

บทที่ 3

มาตรการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตน ในกฎหมายประกันสังคมและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องของไทย เปรียบเทียบกับต่างประเทศ

เมื่อมนุษย์เราประสบอันตรายจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย ก็เป็นที่แน่นอนว่าต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลหรือคลินิก โดยถ้าหากเป็นผู้ซึ่งมีความสามารถทางการเงิน ก็จะไม่เกิดปัญหาจากการที่ต้องใช้จ่าย เพื่อรับการรักษาพยาบาลอย่างดีที่สุด แต่ทว่าหากเป็นผู้ซึ่งด้อยความสามารถทางการเงิน ก็จะทำให้เห็นว่า การที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลหรือคลินิกที่มีชื่อเสียง และเพื่อให้ตนได้รับการรักษาอย่างดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุดก็ย่อมเป็นเรื่องยาก ดังนั้น เมื่อวิวัฒนาการทางการแพทย์ได้ก้าวหน้าขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็สูงตามไปด้วย อาทิ ค่าปรึกษาแพทย์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเวชภัณฑ์ เป็นต้น ก็ยิ่งทำให้ความสามารถในการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ดีมีประสิทธิภาพเป็นไปได้ยากขึ้นไปอีก โดยผู้ซึ่งไม่สามารถเลือกการเข้ารับการรักษาพยาบาลได้มากนักก็อาจจะเป็นบุคคลผู้มีรายได้น้อย หรือลูกจ้างซึ่งมีรายได้น้อย ส่วนบุคคลซึ่งมีรายได้น้อยหรือบุคคลซึ่งมีความแข็งแกร่งทางการเงินก็ย่อมจะสามารถหาหลักประกันในการคุ้มครองสุขภาพของตนเองได้¹

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

¹ พิมล เกษมเสาวภาคย์. (2553). ปัญหาการกำหนดค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม เปรียบเทียบกับการประกันสุขภาพในกรมธรรม์ประกันสุขภาพเอกชน. หน้า 60.

ใส่ใจในสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ตนเองพึงได้รับ ส่งผลให้ผู้ประกันตนไม่ได้ใช้สิทธิที่พึงได้ อย่างเต็มที่ และบางครั้งถูกสถานพยาบาลเอาเปรียบ เช่น การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติม หรือ การเรียกเก็บค่ารักษาล่วงหน้าและผู้ประกันตนไปเบิกกับสำนักงานประกันสังคมเอง 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

เนื่องจากการทำงานอีกประเภทหนึ่ง² แต่สำหรับกฎหมายไทยนั้น ได้กำหนดให้ความคุ้มครองลูกจ้างกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานไว้ก่อนที่จะมีกฎหมายประกันสังคม โดยจะอยู่ในเรื่องของกฎหมายเงินทดแทนที่เป็นระบบทวิภาคีที่เป็นการจ่ายเงินสมทบโดยนายจ้างและลูกจ้าง อันเป็นกฎหมายภาคบังคับอีกฉบับหนึ่งและเป็นกฎหมายที่คุ้มครองลูกจ้างหากลูกจ้างประสบอันตรายขณะทำงานหรือในเวลาทำงานเกี่ยวกับการงาน หรือเจ็บป่วยอันเนื่องจากการงานหรือทำงานอันเกี่ยวเนื่องกับประโยชน์ของนายจ้าง³

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 นอกจากนี้ก็ยังมีโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในเครือข่ายของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลหลักที่ทำสัญญาโดยตรงดังกล่าว อีกจำนวน 1,900 กว่าแห่ง ซึ่งหากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลหลักไม่สามารถให้บริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึงหรือให้บริการได้ไม่เพียงพอ ก็สามารถส่งผู้ประกันตนไปยังโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในเครือข่ายเหล่านี้ เพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวก รวดเร็ว และได้รับบริการอย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น โดยผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบของบริการ

² วิจิตรา (ฟุ้งถัดดา) วิเชียรชม. (2540). *กฎหมายประกันสังคม*. หน้า 26.

³ ชีระ ศรีธรรมรักษ์. (2551). *เอกสารประกอบการสอนวิชากฎหมายแรงงานกับปัญหาแรงงาน “วิเคราะห์พระราชบัญญัติประกันสังคม*. หน้า 11.

ทางการแพทย์ สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลดังกล่าวด้วยการแสดงบัตรรับรองสิทธิ⁴

การให้บริการการรักษาพยาบาลภายใต้กฎหมายประกันสังคม เป็นการให้บริการในระบบเหมาจ่าย (Capitation) คือ เป็นวิธีการที่กองทุนประกันสังคมใ้ช้ยู่ขณะนี้ โดยการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่สถานพยาบาล ตามรายหัวของผู้เอาประกันภัยที่เลือกรักษาที่สถานพยาบาลนั้นๆ โดยไม่คำนึงว่าผู้ประกันตนจะเจ็บป่วยหรือไม่ และด้วยวิธีการนี้สถานพยาบาลจะถูกบังคับทางอ้อมให้เน้นการให้บริการแบบป้องกันและลดต้นทุน

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 ซึ่งมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน 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) ผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลคู่สัญญาในระดับที่สูงกว่า เพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น⁶

สำหรับขั้นตอนการรักษาพยาบาล ผู้ประกันตนที่ป่วยจะต้องไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่ตนเป็นสมาชิก หรือเครือข่ายของโรงพยาบาลนั้นๆ ทั้งนี้โรงพยาบาลจะให้การรักษาโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด แต่หากผู้ประกันตนไม่สามารถไปรักษาที่โรงพยาบาลที่กำหนดก็สามารถเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่นอกเหนือจากการที่กำหนดได้ โดยสามารถนำใบเสร็จมาเบิกคืนได้ในอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด เฉพาะในกรณีฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุเท่านั้น⁷

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 ปาโรชาติศรีประเสริฐ. (2541). การให้ความคุ้มครองในระบบประกันสังคม: ศึกษาเปรียบเทียบโครงการประกันสังคมของประเทศไทยและฟิลิปปินส์. หน้า 40.

อันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานได้รับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้ผู้ประกันตนผู้นั้นมีสิทธิไปรับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

- 1) ให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและบำบัดทางการแพทย์จนถึงสุดการรักษา
- 2) ให้ได้รับบริการการกินอยู่และการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลสำหรับคนไข้ใน
- 3) ให้ได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐานไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 4) ให้ได้รับการจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
- 5) ให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยมีการให้สุขศึกษา และภูมิคุ้มกัน

โรคตามโครงการแห่งชาติ

ประเภทการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์

- 1) การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ในระบบเหมาจ่าย (Capitation)
- 2) การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Additional

Payment For High Cost Medical Service)

- 3) การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุ/กรณีฉุกเฉิน/กรณีไม่มีบัตร

รับรองสิทธิ

- 4) การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราการใช้บริการ (Utilization Related)⁸

สำหรับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์นี้ ผู้ประกันตนจะมีสิทธิ

ได้รับสำหรับการประกันสังคมกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน กรณีคลอดบุตร และกรณีทุพพลภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1.1.1 ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน⁹

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข

การประกันสังคมเป็นเรื่องสำคัญที่รัฐบาลของประเทศต่างๆ ในโลกส่วนใหญ่มีระบบประกันสังคมไปใช้ในการให้หลักประกันชีวิตแก่ประชาชนของตน 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 ยกเว้นขอยู่ห้องพิเศษหรือขอแพทย์พิเศษเอง สถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือกถือเป็นสถานพยาบาลหลัก (Main Contractor) ซึ่งสถานพยาบาลหลักนั้นอาจมีสถานพยาบาลเครือข่าย (Sub Contractor) เช่น โรงพยาบาลเล็กๆ หรือคลินิก เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ประกันตน โดยผู้ประกันตนสามารถเข้าไปรักษาพยาบาลได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ในขณะที่เดียวกันถ้าโรคบางโรค โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลรักษาไม่ได้ เช่น การผ่าตัดหัวใจ ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลก็จะส่งตัวไปรักษากับโรงพยาบาลระดับสูง (Supra Contractor) (โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนซึ่งเกินขีดความสามารถของสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลจะให้บริการแก่ผู้ประกันตนได้) ที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลนั้นทำข้อตกลงไว้ โดยค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจะอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

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

สิทธิที่ผู้ประกันตนจะได้รับ

บริการทางการแพทย์ รวมถึงค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดการรักษาโรค ตามประกาศสำนักงานประกันสังคมเรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน แบ่งเป็น 10 กรณี

1. เจ็บป่วยปกติ
2. เจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ
3. ค่าบริการทางการแพทย์ กรณีทันตกรรม (ถอนฟัน อุดฟันและขูดหินปูน)
4. กรณีบำบัดทดแทนไตได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้องด้วย น้ำยาแบบถาวรการผ่าตัดปลูกถ่ายไตการผ่าตัดเปลี่ยนไตและการให้ยาอิริโทรโปอิติน (Erythropoietin)
5. กรณีปลูกถ่ายไขกระดูก (วงเงิน 750,000 บาท)
6. กรณีเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา (วงเงิน 25,000 บาท)
7. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (เช่น เท้าเทียม แขนเทียม ไม้ค้ำยัน เป็นต้น เบิกได้ตามรายการประกาศที่สำนักสังคมกำหนด)
8. กรณีโรคเอดส์ (ผู้ประกันตนสามารถรับยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งพื้นฐานสูตรทางเลือก และสูตรดื้อยารวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ที่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย)
9. กรณีที่มีสิทธิแต่ยังไม่มีบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (เบิกได้เช่นเดียวกับกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินหากจำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเกิน 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 เป็นต้นไปกรณีและผู้ประกันตนเข้าใช้สิทธิการรักษาตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลโรคจิตสามารถเข้าทำการรักษาได้ที่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลที่เลือกไว้โดยไม่เสียค่ารักษาพยาบาล

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

กรณีผู้ประกันตนประสงค์จะทำหมัน

ผู้ประกันตนสามารถเข้าทำหมันได้ โดยเข้าโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือกไว้ในสถานพยาบาลนั้นๆ

โรงพยาบาลบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลตั้งเบิกกับทางสำนักงานประกันสังคมตามกฎหมาย

ผู้ประกันตนชายจ่ายจริงไม่เกิน 500 บาท/ราย

ผู้ประกันตนหญิงจ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท/ราย

กรณีผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เว้นแต่ 14 โรคยกเว้นตามประกาศของสำนักงานประกันสังคมเท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่แล้วโรคที่ยกเว้นการให้สิทธิในการรักษาจะไม่ใช่ความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต เช่น การเสริมสวย การรักษาการมีบุตรยาก ผสมเทียม แวนตา 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) โรคอุจลุมโปงพอง

โดยหลักฐานที่ต้องใช้แสดงเพื่อขอรับบริการทางการแพทยจากโรงพยาบาล ได้แก่

- 1) บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล
- 2) บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้

หมายเหตุ กรณีขอรับค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯ ให้แพทย์ระบุความจำเป็นตองใช้อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯและประเภทอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ฯที่ใช้ด้วย

