่ขาดความเอาใจใส่ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีปัญหาในเรื่องการบริการทางการแพทย์หลายประการแต่ที่เห็นเด่นชัดเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศญี่ปุ่นและประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ คือ ในเรื่องของสถานพยาบาลที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดให้ผู้ประกันตนสามารถเลือก

สถานพยาบาลที่ตนจะใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลได้เพียงแห่งเดียว ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ปีละ 1 ครั้งในช่วงเดือนมกราคม – มีนาคมของทุกปี หรือในเรื่องของการจำกัดห้องพักสำหรับการรักษาพยาบาลไว้ให้กับผู้ซึ่งมีสิทธิดีกว่าที่ไม่ใช้ผู้ประกันตน เช่น ผู้ประกันสุขภาพเอกชน หรือผู้ป่วยที่จ่ายด้วยเงินสด เป็นต้น หรือการถูกแบ่งแยกออกจากผู้ป่วยทั่วไป การบริการทางการแพทย์แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ยาที่จ่ายให้มีคุณภาพไม่เท่ากับผู้ป่วยทั่วไป เปรียบผู้ประกันตนเป็นเสมือนคนไข้ชั้นสองหรือชั้นสามของโรงพยาบาล ทั้งนี้เกิดจากการที่ประกันสังคมของไทยนั้นใช้ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย ทำให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ถือว่าตนได้รับเงินในส่วนนี้แล้วซึ่งอาจเป็นจำนวนเงินที่น้อยจึงปฏิบัติต่อผู้ประกันตนอย่างไม่เต็มขีดความสามารถหรือเต็มศักยภาพที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลปฏิบัติได้ โรงพยาบาลพยายามที่จะประหยัดค่าใช้จ่ายให้มากที่สุด เนื่องจากถูกรวมอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัวอยู่แล้ว ทั้งที่ผู้ประกันตนเป็นผู้ซึ่งจ่ายเงินสมทบอย่างถูกต้องและการที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลนั้นได้รับเงินเหมาจ่ายจากระบบประกันสังคมนั้นส่วนหนึ่งก็มาจากผู้ประกันตนทั้งสิ้น ผู้ประกันตนจึงควรได้รับการบริการทางการแพทย์อย่างเต็มประสิทธิภาพทัดเทียมกับผู้รับบริการประเภทอื่นๆ ซึ่งต่างจากประเทศญี่ปุ่นและประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ที่ใช้ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามใบเสร็จ ทำให้ผู้ประกันตนสามารถที่จะไปใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่สถานพยาบาลที่ไหนก็ได้ที่สำนักงานประกันสังคมเป็นคู่สัญญากับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและมีการกำหนดให้จ่ายค่าห้องเป็นจำนวนแน่นอนตามประเภทของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าเมื่อได้เข้าทำการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน จะต้องมีห้องพักสำหรับการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ได้ให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมดแก่ครอบครัวของผู้ประกันตนด้วยแต่ประเทศไทยไม่มี ในส่วนของประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสมิได้กำหนดเอาไว้แต่อย่างใด

4.3 ปัญหาในเรื่องการจำกัดโรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล

การที่ระบบประกันสังคมจำกัดโรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาลนั้น เสมือนเป็นการทอดทิ้งผู้ประกันตนซึ่งส่งเงินเข้ากองทุนประกันสังคมทุกเดือน ถือเป็นการเอาเปรียบผู้ประกันตนเป็นอย่างมาก ซึ่งหากเปรียบเทียบกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว กฎหมายประกันสังคมก็ยังคงจำกัดโรคในการที่จะได้รับการรักษาพยาบาลเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการห้ามป่วยด้วยโรคเดียวกันที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยในติดต่อกันเกิน 180 วันต่อ 1 ปี ไม่คุ้มครองโรคหรือประสบอันตรายอันเนื่องจากการใช้สารเสพติด

ไม่คุ้มครองการทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย ไม่คุ้มครองไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาเกิน 60 วัน ไม่คุ้มครองการปลูกถ่ายไตหากผู้ประกันตนป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังก่อนเข้าเป็นผู้ประกันตน ไม่มีบริการรักษาตัวแบบพักฟื้นและบริการหลังผู้ป่วยกลับบ้าน ไม่มีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการแพทย์หลังสิ้นสุดการรักษา ไม่มีระบบการช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการและให้บริการ ไม่มีการให้ยาต้านไวรัสโรคเอดส์เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัส เช่น ถูกข่มขืน ติดเชื้อระหว่างการปฏิบัติงาน เป็นต้น

อีกทั้งผู้ประกันตนยังไม่มีความรู้เพียงพอที่จะทำให้ทราบถึงกลุ่มโรคที่กำหนดว่าสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ และก็มีการกำหนดกลุ่มโรคไว้น้อยเกินไป ประกอบกับมีเงื่อนไขที่กำหนดไว้ยุ่งยาก ซับซ้อนและหากโรคบางชนิดมีผู้ป่วยมากโรคดังกล่าวกลับไม่เข้าข่ายกลุ่มโรคที่กฎหมายประกันสังคมกำหนด เช่น โรคหัวใจโดยการทำบอลลูน ผ่าตัดเปลี่ยนข้อหัวเข่าเสื่อม การฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไต เป็นต้น

บางโรค เช่น การปลูกถ่ายไต โรคหัวใจ การฟอกไต เป็นต้น ที่ผู้ประกันตนเป็นนั้นต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลสูงมาก เพราะมีการกำหนดค่ารักษาพยาบาลไว้สูง ทำให้ผู้ประกันตนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเองทั้งที่ตนก็มีรายได้น้อยอยู่แล้ว

หรือโรคยกเว้นตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งทำให้เกิดปัญหาคือ การรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วยที่มีลักษณะคาบเกี่ยวว่าเข้าข่ายของโรคยกเว้นตามกฎหมายหรือไม่ เช่นโรคจิต เว้นแต่กรณีเฉียบพลัน ซึ่งต้องทำการรักษาในทันทีและระยะเวลาในการรักษาพยาบาลไม่เกิน 15 วัน ปัญหานี้ทำให้ผู้ประกันตนที่เข้ารับการรักษาต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเอง เนื่องจากสถานพยาบาลได้วินิจฉัยในทางที่เป็นคุณแก่ตนเองว่าไม่อยู่ในความคุ้มครองของกฎหมายประกันสังคม

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ประกันตนเป็นคนกลุ่มเดียวในประเทศไทยที่ต้องจ่ายเงินสมทบค่ารักษาพยาบาล แต่กลับได้รับสิทธิประโยชน์และการดูแลให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ถูกจำกัด ผู้เขียนจึงมีความเห็นว่าในส่วนเกี่ยวกับการจำกัดโรคนั้น เช่น กรณีของผู้ป่วยโรคไตมาก่อนที่จะเข้าทำงาน ก็ไม่ได้รับสิทธิในการรักษา เนื่องจากตามระเบียบของประกันสังคมจะครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยโรคไต ก็ต่อเมื่อตรวจสอบพบว่าป่วยหลังการทำงาน นั่นหมายความว่า อาการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งอาจจะเกิดขึ้นในวัยเรียนของผู้ประกันตน ทำให้เขาต้องแบกรับค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด จนถึงขนาดที่ผู้ประกันตนบางคนจะต้องออกจากการทำงานประจำ เพื่อไปทำงานชั่วคราว ทั้งนี้เนื่องจากหากทำงานประจำ ก็จะต้องอยู่ในระบบประกันสังคม แต่ระบบประกันสังคมไม่จ่ายค่าตรวจ ค่าฟอกไต และค่ายากดภูมิคุ้มกัน แต่หากทำงานชั่วคราว จะสามารถอยู่ในระบบบัตรทอง ซึ่งบัตรทองดูแลในส่วนนี้ทั้งหมด จึงถือเป็นช่องโหว่ที่ต้องแก้ไข หรือแม้แต่กรณีของโรคจิตที่ไม่ได้รับการคุ้มครองยกเว้นกรณีเฉียบพลัน ซึ่งต้องทำการรักษาในทันทีและระยะเวลาไม่เกิน

15 วัน ผู้เขียนเห็นว่า ควรที่จะให้ความคุ้มครอง เนื่องจากปัจจุบันผู้ประกันตนอาจเกิดภาวะตึงเครียดจากการประกอบอาชีพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง หรือเรื่องภายในครอบครัว จึงมีโอกาสสูงที่จะเกิดผลกระทบต่อจิตใจได้ และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับประเทศญี่ปุ่น ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส จะเห็นได้ว่าประเทศเหล่านี้ไม่ได้กำหนดโรคที่ไม่ได้รับการคุ้มครองไว้ แต่จะกำหนดให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมดว่าเป็นกรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุแทน

4.4 ปัญหาในเรื่องขอบเขตเงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม

ในเรื่องของการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมนั้นจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดกล่าว คือ ประโยชน์ทดแทนที่จะได้รับกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน จะต้องเป็นผู้ประกันตนโดยจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน ประโยชน์ทดแทนที่จะได้รับกรณีคลอดบุตร ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเงินสมทบครบ 7 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน และประโยชน์ทดแทนที่จะได้รับกรณีทุพพลภาพ ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน ซึ่งเห็นได้ว่าในการที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนในแต่ละกรณีนั้นจะต้องมีเงื่อนไขจำกัดสิทธิในเรื่องของระยะเวลา อันเป็นการไม่สอดคล้องกับการที่ผู้ประกันตนได้ส่งเงินสมทบตั้งแต่วันแรกของการที่ตนต้องเข้าเป็นผู้ประกันตน หากในระหว่างยังไม่ครบกำหนดสามเดือน ลูกจ้างเกิดประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยก็ต้องรับภาระค่าจ่ายต่างๆ เอง จึงเป็นการสร้างภาระให้แก่ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้มีรายได้ต่ำอยู่แล้วอันถือว่าเป็นความไม่ชอบธรรมอย่างยิ่งที่กำหนดระยะเวลาไว้

4.4.1 เงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

เมื่อเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศจะเห็นได้ว่าประเทศไทย กฎหมายประกันสังคมจะให้ประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ เมื่อจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน

ประเทศญี่ปุ่น กฎหมายประกันสังคมจะให้ประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ โดยมีเงื่อนไขว่าต้องทำงานในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ กฎหมายประกันสังคมจะให้ประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ โดยมีเงื่อนไขว่าต้องจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 12 เดือน

ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) กฎหมายประกันสังคมจะให้ประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ โดยมีเงื่อนไขว่าต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่ต่ำกว่า 180 วัน (6 เดือน) ในช่วงระยะ 5 ปีสุดท้าย

ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส กฎหมายประกันสังคมจะให้ประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ โดยมีเงื่อนไขว่าต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ติดต่อกัน

จากการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่าประเทศไทยเอื้อประโยชน์แก่ผู้ประกันตนมากกว่าประเทศญี่ปุ่น ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส เพราะระยะเวลาในการที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบนั้นเพียง 3 เดือน เช่นเดียวกับประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ขณะที่ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสนั้นต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าหรือไม่ต่ำกว่า 6 เดือน แต่ช่วงระยะเวลาที่นำมาเป็นเกณฑ์ในการนำส่งเงินสมทบนั้นประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) ให้โอกาสมากกว่าคือ 5 ปี ขณะที่ประเทศไทยกำหนดไว้ 15 เดือน ประเทศญี่ปุ่นและประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ กำหนดไว้เพียง 12 เดือน ส่วนประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสมิได้ระบุไว้แต่อย่างใด

