

## แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

#### ระบบประกันสังคม

การประกันสังคม คือ โครงการที่รัฐได้จัดขึ้นเพื่อคุ้มครองประชาชนให้มีความมั่นคงในชีวิต โดยให้ผู้มีรายได้ประจำเก็บออมเงินไว้ยังกองทุนกลาง แล้วเบิกใช้ในการที่ประสบเคราะห์กรรมต่างๆ การประกันสังคมจึงเป็นระบบร่วมกันรับผิดชอบต่อสังคมด้วยการออมและ เสียสละ เพื่อส่วนรวม เมื่อสมาชิกในสังคมต้องขาดรายได้อันมีผลสืบเนื่องจากการประสบเคราะห์กรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง การประกันสังคมจะเป็นหลักประกันในการทดแทนรายได้ในส่วนที่สูญเสียไป เพื่อให้สามารถดำรงชีพต่อไปได้ การประกันสังคมจึงถือเป็นมาตรการหนึ่งที่เกิดความมั่นคงในสังคม ในฐานะที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะช่วยเสริมสร้างความมั่นคงในสังคม หรือจะกล่าวอีกนัยหนึ่ง ก็คือ การประกันสังคมเป็นส่วนหนึ่งในการวางรากฐานของความมั่นคงทางสังคม

ระบบความมั่นคงทางสังคมอาศัยหลักการสร้างหลักประกัน 3 วิธี คือ (Neil Gilbert, Henry Miller and Harry Spech, 1960)

1. หลักการสงเคราะห์ (Public Assistance) เป็นการช่วยเหลือแก่ประชาชนหรือครอบครัวที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ในรูปการสังคมสงเคราะห์ การประชาสงเคราะห์ กรณีที่บุคคลประสบความทุกข์ยาก เช่น ประสบอุบัติเหตุ ว่างงาน อดิภัย เป็นต้น โดยให้การช่วยเหลือเป็นเงินสิ่งของ การรับเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ และการให้บริการต่าง ๆ

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

3. หลักการประกันสังคม (Social Insurance) เป็นวิธีการที่รัฐให้ประชาชนทำการประกันรายได้ของตนไว้เพื่อประโยชน์ของตนเอง ครอบครัว และเป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในอนาคตจะคุ้มครอง มิให้ได้รับความเดือดร้อนในความเป็นอยู่ของชีวิต โดยจัดให้มีกองทุนกลางที่ นายจ้างและรัฐช่วยออกเงินสมทบ

ทั้งนี้ พื้นฐานความคิดของการประกันสังคมตั้งอยู่บนทฤษฎีการกระจายความสูญเสียและการลดปัจจัยเสี่ยง (Theory of Distribution of Losses and Elimination of Risks) อันนำไปสู่กฎของการเฉลี่ยความเสี่ยงภัย (Law of Average) ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความสูญเสียและความทุกข์ในหมู่ประชาชนด้วยกันเอง โดยรัฐเป็นผู้เสริมแรง (Enforcer) (สุจริตศรีประพันธ์ และคณะ, 2534)

### หลักการของการประกันสังคม

การประกันสังคมมีหลักการที่ว่า ใ้คือ มุ่งสร้างหลักประกันให้แก่ลูกจ้างและบุคคลอื่น ๆ โดยการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้น เพื่อให้การช่วยเหลือแก่ลูกจ้างและบุคคลอื่น ๆ ที่เป็นผู้ประกันตนในเรื่องเกี่ยวกับการประสบอันตราย การคลอดบุตร การว่างงาน การทุพพลภาพซึ่งเกิดขึ้นแก่ลูกจ้าง และให้หลักประกันในกรณีการเจ็บป่วย ชราภาพ และการตายซึ่งเกิดขึ้นกับทุกๆ คน สำหรับหลักการที่สำคัญมีดังนี้

1. เป็นการให้ความคุ้มครองประชาชน เพื่อให้ผู้ประกันตนสามารถช่วยตัวเองได้ เป็นลักษณะการป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและทดแทนความเสียหายจากการเสี่ยงในสังคม โดยจะให้ความช่วยเหลือหรือจ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนในรูปของตัวเงินหรือสิ่งของ

2. เป็นการให้ประชาชนได้ช่วยตัวเองด้วยการออมและเสียสละเพื่อส่วนรวม โดยผู้ประกันตนต้องเสียสละออกเงินสมทบเข้ากองทุนกลางตามส่วนแห่งเงินรายได้ประจำส่วนหนึ่ง นายจ้างออกอีกหนึ่งส่วนเพื่อเป็นสวัสดิการให้แก่ลูกจ้างของตน และรัฐบาลร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุนกลางอีกหนึ่งส่วน รวมเป็น 3 ส่วน ซึ่งเป็นลักษณะของการให้ผู้ประกันตนได้มีส่วนช่วยตนเองและช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยใช้ทุนกองกลาง

3. เป็นการวางรากฐานความมั่นคงทางสังคม เพราะการประกันสังคมต้องอาศัยความร่วมมือและความเสียสละของทุกฝ่าย ซึ่งเป็นการสร้างความสามัคคีให้แก่สมาชิกในสังคม อันเป็นการเสริมสร้างความมั่นคงให้แก่สังคมมากยิ่งขึ้น

ในปัจจุบันระบบประกันสังคมที่นิยมถือเป็นหลักสากลในทางปฏิบัติ แบ่งออก 8 ประเภท

1. การประกันการเจ็บป่วย (Sickness Insurance) เป็นการให้ความคุ้มครองโดยการจ่ายชดเชยค่าจ้างในรูปเงินสด (Cash Compensation for Wages) และการจัดบริการทางการแพทย์ (Medical Care Service) เพื่อรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติหรือต้องหยุดพักงานเป็นเหตุให้ต้องสูญเสียงานประจำไป

2. การประกันการคลอดบุตร (Maternity Insurance) เป็นการจัดบริการทางการแพทย์ เพื่อให้ลูกจ้างที่เป็นหญิง ได้รับการดูแลตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งการคลอดและการบริบาลทารก รวมทั้งการจ่ายเงินชดเชยในระหว่างหยุดงานก่อนและหลังครบกำหนดคลอดด้วย

3. การประกันอุบัติเหตุและโรครันเกิดจากการทำงาน (Employment Injury Insurance) ผู้ประกันตนจะได้รับบริการทางการแพทย์เป็นพิเศษ โดยได้รับเงินชดเชยค่าจ้างสูงกว่าอัตราการเจ็บป่วยธรรมดา และได้รับเงินทดแทนความพิการทุพพลภาพตามอัตราการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน

4. การประกันการพิการหรือทุพพลภาพ (Invalidity Insurance) หมายถึง การประกันการพิการหรือทุพพลภาพอย่างถาวร และสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานตั้งแต่ 2 ใน 3 ของสมรรถภาพในการทำงานตามปกติ โดยที่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินเลี้ยงชีพหรือบำนาญ พิการทุพพลภาพ การได้รับบริการทางการแพทย์ และเงินชดเชยค่าจ้างในระหว่างหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาล และการให้ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ เช่น การให้กายอุปกรณ์เทียม การจัดหางานให้ทำ เงินทุนประกอบอาชีพ เป็นต้น