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- 1) แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน (สปส.2-01)
- 2) ใบรับรองแพทย์ (ระบุข้อมูลโดยละเอียด)
- 3) ใบเสร็จรับเงิน (กรณีฉุกเฉินไม่เข้าโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ)
- 4) หนังสือรับรองจากนายจ้าง (กรณีเบิกเงินทดแทนการขาดรายได้)
- 5) สำเนาบัตรประชาชน
- 6) สติติวันลาของผู้ยื่นคำขอ
- 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) ธนาคารธนาชาติ จำกัด (มหาชน) ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย และธนาคารซีไอเอ็มบีไทย จำกัด (มหาชน)

กรณีประสบอันตรายหรือบาดเจ็บฉุกเฉิน

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

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข

ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายกรณีผู้ประกันตนไม่สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลเนื่องจากประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดและแจ้งโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลโดยเร็ว โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ตามความจำเป็นไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์

โดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการและโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล จะต้องรับผิดชอบการให้บริการทางการแพทย์ต่อจากโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลนับตั้งแต่วันที่ได้รับแจ้ง สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นก่อนการแจ้ง ซึ่งผู้ประกันตนสำรองจ่ายสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉินหรือประสบอันตรายได้ดังนี้

1) ถ้าเป็นโรงพยาบาลรัฐบาล จ่ายให้ตามจริงตามความจำเป็นพร้อมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินวันละ 700 บาท

2) ถ้าเป็นโรงพยาบาลเอกชน จ่ายให้ดังนี้

กรณีผู้ป่วยนอก (กรณีที่ไม่เข้าโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ)

1) สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์ ค่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท

2) สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์ ค่าที่จ่ายจริงเกิน 1,000 บาทได้หากมีการตรวจรักษาเพิ่มเติมตามรายการในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ดังนี้

(1) การได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ค่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 500 บาท ต่อหน่วย

(2) สารต่อต้านพิษจากเชื้อบาดทะยักชนิดทำจากมนุษย์ ค่าที่จ่ายจริง 400 บาทต่อราย

(3) ค่าฉีดวัคซีน/เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

1. Rabies Vaccine เฉพาะเข็มแรก ค่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 200 บาท

2. Rabies antiserum-ERIG เฉพาะเข็มแรก ค่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท

3. Rabies antiserum-HRIG เฉพาะเข็มแรก ค่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 8,000 บาท

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์กำหนด

(4) อัลตราซาวด์เฉพาะกรณีภาวะฉุกเฉินเฉียบพลันในช่องท้อง ค่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท ต่อราย

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

(6) การขูดมดลูก ค่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 2,500 บาท ต่อรายเฉพาะกรณีที่มีภาวะตกเลือดหลังการคลอดหรือภาวะตกเลือดจากการแท้งบุตร

(7) ค่าพินคีนซีฟรวมค่ายาและอุปกรณ์ ค่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 4,000 บาท ต่อราย

(8) กรณีที่มีการสังเกตอาการในห้องสังเกตอาการตั้งแต่ 3 ชั่วโมงขึ้นไป ค่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 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) ค่าพินคินซีพรวมค่ายาและอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 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

กรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายฉุกเฉินผู้ป่วยประกันตนสามารถขอรับค่าบริการทางการแพทย์ได้โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง

วิธีการเบิกสิทธิประโยชน์

- 1) ทดรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน
- 2) ขอใบรับรองแพทย์ระบุเหตุผลของการฉุกเฉินหรือมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน/อุบัติเหตุถึงอาการที่เกิดขึ้นว่ามีอย่างไรบ้าง

3) ขอใบเสร็จรับเงินแสดงค่าใช้จ่ายโดยละเอียดเบิกคืน ได้กับสำนักงานประกันสังคม
เขตพื้นที่/จังหวัด/สาขาตามอัตราที่ประกาศได้ทุกแห่งทั่วประเทศ

หลักเกณฑ์อาการฉุกเฉินวัดจาก

- (1) คูอาการป่วย
- (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) สลิดิววันลาของผู้ยื่นคำขอ
- 6) เอกสารหลักฐานอื่นหาเจ้าหน้าที่ขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา
- 7) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ธนาคารหน้าแรกที่มีชื่อ-เลขที่บัญชี (กรณีขอรับ

เงินทางธนาคาร) 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 เพื่อจะได้รับผิชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อไป สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นก่อนการแจ้งให้โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ทราบสำนักงานประกันสังคม จะรับผิชอบค่าใช้จ่ายภายใน 3 วัน (72 ชั่วโมง) ตามประเภทและอัตราที่ประกาศกำหนด

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

เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ ไม่ว่าจะกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน 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 ได้

หากมีการตรวจรักษาตามรายการในประกาศ ดังนี้

1. การให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด การฉีดสารต่อต้านพิษจากเชื้อบาดทะยัก

2. การฉีดวัคซีนหรือเซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเฉพาะเข็มแรก การตรวจอัลตราซาวด์

3. กรณีที่มีภาวะฉุกเฉินเฉียบพลันในช่องท้อง การตรวจด้วย CT-SCAN หรือ MRI จ่ายตามเงื่อนไขที่กำหนดการควบคุมดูแล

4. กรณีตกเลือดหลังคลอดหรือตกเลือดจากการแท้งบุตร ค่าพินคินซีฟและ
5. กรณีที่มีการสังเกตอาการในห้องสังเกตอาการตั้งแต่ 3 ชั่วโมงขึ้นไป

2) กรณีผู้ป่วยใน

- (1) ค่ารักษาพยาบาล กรณีที่ไม่ได้รักษาในห้อง ICU เบิกได้ไม่เกินวันละ 2,000 บาท
- (2) ค่าห้องและค่าอาหารไม่เกินวันละ 700 บาท
- (3) ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาลกรณีการรักษาในห้อง ICU เบิกได้ไม่เกินวันละ 4,500 บาท
- (4) กรณีที่มีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ เบิกได้ไม่เกินครั้งละ 8,000 - 16,000 บาท ตามระยะเวลาการผ่าตัด
- (5) การพินคินซีฟรวมค่ายาและอุปกรณ์ไม่เกิน 4,000 บาท
- (6) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และหรือเอ็กซเรย์ เบิกได้ในวงเงินไม่เกินรายละ 1,000 บาท

(7) กรณีมีความจำเป็นต้องตรวจวินิจฉัยพิเศษได้แก่ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง การตรวจคลื่นสมอง การตรวจอัลตราซาวด์ การสวนเส้นเลือดหัวใจและเอ็กซเรย์ 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 กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่ เนื่องจากการทำงาน (ทันตกรรม) ประกาศ ณ วันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2553 โดยประกาศฉบับนี้ให้ใช้ บังคับตั้งแต่วันที่ 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 ปี นับตั้งแต่วันที่ใส่ฟันเทียมนั้น 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) กรณีผู้ประกันตนได้รับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวรแล้วล้มเหลวให้มีสิทธิเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายอยู่

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

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไต

1) บทนิยาม

การบำบัดทดแทนไต หมายความว่า กรรมวิธีบำบัดทดแทนการทำงานของไต เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเกื้อบปกติ

2) หลักเกณฑ์ที่มีสิทธิยื่นขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต

(1) กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร ต้องเป็นผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามหลักวิชาการแพทย์

(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 เท่ากับหรือน้อยกว่า 5ml/min อยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้กรณีตามข้อ 3.1 และ 3.2 จะต้องมึขนาดของไตเล็กทั้ง 2 ข้าง (Bilateral small contracted kidneys) จากหลักฐานการตรวจทางรังสีวิทยาอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม ยกเว้น โรคที่ขนาดของไตไม่เล็ก ในกรณีมีข้อบ่งชี้อื่นนอกเหนือจากข้อ 3.1 และ 3.2 ให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์ โดยอ้างอิงเหตุผลจากหลักวิชาทางการแพทย์

4) ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับบริการทาง โดยการบำบัดทดแทนไตจะต้องยื่นคำขอ ต่อสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่/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 และเลขานุการหรือผู้ที่เลขานุการมอบหมายเป็นผู้มีอำนาจอนุมัติการได้รับสิทธิบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไต

6) ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตเท่าที่จ่ายจริง หรือเหมาจ่ายแล้วแต่กรณีและเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดดังต่อไปนี้

(1) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิจะต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง เว้นแต่ การเข้ารับการรักษาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสัปดาห์แรก หรือผู้ประกันตนเสียชีวิต หรือคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายได้ให้ความ

เห็นชอบการไม่อยู่ภายใต้เงื่อนไขแห่งจำนวนครั้ง ระยะเวลา และสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดดังกล่าว

(2) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิเข้ารับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร จะต้องได้รับการตรวจรักษาจากอายุรแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง

การปลูกถ่ายไต

(1) ผู้ประกันตนจะต้องได้รับอนุมัติให้มีสิทธิก่อนการปลูกถ่ายไตและจะต้องปลูกถ่ายไตในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมและสถานพยาบาลดังกล่าว จะดำเนินการให้บริการทางการแพทย์ตามข้อกำหนด ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้รับไต (Recipient)

ข. คุณสมบัติของผู้บริจาคไตซึ่งมีชีวิต (Living Related Donor)

ค. คุณสมบัติของผู้บริจาคไตซึ่งเสียชีวิต (Cadaveric Donor) ให้เป็นตามกฎข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม และตามประกาศแพทยสภา เรื่อง เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตายและตามหลักเกณฑ์ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

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

(3) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนตามข้อ 6.3ง (3) จะต้องรับบริการทางการแพทย์หลักการปลูกถ่ายไต ได้แก่ การตรวจรักษา ยาควบคุมภูมิคุ้มกัน การตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยาควบคุมภูมิคุ้มกันและอื่นๆ ตามดุลพินิจของแพทย์กับสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกรณีปลูกถ่ายไตกับสำนักงานประกันสังคม

(4) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไต ดังนี้

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

ข. ค่าใช้จ่ายระหว่างการปลูกถ่ายไตตามโปรโตคอล (Protocol) ในภาวะปกติ ในอัตรา 143,000 - 292,000 บาท ต่อราย และภาวะแทรกซ้อนในอัตรา 23,000 – 493,000 บาท ต่อราย โดยครอบคลุมผู้ประกันตนและผู้บริจาคไต เป็นเวลา 60 วันนับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต รวมทั้งรักษาภาวะการสลับไตอย่างเฉียบพลัน (Acute rejection) ของผู้ประกันตนเป็นเวลา 2 ปี นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ค. ค่าใช้จ่ายหลังจากปลูกถ่ายไตสำหรับสถานพยาบาลที่ปลูกถ่ายไตให้แก่ผู้ประกันตนซึ่งมีสิทธิตามประกาศฉบับนี้ โดยครอบคลุมการตรวจรักษา ยาควบคุมภูมิคุ้มกัน ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจปัสสาวะ ตรวจระดับยาควบคุมภูมิคุ้มกันเหมาจ่ายในอัตราดังต่อไปนี้

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 กรณีผู้ประกันตนซึ่งป่วยอันเนื่องมาจากมีภาวะแทรกซ้อนให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดตั้งแต่ 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 และอยู่ในระหว่างการได้รับยาควบคุมภูมิคุ้มกัน ถือเป็นผู้มีสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีหลังปลูกถ่ายไตตามข้อ 6.3ง (3) ซึ่งผู้ประกันตนจะต้องยื่นคำขอตามข้อ 2 และข้อ 4.2 เพื่อให้ได้รับการพิจารณาตามข้อ 5