4.4.2 เงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมกรณีคลอดบุตร

เมื่อเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศจะเห็นได้ว่าประเทศไทย กฎหมายประกันสังคมจะให้ประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ เมื่อจ่ายเงินสมทบครบ 7 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนที่คลอด

ประเทศญี่ปุ่น กฎหมายประกันสังคมจะให้ประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ โดยมีเงื่อนไขว่าต้องทำงานในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ กฎหมายประกันสังคมจะให้ประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ โดยมีเงื่อนไขว่าต้องจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 12 เดือน

ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) กฎหมายประกันสังคมจะให้ประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ โดยมีเงื่อนไขว่าต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่ต่ำกว่า 180 วัน (6 เดือน) ภายใน 5 ปี ก่อนคลอดบุตร

ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส กฎหมายประกันสังคมจะให้ประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ โดยมีเงื่อนไขว่าต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

จากการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่าประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์เอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนมากกว่าประเทศไทย ประเทศญี่ปุ่น ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส เพราะกำหนดให้ต้องจ่ายเงินสมทบเพียง 3 เดือน ขณะที่ประเทศไทยกำหนดต้องจ่ายเงินสมทบถึง 7 เดือน ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสกำหนดต้องจ่ายเงินสมทบไว้ 6 เดือน ส่วนประเทศญี่ปุ่นนั้นไม่ได้กำหนดว่าต้องจ่ายเงินมาแล้วเป็นเวลากี่เดือน แต่ระบุว่าต้องทำงานมาแล้วในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา แต่ช่วงระยะเวลาที่นำมาเป็นเกณฑ์ในการนำส่งเงินสมทบนั้นประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) ให้โอกาสมากกว่า คือ 5 ปี ขณะที่ประเทศไทยกำหนดไว้ 15 เดือน ประเทศญี่ปุ่นและประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์กำหนดไว้ 12 เดือน ส่วนประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสมิได้กำหนดช่วงระยะเวลาไว้แต่อย่างใด

4.4.3 เงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมกรณีทุพพลภาพ

เมื่อเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศจะเห็นได้ว่าประเทศไทย กฎหมายประกันสังคมจะให้ประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ เมื่อจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนที่ทุพพลภาพ

ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ กฎหมายประกันสังคมจะให้ประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ โดยมีเงื่อนไขว่าต้องจ่ายเงินสมทบอย่างน้อย 36 เดือน ก่อน 6 เดือน ของการทุพพลภาพ

ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) กฎหมายประกันสังคมจะให้ประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ โดยแบ่งระดับความทุพพลภาพดังนี้ กรณีทุพพลภาพบางส่วนถาวรจะต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วอย่างน้อย 1,800 วัน ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา กรณีทุพพลภาพถาวร, กรณีทุพพลภาพอย่างสิ้นเชิง, กรณีทุพพลภาพรุนแรง มีเงื่อนไข คือ บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 26 ปี ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วครึ่งหนึ่งตั้งแต่อายุ 16 ปี จนถึงเวลาที่พิการ และบุคคลที่อายุเกิน 26 ปี ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 1 ใน 4 ของระยะเวลาตั้งแต่อายุ 20 ปี จนถึงวันที่พิการ โดยมีระยะเวลาการส่งเงินสมทบไม่ต่ำกว่า 5 ปี

ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส กฎหมายประกันสังคมจะให้ประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ โดยมีเงื่อนไขว่า เป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนรายได้มาแล้ว 5 ปีติดต่อกัน หรือไม่ติดต่อกันก็ได้ (เพื่อให้ระยะเวลาในการเกิดสิทธิสมบูรณ์ จะมีการพิจารณาปีที่ขึ้นทะเบียนรายได้มาแล้วอย่างน้อย 120 วัน)

จากการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่าประเทศไทยเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนมากกว่าประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส เพราะประเทศไทยยินยอมให้ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบเพียง 3 เดือน ภายในระยะเวลา

15 เดือนเท่านั้น ก็เกิดสิทธิกรณีทุพพลภาพแล้ว แต่ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์มีระยะเวลาในการจ่ายเงินสมทบมากกว่า โดยระบุให้จะต้องจ่ายเงินสมทบอย่างน้อย 36 เดือน ก่อน 6 เดือนของการเกิดทุพพลภาพ ในขณะที่ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) นั้นจะแบ่งระดับความทุพพลภาพของผู้ประกันตนไว้ โดยผู้ทุพพลภาพบางส่วนถาวรจะต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วอย่างน้อย 1,800 วัน ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา กรณีทุพพลภาพถาวร, กรณีทุพพลภาพอย่างสิ้นเชิง, กรณีทุพพลภาพรุนแรงมีเงื่อนไข คือ บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 26 ปี ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วครึ่งหนึ่งตั้งแต่อายุ 16 ปี จนถึงเวลาที่พิการ และบุคคลที่อายุเกิน 26 ปี ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 1 ใน 4 ของระยะเวลาตั้งแต่อายุ 20 ปี จนถึงวันที่พิการ โดยมีระยะเวลาการส่งเงินสมทบไม่ต่ำกว่า 5 ปี และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสนั้นจะต้องเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนรายได้มาแล้ว 5 ปีติดต่อกัน ในส่วนของประเทศญี่ปุ่นมิได้ปรากฏข้อมูลในเรื่องทุพพลภาพแต่อย่างใด

4.5 ตารางวิเคราะห์แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (Indepth Interview)

เรื่อง ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม

ในส่วนของผู้ประกันตน จำนวน 10 คน

ตารางที่ 4.1 เพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
ชาย	3 คน	30	
หญิง	7 คน	70	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.1 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เป็นเพศหญิง ส่วนผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 30 เป็นเพศชาย

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ตารางที่ 4.2 อายุของผู้ประกันตน 10 คน

อายุ	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
ระหว่าง 15-30 ปี	5 คน	50	
ระหว่าง 31-45 ปี	3 คน	30	
ระหว่าง 46-60 ปี	2 คน	20	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.2 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 50 มีอายุระหว่าง 15-30 ปี และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 20 มีอายุระหว่าง 46-60 ปี

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-30 ปี

ตารางที่ 4.3 ในความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าควรมีการสำรองห้องพักโรงพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกไว้สำหรับผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมในกรณีเจ็บป่วยซึ่งต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือไม่

ความเห็น	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**เหตุผล**
1. เห็นควรให้มีการสำรองห้องพักโรงพยาบาล	8 คน	80	ห้องพักนั้นจะต้องเป็นห้องเดี่ยว
2. ไม่เห็นควรให้มีการสำรองห้องพักโรงพยาบาล	2 คน	20	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.3 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เห็นควรให้มีการสำรองห้องพักโรงพยาบาล และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 20 ที่ไม่เห็นควรให้มีการสำรองห้องพักโรงพยาบาล

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นควรให้มีการสำรองห้องพักโรงพยาบาล และควรจะเป็นห้องเดี่ยว

ตารางที่ 4.4 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร หลังจากเกษียณอายุแล้ว ท่านยังอยากให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยอีกหรือไม่ (กฎหมายประกันสังคม มาตรา 33)

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. เห็นควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุแล้ว	8 คน	80	
2. ไม่เห็นควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุแล้ว	2 คน	20	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.4 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เห็นควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุแล้ว และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 20 ที่ไม่เห็นควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุแล้ว

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุแล้ว

ตารางที่ 4.5 หากเห็นควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุ ท่านเห็นว่าควรให้มีการขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยออกไปอีกกี่ปี

ระยะเวลาที่ให้มีการขยายสิทธิ	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
5 ปี	2 คน	25	
10 ปี	5 คน	62.5	
ตลอดชีวิต	1 คน	12.5	
รวม	8 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.5 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 เห็นควรให้มีการขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยออกไป เป็นระยะเวลา 10 ปี และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 12.5 เห็นควรให้มีการขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยออกไปเป็นตลอดชีวิต

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นควรให้มีการขยายสิทธิออกไป เป็นระยะเวลา 10 ปี

ตารางที่ 4.6 หากท่านเห็นควรให้มีการขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยออกไปแต่จะต้องจ่ายเงินเพิ่ม ท่านยินดีจะจ่ายเงินเพิ่มหรือไม่ และยินดีจ่ายเป็นจำนวนเงินเท่าไหร่

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. ยินดีจ่ายเงินเพิ่ม	6 คน	75	ยินดีจ่ายเพิ่มเป็นจำนวน 50 บาท
2. ไม่ยินดีที่จะจ่ายเงินเพิ่ม	2 คน	25	
รวม	8 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.6 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 75 ยินดีจ่ายเงินเพิ่มโดยยินดีจ่ายเพิ่ม และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยที่ไม่ยินดีจะจ่ายเงินเพิ่ม คิดเป็นร้อยละ 25

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ ยินดีจ่ายเงินเพิ่มโดยยินดีจ่ายเพิ่มเป็นจำนวน 50 บาท

ตารางที่ 4.7 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับกฎหมายประกันสังคมที่ให้สิทธิเฉพาะผู้ประกันตน ไม่ได้ครอบคลุมแบบข้าราชการ

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. อยากให้ครอบคลุมแบบข้าราชการ	8 คน	80	
2. ไม่อยากให้ครอบคลุมแบบข้าราชการ	2 คน	20	เพราะคิดว่าต่างคนต่างก็มีสิทธิในการรักษาพยาบาลของตนเองอยู่แล้ว
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.7 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 อยากให้ระบบประกันสังคมครอบคลุมแบบข้าราชการ และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 20 ที่ไม่อยากให้ครอบคลุมแบบข้าราชการ

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ อยากให้ระบบประกันสังคมครอบคลุมแบบข้าราชการ

สำหรับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อย ไม่อยากให้ครอบคลุมแบบข้าราชการ เพราะคิดว่าต่างคนต่างก็มีสิทธิในการรักษาพยาบาลของตนเองอยู่แล้ว

ตารางที่ 4.8 ท่านอยากได้สิทธิอะไรเพิ่มที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วย

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. อยากได้เงินช่วยเหลือครอบครัวในระหว่างที่เจ็บป่วยไม่สามารถทำงานได้	9 คน	90	
2. ไม่อยากได้อะไร เพราะสิทธิเดิมดีอยู่แล้ว	1 คน	10	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.8 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 อยากได้เงินช่วยเหลือครอบครัวในระหว่างที่เจ็บป่วยไม่สามารถทำงานได้ และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 10 ที่ไม่อยากได้อะไรเพิ่ม เพราะสิทธิเดิมดีอยู่แล้ว

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่อยากได้เงินช่วยเหลือครอบครัวในระหว่างที่เจ็บป่วยไม่สามารถทำงาน

ตารางที่ 4.9 ท่านเห็นว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีคลอดบุตร แบบเหมาจ่ายครั้งละ 13,000 บาท เพียงพอต่อการคลอดบุตรที่ไม่ปกติ เช่น การผ่าตัดคลอด หรือการคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย เป็นต้น หรือไม่ อย่างไร