5. การประกันการชราภาพ (Old-age Insurance) เป็นการให้ผู้ประกันตนหญิงที่มีอายุครบ 60 ปี และผู้ประกันตนชายอายุ 65 ปีขึ้นไป ได้รับเงินบำนาญชราภาพ และมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์เช่นเดียวกับผู้ประกันตนทั่วไป เมื่อถึงแก่กรรมทายาทมีสิทธิได้รับเงินค่าจัดการศพ และเงินทดแทนการตาย

6. การประกันมรณกรรม (Death Insurance) เป็นการให้ค่าจัดการศพ (Funeral Grant) แก่ทายาทของผู้ประกันตน รวมทั้งการให้ทายาท อันหมายถึงบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ภรรยาหรือสามีที่ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ และผู้อยู่ในอุปการะตามที่กฎหมายกำหนด มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการตาย

7. การประกันการว่างงาน (Unemployment Insurance) เป็นการให้เงินชดเชยค่าจ้างแก่ผู้ว่างงานในระหว่าง 3-6 เดือน ในอัตราครึ่งหนึ่งของค่าจ้างเดิมหรือสูงกว่าและจัดให้ฝึกอาชีพฝีมือ (Skill Labour) ให้พร้อมที่จะประกอบอาชีพ และจัดหางานให้ทำตามความเหมาะสม

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

### การประกันสังคมในประเทศไทย

การประกันสังคมได้มีการก่อตั้งขึ้นในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495 ในสมัยของจอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี โดยมีนโยบายให้ประชาชนมีหลักประกันที่มั่นคงทางสังคม และได้ตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ออกใช้บังคับเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2497 แต่ก็ได้มีเสียงคัดค้านจากประชาชนและสื่อมวลชนต่าง ๆ จนทำให้ต้องระงับการบังคับใช้กฎหมายโดยไม่มีกำหนด (วิชัย โกลสารวจจินดา, 2534) ซึ่งจากการศึกษาของอีกหาญ โดมรงค์ดี (2509)

พบว่าปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้โครงการการประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ต้องประสบความล้มเหลว คือ ในขณะนั้นประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ทำให้เป็นการยากที่จะนำระบบประกันสังคมมาใช้อย่างทั่วถึง ชาดผู้ชำนาญการด้านการประกันสังคมและการวางแผนที่ดี บุคลากรทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ต่างๆ ยังมีจำนวนไม่เพียงพอ จำนวนเงินที่จะนำมาใช้ในการบริหารโครงการไม่เพียงพอ ประชาชนยังขาดความรู้เรื่องการประกันสังคม ทำให้ขาดความร่วมมือในการเก็บเงินสมทบ ตลอดจนความผันผวนทางการเมืองในขณะนั้น

หลังจากนั้นรัฐบาลในสมัยต่อมา ได้มีการทบทวนร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมอยู่เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น ในปี 2507, 2510 และ 2515 ซึ่งในปี 2515 นักวิชาการต่าง ๆ ได้นำระบบกองทุนเงินทดแทนเข้าไปในกฎหมายแรงงาน โดยกำหนดให้กองทุนเงินทดแทนจ่ายทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง กรณีที่ลูกจ้างประสบอันตรายและเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการทำงาน กองทุนเงินทดแทนนี้จะเรียกเก็บเงินสมทบจากนายจ้างที่มีลูกจ้างในสถานประกอบการตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2517 ได้มีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนเงินทดแทนขึ้น สังกัดกรมแรงงานทำหน้าที่เรียกเก็บเงินสมทบจากนายจ้างในอัตราระหว่างร้อยละ 0.2 ถึง 4.5 ของค่าจ้าง โดยพิจารณาจากความเสียหายของสถานประกอบการแต่ละแห่ง เงินสมทบนี้อาจเก็บเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ในแต่ละปีขึ้นกับจำนวนการประสบอันตรายที่เกิดขึ้นในสถานประกอบการนั้น ๆ กฎหมายกองทุนเงินทดแทนจึงถือได้ว่าเป็นแบบแรกเริ่มของการประกันสังคมอย่างหนึ่งของคนไทย

ในปี พ.ศ. 2530 ในสมัยของพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรีได้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมต่อสภาผู้แทนราษฎร แต่ก็ได้มีการยุบสภาเสียก่อน จนกระทั่งในปี 2532 ในสมัยของพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีการนำเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมเข้าสู่สภาผู้แทนราษฎรใหม่ และแต่งตั้งคณะกรรมการวิสามัญขึ้นเพื่อพิจารณา โดยที่สภาผู้แทนราษฎร ได้มีมติรับรองเป็นเอกฉันท์เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2533 และประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2533

อย่างไรก็ตาม ในช่วงก่อนประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ประเทศไทยได้มีโครงการที่หลักการเกี่ยวกับการประกันสังคม ทั้งรูปแบบที่เป็นโครงการที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจและโครงการที่จัดขึ้นโดยรัฐบาลประเภทต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์และการคุ้มครองค่อนข้างหลากหลาย เช่น การฌาปนกิจสงเคราะห์ กองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่ และครูโรงเรียนเอกชน โครงการบัตรสุขภาพ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนเงินสะสม กองทุนเงินทดแทน เป็นต้น (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์และคณะ, 2534)

หลังจากพระราชบัญญัติประกันสังคมมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2533 โดยมีสำนักงานประกันสังคม สังกัดกระทรวงมหาดไทยมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบ โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาในวันที่ 1 กันยายน 2533 มีผลให้ผู้ประกันตนมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2534 ทั้งนี้พระราชบัญญัติประกันสังคมมีสาระสำคัญ โดยสรุปดังนี้

1. ระยะเวลาการครอบคลุมผู้ประกันสังคม

การใช้บังคับนายจ้างและลูกจ้างในทุกกิจการ ยกเว้นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ส่วนราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยในปีแรกครอบคลุมถึงสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป เมื่อถึงปี พ.ศ.2536 จึงขยายไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไปและภายในปี พ.ศ.2537 จะขยายไปสู่การประกันตนโดยสมัครใจ

2. การบริหารงาน

มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้นในกระทรวงมหาดไทย รับผิดชอบในการดำเนินงานพร้อมทั้งบริหารงานในรูปของคณะกรรมการในการกำหนดนโยบายและแนวทางต่างๆ ดังนี้คือ

2.1 คณะกรรมการประกันสังคม ซึ่งเป็นองค์กรไตรภาคี ประกอบด้วยฝ่ายรัฐบาล ฝ่ายนายจ้าง และลูกจ้าง ฝ่ายละ 5 คน และผู้ทรงคุณวุฒิไม่เกิน 5 คน เป็นที่ปรึกษาเพื่อทำหน้าที่วางนโยบายและมาตรการในการประกันสังคม

2.2 คณะกรรมการการแพทย์ ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในการรับบริการทางการแพทย์

2.3 คณะกรรมการอุทธรณ์ ทำหน้าที่วินิจฉัยอุทธรณ์เรื่องของผู้ประกันตนไม่พอใจในคำสั่งของ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมที่สั่งการตามพระราชบัญญัติประกันสังคม