8) กรณีการให้ยา Erythropoietin

(1) ผู้ประกันตนซึ่งมีสิทธิยื่นขอรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin ต้องเป็นผู้ประกันตนซึ่งได้รับอนุมัติจากเลขานุการหรือผู้ที่เลขานุการมอบหมายให้ได้รับสิทธิการบำบัดทดแทนไตตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมเรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่ เนื่องจากการทำงานกรณีบำบัดทดแทนไต

(2) ผู้ประกันตนซึ่งได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานประกันสังคม ที่มีภาวะโลหิตจางระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) เท่ากับหรือน้อยกว่า ร้อยละ 39 อันมีสาเหตุ จากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสิทธิได้รับยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่ทำความตกลง กับสำนักงานประกันสังคมในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างช่องท้องด้วยน้ำยา อย่างถาวร และสถานพยาบาลดังกล่าวสามารถขอเบิกค่ายาตามข้อ 8.3 ข้อ 8.6 และข้อ 8.7

(3) สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการให้บริการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องให้อายุรแพทย์โรคไต ประจำหน่วยบริการออกหนังสือรับรองตามแบบสำนักงานประกันสังคมที่กำหนด

(4) ผู้ประกันตนซึ่งประสงค์จะได้รับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีการให้ยา Erythropoietin จะต้องยื่นคำขอรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin ต่อสำนักงาน ประกันสังคมเขตพื้นที่/จังหวัด/ สาขาที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิ ทั้งนี้ จะต้องแนบเอกสาร หลักฐานประกอบคำขอดังต่อไปนี้

ก. แบบขอรับคำบำบัดทดแทนไต กองทุนประกันสังคม

ข. หนังสือรับรองการขอรับยา Erythropoietin ตามข้อ 8.3

(5) ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มี อำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบตามข้อ 8.2 และข้อ 8.4 ให้ผู้ประกันตนตามข้อ 8.1 มีสิทธิรับสิทธิ ประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin และได้รับการอนุมัติจากเลขานุการหรือผู้ซึ่งเลขานุการ มอบหมาย

(6) สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ให้กับผู้ประกันตนซึ่งได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไต ตามระดับความเข้มข้นของ โลหิตในแต่ละเดือนดังต่อไปนี้

ก. กรณีที่ผู้ประกันตนมีผลการตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) เท่ากับ หรือต่ำกว่าร้อยละ 36 สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาล

ที่จ่ายยา Erythropoietin ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด และไม่เกินสัปดาห์ละ 1,125 บาท

ข. กรณีที่ผู้ประกันตนมีผลการตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) สูงกว่า ร้อยละ 36 แต่ไม่เกินร้อยละ 36 สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับ สถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดและไม่เกินสัปดาห์ละ 750 บาท

ในกรณีผู้ประกันตนมีผลการตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) สูงกว่าร้อยละ 39 ไม่มีสิทธิเบิกจ่ายยา Erythropoietin ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

(7) สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมให้บริการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องจัดยา Erythropoietin ในราคาตาม ประกาศนี้หากผู้ประกันตนประสงค์ใช้ยาที่มีราคาสูงกว่าที่กำหนด สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บ ค่ายาเฉพาะส่วนเกินแต่ทั้งนี้จะต้องเป็นไปตามราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในกรณีฉีดยา ให้กับสถานพยาบาล ในอัตราเข็มละ 50 บาทต่อครั้ง

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขโรคสมองและโรคหัวใจ

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ ผู้ประกันตนซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานคณะกรรมการการแพทย์ จึงได้มีมติให้แก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานซึ่งคณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 15 (2) และมาตรา 63 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข

การผ่าตัดสมอง ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ดังนี้

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

2) ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อรักษาเกี่ยวกับเยื่อหุ้มสมองหรือสมองและมี โรคแทรกซ้อน เช่น มีการติดเชื้อในกะโหลกศีรษะ ซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ ปอดอักเสบ ไตวาย เลือดปัสสาวะ เป็นต้น ไม่เกิน 30,000 บาท ต่อราย

3) ได้รับการผ่าตัดถึงในเนื้อสมองและผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวนานเกิน 15 วัน ไม่เกิน 30,000 บาท ต่อราย

- 4) ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับหลอดเลือดในสมอง และต้องใช้อุปกรณ์พิเศษไม่เกิน 30,000 บาท ต่อราย
 - 5) ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธี Balloon Embolization ไม่เกิน 30,000 บาท ต่อราย สำหรับการรักษากายไตเงื่อนไข ซึ่งจะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 6) อุดหลอดเลือดเพื่อรักษาพยาธิสภาพของหลอดเลือด เช่น Intracranial Aneurysm หรือ Arteriovenous Malformation
 - 7) ใช้ห้ามเลือดที่ออกในอวัยวะภายใน (Internal Organ Bleeding) หรือในหลอดเลือดที่ผิดปกติ
 - 8) ใช้อุดกั้นหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งหรือเนื้องอก การพิจารณาให้การรักษาร่วมกับดุลพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของสำนักงานประกันสังคม
 - 9) ได้รับการรักษาโรคสมองด้วยวิธี Stereotactic Radiosurgery ไม่เกิน 50,000 บาท ต่อราย สำหรับการรักษากายไตเงื่อนไขซึ่งจะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 10) Arteriovenous Malformation
 - 11) เนื้องอกสมองส่วนลึก (Deep Seated Brain Tumor)
 - 12) มะเร็งแพร่กระจายสู่สมอง (Metastatic Brain Tumor) ที่สามารถควบคุม Local disease การพิจารณาให้การรักษาร่วมกับดุลพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของสำนักงานประกันสังคม
 - 13) การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อราย
 - 14) การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Bypass) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อราย
 - 15) การรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้สายบอลูนผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous Balloon Valvuloplasty) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 20,000 บาท ต่อราย
 - การรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ
 - 1) กรณีการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่บอลูนอย่างเฉียบพลัน ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินครั้งละ 30,000 บาท ให้มีสิทธิได้รับไม่เกิน 2 ครั้ง
 - 2) กรณีการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่หัวกรอ ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละ 40,000 บาท ให้มีสิทธิได้รับไม่เกิน 2 ครั้ง
- สำหรับกรณีที่ต้องใส่อุปกรณ์ Stent ให้จ่ายในอัตราอันละ 25,000 บาท ให้มีสิทธิได้รับครั้งละไม่เกิน 2 อัน

3) การปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องบน (ASD) ทางสายสวนหัวใจ โดยใช้ Amplatzer™ Septal Occluder ในสถานพยาบาลที่มีบริการพิเศษและโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้จ่ายค่ารักษาและค่าอุปกรณ์การรักษาท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินครั้งละ 100,000 บาท ต่อราย

4) การใส่อุปกรณ์เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) ให้จ่ายค่าอุปกรณ์เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (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 ที่เกิดขึ้นเองอยู่เรื่อยๆ 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 ขึ้นเองอยู่เรื่อยๆ ในผู้ป่วยที่ไม่พบโรคหัวใจและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น

10) การผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) ให้เป็นดุลพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของสำนักงานประกันสังคมและต้องทำการผ่าตัดใส่อุปกรณ์ดังกล่าว ในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด กรณีการผ่าตัดใส่อุปกรณ์เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD)

โรงพยาบาลศิริราช

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

โรงพยาบาลราชวิถี

สถาบันโรคทรวงอก

โรงพยาบาลรามาราชบุรี

โรงพยาบาลตำรวจ

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

โรงพยาบาลยะลา

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

เงื่อนไขการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ เป็นผู้เบิกโดยตรงกับสำนักสิทธิประโยชน์ สำนักงานประกันสังคม โดยมีเงื่อนไขและขั้นตอนการเบิกจ่าย ดังนี้

ขั้นตอนการยื่นขอค่ารักษาโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธี Balloon Embolization

1) สถานพยาบาลยื่นเรื่องพร้อมแนบสำเนาเวชระเบียนของผู้ประกันตนที่สำนักสิทธิประโยชน์ สำนักงานประกันสังคม

2) พนักงานเจ้าหน้าที่รับเรื่อง และส่งหาหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์ของสำนักงานประกันสังคม เพื่อพิจารณาให้ความเห็นว่าการรักษาผู้ประกันตนด้วยวิธี Balloon Embolization เป็นไปตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้ตามที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ กำหนดหรือไม่

3) กรณีที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์ของสำนักงานประกันสังคมพิจารณาแล้วให้ความเห็นว่าการรักษาผู้ประกันตนเป็นไปตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้ที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ กำหนดให้มีสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 30,000 บาท ต่อราย

ขั้นตอนการยื่นขอคำรักษาโรคมองด้วยวิธี Stereotactic Radiosurgery

- 1) สถานพยาบาลยื่นเรื่องพร้อมแนบสำเนาเวชระเบียนของผู้ประกันตนที่ สำนักสิทธิประโยชน์สำนักงานประกันสังคม
- 2) พนักงานเจ้าหน้าที่รับเรื่องและส่งหาหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์ของสำนักงานประกันสังคม เพื่อพิจารณาให้ความเห็นว่าการรักษาผู้ประกันตนด้วยวิธี Stereotactic Radiosurgery เป็นไปตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้ตามที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ กำหนดหรือไม่
- 3) กรณีที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์ของสำนักงานประกันสังคมพิจารณาแล้วให้ความเห็นว่าการรักษาผู้ประกันตนเป็นไปตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้ที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ กำหนดให้มีสิทธิเบิกคำรักษาพยาบาลในอัตราเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 50,000 บาท ต่อราย

ขั้นตอนการยื่นขอค่าอุปกรณ์เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) และสาย

1. สถานพยาบาลยื่นเรื่องพร้อมแนบสำเนาเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ สำนักสิทธิประโยชน์สำนักงานประกันสังคม
 2. พนักงานเจ้าหน้าที่รับเรื่องและส่งหาหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคหัวใจของสำนักงานประกันสังคมเพื่อพิจารณาให้ความเห็นว่าการผ่าตัดใส่อุปกรณ์เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) เป็นไปตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้ตามที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ กำหนดหรือไม่
 3. สถานพยาบาลมีสิทธิเบิกค่าอุปกรณ์เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินรายละเอียด 200,000 บาท และสายไม่เกินรายละเอียด 100,000 บาท ได้ต่อเมื่อ
 4. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคหัวใจของสำนักงานประกันสังคมให้ความเห็นว่าการผ่าตัดใส่อุปกรณ์เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติให้กับผู้ประกันตนเป็นไปตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้ที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ กำหนด
 5. ผู้ประกันตนได้รับการผ่าตัดใส่เครื่องอุปกรณ์เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) และสายในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
- กรณีการรักษาโรคมะเร็ง 7 ชนิด ตามแนวทางที่กำหนด (Protocol)
หลักเกณฑ์และเงื่อนไข
การรักษาโรคมะเร็งให้จ่ายคำรักษาพยาบาลตามคณะกรรมการการแพทย์ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น 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) เหม่าจ่ายเป็นเงิน 500,000 บาท (ห้าแสนบาทถ้วน)