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. ไม่เพียงพอต่อการคลอดบุตรทั้งปกติและที่ไม่ปกติ	10 คน	100	เนื่องจากปัจจุบันค่าครองชีพสูง ค่าใช้จ่ายต่างๆ จึงสูงด้วย ไม่ว่าจะเป็น ค่าฝากครรภ์ก่อนคลอดบุตร ค่าห้องพัก และค่าคลอดบุตร ควรที่จะให้เป็นจำนวนเงิน 15,000 บาทขึ้นไป
2. เพียงพอต่อการคลอดบุตรทั้งปกติและที่ไม่ปกติ	0 คน	0	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.9 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด ร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีคลอดบุตร แบบเหมาจ่ายครั้งละ 13,000 บาท ไม่เพียงพอต่อการคลอดบุตรทั้งการคลอดแบบปกติและที่ไม่ปกติ เช่น การผ่าตัดคลอด หรือการคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย เป็นต้น

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด มีความคิดเห็นว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีคลอดบุตร แบบเหมาจ่ายครั้งละ 13,000 บาท ไม่เพียงพอต่อการคลอดบุตรทั้งการคลอดแบบปกติและที่ไม่ปกติ เนื่องจากปัจจุบันค่าครองชีพสูง ค่าใช้จ่ายต่างๆ จึงสูงด้วย ไม่ว่าจะเป็น ค่าฝากครรภ์ก่อนคลอดบุตร ค่าห้องพัก และค่าคลอดบุตร ควรที่จะให้เป็นจำนวนเงิน 15,000 บาทขึ้นไป

ตารางที่ 4.10 ท่านพอใจกับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีคลอดบุตรแบบเหมาจ่ายร้อยละ 50 (45 วัน) ใน 90 วัน หรือไม่อย่างไร (กฎหมายประกันสังคม มาตรา 67)

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. ไม่พอใจ	8 คน	80	เห็นควรให้เพิ่มเงินทดแทนการขาดรายได้เป็นร้อยละ 75 จึงจะเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในปัจจุบัน
2. พอใจ	2 คน	20	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.10 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ไม่พอใจกับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีคลอดบุตรแบบเหมาจ่ายร้อยละ 50 (45 วัน) ใน 90 วัน และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 20 ที่พอใจกับเงินทดแทนการขาดรายได้เหมาจ่ายร้อยละ 50 (45 วัน) ใน 90 วัน

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ ไม่พอใจกับเงินทดแทนการขาดรายได้เหมาจ่ายร้อยละ 50 ใน 90 วัน โดยให้เหตุผลว่า เห็นควรให้เพิ่มเงินทดแทนการขาดรายได้ เป็นร้อยละ 75 จึงจะเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในปัจจุบัน

ตารางที่ 4.11 ตามที่กฎกระทรวงออกตามความในกฎหมายประกันสังคมกำหนดให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีทุพพลภาพตามที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท ท่านมีความคิดเห็นว่าเพียงพอต่อค่ารักษาพยาบาลหรือไม่ อย่างไร

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. ไม่เพียงพอ	10 คน	100	จำนวนเงิน 2,000 บาทไม่เพียงพอต่อการรักษาพยาบาล ผู้ประกันตนอยากให้ระบบประกันสังคมจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามความเป็นจริง และอยากให้ได้รับสิทธิค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นกรณีเกิดโรคแทรกซ้อน
2. เพียงพอ	0 คน	0	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.11 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่า ตามที่กฎกระทรวงออกตามความในกฎหมายประกันสังคมกำหนดให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีทุพพลภาพตามที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาทนั้น ไม่เพียงพอต่อค่ารักษาพยาบาล

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด มีความคิดเห็นว่า จำนวนเงิน 2,000 บาท ไม่เพียงพอต่อค่ารักษาพยาบาลกรณีทุพพลภาพ ผู้ประกันตนอยากให้ระบบประกันสังคมจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามความเป็นจริง และอยากให้ได้รับสิทธิค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นกรณีเกิดโรคแทรกซ้อน

ตารางที่ 4.12 ท่านทราบหรือไม่ว่าประกันสังคมได้จ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน จำนวน 40,000 บาท ให้แก่ผู้ประกันตน ในกรณีทุพพลภาพ

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. ไม่ทราบ	10 คน	100	
2. ทราบ	0 คน	0	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.12 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดร้อยละ 100 ไม่เคยทราบมาก่อนว่าระบบประกันสังคมได้จ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานจำนวน 40,000 บาทให้แก่ผู้ประกันตนในกรณีทุพพลภาพ

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด ไม่เคยทราบมาก่อนว่าระบบประกันสังคมได้จ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานจำนวน 40,000 บาทให้แก่ผู้ประกันตนในกรณีทุพพลภาพ

ตารางที่ 4.13 ท่านคิดว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลครอบคลุมผู้ประกันตนทุกประเภทหรือไม่ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช)

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. คิดว่าครอบคลุม	2 คน	20	
2. ไม่ทราบว่ามีการครอบคลุมหรือไม่	8 คน	80	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.13 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ไม่ทราบว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลครอบคลุมผู้ประกันตนทุกประเภทหรือไม่ และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 20 ที่คิดว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลครอบคลุมผู้ประกันตนทุกประเภท

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ ไม่ทราบว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลครอบคลุมผู้ประกันตนทุกประเภทหรือไม่

ตารางที่ 4.14 เนื่องจากกฎหมายประกันสังคมไม่ได้มีการกำหนดให้กลุ่มคนเหล่านี้ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช) ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลแต่อย่างไร ท่านมีความคิดเห็นว่าควรให้กลุ่มคนเหล่านี้ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลหรือไม่ อย่างไร

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. ควรให้กลุ่มคนเหล่านี้ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล	10 คน	100	
2. ไม่ควรให้กลุ่มคนเหล่านี้ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล	0 คน	0	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.14 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดร้อยละ 100 เห็นควรให้กลุ่มคนเหล่านี้ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช) ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด เห็นควรให้กลุ่มคนเหล่านี้ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช) ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 4.15 ในขณะนี้กฎหมายประกันสังคมได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนไม่ครบทุกโรคโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคไตที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไต การปลูกถ่ายไต โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งไม่เหมือนกับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษา ท่านเห็นว่าเป็นธรรมหรือไม่ อย่างไร

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. ไม่เป็นธรรม	10 คน	100	ผู้ประกันตนเห็นว่าเนื่องจากตนเองได้จ่ายเงินสมทบเป็นจำนวนมากในทุกเดือนก็ควรที่จะได้รับสิทธิในการรักษาโรคที่ดีกว่า หรืออย่างน้อยก็ควรเท่ากับผู้ที่ได้รับสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ และเสนอให้ควรเพิ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงให้อยู่ในระบบประกันสังคม ได้แก่ การปลูกถ่ายไต การรักษาโรคไตโดยการฟอกไต และโรคหัวใจ ที่รักษาด้วยการ ทำบอลลูน
2. เป็นธรรม	0 คน	0	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.15 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดร้อยละ 100 มีความเห็นว่าการที่กฎหมายประกันสังคมได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนไม่ครบทุกโรคโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคไตที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไต การปลูกถ่ายไต โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งไม่เหมือนกับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษานั้น ไม่เป็นธรรมต่อผู้ประกันตน

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด มีความเห็นว่าการที่กฎหมายประกันสังคมได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนไม่ครบทุกโรคโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคไตที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไต การปลูกถ่ายไต โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งไม่เหมือนกับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษานั้น ไม่เป็นธรรมต่อผู้ประกันตน เนื่องจากผู้ประกันตนนั้นได้จ่ายเงินสมทบเป็นจำนวนมากในทุกเดือน ก็ควรที่จะได้รับสิทธิในการรักษาโรคที่ดีกว่า หรืออย่างน้อยก็ควรเท่ากับผู้ที่ได้รับสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ และเสนอให้ควรเพิ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงให้อยู่ในระบบประกันสังคม ได้แก่ การปลูกถ่ายไต การรักษาโรคไตโดยการฟอกไต และโรคหัวใจ ที่รักษาด้วยการทำบอลลูน

ตารางที่ 4.16 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ที่ท่านได้รับในโรงพยาบาล

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. แพทย์และพยาบาลไม่ค่อยเต็มใจที่จะบริการและไม่เต็มใจที่จะให้ข้อมูลกับคนไข้ที่เป็นผู้ประกันตน ทำให้คนไข้ที่เป็นผู้ประกันตนรู้สึกเสมือนว่าตนเองนั้นเป็นคนไข้ชั้นสองของโรงพยาบาล	6 คน	60	
2. ต้องรอคิวนาน แต่เมื่อทำการตรวจรักษากลับใช้เวลาเพียงไม่กี่นาที ทำให้คนไข้ที่เป็นผู้ประกันตนไม่มั่นใจในการรักษา	3 คน	30	
3. หมอที่ทำการตรวจไม่ใช่หมอเฉพาะทาง และให้ยาที่ด้อยกว่าประกันสุขภาพแห่งชาติ	1 คน	10	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.16 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ว่า แพทย์และพยาบาลไม่ค่อยเต็มใจที่จะบริการและไม่เต็มใจที่จะให้ข้อมูลกับคนไข้ที่เป็นผู้ประกันตน ทำให้คนไข้รู้สึกเสมือนว่าตนเองนั้น เป็นคนไข้ชั้นสองของโรงพยาบาล และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 10 มีความคิดเห็นว่า หมอที่ทำการตรวจไม่ใช่หมอเฉพาะทาง และให้ยาที่ด้อยกว่าประกันสุขภาพแห่งชาติ

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ว่า แพทย์และพยาบาลไม่ค่อยเต็มใจที่จะบริการและไม่เต็มใจที่จะให้ข้อมูลกับคนไข้ที่เป็นผู้ประกันตน ทำให้คนไข้รู้สึกเสมือนว่าตนเองนั้น เป็นคนไข้ชั้นสองของโรงพยาบาล

ในส่วนของผู้ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคม (แพทย์ พยาบาล นักวิชาการของราชการ)

ตารางที่ 4.17 เพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
ชาย	4 คน	40	
หญิง	6 คน	60	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.17 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 40 เป็นเพศชาย

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ตารางที่ 4.18 อายุของผู้ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคม 10 คน

อายุ	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
ระหว่าง 15-30 ปี	1 คน	10	
ระหว่าง 31-45 ปี	3 คน	30	
ระหว่าง 46-60 ปี	6 คน	60	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.18 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 46-60 และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 10 มีอายุระหว่าง 15-30 ปี

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-60 ปี

ตารางที่ 4.19 อาชีพของผู้ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคม

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
1. แพทย์	3	30	
2. พยาบาล	1	10	
3. นักวิชาการของราชการ	6	60	
รวม	10	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.19 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 เป็นนักวิชาการของราชการ และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อย ร้อยละ 10 เป็นพยาบาล

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการของข้าราชการ

ตารางที่ 4.20 ในความคิดเห็นของท่าน ท่านเห็นสมควรว่าควรมีการสำรองห้องพักโรงพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกไว้สำหรับผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมในกรณีเจ็บป่วยซึ่งต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือไม่