3. การจัดตั้งกองทุนประกันสังคม

มีเงินกองทุนประกันสังคม เพื่อเป็นทุนค่าใช้จ่ายให้ผู้ประกันและค่าบริหารสำนักงานประกันสังคม โดยกองทุนนี้มีเงินสมทบจาก 3 ฝ่าย คือ รัฐบาล นายจ้างและผู้ประกันตนร่วมจ่ายเงินสมทบฝ่ายละ 1.5% รวมเป็น 4.5% ของค่าจ้าง ซึ่งในเงินจำนวนนี้ 2.45 % จะถูกนำมาใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตน

4. สิทธิประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตน

พระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนดประโยชน์ทดแทนไว้ 7 ประการ คือ

4.1 ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

4.2 ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร

4.3 ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ

4.4 ประโยชน์ทดแทนในกรณีตาย

4.5 ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ

4.6 ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน

4.7 ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร

การดำเนินงานในปีแรกผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ทดแทน 4 ประเภท คือ กรณี ประเภทอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่ เนื่องจากการทำงาน การคลอดบุตร ทูพผลภาพ และตาย ต่อจากนั้น ภายใน 6 ปี ผู้ประกันตนจึงได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ โดยเพิ่มอัตราสมทบ ส่วนประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน ยังไม่กำหนดระยะเวลา

อรพรรณ หันจางสิทธิ์ (2522) ได้ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของประชาชนต่อการประกันสุขภาพตามโครงการประกันสังคมแห่งประเทศไทย ซึ่งศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ทัศนคติต่อการประกันสังคมไม่ขึ้นอยู่กับอายุ เพศ สถานะสมรส ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพ แต่ผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือไม่ได้รับสวัสดิการจะมีทัศนคติที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้สูงหรือได้รับสวัสดิการอยู่แล้ว

สมพร สิ้นสมบูรณ์ (2525) ศึกษาเกี่ยวกับการประกันมรดกภาพ โดยศึกษาและวิเคราะห์ ในฐานะประเภทหนึ่งของกฎหมายประกันสังคม ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านประกันสังคมและ คำนวณจากเอกสาร ผลส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการมีการประกันมรดกภาพ โดยขยายมาจากการ ประกันการเจ็บป่วย, การประกันการคลอดบุตร และการประกันชราภาพ โดยเก็บเงินสมทบจาก ฝ่ายนายจ้าง ลูกจ้างและรัฐบาลในอัตรา 1.5:1.5:1.5

จุฬาร โกลากุล (2528) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านประกันสุขภาพของประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์จำนวนตัวอย่าง 500 คน พบว่าเห็นด้วยกับการมีการ ประกันสุขภาพ แต่หน่วยงานควรจัดให้เป็นสวัสดิการหรือทำในรูปแบบการประกันหมู่ ส่วนถ้าให้ รัฐ เป็นผู้ดำเนินการ โดยเก็บภาษีเพิ่มนั้น เป็นทางเลือกที่รองลงมา และถ้าจะให้ซื้อประกันสุขภาพ จะเป็นทางเลือกสุดท้ายที่ประชาชนจะเลือก การซื้อประกันสุขภาพจะแตกต่างกันไปตามอายุ เพศ รายได้และ ระดับการศึกษา (Aviva Ron, 1990)

บุญศรี อัมพรจรัส (2529) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมในโครงการประกันคลอด บุตรของลูกจ้าง โดยศึกษาจากเอกสารและสอบถามลูกจ้างจำนวน 285 คน พบว่าการศึกษา สถานภาพสมรสมีผลกับความต้องการในการเข้าร่วมโครงการ ส่วนเพศ ลักษณะงาน การศึกษา รายได้ มีผลกับความพร้อมที่จะ เข้าร่วมในโครงการประกันการคลอดบุตร

วิจิตร ระวังค์และคณะ (2529) ศึกษาความต้องการและความพร้อมของนายจ้าง และลูกจ้างในการประกันสังคม พบว่า นายจ้างและลูกจ้างส่วนใหญ่มีความต้องการ เข้าร่วมการ ประกันสังคม โดยเลือกการประกันสุขภาพเป็นอันดับหนึ่ง การประกันทุพพลภาพเป็นอันดับสอง และการประกันคลอดบุตรเป็นอันดับสาม

##### 5. บทกำหนดโทษ

กฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายเกี่ยวกับความสงบเรียบร้อยจึงมีบทกำหนดโทษแก่ผู้ซึ่ง ไม่ให้ถ้อยคำ ไม่ส่งเอกสารหลักฐาน หรือข้อมูลเท็จเป็นไปตามคำสั่งของคณะกรรมการ คณะ อนุกรรมการและพนักงานเจ้าหน้าที่ ตลอดจนมีเจตนาไม่กรอกรายการสำรวจ หรือกรอกโดยรู้ ว่าเป็นเท็จ ต้องระวาง โทษจำคุกหรือปรับตามกฎหมาย

ผลกระทบของพระราชบัญญัติประกันสังคมต่อระบบบริการสาธารณสุข (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์และคณะ, 2534)

ประโยชน์ทดแทนที่ผู้ประกันตนได้รับใน 7 ประเภท มีอยู่ 2 ประเภทที่เกี่ยวกับการจัดบริการทางการแพทย์ คือ การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน และการคลอดบุตร ดังนั้น สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนจะได้รับผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขในภาพรวม พอสรุปได้ดังนี้คือ

1. การขยายความครอบคลุมของประกันสุขภาพไปยังประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มลูกจ้าง ในระยะปีแรกตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ใช้บังคับกับสถานประกอบการที่มีผู้ใช้แรงงานตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป โดยจะมีผู้ใช้แรงงานทั้งสิ้นประมาณ 2.5 ล้านคน ที่จะได้รับการคุ้มครองและสามารถเข้าถึงบริการได้ เมื่อพิจารณาถึงผู้ที่อยู่ในข่ายคุ้มครองสุขภาพทุกโครงการแล้ว จะครอบคลุมประชากร 31.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 56 ของประเทศ

2. ความไม่เท่าเทียมในการได้รับบริการสาธารณสุข ระบบบริการสาธารณสุขที่รัฐพยายามจัดให้ประชาชนในกลุ่มต่างๆ ยังไม่ครอบคลุม เมื่อมีระบบการประกันสังคมซึ่งครอบคลุมในกลุ่มลูกจ้าง โดยเฉพาะกลุ่มคนยากจน ซึ่งหากการดำเนินการโครงการประกันสังคมไม่ประสบความสำเร็จ อาจเนื่องมาจากการควบคุมต้นทุนการบริการสาธารณสุขหรือการกระจายของทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข อาจทำให้รัฐบาลต้องนำเงินงบประมาณมาอุดหนุนโครงการประกันสังคม ซึ่งจะก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มชนในประเทศ

3. การเพิ่มขึ้นของการเงินเพื่อการบริการสาธารณสุข การประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 จะเก็บเงินสมทบจาก 3 ฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้างและรัฐบาล โดยแต่ละฝ่ายออกเงินสมทบฝ่ายละ 1.5 % ของค่าจ้างของผู้ประกันตน เงินสมทบดังกล่าว 2.45 % จากเงินสมทบทั้งหมด 4.5 % ของค่าจ้าง จะถูกนำมาใช้สำหรับประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ โดยคาดประมาณว่าจะมีเงินเพิ่มในระบบบริการสาธารณสุข 2,450 ล้านบาท

การจัดบริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

สำหรับประเทศไทยในการดำเนินงานประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้จัดระบบการให้บริการทางการแพทย์ โดยใช้สถานบริการของภาครัฐ หรือเอกชนที่มีอยู่แล้ว (Indirect System) โดยที่สำนักงานประกันสังคมไม่มีโรงพยาบาลของตนเอง ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2534 ได้มีโรงพยาบาลของรัฐทุกโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลเทียบเท่ามาตรฐานโรง



พยาบาลจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขเป็นสถานพยาบาลตามมติคณะรัฐมนตรี รวมทั้งสิ้น 118 แห่ง และมีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วม 18 แห่ง และเพิ่มเป็น 27 แห่งในปี 2535 เนื่องจากในปีแรกสถานพยาบาลเอกชนบางส่วนยังไม่มั่นใจในผลกำไรที่จะได้รับจึงไม่ได้เข้าร่วมมากนักโดยเข้าร่วมเพียง 18 แห่ง หลังจาก 1 ปีผ่านไป ปรากฏว่าสถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมในการประกันสังคมได้รับผลกำไร ทำให้มีผู้เข้าร่วมจำนวนมากขึ้น (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ Sara Bennett, 2535)

สถานพยาบาลประกันสังคมได้จัดให้มีบริการทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในตามมาตรฐานที่กำหนด สถานพยาบาลเหล่านี้จะทำหน้าที่เป็นสถานพยาบาลหลัก (Main contractor) และอาจมีเครือข่าย (Network) เพื่อจุดมุ่งหมายในการให้ความสะดวกแก่ผู้ประกันตนได้อย่างกว้างขวางขึ้นหรือเพื่อรับการรักษายาบาลอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่สถานพยาบาลหลักไม่สามารถจะรักษาได้ (Sub-contractor for primary care or tertiary care) รวมทั้งยังเป็นการสนับสนุนระบบการส่งต่อที่มีอยู่แล้ว ทั้งนี้เครือข่ายของการให้บริการทางการแพทย์ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย

1. โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main-contractor) เป็นศูนย์กลางของเครือข่าย
2. โรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับต้น (Sub-contractor) ประกอบด้วย
  - 2.1 โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/โรงพยาบาลสาขา ในเขตจังหวัดนั้น
  - 2.2 โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดใกล้เคียงที่มีผู้ประกันตนซึ่ง เครือข่ายรับผิดชอบ
3. โรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับตติยภูมิ (Supra-contractor) ประกอบด้วย
  - 3.1 โรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่ใกล้เคียง
  - 3.2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภูมิภาคนั้น
  - 3.3 โรงพยาบาลหรือสถาบันเฉพาะทางของกระทรวงสาธารณสุข
  - 3.4 โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีขีดความสามารถที่เหมาะสม

มีภูมิสำเนาอยู่

สำหรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่โรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม เป็นวิธีเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) อันหมายถึง การที่กองทุนประกันสังคมจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลเป็นรายปีในอัตราเหมาจ่าย 700 บาท/ลูกจ้างหนึ่งคน/ปี โดยที่โรงพยาบาลจะรับผิดชอบในการดูแลรักษายาบาลแก่ผู้ประกันตนที่ลงทะเบียนไว้จนถึงที่สุดสำหรับโรค และบริการที่อยู่ในความคุ้มครองของกองทุนประกันสังคม

จากการศึกษาของสงวน นิตยารัมภ์พงศ์และคณะ (2535) พบว่าการนำรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่โรงพยาบาลโดยใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว ได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบการจัดบริการทางการแพทย์ดังต่อไปนี้



1. ผู้ให้บริการทางการแพทย์ อันหมายถึง โรงพยาบาลสามารถควบคุมต้นทุนได้สะดวก โดยใช้ฐานการคำนวณต้นทุนจากจำนวนผู้ประกันตนที่มาลงทะเบียน เทียบกับจำนวนเงินเหมาจ่ายรายหัว
2. โรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะลดการให้บริการ และการตรวจวินิจฉัยโรคที่ไม่จำเป็น เนื่องจากระบบเหมาจ่ายรายหัวไม่ได้สร้างแรงจูงใจสำหรับแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น
3. มีมาตรฐานการรักษาที่หลากหลายและยากต่อการควบคุม เพราะคุณภาพจะมีความแตกต่างกันในแต่ละแห่งขึ้นกับโรงพยาบาลแต่ละแห่ง
4. เมื่อมีการประกันสุขภาพ ผู้ประกันตนมีแนวโน้มที่จะมารับบริการทางการแพทย์สูงกว่าก่อนที่จะมีการประกันสุขภาพ และมีความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ไว้สูงมาก

การจ่ายเงินประกันสังคมและบริหารจัดการเงินประกันสังคม ได้มีการกำหนดเกณฑ์เพื่อปฏิบัติสำหรับสถานบริการของรัฐ ดังนี้

1. เงินเหมาจ่ายในอัตรา 700 บาท/ผู้ประกันตน 1 คน/ปี (58.33 บาท/เดือน) ที่ได้รับจากสำนักงานประกันสังคมเป็นค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนถือเป็นเงินรายรับของสถานพยาบาล ไม่ต้องนำส่งคลัง เป็นรายได้แผ่นดิน โดยแยกเป็นบัญชีต่างหากจากบัญชีอื่น ๆ
2. สามารถนำเงินเหมาจ่ายมาใช้ตามประเภทต่าง ๆ ดังนี้
  - 2.1 จ่ายเป็นเงินบำรุงเพื่อชดเชยค่ายา เวชภัณฑ์ และพัสดุก่อนที่ใช้ไปเพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน
  - 2.2 จ่ายเป็นเงินกองทุนประกันสังคมให้กับสถานบริการสาธารณสุขอื่น ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน
  - 2.3 กิจการเพื่อการบริหารจัดการในส่วนที่เกี่ยวกับการให้บริการแก่ผู้ประกันตน
  - 2.4 พัฒนาสถานบริการและพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ
  - 2.5 จ่ายเป็นค่าตอบแทนสำหรับบุคลากร
  - 2.6 กิจการอื่นที่จำเป็นในการจัดบริการทางการแพทย์

มาตรฐานของสถานพยาบาลของคณะกรรมการการแพทย์ตามมติคณะกรรมการประกันสังคม (พ.ศ. 2534)

1. ต้องมีเตียงผู้ป่วยในไม่ต่ำกว่า 100 เตียง และให้มีเตียงไว้รองรับผู้ป่วยหนักและฉุกเฉิน
2. อาจมีสถานพยาบาลที่มีแพทย์ประจำเป็นเครือข่ายรองรับได้โดยให้สถานพยาบาลประกันสังคมรับผิดชอบการบริการจนถึงขั้นสุด