(2) ค่าบริการทางการแพทย์นับตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนได้รับไขกระดูก (Stem cell) จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาล เหม่าจ่ายเป็นจำนวนเงิน 250,000 บาท (สองแสนห้าหมื่นบาทถ้วน)

2) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจเนื้อเยื่อ เพื่อปลูกถ่ายไขกระดูกสำหรับผู้ประกันตนในรายที่ไม่สามารถทำการปลูกถ่ายไขกระดูกได้ตามหลักเกณฑ์และอัตราดังนี้

(1) ผู้ประกันตนจะต้องได้รับการอนุมัติจากสำนักงานให้เข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูกก่อนที่จะเข้ารับตรวจเนื้อเยื่อ

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

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการปลูกถ่ายไขกระดูก

1) ผู้ประกันตนจะต้องเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ดังต่อไปนี้

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

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

(3) มะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลัน (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 ที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองเกิน 10 ต่อมาแล้ว

(7) ไขกระดูกผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง (Myelodysplastic Syndrome) ชนิดโลหิตจางแบบคือต่อการรักษานิดมีบลาสมาก (Refractory Anemia with Excess Blast) หรือโลหิตจางแบบคือต่อการรักษานิดมีบลาสมากและเซลล์อยู่ในระยะการเปลี่ยนแปลง (Refractory Anemia with Excess Blast in Transformation) หรือ ไมอีโตโมโนไซติกลิวคีเมียชนิดเรื้อรัง (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) จะต้องมียุไม่เกิน 55 ปี และผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคในลำดับที่ (8) จะต้องมียุไม่เกิน 60 ปี

4) กรณีที่ผู้ประกันตนได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกแล้วกลับเป็นโรคเดิมซ้ำให้ผู้ประกันตนมีสิทธิยื่นเรื่องขอรับการพิจารณาอนุมัติการปลูกถ่ายไขกระดูกใหม่

5) ให้คณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำแก่สำนักงานในการพิจารณาอนุมัติให้ผู้ประกันตนเข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูก

6) ให้ผู้ประกันตนซึ่งได้รับการอนุมัติให้ปลูกถ่ายไขกระดูก ไปเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยเหตุหรือโรคอื่นๆ จากสถานพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ปลูกถ่ายไขกระดูกในช่วงระยะเวลาของกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูก

แนวปฏิบัติกรณีผู้ประกันตนขอรับประโยชน์ทดแทนในการปลูกถ่ายไขกระดูก

ผู้ประกันตนซึ่งประสงค์จะขอใช้สิทธิประโยชน์กรณีการปลูกถ่ายไขกระดูกจะต้องยื่นเอกสารขอรับสิทธิประโยชน์

กรณีปลูกถ่ายไขกระดูกต่อสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ผู้ประกันตนประสงค์จะขอใช้สิทธิ ทั้งนี้ต้องแนบเอกสาร 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

โรคและบริการที่ไม่มีสิทธิได้รับการทางการแพทย์ (กลุ่ม 14 โรคยกเว้น)

1) โรคหรือการประสบอันตรายอันเนื่องจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

2) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ประเภทคนไข้ในเกิน 180 วันใน 1 ปี

3) การบำบัดทดแทนไต กรณีไตวายเรื้อรัง ยกเว้น กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีสิทธิได้รับการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 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 แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนถึงสิ้นสุด

กระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่คณะกรรมการการแพทย์รับรอง และได้ทำความตกลงไว้กับสำนักงานในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกรณีการปลูกถ่ายไขกระดูกตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด

(2) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระดูก 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) แวนตา

3.1.1.2 ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

หลักเกณฑ์และสิทธิประโยชน์¹⁰

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

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 ถ้าเป็นสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิหรือเครือข่ายของสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิของผู้ประกันหรือของกลุ่มสมรสหรือของสามีหรือไม่ 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) กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีคลอดบุตรในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิก่อนวันที่ 1 มกราคม 2550 แต่มีการคลอดบุตรตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2550 ตั้งแต่เวลา 00.00 น. เป็นต้นไป สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิยังต้องรับผิดชอบจนถึงสิ้นสุดการรักษาผู้ประกันตนไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล 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. 2533 โดยประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 เป็นต้นไป

(1) คลอกบุตรที่ได้ก็ได้ ให้วินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย กรณีคลอกบุตร ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา 13,000 บาท ต่อการคลอกบุตรหนึ่งครั้ง

(2) กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีคลอกบุตรในสถานพยาบาลตาม บัตรรับรองสิทธิฯ ก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 แต่มีการคลอกบุตรตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 ตั้งแต่เวลา 00.00 น. เป็นต้นไป ในกรณีที่ผู้ประกันตนเจ็บป่วยในช่วงที่มีการตั้งครรถ์ให้ ผู้ประกันตนเข้าทำการรักษา ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่า รักษาพยาบาล ส่วนการเบิกค่าคลอกบุตรให้วินิจฉัยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายกรณีคลอก บุตรให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา 13,000 บาท ต่อการคลอกบุตรหนึ่งครั้ง

(3) สำหรับผู้ประกันตนหญิงมีสิทธิรับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอกบุตร เหมาจ่ายในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 90 วัน

หมายเหตุ : กรณีสามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ให้ใช้สิทธิในการเบิกค่าคลอกบุตร รวมกันไม่เกิน 4 ครั้ง โดยบุตรที่นำมาใช้สิทธิเบิกค่าคลอกบุตรแล้วไม่สามารถนำมาขอรับ ค่าคลอกบุตรได้อีก

การเบิกสิทธิประโยชน์กรณีคลอกบุตรที่เริ่มจ่ายตั้งแต่ปี 2535-2554

1) เงินค่าคลอกบุตรเหมาจ่ายจำนวน 13,000 บาท ต่อการคลอกบุตรหนึ่งครั้ง (เริ่มจ่าย วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 - ปัจจุบัน)

2) เงินค่าคลอกบุตรเหมาจ่ายจำนวน 12,000 บาท ต่อการคลอกบุตรหนึ่งครั้ง (เริ่มจ่าย วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550)

3) เงินค่าคลอกบุตรเหมาจ่ายจำนวน 6,000 บาท ต่อการคลอกบุตรหนึ่งครั้ง (เริ่มจ่าย วันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2547)

4) เงินค่าคลอกบุตรเหมาจ่ายจำนวน 4,000 บาท ต่อการคลอกบุตรหนึ่งครั้ง (เริ่มจ่าย วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2538)

5) เงินค่าคลอกบุตรเหมาจ่ายจำนวน 3,000 บาท ต่อการคลอกบุตรหนึ่งครั้ง (เริ่มจ่าย วันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2535)

หลักฐานที่ต้องใช้เพื่อขอรับประโยชน์ทดแทน

การตรวจสอบเอกสาร:

1) ตรวจสอบแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน สปส. 2-01 ผู้ประกันตนกรอกข้อความ ครบถ้วนพร้อมลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ

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) พิจารณาส่งจ่าย

(1) เงินสด / เช็ค (ผู้มีสิทธิมาขอรับด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทน)

(2) ส่งธนาคารให้ผู้ประกันตน

(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) ธนาคารชนชาติ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย

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

หมายเหตุ

หากผู้ขอรับประโยชน์ทดแทนไม่พอใจคำสั่งจ่ายประโยชน์ทดแทน สามารถยื่นอุทธรณ์
ได้ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่ง

3.1.1.3 ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ

ความหมายของผู้ทุพพลภาพ

ผู้ทุพพลภาพตามความหมายของสำนักงานประกันสังคม ตามประกาศของสำนักงาน
ประกันสังคม คือ ผู้ซึ่งไม่สามารถทำงานในหน้าที่เดิมได้เนื่องจากประสบอันตรายหรืออันเนื่องมิใช่
จากการทำงาน เป็นเหตุให้สูญเสียอวัยวะ หรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะอย่างถาวรในกรณี
ตามรายละเอียดดังนี้

ข้อ 1 เจ้าหน้าที่สำนักงานวินิจฉัยได้เอง

- 1) มือขาดทั้งสองข้าง
- 2) แขนขาดทั้งสองข้าง
- 3) มือข้างหนึ่งกับแขนอีกข้างหนึ่งขาด
- 4) มือข้างหนึ่งกับขาอีกข้างหนึ่งขาด
- 5) แขนข้างหนึ่งกับเท้าอีกข้างหนึ่งขาด
- 6) แขนข้างหนึ่งกับขาอีกข้างหนึ่งขาด

7) สูญเสียลูกตาทั้งสองข้างหรือสูญเสียตาข้างหนึ่งกับสูญเสียสมรรถภาพการมองเห็น
มากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป หรือเสียความสามารถการมองเห็นตั้งแต่ 3/60 หรือมากกว่าของตาอีกข้าง
หรือสูญเสียสมรรถภาพการมองเห็นมากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป หรือสูญเสียสมรรถภาพการมองเห็น
ตั้งแต่ 3/60 หรือมากกว่าของตาทั้งสองข้าง

8) โรคหรือการบาดเจ็บของไขสันหลัง เป็นเหตุให้มือหรือแขนทั้งสองข้าง มือข้างหนึ่ง
กับแขนข้างหนึ่ง มือข้างหนึ่งกับขาอีกข้างหนึ่ง แขนข้างหนึ่งกับขาหรือเท้าอีกข้างหนึ่ง หรือ
ขาทั้งสองข้างกับการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ สูญเสียสมรรถภาพโดยสิ้นเชิง

9) โรคหรือการบาดเจ็บของสมอง เป็นเหตุให้สูญเสียความสามารถของอวัยวะของ
ร่างกายจนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ และต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือดูแล

ข้อ 2 ในกรณีนอกเหนือจากหลักเกณฑ์กรณีทุพพลภาพตามข้อ 1 ให้พิจารณาโดย
คณะอนุกรรมการพิจารณาประโยชน์ทดแทนในคณะกรรมการแพทย์ในส่วนกลาง หรือ
คณะอนุกรรมการประกันสังคมจังหวัด ในคณะกรรมการประกันสังคม เป็นผู้พิจารณา

ความหมายของผู้ทุพพลภาพดังกล่าว เป็นการกำหนดโดยสำนักงานประกันสังคม ซึ่งเน้นการสูญเสียอวัยวะที่รุนแรง ขาดความสามารถในการประกอบอาชีพเป็นหลัก เป็นการกำหนดแบบพิเศษเฉพาะในกรณีของผู้ประกันตนเท่านั้นซึ่งแตกต่างกันมากกับคำว่าผู้พิการ¹¹ 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 ผลตามมาก็คือ 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 เน้นความสามารถของสภาพร่างกาย เป็นสำคัญ แต่ไม่เน้นถึงชีวิตและสังคมและสิ่งแวดล้อม

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

การพิจารณาผลของความพิการที่เกิดขึ้นนั้น มักถูกพิจารณาเป็น Disability หรือ Handicap มากกว่า Impairment

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

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

สิทธิประโยชน์ของผู้ทุพพลภาพ

ผู้ทุพพลภาพของสำนักงานประกันสังคม ได้รับสิทธิประโยชน์หลายอย่างด้วยกัน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทนการขาดรายได้ ค่าทำศพกรณีเสียชีวิต หรือกรณีเงินสงเคราะห์ทายาทตามรายละเอียด ดังนี้