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. เห็นควรให้มีการสำรองห้องพักโรงพยาบาล	6 คน	60	ห้องพักโรงพยาบาลนั้นจะต้องเป็นห้องเดี่ยว
2. ไม่เห็นควรให้มีการสำรองห้องพักโรงพยาบาล	4 คน	40	ไม่จำเป็นต้องมีการสำรองห้องพักเพราะห้องพักผู้ป่วยควรได้รับการหมุนเวียนในการใช้กับผู้ป่วยทุกประเภทอย่างเท่าเทียมกัน หากมีการสำรองห้องพักให้กับผู้ประกันตนจะกลายเป็นการเลือกปฏิบัติได้
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.20 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 เห็นควรให้มีการสำรองห้องพักโรงพยาบาล และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อย ร้อยละ 40 ที่ไม่เห็นควรให้มีการสำรองห้องพัก

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นควรให้มีการสำรองห้องพักโรงพยาบาล และห้องพักโรงพยาบาลนั้นจะต้องเป็นห้องเดี่ยว

สำหรับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อย ไม่เห็นควรให้มีการสำรองห้องพักโรงพยาบาล โดยให้เหตุผลว่า ห้องพักผู้ป่วยควรได้รับการหมุนเวียนในการใช้กับผู้ป่วยทุกประเภทอย่างเท่าเทียมกัน หากมีการสำรองห้องพักให้กับผู้ประกันตน จะกลายเป็นการเลือกปฏิบัติได้

ตารางที่ 4.21 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร หลังจากเกษียณอายุแล้ว ท่านยังอยากให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยอีกหรือไม่ (กฎหมายประกันสังคม มาตรา 33)

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. เห็นควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุแล้ว	8 คน	80	
2. ไม่เห็นควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุแล้ว	2 คน	20	เนื่องจากมีความคิดเห็นว่าหลังจากเกษียณอายุแล้วก็ยังมีมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติรองรับอยู่
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.21 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เห็นควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุแล้ว และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 20 ที่ไม่เห็นควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุแล้ว

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุแล้ว

สำหรับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยที่ไม่เห็นด้วยนั้น มีความเห็นว่าหลังจากเกษียณอายุแล้วก็ยังมีมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติรองรับอยู่

ตารางที่ 4.22 หากเห็นควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุ ท่านเห็นว่าควรให้มีการขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยออกไปอีกกี่ปี

ระยะเวลาที่ให้มีการขยายสิทธิ	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
5 ปี	0 คน	0	
10 ปี	7 คน	87.5	
ตลอดชีวิต	1 คน	12.5	
รวม	8 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.22 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 87.5 เห็นควรให้มีการขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุ เป็นระยะเวลา 10 ปี และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 12.5 ที่เห็นควรให้มีการขยายสิทธิออกไปตลอดชีวิต

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นควรให้มีการขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุ เป็นระยะเวลา 10 ปี

ตารางที่ 4.23 หากท่านเห็นควรให้มีการขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยออกไปแต่จะต้องจ่ายเงินเพิ่ม ท่านยินดีจะจ่ายเงินเพิ่มหรือไม่ และยินดีจ่ายเป็นจำนวนเงินเท่าไหร่

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. ยินดีจ่ายเงินเพิ่ม	6 คน	75	ยินดีจ่ายเพิ่มเป็นจำนวน 100 บาท หากทำให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลต่อไปอีก 10 ปี
2. ไม่ยินดีจ่ายเงินเพิ่ม	2 คน	25	เพราะถือว่าที่ผ่านมาได้จ่ายเงินสมทบมากพอแล้ว
รวม	8 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.23 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 75 ยินดีจ่ายเงินเพิ่ม และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยที่ไม่ยินดีจะจ่ายเงินเพิ่ม คิดเป็นร้อยละ 25

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ยินดีจ่ายเงินเพิ่มโดยยินดีจ่ายเพิ่มเป็นจำนวน 100 บาท

สำหรับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยที่ไม่ยินดีจ่ายเงินเพิ่มนั้น ให้เหตุผลว่าเพราะถือว่าที่ผ่านมาได้จ่ายเงินสมทบมากพอแล้ว

ตารางที่ 4.24 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับกฎหมายประกันสังคมที่ให้สิทธิเฉพาะผู้ประกันตนไม่ได้ครอบคลุมแบบข้าราชการ

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. อยากให้ครอบคลุมแบบข้าราชการ	6 คน	60	อยากให้ดูแลครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย
2. ไม่อยากให้ครอบคลุมแบบข้าราชการ	4 คน	40	เพราะถือว่าคนๆ หนึ่งมีสิทธิในการรักษาพยาบาล คนละ 1 อย่างอยู่แล้ว
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.24 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 อยากให้ระบบประกันสังคมครอบคลุมแบบข้าราชการ และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 40 ที่ไม่อยากให้ระบบประกันสังคมครอบคลุมแบบข้าราชการ

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ อยากให้ระบบประกันสังคมครอบคลุมแบบข้าราชการโดยให้ครอบคลุมไปถึงครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย

สำหรับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยที่ไม่อยากให้ระบบประกันสังคมครอบคลุมแบบข้าราชการนั้น ให้เหตุผลว่าเพราะถือว่าคนๆ หนึ่งมีสิทธิในการรักษาพยาบาล คนละหนึ่งอย่างอยู่แล้ว

ตารางที่ 4.25 ท่านอยากให้ผู้ประกันตนได้สิทธิอะไรเพิ่มที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วย

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. อยากให้เพิ่มวงเงินในการรักษาพยาบาลกรณีของทันตกรรม	8 คน	80	
2. ไม่อยากได้อะไร เพราะสิทธิเดิมดีอยู่แล้ว	2 คน	20	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.25 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 อยากให้เพิ่มวงเงินในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะทันตกรรม และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 20 ที่ไม่อยากได้อะไรเพิ่ม เพราะสิทธิเดิมดีอยู่แล้ว

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ อยากให้เพิ่มวงเงินในการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะทันตกรรม

สำหรับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อย ที่ไม่อยากได้อะไรเพิ่มนั้นเพราะคิดว่าสิทธิเดิมนั้นดีอยู่แล้ว

ตารางที่ 4.26 ท่านเห็นว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีคลอดบุตร แบบเหมาจ่ายครั้งละ 13,000 บาท เพียงพอต่อการคลอดบุตรที่ไม่ปกติ เช่น การผ่าตัดคลอด หรือการคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย เป็นต้น หรือไม่ อย่างไร

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. ไม่เพียงพอต่อการคลอดบุตรทั้งปกติและที่ไม่ปกติ	9 คน	90	เนื่องจากปัจจุบันค่าครองชีพสูง ค่าใช้จ่ายต่างๆ จึงสูงด้วย ไม่ว่าจะเป็น ค่าฝากครรภ์ก่อนคลอดบุตร ค่าห้องพัก ค่าคลอดบุตร และอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการพยาบาลเด็กที่มีภาวะเสี่ยง จึงควรที่จะจ่ายเงินในส่วนนี้ให้แก่ผู้ประกันตนตามความเป็นจริง
2. เพียงพอต่อการคลอดบุตรทั้งปกติและที่ไม่ปกติ	1 คน	10	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.26 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 มีความเห็นว่า สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีคลอดบุตร แบบเหมาจ่ายครั้งละ 13,000 บาท ไม่เพียงพอต่อการคลอดบุตรทั้งปกติและที่ไม่ปกติ เช่น การผ่าตัดคลอด หรือการคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย เป็นต้น และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 10 มีความคิดเห็นว่า เพียงพอต่อการคลอดบุตรทั้งปกติและที่ไม่ปกติ

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่า สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีคลอดบุตร แบบเหมาจ่ายครั้งละ 13,000 บาท ไม่เพียงพอต่อการคลอดบุตรทั้งปกติและที่ไม่ปกติ เนื่องจากปัจจุบันค่าครองชีพสูง ค่าใช้จ่ายต่างๆ จึงสูงด้วย ไม่ว่าจะเป็น ค่าฝากครรภ์ก่อนคลอดบุตร ค่าห้องพัก ค่าคลอดบุตรและอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการพยาบาลเด็กที่มีภาวะเสี่ยง จึงควรที่จะจ่ายเงินในส่วนนี้ให้แก่ผู้ประกันตนตามความเป็นจริง

ตารางที่ 4.27 ท่านพอใจกับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีลาคลอดแบบเหมาจ่ายร้อยละ 50 (45 วัน) ใน 90 วัน หรือไม่อย่างไร (กฎหมายประกันสังคม มาตรา 67)

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. ไม่พอใจ	9 คน	90	เป็นจำนวนที่น้อยเกินไป เห็นควรให้เพิ่มเงินทดแทนการขาดรายได้เป็นร้อยละ 75
2. พอใจ	1 คน	10	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.27 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ไม่พอใจกับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีลาคลอดแบบเหมาจ่ายร้อยละ 50 (45 วัน) ใน 90 วัน และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 10 ที่พอใจกับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีคลอดบุตรแบบเหมาจ่ายร้อยละ 50 (45 วัน) ใน 90 วัน

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ ไม่พอใจกับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีลาคลอดแบบเหมาจ่ายร้อยละ 50 (45 วัน) ใน 90 วัน โดยให้เหตุผลว่า เป็นจำนวนที่น้อยเกินไปและเห็นควรให้เพิ่มเงินทดแทนการขาดรายได้เป็น ร้อยละ 75

ตารางที่ 4.28 ตามที่กฎกระทรวงออกตามความในกฎหมายประกันสังคมกำหนดให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีทุพพลภาพตามที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท ท่านมีความคิดเห็นว่าเพียงพอต่อค่ารักษาพยาบาลหรือไม่ อย่างไร

ความเห็น	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**เหตุผล**
1. ไม่เพียงพอ	10 คน	100	เพราะ ณ ปัจจุบันค่าครองชีพเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งความรุนแรงของโรคนั้นๆ อาจไม่เท่ากัน บางโรคมีความรุนแรงมาก ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 2,000 บาท จึงไม่เพียงพอ ควรที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามความเป็นจริง
2. เพียงพอ	0 คน	0	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.28 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่าตามที่กฎกระทรวงออกตามความในกฎหมายประกันสังคมกำหนดให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีทุพพลภาพตามที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาทนั้น ไม่เพียงพอต่อค่ารักษาพยาบาล

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมีความคิดเห็นว่า จำนวนเงิน 2,000 บาท ไม่เพียงพอต่อค่ารักษาพยาบาลกรณีทุพพลภาพเพราะ ณ ปัจจุบันค่าครองชีพเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งความรุนแรงของโรคนั้นๆ อาจไม่เท่ากัน บางโรคมีความรุนแรงมาก จึงควรที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามความเป็นจริง

ตารางที่ 4.29 ท่านทราบหรือไม่ว่าประกันสังคมได้จ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน จำนวน 40,000 บาท ให้แก่ผู้ประกันตน ในกรณีทุพพลภาพ

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. ไม่ทราบ	8 คน	80	
2. ทราบ	2 คน	20	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.29 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ไม่เคยทราบมาก่อนว่าระบบประกันสังคมได้จ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานจำนวน 40,000 บาท ให้แก่ผู้ประกันตนในกรณีทุพพลภาพ และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 20 ที่ทราบมาก่อนว่าระบบประกันสังคมได้จ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานให้แก่ผู้ประกันตน

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ไม่เคยทราบมาก่อนว่าระบบประกันสังคมได้จ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานจำนวน 40,000 บาท ให้แก่ผู้ประกันตนในกรณีทุพพลภาพ