3. ให้มีการบริการจัดการ เพื่อรองรับผู้ประกันตนให้เกิดความสะดวกในการรับบริการทางการแพทย์ตามสมควร
  4. เป็นสถานพยาบาลที่มีเตียงไว้รองรับผู้ประกันตนอย่างน้อย 5 เตียงต่อผู้ประกันตน 10,000 คน
  5. ให้มีการบริการทางการแพทย์ไม่ต่ำกว่า 12 สาขาหลักดังต่อไปนี้
    - 5.1 อายุรกรรมทั่วไป
    - 5.2 ศัลยกรรมทั่วไป
    - 5.3 สูติ-นรีเวชกรรม
    - 5.4 กุมารเวชกรรม
    - 5.5 ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
    - 5.6 จักษุวิทยา
    - 5.7 โสต นาสิก ลาริงซ์
    - 5.8 รังสีวิทยา
    - 5.9 วิสัญญีวิทยา
    - 5.10 นิติเวชกรรม
    - 5.11 เวชกรรมป้องกัน
    - 5.12 ยูโรวิทยา หรือตจวิทยา
  6. ให้มีครุภัณฑ์ทางการแพทย์ไม่น้อยกว่ารายละเอียดที่กำหนด
  7. ให้มีบริการการส่งต่อผู้ป่วย
- ในกรณีที่สถานพยาบาลมีมาตรฐานไม่ครบตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของคณะกรรมการการแพทย์

มาตรฐานการรักษายาพยาบาลของคณะกรรมการการแพทย์ตามมติคณะกรรมการประกันสังคม(พ.ศ. 2534)

1. ให้ทำการรักษาพยาบาลเต็มกำลังความสามารถของแพทย์
2. ให้มีบริการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง
3. ให้บริการตรวจรักษาโรค ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด
4. การบริการฉุกเฉิน และการบริการในภาวะปกติของสาขาต่างๆ ต้องทำได้ไม่น้อยกว่ารายละเอียดที่กำหนด ทั้งนี้รวมทั้งการตรวจชั้นสูตรทางคลินิกที่จำเป็น

## ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์

คณะกรรมการการแพทย์ ได้กำหนดความครอบคลุมของประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ดังนี้

1. กลุ่มโรคและบริการที่ครอบคลุมโดยเงินเหมาจ่าย
    - 1.1 กลุ่มโรคและบริการนอกเหนือจากที่ระบุไว้ในข้อ 2 และ ข้อ 3
    - 1.2 เติงผู้ป่วยและอาหาร ให้สถานพยาบาลจัดเตียง และอาหารไว้รับผู้ป่วยประกันตน ที่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาล (ถ้าต้องการพิเศษนอกเหนือจากที่สถานพยาบาลจัดไว้ให้ผู้ประกันตนต้องชำระค่าใช้จ่ายตามที่สถานพยาบาลกำหนด)
    - 1.3 พาหนะรับส่งผู้ป่วย ให้สถานพยาบาลจัดพาหนะรับส่งผู้ป่วยประกันตน เพื่อการรักษาต่อระหว่างสถานพยาบาลในกรณีจำเป็น
    - 1.4 ยาและเวชภัณฑ์ ให้สถานพยาบาลใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ
    - 1.5 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีการให้สุขศึกษาและให้ภูมิคุ้มกันโรคตามโครงการแห่งชาติ (6 โรค)
  2. กลุ่มโรคและบริการที่จ่ายจากเงินสำรอง
    - 2.1 การประสบอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างฉุกเฉิน และเป็นกรณีผู้ป่วยประกันตนได้ไปรับบริการจากสถานพยาบาลนอกเขตท้องที่ที่กำหนดไว้ การคลอดบุตรและการทำหมัน
      - 2.1.1 กรณีประสบอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างฉุกเฉินและได้ไปรับบริการจากสถานพยาบาลนอกเขตท้องที่ หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายกำหนดไว้ดังนี้
        - 75 บาทต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยนอก ปีหนึ่งไม่เกิน 2 ครั้ง (ปัจจุบันปรับเป็น 200 บาทต่อครั้ง)
        - 500 บาทต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยใน ปีหนึ่งไม่เกิน 2 ครั้ง (ปัจจุบันปรับเป็น 1,600 บาทต่อครั้ง)
        - 6,000 บาทต่อการผ่าตัดครั้งหนึ่ง (ปัจจุบันปรับเป็น 10,000 บาทต่อครั้ง และสามารถถอดถอนได้อีก)
- (รายละเอียดอัตราการเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์ดูในตารางที่ 1.1)
- อนวัตนันต์ ศุภชิตกุล, Sara Bennett, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุกัลยา คงสวัสดิ์และ นวลอนันต์ ตันติเกตุ (2535) ได้ศึกษาการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยสำมะโนในกรุงเทพฯ และอีก 8 จังหวัดใน 4 ภาค พบว่าอัตราการขอเบิกประโยชน์ทดแทนค่อนข้างต่ำมาก เพราะมีการ

ขอเบิกเพียง 0.99 ครั้งต่อพันคนต่อปี ทั้งนี้โรคที่พบมากที่สุดประมาณ 37.1 % เป็นกลุ่มโรคอุบัติเกิด และการเป็นพิษ รongลงมา 27.8 % เป็นโรกระบบทางเดินอาหาร สำหรับค่ารักษาพยาบาลพบว่าผู้ประกันตนที่ได้รับการผ่าตัดจากโรงพยาบาลของรัฐ 73.7 % และ โรงพยาบาลเอกชน 8.3 % ของผู้ประกันตนตัวอย่างสามารถเบิกเงินทดแทนค่ารักษาพยาบาลได้ 90-100 % ของค่ารักษาที่จ่ายจริง ผู้ประกันตนที่ไปรับบริการผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลของรัฐ 22.3 % และ โรงพยาบาลเอกชน 6.5 % ของผู้ประกันตนตัวอย่างสามารถเบิกเงินทดแทนค่ารักษาพยาบาลได้ 90-100 % ของค่ารักษาที่จ่ายจริง และผู้ประกันตนที่ไปรับบริการผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลของรัฐ 53.2% และ โรงพยาบาลเอกชน 6.3 % ของผู้ประกันตนตัวอย่างสามารถเบิกเงินทดแทนค่ารักษาพยาบาลได้ 90-100 % ของค่ารักษาที่จ่ายจริง และในกรณีที่ผู้ประกันตนไปใช้บริการฉุกเฉินในโรงพยาบาลของรัฐจะเบิกเงินคืนได้สูงกว่าการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน ทั้งนี้เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยของโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐ 2.1-3.3 เท่า

2.1.2 ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรกำหนดไว้ 2,500 บาท/ครั้ง  
(ปัจจุบันปรับเป็น 3,000 บาท/ครั้ง เมื่อ 28 สิงหาคม พ.ศ.  
2535)