1) ค่ารักษาพยาบาล

กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลของรัฐ สำหรับผู้ทุพพลภาพสามารถเข้าทำการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่เลือก หรือสถานพยาบาลของรัฐ ทั้งในกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทางสถานพยาบาลจะเป็นผู้ยื่นเรื่องเบิกกับทางสำนักงานประกันสังคม

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 ปีขึ้นไปแต่ไม่ถึง 10 ปีจะได้รับเงินสงเคราะห์เท่ากับค่าจ้างเฉลี่ยหนึ่งเดือนครึ่ง

ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปจะได้รับเงินสงเคราะห์เท่ากับค่าจ้างเฉลี่ยห้าเดือน

4) รับคืนเงินกรณีชราภาพ

ผู้ประกันตนสามารถรับเงินคืนกรณีชราภาพได้ทั้งหมดในส่วนที่สะสมไว้ให้ยื่นคำขอรับสิทธิประโยชน์ภายใน 1 ปีนับแต่วันที่ได้รับอนุมัติให้เป็นผู้ทุพพลภาพ

การเลือกสถานพยาบาลของผู้ทุพพลภาพ

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

สิทธิประโยชน์ของผู้ทุพพลภาพดังกล่าวเป็นสิทธิประโยชน์ที่เป็นค่าทดแทนที่เป็นเงินเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ไม่มีสิทธิประโยชน์ที่เกิดจากการส่งเสริมอาชีพใดๆ ซึ่งต่างจากสิทธิประโยชน์ของคนพิการตามที่กล่าวต่อไป

สิทธิประโยชน์คนพิการ

องค์การสหประชาชาติประกาศในปี พ.ศ. 2524 เป็นปีคนพิการโลกโดยมีการประกาศปฏิญญาสากล โดยมีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้ “คนพิการจะได้รับสิทธิเช่นเดียวกับคนอื่นในสังคมเป็นต้นว่า สิทธิที่จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สิทธิที่จะได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ และการมีงานทำที่เหมาะสม”

วัตถุประสงค์ของปีคนพิการสากลที่สำคัญมี 5 กลยุทธ์ ได้แก่

- 1) เพื่อปรับสภาพทางร่างกายและจิตใจของคนพิการให้เข้ากับสังคมได้
- 2) ช่วยเสริมประเทศสมาชิกและสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือระหว่างประเทศ
- 3) ให้กำลังใจ ให้การสนับสนุน โครงการการศึกษาและค้นคว้าเกี่ยวกับเครื่องอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ

ความสะดวกที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ

4) ชี้นำสังคมให้ทราบสิทธิของคนพิการ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง

5) ส่งเสริมให้มีมาตรการป้องกันความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

ซึ่งต่อมาตั้งแต่องค์การสหประชาชาติได้ประกาศในปี พ.ศ. 2525-2534 ให้เป็นทศวรรษคนพิการแห่งสหประชาชาติ

ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2524 หรือปีคนพิการสากลเป็นต้นมา ประเทศไทยได้มีการตื่นตัวในการให้สิทธิของคนพิการมากขึ้น ผู้พิการได้มีส่วนร่วมในการรักษาสิทธิมากขึ้น และได้ร่วมกิจกรรมกับองค์การนานาชาติมากขึ้น

จุดเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของประเทศไทย คือ การประกาศใช้ พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ซึ่งก่อให้เกิดการสนับสนุนสิทธิของผู้พิการมากกว่าที่เคยมีมาซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1) ก่อตั้งศูนย์สิทธิรณรงค์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติขึ้น เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 เพื่อตอบสนองกับพระราชบัญญัติการฟื้นฟูฯ ดังกล่าว

2) กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมได้ขึ้นทะเบียนคนพิการตาม มาตรา 14 ของพระราชบัญญัติดังกล่าว โดยคนพิการที่ขึ้นทะเบียนไว้จะได้รับการสงเคราะห์ การพัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพจากหน่วยงานราชการ

3) คนพิการซึ่งขึ้นทะเบียนจะได้รับการสงเคราะห์ตามมาตรา 15 ได้แก่

(1) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เพื่อปรับสภาพร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่กระทรวงกำหนด

(2) การศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาภาคบังคับหรือการศึกษาสายอาชีพ หรืออุดมศึกษา ตามแผนการศึกษาแห่งชาติตามความเหมาะสม ซึ่งให้ได้รับ โดยการจัดเป็นสถานศึกษาเฉพาะหรือจัดรวมในสถานศึกษาธรรมดาก็ได้ โดยให้ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษาในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม

(3) คำแนะนำชี้แจงและปรึกษาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ และการฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและสมรรถภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถประกอบอาชีพได้

(4) การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ

(5) บริการจากรัฐในการเป็นคดีความและในการติดต่อกับทางราชการ

4) มีการจัดตั้งกองทุนที่เรียกว่า “กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” ให้เป็นกองทุนหมุนเวียนสำหรับใช้จ่ายเกี่ยวกับการดำเนินงานสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการทางการศึกษา ทางสังคม และการฝึกอาชีพ ตลอดจนศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

5) การออกกฎกระทรวงกำหนดลักษณะอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือสถานบริการสาธารณะอื่นๆ ที่ต้องมีอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกโดยตรงแก่คนพิการ

6) การออกกฎกระทรวงให้นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการของเอกชนรับคนพิการเข้าทำงาน ตามสัดส่วนร้อยละ 0.5 ในกรณีที่มีคนงานมากกว่า 200 คน

7) มีคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเกิดขึ้น และมีสำนักงานในกรมประชาสงเคราะห์ ดูแลสวัสดิภาพและสวัสดิการคนพิการ โดยเฉพาะ

สิทธิประโยชน์ของผู้ทุพพลภาพเมื่อเทียบกับคนพิการ

ผู้ทุพพลภาพในโครงการประกันสังคมมีสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับการสงเคราะห์แตกต่างกันมากกับสิทธิของคนพิการ ผู้ทุพพลภาพถือว่าเป็นผู้ซึ่งเคยทำงานแล้ว แต่ต้องตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ดังนั้นการพิจารณาของสำนักงานประกันสังคมจึงเน้นเงินทดแทนเป็นหลัก แต่ในกรณีของคนพิการซึ่งบางส่วนสามารถจะส่งเสริมการปฏิบัติงานและทำอาชีพได้ จึงมีกิจกรรมเพื่อเสริมด้านการประกอบอาชีพและให้มีการยอมรับจากสังคมมากขึ้น ความเหมือนและความแตกต่างดังกล่าวสามารถสรุปเป็นตารางได้ในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ระหว่างผู้ทุพพลภาพกับคนพิการ¹²

สิทธิประโยชน์	ผู้ทุพพลภาพ	คนพิการ
คณะกรรมการดูแลเฉพาะกลุ่ม	ไม่มี	มี
ค่ารักษาพยาบาล	2,000บาท/เดือน	ฟรี
ค่าทดแทนการขาดรายได้	มี	ไม่มี
ค่าทำศพกรณีเสียชีวิต	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

ปัจจุบันการให้บริการทางการแพทย์ถือว่าเป็นสิทธิประโยชน์ที่มีความสำคัญต่อสมาชิก ประกันสังคมเป็นอันดับหนึ่ง แต่สำนักงานประกันสังคมไม่สามารถจัดบริการทางการแพทย์ด้วยตนเองได้ ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดบริการทางการแพทย์ในระดับจังหวัด (โรงพยาบาลประจำจังหวัด) ระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน) และระดับตำบล (สถานีอนามัย) ที่มีมาตรฐานพร้อมทั้งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และครอบคลุมทุกพื้นที่อยู่แล้ว ประกอบกับการให้ความคุ้มครองลูกจ้างนั้นต้องทำทุกแห่งที่มีสถานประกอบการตั้งอยู่ สำนักงานประกันสังคม จึงได้ทำความตกลงกับกระทรวงสาธารณสุขให้โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลในความตกลงของกองทุนประกันสังคม โดยเป็นผู้จัดบริการทางการแพทย์ให้กับผู้ประกันตนตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ต่อมาเมื่อมีการขยายความคุ้มครอง ทำให้จำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้โรงพยาบาลของรัฐที่มีอยู่ไม่เพียงพอในการรองรับจำนวนผู้ประกันตนซึ่งให้ความคุ้มครองเพิ่มขึ้น จึงได้มีการขยายการรับสมัคร โรงพยาบาลเอกชนเข้าเป็นโรงพยาบาลในความตกลงของกองทุนประกันสังคมเพิ่ม 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 ได้ง่าย¹³

สิทธิประโยชน์ตามกฎหมายประกันสังคมที่ผู้ประกันตนไปใช้บริการเป็นอันดับหนึ่งมาตลอดคือ กรณีเจ็บป่วย และหลายครั้งที่ผู้ประกันตนมักร้องเรียนถึงการรับบริการที่ไม่ประทับใจ ด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น การรักษา การจ่ายยา หรือเวลารอพบแพทย์ ฯลฯ ปัญหาข้อร้องเรียนนั้น บางครั้งเกิดจากผู้ประกันตนไม่ทราบถึงสิทธิและขั้นตอนการรับบริการ และอาจเกิดจากการที่โรงพยาบาลเองมิได้สร้างความเข้าใจต่อข้อร้องเรียนของผู้ประกันตน

3.1.3 เรื่องการจำกัดโรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล

โรคและบริการทางการแพทย์ที่ไม่มีสิทธิได้รับการทางการแพทย์ ซึ่งกฎหมายประกันสังคมกำหนดไว้มีดังนี้

- 1) โรคหรือการประสบอันตรายอันเนื่องจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
- 2) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ประเภทคนไข้ในเกิน 180 วันใน 1 ปี
- 3) การบำบัดทดแทนไต กรณีไตวายเรื้อรัง ยกเว้น กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีสิทธิได้รับการ ทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขและอัตราที่กำหนด
- 4) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- 5) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
- 6) การรักษาภาวะมีบุตรยาก
- 7) การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะยกเว้น การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการปลูกถ่ายไขกระดูกของผู้ประกันตน ให้จ่ายค่าตรวจเนื้อเยื่อเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 7,000 บาท ต่อราย ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

¹³ สมชาติ ไตรักษา. (2541). *การบริหารโรงพยาบาล*. หน้า 70.

8) การตรวจใดๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น

9) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น

(1) การปลูกถ่ายไขกระดูก ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายในอัตรา 750,000 บาท ต่อราย แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่คณะกรรมการการแพทย์รับรอง และได้ทำความตกลงไว้กับสำนักงานในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกรณีการปลูกถ่ายไขกระดูกตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด

(2) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระดูก โดยให้เหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล 20,000 บาท และให้ศูนย์ดวงตาสุภาพชาวไทย 5,000 บาท ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด

10) การเปลี่ยนเพศ

11) การผสมเทียม

12) การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น

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

14) แวนตา

3.1.4 เรื่องขอบเขตเงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม

เมื่อมีการขึ้นทะเบียนประกันสังคมแล้ว ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบัตรประกันสังคมจากสำนักงานประกันสังคมซึ่งเรียกว่าบัตรรับรองสิทธิ และเมื่อประสบเคราะห์ภัยหรือประสบความเดือดร้อนเข้ากรณีที่จะได้รับการคุ้มครองโดยปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดแล้วก็มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปบริการทางการแพทย์ เงินทดแทนการขาดรายได้ เงินค่าทำศพ และเงินสงเคราะห์แล้วแต่กรณี ดังนั้นผู้ประกันตนจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนเมื่อประสบเคราะห์ภัยหรือได้รับความเดือดร้อนเข้ากรณีของการประกันหรือประเภทการประกันสังคม ก็จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดไว้ ดังจะกล่าวต่อไปนี้

1) ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

ผู้ซึ่งมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานจะต้องเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมเท่านั้น ไม่ว่าผู้ประกันตนจะเป็นหญิงหรือชาย โดยเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมตามที่กฎหมายกำหนด กล่าวคือ

เป็นผู้ประกันตนมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนรับบริการทางการแพทย์ และผู้ประกันตนจะต้องไม่ได้ตั้งใจก่อให้เกิดหรือยินยอมให้ผู้อื่น 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 ก่อนทุพพลภาพและผู้ประกันตนจะต้องไม่ได้ตั้งใจก่อให้เกิดหรือยินยอมให้ผู้อื่น ก่อให้เกิดการทุพพลภาพ

แต่ถ้าหากผู้ประกันตนเสียชีวิต ผู้ซึ่งมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน ก็คือ ทายาท

บุคคลผู้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมมีเพียงบุคคลเดียวเท่านั้น กล่าวคือ จะต้องเป็นผู้ประกันตนเท่านั้นจึงจะมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย ซึ่งขัดกับหลักประกันสังคมที่ใช้กับคนทั้งประเทศ จะเห็นได้ว่า หากไม่ได้เป็นผู้ประกันตนก็จะไม่มีสิทธิ อันเป็นการไม่สอดคล้องกับหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขที่ประกันสังคมพึงจะเป็น อีกทั้งเงื่อนไขในการคุ้มครองของระบบประกันสังคมนั้นจะไม่ได้รับการคุ้มครองทันที ต้องเป็นผู้ประกันตนแล้วอย่างน้อยสามเดือน จึงสามารถใช้บริการทางการแพทย์ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยได้ หากในระหว่างยังไม่ครบกำหนดสามเดือน ลูกจ้างเกิดประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยก็ต้องรับภาระค่าจ่ายต่างๆ เอง จึงเป็นการสร้างภาระให้แก่ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้มีรายได้น้อยอยู่แล้ว

3.2 มาตรการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการปฏิรูประบบสุขภาพ¹⁴

นอกจากเป้าหมายที่ต้องการให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพแล้ว นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังแฝงไว้ด้วยเป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพอีกด้วย ซึ่งความคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยเกิดขึ้นมากกว่า 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 ยังกำหนดให้มีการกระจายอำนาจ โดยให้มีการออก 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 ทิศทางและวิธีการในการปฏิรูปที่ผ่านมามุ่งที่การชวนคนไทยทั้งชาติให้ปรับวิถีคิด หันมาเน้นการรุกเพื่อสร้างสุขภาพ ซึ่งการสร้างสุขภาพย่อมต้องมีประชาชน มีครอบครัว และชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีระบบบริการสุขภาพ และระบบย่อยอื่นๆ เป็นตัวหนุนช่วยดำเนินการให้มีการออก พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในรูปของกฎหมายมหาชน ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากประชาชนอย่างกว้างขวาง

¹⁴ กานูวัฒน์ ปานเกตุ. (2554, สิงหาคม). *การบริหารโรงพยาบาลชุมชนภายใต้ต้นนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. 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 เข้ามาเป็นรัฐบาล โดยได้มีการชูประเด็น “30 บาทรักษาทุกโรค” ตั้งแต่ตอนหาเสียง และในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลของ พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีคนที่ 21 ของประเทศไทย ได้ประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (The Universal Coverage Health Care Policy) หรือ “30 บาท รักษาทุกโรค” ซึ่งมีแนวทางในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมผู้มีสิทธิประมาณ 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 ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ. (2554, สิงหาคม). การบริหารโรงพยาบาลชุมชนภายใต้ต้นนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 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 ประชาชนควรมีสิทธิในการเลือก ขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้น หรือเครือข่ายหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ และใกล้บ้าน

3) สถานพยาบาลทั้งของรัฐ และเอกชนที่จะให้บริการจะต้องมีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ

4) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary Care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน กรณีที่เกินความสามารถ หน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยให้ไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่น

5) สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยกันเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่นให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย

6) ระบบการเงินการคลังจะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ในระยะยาว โดยการจ่ายแบบปลายปิด และเป็นการจ่ายแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน

7) สิทธิประโยชน์หลัก และรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

8) ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว

ผู้มีสิทธิได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ บุคคลที่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้เป็นจังหวัดที่ดำเนิน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เว้นแต่

- 1) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
- 2) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล
- 3) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล
- 4) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุน โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมคอยช่วยเหลือเกื้อกูล
- 5) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ
- 6) บุคคลซึ่งอยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้น

คณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนกลาง (สปน. กลาง) อาจกำหนดให้บุคคลซึ่งไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับเป็นผู้มีสิทธิ ตามระเบียบนี้ได้ แต่ทั้งนี้บุคคลดังกล่าวต้องอาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนั้นๆ

การขึ้นทะเบียน และออกบัตรผู้มีคุณสมบัติที่จะได้รับบัตรให้นำสำเนาทะเบียนบ้าน บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ หรือหลักฐานอื่นที่แสดงว่าเป็นบุคคลคนเดียวกันเพื่อขึ้นทะเบียน และรับบัตร ณ หน่วยงานหรือหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพื้นที่ ตำบล อำเภอ ที่มีสิทธิมีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้าน

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 หรือหลักฐานอื่นที่แสดงว่าเป็นบุคคลคนเดียวกันแสดงต่อเจ้าหน้าที่ทันทีเมื่อไปรับบริการทุกครั้ง

2) ไปรับบริการในเวลาทำการปกติของหน่วยบริการ เว้นแต่ กรณีถูกส่งต่อกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือจำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องตามคำสั่งผู้รักษา

3) เวลาทำการปกติให้มายอมรับถึงเวลาที่หน่วยบริการนั้นได้ขยายเวลาออกไปนอกเวลาราชการ หรือในวันหยุดราชการเป็นการประจำด้วย

บริการที่ได้รับความคุ้มครอง

1) กรณีเจ็บป่วยทั่วไป ต้องไปรับบริการ ณ หน่วยบริการประจำครอบครัว ที่ระบุในบัตร
 2) กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถไปรับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการ
 ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ทุกแห่ง

3) กรณีได้รับการส่งต่อจากสถานบริการหลัก และสถานบริการรองที่ระบุในบัตร
 ให้ไปรับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการที่ระบุไว้ในใบส่งต่อ

4) ปฏิบัติตามระเบียบของหน่วยบริการ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการ
 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544

การวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยฉุกเฉินให้แพทย์ผู้ทำการรักษาใช้ดุลพินิจโดยคำนึงถึงสามัญ
 สำนึก และความรู้สึทักของผู้ป่วย หรือวิญญูชน

ค่าใช้จ่ายเมื่อไปรับการรักษาพยาบาล

ผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อไปรับบริการทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นประเภท
 ผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยในต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นเงินจำนวน 30 บาท ต่อครั้ง

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับการบริการทางการแพทย์

1) ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการวางแผนครอบครัว
 ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือด ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน ค่าวัคซีน และ
 เชื้อร่วมในการป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรคจัดเป็นบริการพื้นฐานสำหรับประชาชนทั่วไปแล้ว และ
 อื่นๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์

2) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจ
 ทางห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการให้บริการทางการแพทย์ที่ให้แก่ผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งไม่ใช่
 บริการที่จัดขึ้นเป็นพิเศษแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายหรือจัดขึ้นตามคำขอของผู้ป่วยเฉพาะราย

3) ค่าอวัยวะเทียม หรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ยกเว้น
 ค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

4) ค่าถอนฟัน ค่าอุดฟันทุกชนิด ค่าขูดหินน้ำลาย ค่าเคลือบฟลูออไรด์ ค่ารักษาโรคของฟัน
 และเหงือก และค่าฟันปลอมที่ใช้อะคริลิกเป็นฐาน ที่ทันตแพทย์เห็นว่าจำเป็นเพื่อการโภชนาการ

5) ค่าห้องสามัญและค่าอาหารสามัญ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้มีสิทธิเข้ารับบริการทาง
 การแพทย์ประเภทผู้ป่วยในและประสงค์จะอยู่ห้องพิเศษ หรืออยู่ห้องสามัญ แต่ประสงค์จะใช้
 บริการอาหารพิเศษ จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนที่เกินกว่าค่าห้องสามัญหรือค่าอาหารสามัญ
 แล้วแต่กรณี

6) ค่าบริการทางการแพทย์อื่นนอกจากข้อ 1-5 ตามที่คณะกรรมการประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าส่วนกลาง (ปสน. กลาง) กำหนด

บริการที่ไม่ได้รับการคุ้มครอง ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง

- 1) การผ่าตัดเสริมสวย
- 2) การตกแต่งฟัน หรือทันตประดิษฐ์ ยกเว้นการทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิกเป็นฐาน
- 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) การบริการพิเศษที่หน่วยบริการจัดขึ้นหรือถูกขอให้จัดขึ้นเพื่อความสะดวกสบาย หรือเป็นพิเศษแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น ค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าห้องและค่าอาหารพิเศษ ค่าแต่งศพ ค่าขนส่ง ค่าใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า ค่าโทรศัพท์ เป็นต้น
- 16) การบริการทางการแพทย์อื่นๆ นอกจากข้อ 1-15 ตามที่ ปสน. กลางกำหนด สิทธิของประชาชน ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
 - 1) สิทธิการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ
 - 2) สิทธิเลือกหน่วยบริการประจำตัวที่มีมาตรฐาน และสะดวกในการเข้ารับบริการ

3) สิทธิที่ได้รับการสาธารณสุขในกรณีฉุกเฉินที่สถานพยาบาลอื่นๆ ได้นอกเหนือจากการที่ลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำตัว

4) สิทธิที่ได้รับการร้องเรียนเมื่อได้รับการสาธารณสุขที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือเกิดความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข

5) สิทธิได้รับความช่วยเหลือเยียวยาเมื่อมีความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข

6) สิทธิในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ทั้งการกำหนดนโยบาย การจัดสรรงบประมาณการบริหารหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

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

ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁷ ได้แก่

1) การรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่เรียกว่าบัตรทองนั้น ไม่ครอบคลุมด้านอื่นนอกจากการรักษาพยาบาล

2) การรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนใหญ่แล้วจะมีแต่โรงพยาบาลรัฐเท่านั้นที่เข้าร่วมโครงการ

3) ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะใช้สิทธิได้เฉพาะในเวลาราชการ (56 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์) ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น

4) ในเรื่องของยาและเวชภัณฑ์นั้น ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีสิทธิได้รับยาเฉพาะรายการที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น จะไม่มีสิทธิได้รับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์แต่อย่างใด

5) ในเรื่องของการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทำยนั้น ผู้ป่วยซึ่งใช้สิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นต้องเริ่มใช้วิธีล้างช่องท้องก่อน เมื่อล้มเหลวจึงสามารถใช้สิทธิฟอกเลือดได้ มิฉะนั้นจะต้องร่วมจ่ายในค่ารักษา ซึ่งต่างจากระบบประกันสังคมที่มีสิทธิเลือกใช้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างช่องท้องได้ตามความสะดวก

¹⁷ ตารางเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ 2 กองทุน (ปี 2555).