ตารางที่ 4.30 ท่านคิดว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลครอบคลุมผู้ประกันตนทุกประเภทหรือไม่ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช)

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. คิดว่าครอบคลุม	3 คน	30	
2. คิดว่าไม่คลอบคลุม	7 คน	70	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.30 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 คิดว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลไม่ครอบคลุมผู้ประกันตนทุกประเภท และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 30 ที่คิดว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลมีการครอบคลุมผู้ประกันตนทุกประเภท

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ คิดว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลไม่ครอบคลุมผู้ประกันตนทุกประเภท

ตารางที่ 4.31 เนื่องจากกฎหมายประกันสังคมไม่ได้มีการกำหนดให้กลุ่มคนเหล่านี้ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช) ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลแต่อย่างไร ท่านมีความคิดเห็นว่าควรให้กลุ่มคนเหล่านี้ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลหรือไม่ อย่างไร

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. ควรให้กลุ่มคนเหล่านี้ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล	10 คน	100	
2. ไม่ควรให้กลุ่มคนเหล่านี้ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล	0 คน	0	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.31 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดร้อยละ 100 เห็นควรให้กลุ่มคนเหล่านี้ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช) ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด เห็นควรให้กลุ่มคนเหล่านี้ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช) ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 4.32 ในขณะนี้กฎหมายประกันสังคมได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนไม่ครบทุกโรคโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคไตที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไต การปลูกถ่ายไต โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งไม่เหมือนกับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษา ท่านเห็นว่าเป็นธรรมหรือไม่ อย่างไร

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. ไม่เป็นธรรม	10 คน	100	เพราะผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบเป็นจำนวนมากในทุกๆ เดือน เขาจึงควรได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลในทุกๆ โรคเช่นเดียวกับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติ และทั้งนี้อยากให้มีการเพิ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ไว้ในระบบประกันสังคม เพื่อที่จะได้เป็นการแบ่งเบาภาระให้แก่ผู้ประกันตน ได้แก่ 1. โรคหัวใจ ที่รักษาด้วยการทำบอลลูน 2. ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเสื่อม 3. การฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไต 4. โรคหลอดเลือดอุดตันในสมอง
2. เป็นธรรม	0 คน	0	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จะเห็นได้ว่า จากตารางที่ 4.32 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดร้อยละ 100 มีความคิดเห็นการที่กฎหมายประกันสังคมได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนไม่ครบทุกโรคโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคไตที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไต การปลูกถ่ายไต

โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งไม่เหมือนกับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษานั้นไม่เป็นธรรมเป็นอย่างยิ่ง

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด มีความเห็นว่าการที่กฎหมายประกันสังคมได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนไม่ครบทุกโรคโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคไตที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไต การปลูกถ่ายไต โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งไม่เหมือนกับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษานั้น ไม่เป็นธรรมต่อผู้ประกันตนเพราะผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบเป็นจำนวนมากในทุกๆ เดือน เขาจึงควรได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลในทุกๆ โรคเช่นเดียวกับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติ และทั้งนี้อยากให้มีการเพิ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ไว้ในระบบประกันสังคมเพื่อที่จะได้เป็นการแบ่งเบาภาระให้แก่ผู้ประกันตน ได้แก่ 1. โรคหัวใจ ที่รักษาด้วยการทำบอลลูน 2. ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเสื่อม 3. การฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไต 4. โรคหลอดเลือดอุดตันในสมอง

ตารางที่ 4.33 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลที่มีต่อผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม

ความเห็น	จำนวน	ร้อยละ	เหตุผล
1. การบริการทางการแพทย์ดีอยู่แล้ว มีการแยกผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมออกจากคนไข้ทั่วไป ทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว	2 คน	20	
2. ควรจัดยาให้มีคุณภาพเท่ากับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติ	3 คน	30	
3. การบริการทางแพทย์มีความล่าช้า	5 คน	50	
รวม	10 คน	100	

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4.33 จะเห็นได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 50 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลที่มีต่อผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมว่า การบริการทางการแพทย์มีความล่าช้า และผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยร้อยละ 20 ที่มีความคิดเห็นว่าการบริการทางการแพทย์ดีอยู่แล้ว มีการแยกผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมออกจากคนไข้ทั่วไป ทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว

สรุป ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลที่มีต่อผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมว่า การบริการทางการแพทย์มีความล่าช้า

4.6 สรุปวิเคราะห์

จากตารางสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้ประกันตนจำนวน 10 คน สรุปได้ดังนี้

จากตารางที่ 4.1 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง

จากตารางที่ 4.2 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 15-30 ปี

จากตารางที่ 4.3 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นควรให้มีการสำรองห้องพักโรงพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกไว้สำหรับผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมในกรณีเจ็บป่วยซึ่งต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และห้องพักโรงพยาบาลนั้นจะต้องเป็นห้องเดี่ยว เป็นจำนวนร้อยละ 80

จากตารางที่ 4.4 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุแล้ว เป็นจำนวนร้อยละ 80

จากตารางที่ 4.5 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นควรให้มีการขยายสิทธิในการได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุแล้ว เป็นระยะเวลา 10 ปี เป็นจำนวนร้อยละ 62.5

จากตารางที่ 4.6 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ ยินดีที่จะจ่ายเงินเพิ่มหากมีการขยายสิทธิในการได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยหลังจากเกษียณอายุโดยยินดีจ่ายเพิ่มเป็นจำนวนเงิน 50 บาท เป็นจำนวนร้อยละ 75

จากตารางที่ 4.7 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ อยากให้ระบบประกันสังคมครอบคลุมแบบข้าราชการ เป็นจำนวนร้อยละ 80

จากตารางที่ 4.8 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ อยากได้เงินช่วยเหลือครอบครัวในระหว่างที่เจ็บป่วยไม่สามารถทำงาน เป็นจำนวนร้อยละ 90

จากตารางที่ 4.9 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีคลอดบุตร แบบเหมาจ่ายครั้งละ 13,000 บาท ไม่เพียงพอต่อการคลอดบุตรทั้งการคลอดแบบปกติและที่ไม่ปกติ เป็นจำนวนร้อยละ 100

จากตารางที่ 4.10 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ ไม่พอใจกับเงินทดแทนการขาดรายได้เหมาจ่ายร้อยละ 50 (45วัน) ใน 90 วัน เป็นจำนวนร้อยละ 80

จากตารางที่ 4.11 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่าการที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีทุพพลภาพตามที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาทนั้น เป็นจำนวนเงินที่ไม่เพียงพอ เป็นจำนวนร้อยละ 100

จากตารางที่ 4.12 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ ไม่เคยทราบมาก่อนว่าระบบประกันสังคมได้จ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานจำนวน 40,000 บาทให้แก่ผู้ประกันตนในกรณีทุพพลภาพ เป็นจำนวนร้อยละ 100

จากตารางที่ 4.13 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ ไม่ทราบว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลครอบคลุมผู้ประกันตนทุกประเภทหรือไม่ เป็นจำนวนร้อยละ 80

จากตารางที่ 4.14 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นควรให้กลุ่มคนเหล่านี้ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช) ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล เป็นจำนวนร้อยละ 100

จากตารางที่ 4.15 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ มีความเห็นว่าการที่กฎหมายประกันสังคมได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนไม่ครบทุกโรคโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคไตที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไต การปลูกถ่ายไต โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งไม่เหมือนกับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษานั้น ไม่เป็นธรรมต่อผู้ประกันตน เป็นจำนวนร้อยละ 100

จากตารางที่ 4.16 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ว่า แพทย์และพยาบาลไม่ค่อยเต็มใจที่จะบริการและไม่เต็มใจที่จะให้ข้อมูลกับคนไข้ที่เป็นผู้ประกันตน ทำให้คนไข้รู้สึกเสมือนว่าตนเองนั้น เป็นคนไข้ชั้นสองของโรงพยาบาล เป็นจำนวนร้อยละ 60

สรุปวิเคราะห์

จากตารางสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคม (แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการของข้าราชการ) จำนวน 10 คน สรุปได้ดังนี้

จากตารางที่ 4.17 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง

จากตารางที่ 4.18 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 46-60 ปี

จากตารางที่ 4.19 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เป็นนักวิชาการของข้าราชการ

จากตารางที่ 4.20 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นควรให้มีการสำรองห้องพักโรงพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกไว้สำหรับผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมในกรณีเจ็บป่วยซึ่งต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและห้องพักโรงพยาบาลนั้นจะต้องเป็นห้องเดี่ยว เป็นจำนวนร้อยละ 60

จากตารางที่ 4.21 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุแล้ว เป็นจำนวนร้อยละ 80

จากตารางที่ 4.22 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นควรให้มีการขยายสิทธิในการได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกหลังจากเกษียณอายุแล้ว เป็นระยะเวลา 10 ปี เป็นจำนวนร้อยละ 87.5

จากตารางที่ 4.23 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ ยินดีที่จะจ่ายเงินเพิ่มหากมีการขยายสิทธิในการได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยหลังจากเกษียณอายุโดยยินดีจ่ายเพิ่มเป็นจำนวนเงิน 100 บาท เป็นจำนวนร้อยละ 75

จากตารางที่ 4.24 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ อยากให้ระบบประกันสังคมครอบคลุมแบบข้าราชการ เป็นจำนวนร้อยละ 60

จากตารางที่ 4.25 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ อยากให้เพิ่มวงเงินในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะทันตกรรม เป็นจำนวน ร้อยละ 80

จากตารางที่ 4.26 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีคลอดบุตร แบบเหมาจ่ายครั้งละ 13,000 บาท ไม่เพียงพอต่อการคลอดบุตรทั้งการคลอดแบบปกติและที่ไม่ปกติ เป็นจำนวนร้อยละ 90

จากตารางที่ 4.27 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ ไม่พอใจกับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีคลอดบุตรแบบเหมาจ่ายร้อยละ 50 (45วัน) ใน 90 วัน เป็นจำนวนร้อยละ 90

จากตารางที่ 4.28 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่าการที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีทุพพลภาพตามที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาทนั้น เป็นจำนวนเงินที่ไม่เพียงพอ เป็นจำนวนร้อยละ 100

จากตารางที่ 4.29 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ ไม่เคยทราบมาก่อนว่าระบบประกันสังคมได้จ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานจำนวน 40,000 บาทให้แก่ผู้ประกันตนในกรณีทุพพลภาพ เป็นจำนวนร้อยละ 80

จากตารางที่ 4.30 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ คิดว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลไม่ครอบคลุมผู้ประกันตนทุกประเภท เป็นจำนวนร้อยละ 70

จากตารางที่ 4.31 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นควรให้กลุ่มคนเหล่านี้ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช) ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล เป็นจำนวนร้อยละ 100

จากตารางที่ 4.32 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ มีความเห็นว่าการที่กฎหมายประกันสังคมได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนไม่ครบทุกโรคโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

เช่น โรคไตที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไต การปลูกถ่ายไต โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งไม่เหมือนกับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษานั้น ไม่เป็นธรรมต่อผู้ประกันตน เป็นจำนวนร้อยละ 100

จากตารางที่ 4.33 ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลที่มีต่อผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมว่า การบริการทางการแพทย์มีความล่าช้า เป็นจำนวนร้อยละ 50