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคนอื่นๆ (2536) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ใน 9 จังหวัด (จังหวัดเดียวกับที่ศึกษาในการเบิกค่ารักษากรณีฉุกเฉิน) พบว่าผู้คลอดบุตรส่วนใหญ่ (82 %) นิยมคลอดที่โรงพยาบาลของรัฐและในกลุ่มที่คลอดในโรงพยาบาลของเอกชนมี 17 % และโรงพยาบาลของเอกชนมีการผ่าตัดทำคลอดทางหน้าท้อง 21 % สูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐบาลซึ่งมีเพียง 15% และเงินที่เบิกได้ 2,500 บาทนั้น ครอบคลุม 80%, 43% และ 14% ของการคลอดปกติ คลอดหัตถการ และการผ่าตัดคลอดหน้าท้องในโรงพยาบาลของรัฐตามลำดับ และครอบคลุม 19%, 7% และ 2% ในโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น ค่าใช้จ่ายที่เกินเพดาน 2,500 บาท ผู้คลอดได้ร่วมจ่าย (copayment) ถึง 1,539 บาท, 3,099 บาท และ 3,338 บาทสำหรับการคลอดดังกล่าวในโรงพยาบาลของรัฐ และจ่ายร่วมสูงถึง 11,344 บาท 18,942 บาท และ 20,456 บาทสำหรับการคลอดดังกล่าวในโรงพยาบาลเอกชน

### 2.1.3 การทำหมัน

- ทำหมันหญิง 200 บาท/ราย
- ทำหมันชาย 400 บาท/ราย

2.2 การรักษาพยาบาล ที่ต้องให้การรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางตามรายการดังต่อไปนี้

2.2.1 การทำไตเทียม (Hemodialysis) กรณีไตวายเฉียบพลัน ให้การรักษาไม่เกิน 60 วัน ครั้งละไม่เกิน 3,000 บาท

2.2.2 การฉีดสารเคมีเพื่อทำลายเนื้อเยื่อในร่างกาย (Chemotherapy) 12,000 บาท/ราย

2.2.3 การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) 100,000 บาท/ราย

2.2.4 การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ภายในร่างกาย จะเบิกค่าวัสดุได้ตามอัตราเดียวกับกระทรวงการคลังกำหนดให้ข้าราชการ

### 3. กลุ่มโรคและบริการที่ไม่ครอบคลุมโดยประกันสังคม

3.1 โรคจิต (วิกลจริต) ยกเว้นชนิดเฉียบพลัน ต้องการรักษารีบด่วน ให้ครอบคลุมการรักษาไม่เกิน 15 วัน

3.2 โรคเดียวกันที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 180 วัน ใน 1 ปี กรณีที่อยู่ในเงินเหมาจ่าย

- การรักษาตัวใน 180 วันแรก

กรณีที่ผู้ประกันตนต้องชำระ เงินเอง

- การรักษาตัวในช่วงหลังจาก 180 วันไปแล้ว

3.3 ทันตกรรม

3.4 การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ

กรณีที่อยู่ในเงินเหมาจ่าย

- การผ่าตัดย้ายอวัยวะภายในตัวผู้ประกันตนเอง

กรณีที่ผู้ประกันตนต้องชำระ เงินเอง

- การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะที่รับจากบุคคลอื่น

3.5 การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างค้นคว้าทดลอง

3.6 การประคบอันตรายหรือเจ็บป่วยซึ่งผู้ประกันตนจงใจให้เกิดขึ้น หรือยินยอมให้ผู้อื่นก่อให้เกิดขึ้น

กรณีที่อยู่ในเงินเหมาจ่าย

- การบาดเจ็บเนื่องจากการดื่มสุรา

กรณีที่ผู้ประกันตนต้องชำระ เงินเอง

- การจงใจกินยาฆ่าตัวตาย

3.7 การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.8 การเปลี่ยนเพศ (การแปลงเพศ)

3.9 การล้างไต ยกเว้นกรณีไตวายเฉียบพลัน ให้ครอบคลุมการรักษาไม่เกิน

60 วัน

3.10 โรคหรือการประสบนตรายอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ

กรณีผู้ประกันตนต้องชำระ เงินเอง

- การบำบัดรักษายาเสพติดให้โทษ
- ภาวะแทรกซ้อนจากการติดยาเสพติดให้โทษ เช่น การติดเชื้อในกระแสโลหิต
- ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอดส์ซึ่งพิสูจน์ได้ว่าเกิดจากการใช้ยาเสพติดให้โทษ

3.11 การผสมเทียม

3.12 การรักษาภาวะมีบุตรยาก

3.13 แวนตาและ เลนส์ เทียม

3.14 การบาดเจ็บหรือโรคซึ่งสืบเนื่องจากการทำงาน

3.15 การตรวจใด ๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น ๆ

ผู้ที่จะให้ความเห็นว่าการรักษานั้นเกินความจำเป็นหรือไม่คือแพทย์ผู้ทำการรักษา กรณีที่แพทย์เห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องทำการตรวจอย่างหนึ่งอย่างใด แต่ผู้ประกันตนยืนยันที่จะขอตรวจ ให้แพทย์ผู้รักษาทำความเข้าใจกับผู้ประกันตนถึงเหตุผลที่ไม่จำเป็น และผู้ประกันตนนั้นต้องชำระ เงินเอง

3.16 การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น

3.17 การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ (Tissue typing)

โรคหรือบริการบางอย่างที่มีค่าใช้จ่ายสูง แต่ไม่ได้กล่าวถึงไว้เลย เช่น การทำ CT scan หรือการสลายน้ำ ให้อยู่ในดุลยวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษาและหัวหน้าสถานพยาบาลนั้นว่ามีความจำเป็นและเหมาะสมเพียงใด

สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนตาม พรบ. ประกันสังคม

ผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุนประกันสังคม ซึ่งมีโครงสร้างของกองทุนดังตาราง 2.1

ตาราง 2.1 แสดง โครงสร้างของกองทุนประกันสังคม

2.45 % ของค่าจ้าง	2.05 % ของค่าจ้าง
เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ - กรณีประสบอันตราย หรือ - เจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน - กรณีคลอดบุตร	เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับประ โยชน์ทดแทน - กรณีทุพพลภาพ - กรณีเสียชีวิต

หมายเหตุ ตามพรบ.นี้้อนุญาตให้นำเงิน 10 % ของ เงินสมทบมาใช้บริหารจัดการกองทุนประกันสังคม