6) ในเรื่องของทันตกรรม ผู้ป่วยซึ่งใช้สิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องใช้บริการในสถานอนามัยซึ่งให้บริการ โดยทันตภิบาล อีกทั้งในเขตเมืองติดปัญหาเรื่อง การส่งต่อจากคลินิกแพทย์ไปคลินิกทันตกรรมโดยพบว่ามีการส่งต่อประมาณ 10 ราย/เดือน เท่านั้น

3.3 มาตรการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายเงินทดแทน¹⁸

กองทุนเงินทดแทน คือ กองทุนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 เพื่อเป็นทุน ในการจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย ถึงแก่ความ ตาย หรือสูญหายเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง ให้นายจ้างจ่ายเงินสมทบเพียงฝ่ายเดียวปีละ 1 ครั้ง คิดจากค่าจ้างที่นายจ้างให้แก่ลูกจ้าง ทั้งปีรวมกัน คูณกับอัตราเงินสมทบของประเภทกิจการนั้น ซึ่ง จะจ่ายในอัตราที่ไม่เท่ากัน ระหว่างอัตราร้อยละ 0.2 – 1.0 ขึ้นอยู่กับความเสี่ยงภัยลักษณะงานของ กิจการนายจ้าง นายจ้างซึ่งมีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน ภายใน 30 วัน นับแต่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป โดยขึ้นทะเบียนได้ ณ ที่ตั้งสถานประกอบการตั้งอยู่

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ออกเพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ผู้ใช้แรงงาน ทั้งหลายได้มั่นใจว่าตนเองได้รับการคุ้มครองหรือมีหลักประกันหลังจากเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน โดยให้นายจ้างเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนนี้ และเมื่อลูกจ้างเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ก็สามารถขอรับเงินทดแทนจากกองทุนนี้ได้ ตามมาตรา 50 พระราชบัญญัติเงินทดแทน และยังให้ นายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลรักษาพยาบาลลูกจ้างที่เจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ตามมาตรา 13 พระราชบัญญัติเงินทดแทนและต่อมาได้มีการปรับปรุงไว้ในประกาศกระทรวง แรงงาน และกฎกระทรวง ดังนี้

ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนและหลักเกณฑ์ และวิธีการคำนวณค่าจ้างรายเดือน ประกาศ ณ วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547

ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอย่างอื่นซึ่งรุนแรง และเรื้อรัง พ.ศ. 2549 ประกาศ ณ วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2549

ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดชนิดของ โรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพ ของหรือเนื่องจากการทำงานประกาศ ณ วันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2550

กฎกระทรวงกำหนดอัตรารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่ายตาม พระราชบัญญัติเงิน ทดแทน พ.ศ. 2537 พ.ศ. 2548 ประกาศ ณ วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2548

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

¹⁸ มุมมองไตรภาคีต่อหลักเกณฑ์ทางกฎหมาย ปัญหาในทางปฏิบัติและข้อเสนอสู่การพัฒนา.

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

สิทธิประโยชน์ที่ลูกจ้างจะได้รับตามพระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน และได้มีการปรับปรุงตามกฎหมายกระทรวง “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 ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานในท้องที่ที่ลูกจ้างประจำทำงานอยู่ด้วย 26 และ ไม่เกินร้อยละ 60 ของค่าจ้างเฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งคำนวณจากค่าจ้างสูงสุดที่ใช้เป็นฐานคำนวณเงินสมทบ และ ไม่เกินเดือนละ 12,000 บาท

หมายเหตุนายจ้างไม่ต้องจ่ายเงินทดแทนในการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของลูกจ้าง เพราะเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- 1) ลูกจ้างเสพของมึนเมาหรือสิ่งเสพติดอื่นจนไม่สามารถครองสติได้
- 2) ลูกจ้างจงใจให้ตนเองประสบอันตรายหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนประสบอันตราย

ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายเงินทดแทนได้แก่

1) ปัญหาด้านโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญากองทุนเงินทดแทน ไม่ได้อำนวยความสะดวกอย่างเพียงพอต่อลูกจ้าง เพราะไปเบิกค่าใช้จ่ายจากกองทุนยาก บางรายต้องรอคำวินิจฉัยจากแพทย์กองทุน ทำให้ล่าช้า นายจ้างต้องสำรองจ่ายให้ หรือบางราย นายจ้างไม่ได้สนใจ ลูกจ้างจึงต้องสำรองจ่ายเอง

2) คนงานซึ่งป่วยและประสบอันตรายจากการทำงานส่วนใหญ่ถูกปฏิเสธจากกองทุนเงินทดแทน เนื่องจากการได้รับการวินิจฉัยว่าไม่ได้เจ็บป่วยสืบเนื่องจากการทำงาน จึงไม่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล

3) มาตรฐานในการตรวจรักษา สถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน ที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างในปัจจุบันมีหลายระดับ เนื่องจากการพิจารณาสถานพยาบาลไม่ได้พิจารณารายละเอียดในด้านความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์ ปรากฏว่าลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลและการบริการที่หลากหลาย โดยสถานพยาบาลบางแห่งก็ให้การรักษาพยาบาลและการบริการมากเกินไปจนจำเป็น เช่น การผ่าตัดกระดูกสันหลัง หรือการให้การรักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัดเป็นไปอย่างไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน ส่งผลเสียต่อลูกจ้าง โดยเฉพาะลูกจ้างบางรายถึงกับต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขซ้ำอีก อันเป็นผลสืบเนื่องจากการผ่าตัดที่ได้รับอย่างไม่ถูกต้อง

4) มาตรฐานค่ารักษาพยาบาล สถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน ต่างกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่จะเรียกเก็บจากกองทุนเงินทดแทนขึ้นเอง โดยแจ้งอัตราค่ารักษาเมื่อสมัครเข้าเป็นสถานพยาบาลในความตกลงอย่างหนึ่ง และหลังจากนั้นจะแจ้งขอปรับราคาขึ้นไปเรื่อยๆ เป็นระยะๆ ทำให้อัตราค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บเข้ามายังกองทุนเงินทดแทนมีความหลากหลาย ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันและพบว่าอัตราค่ารักษาพยาบาลของกองทุนเงินทดแทนสูงขึ้นทุกปี

5) การบันทึกเวชระเบียน ในการพิจารณาจ่ายเงินทดแทนต้องมีหลักฐานทางการแพทย์สำหรับประกอบการพิจารณา เช่น สำเนาเวชระเบียนซึ่งพบว่าสถานพยาบาลบางแห่งไม่ได้จัดทำหรือไม่ได้จัดเก็บเวชระเบียนอย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดปัญหาในการพิจารณาจ่ายเงินทดแทนซึ่งรวมถึงค่ารักษาพยาบาลด้วย ส่งผลต่อลูกจ้างเพราะอาจไม่มีสิทธิได้รับเงินทดแทน เพราะขาดหลักฐานยืนยันการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

3.4 มาตรการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายต่างประเทศ

การประกันสังคมของประเทศไทยได้เริ่มต้นเมื่อ พ.ศ. 2533 ในขณะที่ประเทศต่างๆ เกือบทั่วโลกได้ใช้ระบบประกันสังคมมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน การเรียนรู้ระบบงานประกันสังคมจากต่างประเทศ เพื่อนำมาศึกษาเปรียบเทียบกับของประเทศไทยนั้นจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนางานประกันสังคมของไทยเป็นอย่างยิ่ง ผู้เขียนใคร่ขอศึกษากฎหมายประกันสังคมของประเทศที่มีวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ วัฒนธรรม ตลอดจนการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกับประเทศไทย และอยู่ในภูมิภาคเดียวกัน อีกทั้งยังเป็นประเทศอุตสาหกรรมก้าวหน้า คือ ประเทศญี่ปุ่น และประเทศกำลังพัฒนาอุตสาหกรรมใหม่ในกลุ่มอาเซียน คือ ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ อีกทั้งผู้เขียนยังมีความสนใจในประเทศทางยุโรป ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ในการศึกษาเพื่อทำการเปรียบเทียบถึงการพัฒนากฎการทางด้านการประกันสังคมโดยจะได้นำมาเป็นแบบอย่างของการดำเนินการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม เพื่อจะได้เป็นแนวทางแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นและทัดเทียมกับประเทศอื่นๆ ซึ่งได้แก่ ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) ที่เป็นหนึ่งในประเทศที่มีขนาดเศรษฐกิจใหญ่มากที่สุดประเทศหนึ่งของยุโรป และประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส ซึ่งเป็นประเทศที่ได้พัฒนาตนเองจากประเทศยากจนที่สุดในกลุ่มสหภาพยุโรป (EU) มาเป็นประเทศที่มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจสูงเป็นอันดับที่ 4 ของสหภาพยุโรป

3.4.1 ประเทศญี่ปุ่น¹⁹

ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกของทวีปเอเชียที่กลายเป็นประเทศอุตสาหกรรมโดยหลังจากการเปลี่ยนแปลงจากระบบศักดินามาเป็นระบบทุนนิยม ซึ่งประเทศญี่ปุ่นมีมาตรฐานในการครองชีพของประชาชนจัดได้ว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สูงขึ้นเรื่อยๆ มีค่ารายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปี คือ 22,000 เหรียญสหรัฐ²⁰ 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). จำนวนอัตราแลกเปลี่ยนสกุลเงิน. 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 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเจตุนภัยความเสี่ยงภัยซึ่งกันและกัน (Sharing Mutual Risks) ต่อมาจึงขยายเป็นระบบประกันของลูกจ้างที่คุ้มครองลูกจ้างทุกคน และขยายถึงบุคคลที่มีได้เป็นลูกจ้างและที่มีได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน (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 ต่อมาระบบนี้จึงได้ขยายไปสู่ลูกจ้างทุกคนแม้กระทั่งกลุ่มอิสระที่ไม่มีลูกจ้างหรือกลุ่มว่างงาน²¹

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 เขวลักษณ์ สวัสดิ์ธิดธิตม. (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
ระบบนี้ให้ประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตนกรณีที่อยู่ภายใต้สัญญาได้ในระยะสั้น เช่น
คลอดบุตร เจ็บป่วย ตาย

การประกันทางการแพทย์จะไม่มีค่าใช้จ่ายในรูปแบบเงินสด (In Cash) แต่จะให้ประโยชน์
ในรูปแบบของการบริการ (In Kind) ผ่านสถาบันประกันทางการแพทย์ตามที่รัฐบาลท้องถิ่นกำหนด ซึ่ง
ผู้ประกันตนต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งสมทบกับค่ารักษาทางการแพทย์แก่สถาบันประกันดังกล่าวนี้

การเจ็บป่วย การเกิดโรค หรือความตายของลูกจ้างขณะทำงาน จะอยู่ในความคุ้มครอง
ของโครงการประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน ซึ่งบังคับให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลชดเชยแก่
ลูกจ้าง