จากการสรุปวิเคราะห์ข้างต้น สามารถสรุปอภิปรายผลความเห็นของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งสองกลุ่ม อันได้แก่ ผู้ประกันตน และผู้ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคม ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการของข้าราชการ แยกพิจารณาได้ดังนี้

1) กรณีที่มีความคิดเห็นเหมือนกัน ได้แก่

(1) ในเรื่องการสำรองห้องพักโรงพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกไว้สำหรับผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมในกรณีเจ็บป่วยซึ่งต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนั้น ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นว่าควรให้มีการสำรองห้องพักโรงพยาบาลเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม

(2) ในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยหลังจากเกษียณอายุนั้น ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นว่าควรให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยต่อไปอีกเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม

(3) ในเรื่องระยะเวลาในการขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยนั้น ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นว่าควรให้มีการขยายสิทธิออกไปอีกสิบปีเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม

(4) ในเรื่องการจ่ายเงินสมทบเพิ่มเพื่อที่จะให้มีการขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยออกไปหลังจากเกษียณอายุนั้น ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ยินดีที่จะจ่ายเงินเพิ่มเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม

(5) ในเรื่องการให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลครอบคลุมแบบข้าราชการ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นว่าอยากให้ระบบประกันสังคมครอบคลุมแบบข้าราชการโดยให้ครอบคลุมไปถึงครอบครัวของผู้ประกันตนด้วยเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม

(6) ในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยนั้น ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่ม อยากให้มีการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล โดยผู้ประกันตนอยากได้เงินช่วยเหลือครอบครัวในระหว่างที่เจ็บป่วยไม่สามารถทำงานได้ สำหรับในส่วนของนักวิชาการข้าราชการนั้นอยากให้เพิ่มวงเงินในการรักษาพยาบาลกรณีของทันตกรรม

(7) ในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีคลอดบุตร แบบเหมาจ่ายครั้งละ 13,000 บาทนั้น ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เห็นว่าไม่เพียงพอต่อการคลอดบุตรทั้งปกติและการคลอดบุตรที่ไม่ปกติเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม

(8) ในเรื่องเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีลาคลอดแบบเหมาจ่ายร้อยละ 50 (45 วัน) ใน 90 วัน ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ไม่พอใจกับอัตราเงินทดแทนที่ได้รับ และเห็นควรให้เพิ่มอัตราเงินทดแทนการขาดรายได้เป็นร้อยละ 75 เหมือนกันทั้งสองกลุ่ม

(9) ในเรื่องการจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีทุพพลภาพตามที่กฎกระทรวงออกตามความในกฎหมายประกันสังคมให้จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาทนั้น ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดเห็นว่าไม่เพียงพอต่อค่ารักษาพยาบาล

(10) ในเรื่องการจ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน จำนวน 40,000 บาท ให้แก่ผู้ประกันตนในกรณีทุพพลภาพ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าระบบประกันสังคมได้มีการจ่ายเงินส่วนนี้ให้แก่ผู้ประกันตน เหมือนกันทั้งสองกลุ่ม

(11) ในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลครอบคลุมผู้ประกันตนทุกประเภทหรือไม่นั้น ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่ม เห็นว่าไม่ครอบคลุมผู้ประกันตนทุกประเภท โดยในส่วนของผู้ประกันตนนั้นไม่ทราบว่าครอบคลุมหรือไม่ สำหรับในส่วนของนักวิชาการข้าราชการนั้นคิดว่าไม่ครอบคลุม

(12) ในเรื่องการได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ตามที่กฎหมายประกันสังคมไม่ได้มีการกำหนดให้กลุ่มคนเหล่านี้ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช) ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด เห็นว่าควรให้กลุ่มคนเหล่านี้ได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

(13) ในเรื่องการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนไม่ครบทุกโรค โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่นโรคไตที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไต การปลูกถ่ายไต โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งไม่เหมือนกับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษา ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด เห็นว่าไม่เป็นธรรมเป็นอย่างยิ่ง

2) กรณีที่มีความคิดเห็นแตกต่างกัน ได้แก่

(1) ในเรื่องการสำรองห้องพักโรงพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกไว้สำหรับผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมในกรณีเจ็บป่วยซึ่งต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนั้น ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคม (แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการของข้าราชการ) ได้ให้เหตุผลว่า ไม่จำเป็นต้องมีการสำรองห้องพัก เพราะห้องพักผู้ป่วยควรได้รับการหมุนเวียนในการใช้กับผู้ป่วยทุกประเภทอย่างเท่าเทียมกัน หากมีการสำรองห้องพักให้กับผู้ประกันตน จะกลายเป็นการเลือกปฏิบัติได้

(2) ในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยหลังจากเกษียณอายุนั้น ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคม (แพทย์ พยาบาล และ

นักวิชาการของข้าราชการ) ได้ให้เหตุผลว่า หลังจากเกษียณอายุแล้วก็ยังมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติรองรับอยู่

(3) ในเรื่องการจ่ายเงินสมทบเพิ่มเพื่อที่จะให้มีการขยายสิทธิในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยออกไปหลังจากเกษียณอายุนั้น ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคม (แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการของข้าราชการ) ได้ให้เหตุผลว่า ที่ผ่านมาได้จ่ายเงินสมทบมากพอแล้ว หากจะต้องมีการจ่ายเงินสมทบเพิ่มอีกจะกลายเป็นการสร้างภาระให้กับผู้ประกันตนมากขึ้น

(4) ในเรื่องการให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลครอบคลุมแบบข้าราชการ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนน้อยซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคม (แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการของข้าราชการ) ได้ให้เหตุผลว่า เพราะถือว่าคนๆ หนึ่งนั้นย่อมมีสิทธิในการรักษาพยาบาลคนละหนึ่งอย่างอยู่แล้ว

DPU

บทที่ 5
บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นการศึกษาถึงปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมอันจะพึงได้รับสิทธิตามที่กฎหมายบังคับในปัจจุบันซึ่งได้แก่ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 โดยศึกษาถึงสภาพปัญหาสาระสำคัญ สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องของไทย จากนั้นศึกษาเปรียบเทียบและวิเคราะห์กฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมมีอยู่มากน้อยเพียงใด โดยศึกษาเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ อีกทั้งได้มีการใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นเครื่องมือในการสำรวจข้อมูลจากผู้ประกันตนและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการของราชการ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขเพิ่มเติมปรับปรุงกฎหมายประกันสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนให้มีความเหมาะสมชัดเจนและเป็นธรรมมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาพบว่า ระบบประกันสังคมในประเทศต่างๆ ถือกำเนิดมาเพื่อลดความเสี่ยงให้กับลูกจ้างหรือผู้มีงานทำทั้งหลาย ความเสี่ยงที่ว่านี้ประกอบด้วย ความเสี่ยงจากการบาดเจ็บเจ็บป่วย ทุพพลภาพ คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ว่างงาน ชราภาพ และการสูญเสียชีวิต แต่ละประเทศก็มีความแตกต่างกันในเรื่องของความครอบคลุมของความเสี่ยง การบริหารจัดการและการจ่ายเงินสมทบ ระบบประกันสังคมของไทยก็เช่นเดียวกัน ถือกำเนิดมาเพื่อช่วยลดความเสี่ยงให้กับลูกจ้างโดยให้ความคุ้มครองในประโยชน์ทดแทน 7 กรณี อันได้แก่ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีทุพพลภาพ กรณีคลอดบุตร กรณีเสียชีวิต กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ และกรณีว่างงาน โดยเงินที่นำมาใช้จ่ายเพื่อประโยชน์ทดแทนเหล่านี้มาจาก 3 ฝ่ายคือ ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล สำหรับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์ตามกฎหมายประกันสังคมนั้น เป็นการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร และกรณีทุพพลภาพ

นอกจากนี้ยังมีการให้บริการทางการแพทย์ในกรณีอื่นๆนอกจากที่กำหนดไว้ในกฎหมายประกันสังคม เช่น กรณีทันตกรรมที่กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องการทำงานกรณีทันตกรรม เป็นต้น

จากปัญหาในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม สรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังต่อไปนี้

5.1.1 ปัญหาในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตน

ในกรณีสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานผู้ประกันตนมักจะไม่ได้รับห้องพักสำหรับผู้ป่วยใน เนื่องจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลมักจะสำรองห้องพักไว้สำหรับผู้ป่วยภายในของโรงพยาบาลซึ่งไม่ได้ใช้สิทธิประกันสังคม โดยอาจจะสำรองห้องพักไว้สำหรับผู้ป่วยซึ่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นเงินสดหรือประเภทผู้ป่วยซึ่งใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของการประกันสุขภาพเอกชน

ในกรณีสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีคลอดบุตร แบบเหมาจ่ายครั้งละ 13,000 บาท ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เห็นว่าไม่เพียงพอต่อการคลอดบุตรทั้งปกติและการคลอดบุตรที่ไม่ปกติ เช่น การผ่าตัดคลอด หรือการคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย เป็นต้น โดยให้ความเห็นว่าควรที่จะเพิ่มวงเงินเป็นจำนวนเงิน 15,000 บาท ขึ้นไป

และในกรณีสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีทุพพลภาพนั้นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เห็นว่า จำนวนเงิน 2,000 บาท ไม่เพียงพอต่อค่ารักษาพยาบาลในปัจจุบัน เพราะ ณ ปัจจุบันค่าครองชีพเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งความรุนแรงของโรคนั้นๆอาจไม่เท่ากัน บางโรคมีความรุนแรงมาก ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 2,000 บาท จึงไม่เพียงพอ ควรที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามความเป็นจริง

5.1.1.1 ปัญหาเรื่องการจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

ประเทศไทยนั้นได้จ่ายเงินทดแทนแทนการขาดรายได้ให้กับผู้ประกันตนร้อยละ 50 เป็นเวลา 90 วัน แต่รวมแล้ว ปีละไม่เกิน 180 วัน ซึ่งเมื่อได้เปรียบเทียบกับต่างประเทศแล้วจะเห็นได้ว่าประเทศไทยนั้นได้จ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้น้อยกว่าประเทศอื่นๆ ที่ได้ทำการศึกษาได้แก่ประเทศญี่ปุ่น โดยประเทศญี่ปุ่นนั้นจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 60 ของค่าจ้างเฉลี่ย 3 เดือนสุดท้าย ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์จ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 90 ของค่าจ้างรายวัน ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) จ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 75 ของเงินเดือนเดือนสุดท้าย และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสนั้นจะจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ตาม

จำนวนวันที่หยุดงาน ได้แก่ หากหยุดงาน 30 วัน จะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 65 ของฐานการคำนวณ หากหยุดงาน 90 วัน แต่ไม่เกิน 365 วัน จะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 70 ของฐานการคำนวณ หากหยุดงานไม่ต่ำกว่า 365 วัน จะได้รับเงินทดแทนร้อยละ 75 ของฐานการคำนวณ และกรณีหยุดงานเนื่องจากป่วยด้วยวัณโรค จะได้รับเงินทดแทนร้อยละ 80-100 ของฐานการคำนวณ

5.1.1.2 ปัญหาเรื่องการจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีคลอดบุตร

ประเทศไทยนั้นได้จ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้แบบเหมาจ่ายร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยรายวันที่ผู้ประกันตนได้รับ เป็นเวลา 90 วัน ซึ่งเมื่อได้เปรียบเทียบกับต่างประเทศแล้วจะเห็นได้ว่าประเทศไทยนั้นได้จ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้น้อยกว่าประเทศอื่นๆ ที่ได้ทำการศึกษา ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น โดยประเทศญี่ปุ่นจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 60 ของค่าจ้างเฉลี่ย โดยจ่ายให้ 42 วันก่อนคลอด และ 56 วันหลังคลอด (รวม 98 วัน) ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์จ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 100 ของค่าจ้างเฉลี่ยรายวัน เป็นเวลา 6 เดือนสูงสุด กรณีคลอดปกติจ่าย 60 วัน กรณีคลอดแบบผ่าตัดจ่าย 78 วัน โดยมีสิทธิสำหรับคลอดไม่เกิน 4 ครั้ง ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) จ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 100 ของรายได้เฉลี่ย เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ (112 วัน) และหากการตั้งครรภ์มีความเสี่ยงจะได้รับเงินช่วยเหลือที่เรียกว่า Pregnancy Allowance ร้อยละ 75 ของค่าจ้าง นับแต่วันที่เกิดความเสี่ยง และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกสนั้นจะจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 100 ของค่าจ้างรายวัน รวมทั้งวันคริสต์มาสและวันหยุดเป็นระยะเวลา 120 วันก่อนคลอด และ 90 วันหลังคลอด กรณีลาคลอด 150 วัน ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 80 ของรายได้เฉลี่ย โดยไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของรายได้ขั้นต่ำ

5.1.1.3 ปัญหาในเรื่องการจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ

ประเทศไทยนั้นได้จ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 50 ของค่าจ้างเป็นรายเดือนตลอดชีวิต ซึ่งเมื่อได้เปรียบเทียบกับต่างประเทศแล้วจะเห็นได้ว่าประเทศไทยนั้นได้จ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้น้อยกว่าประเทศอื่นๆที่ได้ทำการศึกษา ได้แก่ ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ที่จ่ายบำนาญรายเดือน หรือเงินก้อนแก่ผู้ทุพพลภาพถาวร จ่ายบำนาญตลอดชีพแก่ผู้ทุพพลภาพทั้งหมดสิ้นเชิง เงินบำนาญตกทอดเต็มร้อยละ 100 แก่ภรรยาและบุตรในอุปการะ ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส ที่ได้แบ่งระดับความทุพพลภาพของผู้ประกันตนไว้อย่างชัดเจนและจ่ายเงินทดแทนให้ตามระดับความรุนแรงของผู้ทุพพลภาพ

5.1.2 ปัญหาในเรื่องการบริการทางการแพทย์

สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลนั้นไม่ได้ครอบคลุมทุกกรณี เช่น การรักษาจิตเวช ภาวะแท้งบุตร การรักษาด้านกายภาพ การรักษาเป็นผู้ป่วยในเกิน 180 วัน เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนจะต้องเป็นภาระแก่ผู้ประกันตนทั้งสิ้นทั้งที่ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบไปทุกๆ เดือน อีกทั้งผู้ประกันตนไม่ทราบถึงสิทธิและขั้นตอนการรับบริการ และเกิดจากการที่โรงพยาบาลมิได้สร้างความเข้าใจต่อข้อร้องเรียนของผู้ประกันตนทำให้เกิดความเข้าใจว่าผู้ประกันตนเป็นคนไข้ชั้นสองของโรงพยาบาล และปัญหาในการบริการอื่นๆ เช่น การถูกแบ่งแยกออกจากผู้ป่วยทั่วไป การบริการทางการแพทย์แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ไม่ได้รับคำแนะนำในเรื่องการใช้ยา ไม่ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น เป็นต้น

5.1.3 ปัญหาในเรื่องการจำกัดโรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล

ระบบประกันสังคมได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนไม่ครบทุกโรคโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคไตที่ต้องฟอกด้วยเครื่องฟอกไต การปลูกถ่ายไตหากผู้ประกันตนได้ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังมาก่อนเข้าเป็นผู้ประกันตน โรคหัวใจโดยการทำบอลลูน เป็นต้น และมีการจำกัดโรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล ทั้งที่ผู้ประกันตนนั้นได้จ่ายเงินสมทบเข้าสู่กองทุนประกันสังคมในทุกๆ เดือน ซึ่งต่างจากผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษา

5.1.4 ปัญหาในเรื่องเงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาล

ในเรื่องของการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมนั้นจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายประกันสังคมกำหนด ยกตัวอย่างในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ผู้ประกันตนจะไม่ได้รับการคุ้มครองทันที แต่ต้องเป็นผู้ประกันตนแล้วอย่างน้อยสามเดือน จึงสามารถใช้บริการทางการแพทย์ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยได้ ดังนั้นหากในระหว่างยังไม่ครบกำหนดสามเดือน ผู้ประกันตนเกิดประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยก็ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ เอง ซึ่งผู้เขียนเห็นสมควรว่าควรที่จะให้ผู้ประกันตนนั้นสามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์ได้ตั้งแต่วันแรกที่เข้าเป็นลูกจ้าง

จากสรุปประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้เขียนจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ควรมีการแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 62 มาตรา 65 และมาตรา 69 ในเรื่องเงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร และกรณีผู้ทุพพลภาพ

ที่ผู้ประกันตนนั้นไม่ได้รับการคุ้มครองทันที ให้สามารถใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์ได้ตั้งแต่วันแรกที่เข้าเป็นลูกจ้าง

5.2.2 ควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎกระทรวงในเรื่องการกำหนดอัตราการจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ เพื่อจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แก่ผู้ประกันตนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร และกรณีทุพพลภาพ ให้ครอบคลุมและกว้างขวางมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

5.2.3 ควรมีการขยายสิทธิประโยชน์ในกฎหมายประกันสังคมในเรื่องการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยหลังจากเกษียณอายุ ออกไปอีก 10 ปี โดยไม่มีการเก็บเงินสมทบเพิ่มจากผู้ประกันตน

5.2.4 ควรที่จะมีการให้สิทธิประโยชน์ในกฎหมายประกันสังคมในเรื่องการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมไปถึงครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย เช่นเดียวกับสิทธิประโยชน์ที่ข้าราชการได้รับ

5.2.5 ควรมีการออกกฎกระทรวงเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกรณีทุพพลภาพตามความรุนแรงของผู้ทุพพลภาพ เพราะผู้ทุพพลภาพเป็นกลุ่มที่เป็นอัมพาตทั้งตัวและอัมพาตครึ่งซีกล่าง เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษจากครอบครัว เป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายมากกว่าผู้ทุพพลภาพกลุ่มอื่นๆ โดยให้สำนักงานประกันสังคมมีส่วนร่วมสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

5.2.6 ควรที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีคลอดบุตรตามความเป็นจริง เนื่องจากปัจจุบันค่าครองชีพสูง ค่าใช้จ่ายต่างๆ จึงสูงด้วย ไม่ว่าจะเป็น ค่าฝากครรภ์ก่อนคลอดบุตร ค่าห้องพัก ค่าคลอดบุตรและอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการพยาบาลเด็กที่มีภาวะเสี่ยง เช่น ทารกซึ่งคลอดก่อนกำหนด จึงควรที่จะจ่ายเงินในส่วนนี้ให้แก่ผู้ประกันตนตามความเป็นจริง แต่ทั้งนี้ต้องไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ ในกฎกระทรวง

5.2.7 สำนักงานประกันสังคมควรที่จะมีการจัดบริการให้บุคคลากรซึ่งเกี่ยวข้องไปให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ประกันตนตามสถานประกอบการอย่างสม่ำเสมอ หรือมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นในประเด็นความรู้ที่ผู้ประกันตนยังขาดความเข้าใจ เพื่อที่จะได้ทำให้ผู้ประกันตนไปใช้สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนตามเจตนารมณ์ของกฎหมายเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้ประกันตนบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิต่างๆในระบบประกันสังคม ทำให้ผู้ประกันตนไปใช้สิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ไม่มากเท่าที่ควร

5.2.8 ควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน โดยควรให้ผู้ประกันตนได้รับการรักษาโรคทุกโรคแม้จะเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเช่นเดียวกับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น โรคจิต เว้นแต่กรณีเฉียบพลัน โรคเดียวกันที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยในติดต่อกันเกิน 180 วันต่อ 1 ปี

การปลูกถ่ายไต หากผู้ประกันตนป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังก่อนเข้าเป็นผู้ประกันตน โรคไตที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไต โรคหัวใจที่ต้องทำการรักษาด้วยบอลลูน เป็นต้น ซึ่งควรที่จะให้ความคุ้มครองครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด

5.2.9 สำนักงานประกันสังคมควรมีการตรวจสอบคุณภาพของสถานพยาบาลประกันสังคมอย่างต่อเนื่องว่า การบริการได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้หรือไม่ และควรที่จะมีบทลงโทษตามกฎหมายอย่างชัดเจนหากสถานพยาบาลใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตาม

5.2.10 ควรมีการสำรองห้องพักโรงพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกไว้สำหรับผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมในกรณีเจ็บป่วยซึ่งต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

จากที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้เขียนต้องการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม และต้องการชี้ให้เห็นว่าผู้ประกันตนซึ่งจ่ายเงินสมทบในทุกๆ เดือนนั้น ควรที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ที่ดี หรืออย่างน้อยก็ควรได้รับสิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกับผู้ประกันตนอื่นๆ ที่ไม่ได้จ่ายเงินสมทบแต่อย่างใด ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ผู้ประกันตน

บรรณานุกรม

DPU

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

กระทรวงแรงงาน. (2552). *บริหารแรงงาน 2552.* กรุงเทพฯ: บางกอกล็อก.

เกษมสันต์ วิลาวรรณ. (2545). *รวมคำบรรยายสำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา สมัยที่ 60 วิชากฎหมายแรงงาน (การบรรยายครั้งที่ 2).* กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.

ธีระ ศรีธรรมรักษ์. (2541). *กฎหมายเกี่ยวกับแรงงาน* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

_____. (2545). *กฎหมายแรงงาน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: รามคำแหง

นิคม จันทรวิทูร. (2528). *การประกันสังคม: 30 ปี แห่งการรอคอย.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.

_____. (2537). *กฎหมายประกันสังคม แนวคิด พัฒนาการและก้าวแรกของการดำเนินงานในประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.

พินิจ ทิพย์มณี. (2551). *หลักกฎหมายธุรกิจ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

รัชยา กุลวานิชไชยนันท์. (2535). *ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์ ศึกษาเฉพาะกรณี ผู้ประกันตนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.* กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสังคม.

วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา) วิเชียรชม. (2540). *กฎหมายประกันสังคม.* กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

วิชัย โถสุวรรณจินดา. (2533). *กฎหมายประกันสังคม.* กรุงเทพฯ: ธรรมนิติ.