เหมายจ่าย 700 บาท/คน/ปี	เงินสำรอง
----------------------------	-----------

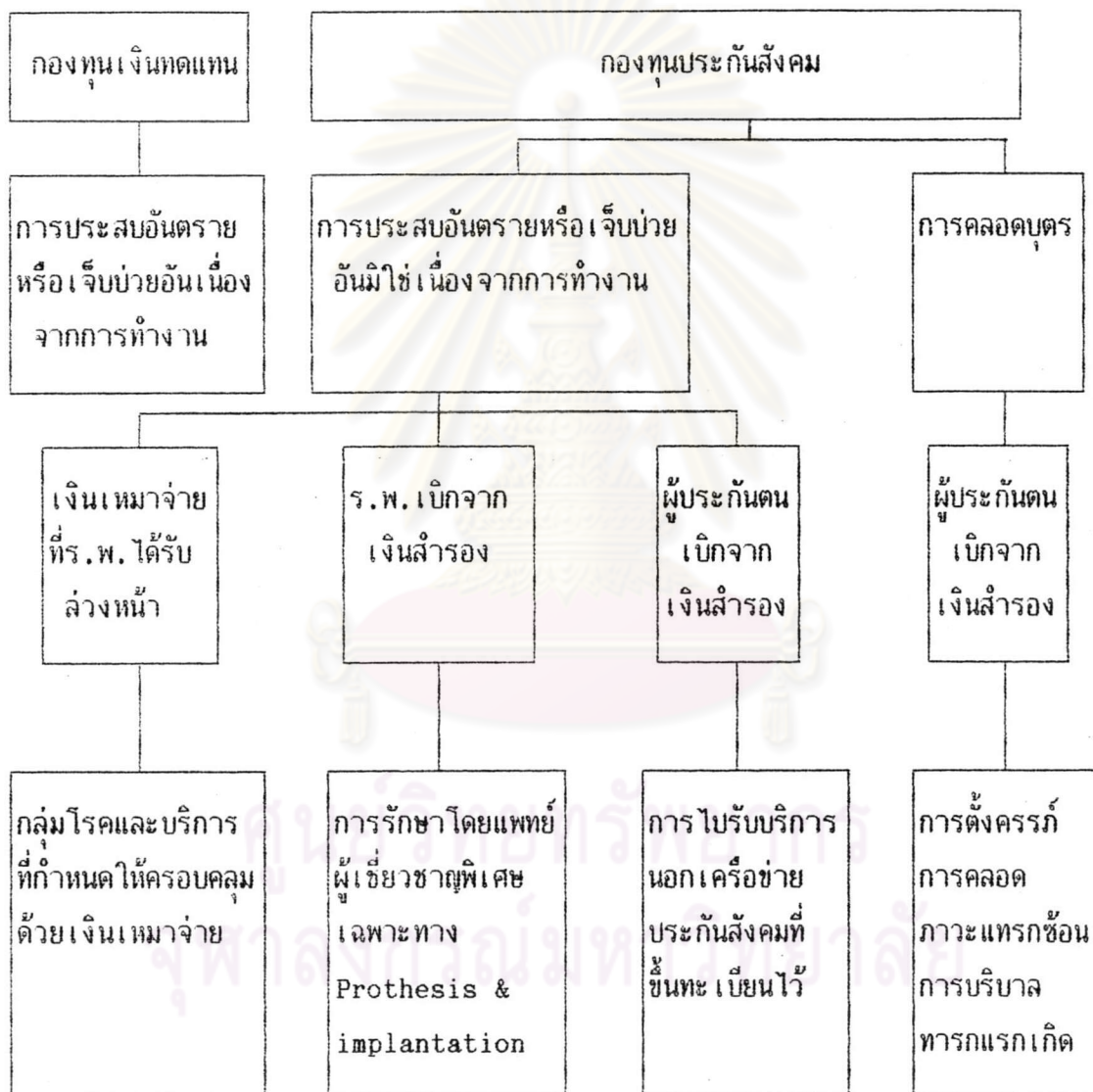
ประโยชน์ทดแทนที่ผู้ประกันตนได้รับ ได้แก่ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ และเงินทดแทนการขาดรายได้ ซึ่งประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์มี 2 กรณี ดังตาราง 2.2

ตาราง 2.2 แสดงประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ที่ผู้ประกันตนได้รับ

กรณีประสบอันตรายหรือ เจ็บป่วย	กรณีคลอดบุตร
ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าบำบัดทางการแพทย์ ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์	ค่าตรวจและฝากครรภ์ ค่าบำบัดทางการแพทย์ ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ ค่าทำคลอด ค่าบริบาลและค่ารักษาพยาบาลทารกแรกเกิด
ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะ รับส่งผู้ป่วย ค่าบริการอื่นที่จำเป็น	ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะ รับส่งผู้ป่วย ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์อาจมีการคาบเกี่ยวระหว่างกองทุนเงินทดแทนกับกองทุนประกันสังคม ตลอดจนวิธีการจ่ายเงินสำหรับกลุ่มโรคหรือการรับบริการบางประเภท อาจแตกต่างกันดังนี้

แผนภูมิที่ 2.1 แสดงประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ระหว่างกองทุนเงินทดแทนกับกองทุนประกันสังคม





ตาราง 2.3 ข้อเปรียบเทียบระหว่างกองทุนประกันสังคมกับกองทุนเงินทดแทน

กองทุนประกันสังคม	กองทุนเงินทดแทน
1. ให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างที่ป่วยไม่ใช้จากการทำงาน การคลอดบุตร การทุพพลภาพ การตาย การสงเคราะห์บุตร การชราภาพ และการว่างงาน	1. ให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างที่เจ็บป่วยจากการทำงาน
2. รัฐบาล นายจ้าง และลูกจ้าง จ่ายเงินสมทบฝ่ายละ เท่าๆ กัน	2. นายจ้างจ่ายเงินสมทบแต่เพียงฝ่ายเดียว อัตราเงินสมทบ 0.2-3 % ของค่าจ้าง แล้วแต่ชนิดความเสี่ยงของสถานประกอบการ
3. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่กำหนด โดยไม่ต้อง เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด	3. จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 30,000 บาท/ครั้ง
4. ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีที่ต้องหยุดงาน ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้าง	4. ได้รับเงินทดแทนในกรณีที่ต้องหยุดงาน ในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้าง
5. กรณีสูญเสียอวัยวะ ไม่ได้ค่าสูญเสียอวัยวะ	5. กรณีสูญเสียอวัยวะจ่ายให้ร้อยละ 60 ของค่าจ้าง เป็นระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี
6. กรณีทุพพลภาพได้เงินทดแทนร้อยละ 50 ของค่าจ้าง เป็นระยะเวลาไม่เกิน 15 ปี	6. กรณีทุพพลภาพได้เงินทดแทนร้อยละ 60 ของค่าจ้าง เป็นระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี
7. กรณีตายได้ค่าทำศพ 100 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวัน แตกต่างกันในแต่ละจังหวัดและภาค	7. กรณีตายได้รับค่าทำศพเป็นเงิน 3 เท่าของเงินเดือน แต่ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทและ ไม่เกิน 10,000 บาท และ ได้รับเงินทดแทนอีกร้อยละ 60 เป็นระยะเวลา 5 ปี

ตาราง 2.4 สรุประเบียบขั้นตอนที่ผู้ประกันตนจะได้รับจากโครงการประกันสังคม

กรณีผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ของแผน	ลักษณะ ประโยชน์ทดแทน		เงื่อนไขการได้สิทธิ์
	(1) การให้บริการทางการแพทย์	(2) ไม้เงินทดแทนในรูปแบบเงินสด	
เจ็บป่วยหรือประสบอันตรายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	สิทธิพยาบาลอันสงเคราะห์ตามขั้นบริบูรณ์สิทธิฯ	ได้รับร้อยละ 50 ของค่าจ้างไม่เกิน 90 วัน/ครั้ง และไม่ได้รับร้อยละ 50 ของค่าจ้างไม่เกิน 365 วัน ตามลำดับกรณีของแพทย์	ไม่น้อยกว่า 90 วัน ภายใน 15 เดือน ก่อนวันเริ่มรักษาทางการแพทย์
	ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย	ไม่ได้รับร้อยละ 50 ของค่าจ้างไม่เกิน 365 วัน ตามลำดับกรณีของแพทย์	
กรณีลดเงิน	กรณีผู้จ่าย	ตามที่มีจ่ายจริงแต่ไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 400 บาท/ปี	ไม่น้อยกว่า 210 วัน ภายใน 15 เดือน ก่อนวันเริ่มรักษาทางการแพทย์
	กรณีผู้รับ	ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย	
กรณีผู้จ่าย	กรณีผู้จ่าย	ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย	ไม่น้อยกว่า 90 วัน ภายใน 15 เดือน ก่อนหยุดภาพ
	กรณีผู้รับ	ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย	
กรณีผู้รับ	กรณีผู้รับ	ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย	ไม่น้อยกว่า 30 วัน ภายใน 6 เดือน ก่อนถึงแก่ความตาย
	กรณีผู้จ่าย	ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย	

### หลักเกณฑ์การไปรับบริการทางการแพทย์

1. กรณีปกติ สถานพยาบาลที่กำหนดในท้องที่ที่ผู้ประกันตนมีสถานที่ทำงานหรือมีภูมิลำเนาอยู่ เว้นแต่ไม่มีสถานพยาบาล
2. กรณีฉุกเฉิน รับบริการที่สถานพยาบาลอื่นได้ โดยจ่ายเงินไปก่อนและ เบิกคืนภายหลัง ไม่เกินอัตราที่กำหนด (รายละเอียดดูตาราง 1.1)

### การขอรับบริการทางการแพทย์

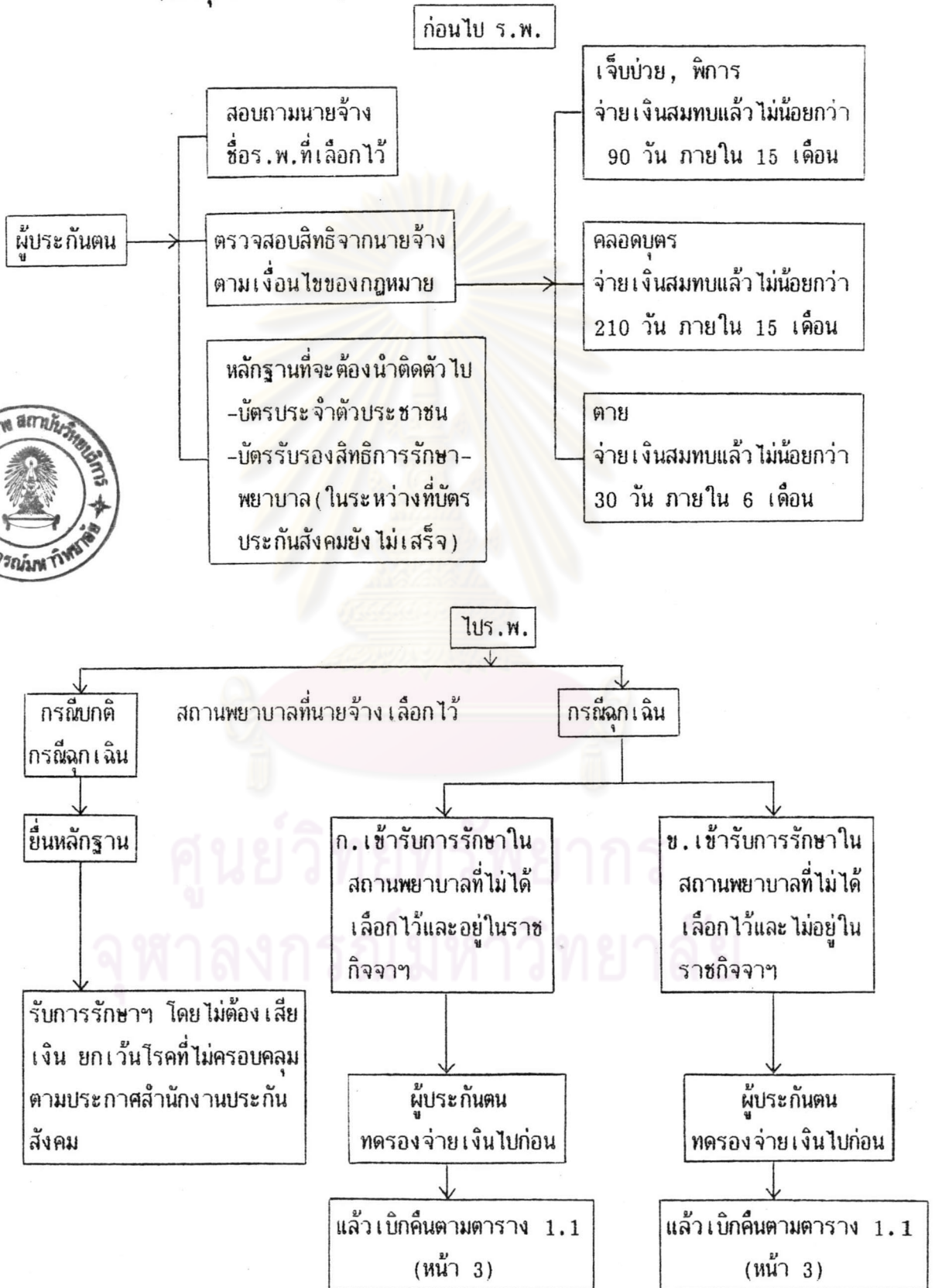
ขั้นที่ 1 ผู้ประกันตนจะต้องตรวจสอบจากนายจ้างว่าได้เลือกสถานพยาบาลใด พร้อมทั้งขอบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ซึ่งในบัตรรับรองสิทธิจะระบุชื่อของสถานพยาบาลไว้เช่นกัน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของผู้ประกันตน ในการขอรับบริการทางการแพทย์ ถ้าไปรักษายังสถานพยาบาลดังกล่าวแล้ว ผู้ประกันตนจะได้รับบริการฟรี ไม่ว่าจะเป็นคนไข้นอกหรือคนไข้ในหรือคนไข้ฉุกเฉิน

ขั้นที่ 2 เมื่อผู้ประกันตนเจ็บป่วยไปขอรับบริการทางการแพทย์ สิ่งสำคัญคือ ผู้ประกันตนจะต้องนำบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (ในอนาคตอาจใช้บัตรประกันสังคมแทน) พร้อมทั้งยื่นบัตรอื่นที่ออกให้โดยทางราชการ เช่น บัตรประจำตัวข้าราชการ ใบอนุญาตขับรถยนต์ ไปแสดงก่อนขอรับบริการทางการแพทย์ จากสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล บัตรนี้ใช้ได้เพียง 6 เดือนเท่านั้น โดยนับตั้งแต่วันที่ปรากฏในบัตร

ขั้นที่ 3 แพทย์จะให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ตามมาตรฐานผู้ป่วยสามัญโดยไม่มีค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด เว้นแต่ใช้ยาพิเศษกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 2.2 แสดงคำแนะนำสำหรับผู้ประกันคนที่มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ (กองทุนประกันสังคม)



### กรอบแนวความคิดในการวิจัย

1 ปี (มิถุนายน 2534-พฤษภาคม 2535) หลังการดำเนินงานตาม พรบ.ประกันสังคม พ.ศ.2533  
จังหวัดสมุทรปราการ

### แผนภูมิที่ 2.3 กรอบแนวความคิดในการวิจัย

ตัวแปรที่สำคัญในการศึกษา