ศักดิ์ศรี บริบาลบรรพตเขตต์. (2535). ระบบความมั่นคงทางสังคม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุจริต ศรีประพันธ์. (2534). *ผลกระทบของระบบประกันสุขภาพต่อระบบบริการสาธารณสุข.* กรุงเทพฯ: กองแผนงานกระทรวงสาธารณสุข.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. (2548). *เจาะลึกระบบประกันสุขภาพ.* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อมร รักษาสัตย์. (2533). *การสร้างความมั่นคงในสังคมด้านการจัดการสวัสดิการและการประกันสังคม: แนวคิดปรัชญา.* กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.

บทความ

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

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

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

บัณฑิตย์ ธนชัยเศรษฐวุฒิ. (2554, มกราคม). “จับกระแสรุกรัฐ ลดเหลื่อมล้ำหลักประกันสุขภาพ.” *วารสารประกันสังคม, ปีที่ 25, ฉบับที่ 284.* หน้า 3

วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา) วิเชียรชม. (2533, มิถุนายน). “ระบบประกันสังคมของไทย.” *วารสารนิติศาสตร์, 20, 2.* หน้า151

สุดาศิริ วศวงศ์. (2535, 13 มีนาคม). “การประกันสังคม.” *วารสารกฎหมายจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ปีที่ 23, ฉบับที่ 3.* หน้า 88.

วิทยานิพนธ์

กุลวดี วุฒิกุล. (2551). *การบริการทางการแพทย์ตามกฎหมายประกันสังคม.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นราพร ตุณจักรเสรี. (2536). *ประสิทธิภาพของการประกันสังคมไทย.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

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

พิมล เกษมเสาวภาคย์. (2553). *ปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมเปรียบเทียบกับการประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพเอกชน.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.

วิไลเดือน พรอนันต์. (2535). *ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ประกันตนต่อการได้รับความคุ้มครอง กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในจังหวัดสมุทรสาคร.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

อนุวัตร แย้มสงวนศักดิ์. (2555). *เกณฑ์การกำหนดความคุ้มครองเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ กรณีเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานตามกฎหมายประกันสังคม.*วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.

อุดม มีแสง. (2543). *ปัญหากฎหมายประกันสังคมที่มีผลกระทบต่อนายจ้างและผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.

เอกสารอื่นๆ

กรุงเทพธุรกิจ. (2554). *สิทธิที่หายไป...ผู้ป่วยโรคไต ในระบบประกันสังคม.* ม.ป.ท.

กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. (2550). *รายงานการศึกษาดูงานคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนประกันสังคม ณ ประเทศสเปนและประเทศโปรตุเกส ระหว่างวันที่ 5–14 ตุลาคม 2550.* กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสังคม.

กองแผนงานและสารสนเทศสำนักงานประกันสังคม. (2549). *รายงานการศึกษาดูงานของคณะกรรมการประกันสังคม ณ ประเทศสเปน และโปรตุเกส ระหว่างวันที่ 16 – 25 กันยายน 2549.* กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสังคม.

กองวิชาการและแผนงานสำนักงานประกันสังคม. (2538). *รายงานการศึกษาดูงานของประกันสังคมจังหวัด ข้าราชการระดับหัวหน้าฝ่ายส่วนกลาง รุ่นที่ 1 ณ ประเทศสเปน 9 – 15 กันยายน 2538.* กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสังคม.

จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา และคณะ. (2546). *การให้ความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ทุพพลภาพในโครงการประกันสังคม* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: มูลนิธิโรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ธีระ ศรีธรรมรักษ์. (2551). *เอกสารประกอบการสอนวิชากฎหมายแรงงานกับปัญหาแรงงาน "เจาะประเด็นสำคัญในกฎหมายแรงงาน."* กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.

ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ กองวิชาการและแผนงานสำนักงานประกันสังคม มีนาคม. (2538). *บทความแปลเรื่อง แนวการดำเนินงานประกันสังคมในญี่ปุ่น ระบบประกันสังคมของฟิลิปปินส์ในปี ค.ศ. 2000 ประจำเดือนกันยายน 2537.* กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสังคม.

พงศธร พอกเพิ่มดี. (2554). *เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือบัตรทองกับระบบประกันสังคม.* ม.ป.ท.

พงศธร พอกเพิ่มดี และคณะ. (2554). *10 กรณีศึกษา ทุกข์ของผู้ประกันตนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ* (รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ประกันตนเชิงคุณภาพ). กรุงเทพฯ: มูลนิธิแพทย์ชนบท.

เยาวลักษณ์ สวัสดิ์อธิคม. (2544). *รายงานการฝึกอบรมหลักสูตรThe 11th Study Programmed for The Asian Social Insurance Administrators จัดโดย Japan International Corporation of Welfare Services (JICWELS)* (สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม).

สำนักงานประกันสังคม. (2555). *ตารางเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ 2 กองทุน.* ม.ป.ท.

สิทธิพล รัตนากร และคณะ. (2537). *สรุปการศึกษาดูงาน ณ ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์และประเทศมาเลเซีย ระหว่างวันที่ 20 – 26 พฤศจิกายน 2537* (สำนักงานประกันสังคม).

เสาวภา พรสิริพงศ์ และคณะ. (2535). *ประกันสังคม: ความพร้อมของโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล.

อำพล สิงหโกวินท์. (2536). *การประกันสังคมแนวทางการดำเนินงานในอนาคต* (เอกสารเผยแพร่สำนักงานประกันสังคม). ม.ป.ท.

สารสนเทศจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

DHL. (2555). คำนวณอัตราแลกเปลี่ยนสกุลเงิน. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2555, จาก *http://www.dhl.co.th/publish/th/tools/currency.low.html*

ธนาคารกรุงเทพ. (2555). อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2555, จาก *http://www.bangkokbank.com/Bangkok+Bank+Thai/Web+Services/Rate/FX+Rates.htm*

วรรณ ชาญด้วยวิทย์. (2554, 30 พฤษภาคม). “ความเสี่ยงของผู้ประกันตน.” สืบค้นเมื่อ 27 พฤศจิกายน 2555, จาก *http://prachatai.com/journal/2011/05/35181*

สำนักงานประกันสังคม. (ม.ป.ป.). สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2555, จาก *www.sso.go.th/wpr/ca*

สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2555, จาก *http://www.mcot.net/cfcustom/cache_page/163865.html*

กฎหมาย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550.

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537.

พระราชบัญญัติประกันสังคม แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2542.

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533.

พระราชบัญญัติประกันสังคมแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2537.

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.

กฎกระทรวงกำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2552.

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน.

ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์.

ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน.

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

ภาคผนวก

DPU

แบบสัมภาษณ์เจาะลึกเรื่องปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม

ในส่วนของผู้ประกันตน

1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ

☐ 15-30 ปี ☐ 31-45 ปี ☐ 46-60 ปี

3. ในความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าควรมีการสำรองห้องพักโรงพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกไว้สำหรับผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมในกรณีเจ็บป่วยซึ่งต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือไม่

……

……

……

……

……

4. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร หลังจากเกษียณอายุแล้ว ท่านยังอยากให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยอีกหรือไม่ (กฎหมายประกันสังคม มาตรา 33)

……

……

……

……

5. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับกฎหมายประกันสังคมที่ให้สิทธิเฉพาะผู้ประกันตน ไม่ได้ครอบคลุมแบบข้าราชการ

……

……

……

……

……

6. ท่านเห็นว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีคลอดบุตร แบบเหมาจ่ายครั้งละ 13,000 บาท เพียงพอต่อการคลอดบุตรที่ไม่ปกติ เช่น การผ่าตัดคลอด หรือคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย เป็นต้น หรือไม่ อย่างไร

……

……

……

……

……

7. ตามที่กฎกระทรวงออกตามความในกฎหมายประกันสังคมกำหนดให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีทุพพลภาพตามที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท ท่านมีความคิดเห็นว่าเพียงพอต่อค่ารักษาพยาบาลหรือไม่ อย่างไร

……

……

……

……

……

8. ท่านคิดว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลครอบคลุมผู้ประกันตนทุกประเภทหรือไม่ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช)

.....

.....

.....

.....

.....

9. ในขณะนี้กฎหมายประกันสังคมได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนไม่ครบทุกโรค โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคไตที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไต การปลูกถ่ายไต โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งไม่เหมือนกับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษา ท่านเห็นว่าเป็นธรรมหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

10. ท่านมีความคิดเห็นเพิ่มเติมอะไรบ้างเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ที่ท่านได้รับในโรงพยาบาล ในกรณีเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร และกรณีทุพพลภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

แบบสัมภาษณ์เจาะลึกเรื่องปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม

ในส่วนของผู้ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคม

1. เพศ

   ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ

   ☐ 15-30 ปี ☐ 31-45 ปี ☐ 46-60 ปี

3. ในความคิดเห็นของท่าน ท่านเห็นสมควรว่าควรมีการสำรองห้องพักโรงพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกไว้สำหรับผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมในกรณีเจ็บป่วยซึ่งต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือไม่

   ……
   ……
   ……
   ……
   ……..

4. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร หลังจากเกษียณอายุแล้ว ท่านยังอยากให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยอีกหรือไม่ (กฎหมายประกันสังคม มาตรา 33)

   ……
   ……
   ……
   ……
   ……..

5. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับกฎหมายประกันสังคมที่ให้สิทธิเฉพาะผู้ประกันตน ไม่ได้ครอบคลุมแบบข้าราชการ

……

……

……

……

……

6. ท่านเห็นว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลกรณีคลอดบุตร แบบเหมาจ่ายให้กับผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคม ครั้งละ 13,000 บาท เพียงพอต่อการคลอดบุตรที่ไม่ปกติ เช่น การผ่าตัดคลอดหรือคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย เป็นต้น หรือไม่ อย่างไร

……

……

……

……

……

7. ตามที่กฎกระทรวงออกตามความในกฎหมายประกันสังคมกำหนดให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีทุพพลภาพตามที่จ่ายจริงให้กับลูกจ้างผู้ประกันตน ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท ท่านมีความคิดเห็นว่าเพียงพอต่อค่ารักษาพยาบาลหรือไม่ อย่างไร

……

……

……

……

……

8. ท่านคิดว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลครอบคลุมผู้ประกันตนทุกประเภทหรือไม่ (เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้ที่เกิดภาวะแท้งบุตร ผู้รับการรักษาจิตเวช)

……

……

……

……

……...

9. ในขณะนี้กฎหมายประกันสังคมได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนไม่ครบทุกโรคโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคไตที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไต การปลูกถ่ายไต โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งไม่เหมือนกับผู้ประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษา ท่านเห็นว่าเป็นธรรมหรือไม่ อย่างไร

……

……

……

……

……..

10. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับการให้บริการทางการแพทย์ที่ให้กับผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมในโรงพยาบาลในกรณีเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร และกรณีทุพพลภาพ

……

……

……

……

……

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล	นางสาวฉัตตมาศ วิเศษสินธุ์
วัน เดือน ปี เกิด	27 กันยายน 2528
วุฒิการศึกษา	นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ประกาศนียบัตร A Summer Work and Travel Program in USA
	ประกาศนียบัตร Intensive English at the Intermediate level at KDU College Malaysia
	ประกาศนียบัตรการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การวิจัยขั้นสูงทางด้านนิติศาสตร์” 4 ภูมิภาค (ภาคใต้)
	ประกาศนียบัตร In English for Legal Purposes (Mini Program) at Language Institute, Thammasat University

DPU