การประกันสุขภาพของลูกจ้างคุ้มครองทั้งลูกจ้างและผู้อยู่ในอุปการะ

2) การประกันกรณีบำนาญ (Pension Insurance)²³

การประกันกรณีบำนาญ เป็นระบบการจ่ายบำนาญแก่ผู้ประกันตนและผู้เป็นทายาท
โดยครอบคลุมกรณีชราภาพ ทูพพลภาพ และกรณีตาย ซึ่งเป็นการจ่ายประโยชน์ระยะยาว
เมื่อผู้ประกันตนสูญเสียความสามารถในการทำงานหรือตาย กล่าวคือ เมื่อลูกจ้างผู้ประกันตนตาย
ประโยชน์ทดแทนนั้นจะตกเป็นของทายาท เรียกว่า บำนาญตกทอด ขณะที่ระบบประกันทาง
การแพทย์จะจ่ายค่าทำศพ

บำนาญชราภาพจะจ่ายให้แก่ผู้ที่จ่ายเงินสมทบมาแล้ว 25 ปีขึ้นไป และมีอายุถึงเกณฑ์
เกษียณที่กำหนดไว้ อัตราเงินสมทบจะคำนวณไว้ระยะยาว

3) การประกันการจ้างงาน (Employment Insurance)²⁴

โครงการนี้เป็นการประกันแก่ลูกจ้างผู้ประกันตนเมื่อว่างงาน เพื่อเป็นหลักประกันว่า
จะมีรายได้เพียงพอแก่การดำรงชีวิตขณะที่กำลังหางานทำ อัตราประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน
จะแตกต่างกันไปตามประเภทของผู้ประกันตนได้แก่ ลูกจ้างทั่วไป ลูกจ้างสูงอายุ ลูกจ้างชั่วคราว
หรือลูกจ้างรายวัน

นอกเหนือจากประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานดังกล่าวแล้ว กองทุนประกันการจ้างงาน
ยังมีภาระในกรณีการดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงในการมีงานทำ เสถียรภาพในการ
จ้างงาน 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

โครงการนี้ให้ความคุ้มครองกรณีความเสียหายหลายประการ 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 อัตราส่วนเงินสมทบบ่มสูงขึ้นอย่างเลี่ยงไม่ได้ในระยะยาว เพราะค่าใช้จ่ายในโครงการสูงขึ้น อย่างไรก็ตามก็จะต้องมีการรักษาให้อยู่ในระดับที่ไม่กระทบกระเทือนต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจและแรงจูงใจในการลงทุน

เพื่อรักษาระดับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ประเทศญี่ปุ่นจะต้องควบคุมการเพิ่มค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับสัดส่วนการเพิ่มรายได้ของชาติซึ่งรัฐบาลได้กำหนดไว้ในนโยบายการประกันสังคมแล้ว รวมทั้งการพยายามควบคุมค่ารักษาพยาบาลให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

สำหรับการประกันสังคม กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือเป็นโรคที่เกิดเนื่องจากการทำงาน (เหมือนในหลายประเทศซึ่งรวมทั้งประเทศไทยด้วย) และต่อมาก็ขยายการประกันสังคมออกไปจนเป็นระบบประกันสังคมที่สมบูรณ์ทัดเทียมกับประเทศในทวีปยุโรปและประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีระบบประกันสังคมครอบคลุมทั้ง 8 ประเภท กรณีชราภาพ กรณีทุพพลภาพ และกรณีตาย มีการให้ความคุ้มครองในรูปแบบบำนาญ ซึ่งแบ่งเป็น 2 แบบ คือ บำนาญลูกจ้าง ซึ่งใช้

²⁵ แหล่งเดิม. หน้า 5.

²⁶ แหล่งเดิม.

บังคับในกิจการอุตสาหกรรมและการพาณิชย์กรรมโดยทั่วไป และบำนาญแห่งชาติให้ความคุ้มครองแก่ประชาชน โดยทั่วไป ในระบบแรกนายจ้างและลูกจ้างมีหน้าที่ออกเงินสมทบเท่ากัน ส่วนแบบที่สองรัฐบาลบอกร่วมด้วย เพื่อนำมาจัดเป็นประโยชน์ทดแทนในรูปบำนาญชราภาพ บำนาญทุพพลภาพ รวมทั้งเงินเสริมสำหรับผู้อยู่ในอุปการะของผู้ประกันตน

สำหรับกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน ก็แบ่งเป็น 2 แบบ คือ ประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งให้ความคุ้มครองประชาชนทั่วไป และประกันสุขภาพลูกจ้างซึ่งคุ้มครองแก่ลูกจ้างต่างๆ ในแบบแรกประโยชน์ทดแทนมีบริการทางการแพทย์อย่างเดียว จากเงินที่จ่ายเข้ากองทุนโดยรัฐบาลและผู้ประกันตน ส่วนแบบหลังประโยชน์ทดแทนมีทั้งบริการทางการแพทย์และเงินทดแทนการขาดรายได้ จากเงินที่จ่ายเข้ากองทุน โดยนายจ้างและลูกจ้างเท่าๆ กัน ส่วนรัฐบาลให้เงินอุดหนุนการบริหารกองทุน สำหรับกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ลูกจ้างไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ แต่นายจ้างเป็นผู้จ่ายโดยรัฐบาลเป็นผู้สนับสนุน ค่าใช้จ่ายบางรายการ ซึ่งผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปบริการทางการแพทย์และเงินทดแทนการขาดรายได้ รวมทั้งมีบำนาญตกทอดแก่ทายาท อันได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตรของผู้ประกันตนด้วย สำหรับกรณีคลอดบุตรมีการให้ประโยชน์ทดแทนในรูปบริการทางการแพทย์ สำหรับการคลอดบุตรและบริบาลทารกด้วย สำหรับกรณีสงเคราะห์ครอบครัว คุ้มครองประชาชนที่มีบุตรตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ซึ่งอายุต่ำกว่า 4 ปี ในปี พ.ศ. 2536 หรือต่ำกว่า 3 ปี ในปี พ.ศ. 2537 โดยผู้ประกันตนไม่ต้องออกเงินสมทบ แต่นายจ้างเป็นผู้จ่ายร่วมกับรัฐบาล²⁷

5) การสงเคราะห์บุตร (Child Allowance)²⁸

ระบบสงเคราะห์บุตรมีความมุ่งหมายที่จะให้เงินช่วยเหลือแก่บุคคลซึ่งเลี้ยงดูบุตรและเพื่อช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ให้มีความมั่นใจในการประกอบอาชีพ ด้วยการให้ความช่วยเหลือแก่เด็กซึ่งจะเป็นผู้นำสังคมญี่ปุ่นต่อไปในอนาคต ให้เติบโตอย่างมั่นคง และเพื่อที่จะให้ได้รับการส่งเสริมคุณภาพและความสามารถด้านต่างๆ ให้ดียิ่งขึ้น

เงินสงเคราะห์บุตรจะจ่ายให้แก่คนที่ให้การเลี้ยงดูบุตรที่มีอายุถึง 12 ปี หรือต่ำกว่า แต่หากรายได้ของคนที่เลี้ยงดูบุตรมีจำนวนเกินกว่าที่กำหนดจะไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์บุตร ทั้งคนซึ่งมีสิทธิจะได้รับเงินเลี้ยงดูบุตรต้องมีหนังสือรับรองจากเทศบาลท้องถิ่นในเขตที่ตนอาศัยอยู่ โดยได้รับการรับรองเกี่ยวกับสิทธิ และจำนวนเงินสงเคราะห์ที่มีสิทธิได้รับ ในกรณีของลูกจ้าง

²⁷ วิชัย โดสุวรรณจินดา. (2533). *กฎหมายประกันสังคม*. หน้า 3-4

²⁸ กองแผนงานและสารสนเทศ สำนักงานประกันสังคม. (2550). *ระบบประกันสังคมในประเทศไทย*. หน้า 46.

รัฐบาลแห่งชาติหรือรัฐบาลท้องถิ่นนั้นหนังสือรับรองต้องออกโดยผู้มีอำนาจสูงสุดของกระทรวงหรือหน่วยงานราชการ หรือออกโดยผู้ได้รับมอบอำนาจจากหน่วยงานต้นสังกัดนั้นๆ

จำนวนเงินสงเคราะห์บุตรที่จ่ายให้แก่บุตรคนแรกและคนที่สองคือ 5,000 เยน²⁹ 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 การให้บริการเพื่อจัดปัญหาต่างๆ 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 องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลท้องถิ่น)

ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับเทศบาลท้องถิ่นจะเป็นผู้ให้ความเห็นชอบเป็นหนังสือรับรองบุคคลที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว โดยจะขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของคณะกรรมการและคณะกรรมการจะตัดสินใจโดยพิจารณาจากกายภาพและสภาพจิตใจของผู้ประกันตน รวมทั้งความเห็นของแพทย์ผู้ให้การรักษา ประโยชน์ทดแทนของการประกันการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจะจ่ายให้แก่บริการดังต่อไปนี้

²⁹ อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ ณ วันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2555 จากธนาคารกรุงเทพ 1,000 เยน มีค่าเท่ากับ 397 บาท และจาก DHL 1,000 เยน มีค่าเท่ากับ 400.128 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). คำนวนอัตราแลกเปลี่ยนสกุลเงิน. 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 เพื่อป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะที่ต้องการการดูแลระยะยาว ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อป้องกันการดูแลระยะยาว บริการเช็ดตัวทำความสะอาดให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น

5. การให้บริการชุมชนเพื่อป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะที่ต้องการการดูแลระยะยาว ได้แก่ กลุ่มเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความจำเสื่อมเพื่อป้องกันการดูแลระยะยาว การดูแลเยี่ยมเยือนผู้ป่วยที่บ้าน โดยการบริการอเนกประสงค์ เป็นต้น

จากที่ได้กล่าวมาแล้วเบื้องต้นเกี่ยวกับการประกันสังคมในประเทศญี่ปุ่น ประเทศญี่ปุ่นยังมีการประกันสังคมที่น่าสนใจ กล่าวคือ ประเทศญี่ปุ่น มีระบบการประกันสังคมตามประเภทดังต่อไปนี้

1. ชราภาพ ทูพพลภาพ และตาย
2. เจ็บป่วยและคลอดบุตร
3. ประสบอุบัติเหตุและเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน
4. ว่างาน
5. สงเคราะห์ครอบครัว

กรณีประกันการชราภาพ ทูพพลภาพ และตาย มีระบบการประกันสังคมอยู่ 2 ระบบหลัก ได้แก่ การประกันบำนาญลูกจ้าง (Employees Pension Insurance) ให้ครอบคลุมถึงกิจการต่างๆ ในอุตสาหกรรมและการพาณิชย์รวมกะลาสีเรือด้วย และระบบโครงการประกันบำนาญแห่งชาติ (National Pension Program) ใช้กับพลเมืองทุกคนที่มีอายุ 20-59 ปี ภายใต้ระบบนี้มีระบบการประกันสังคมแบบสมัครใจกับพลเมืองที่มีอายุ 60-64 ปี และผู้ที่ไปทำงานต่างประเทศที่อายุ 20-64 ปี นอกจากนี้ยังมีระบบพิเศษสำหรับเกษตรกร ครูโรงเรียนเอกชน ลูกจ้างในภาคเกษตร ป่าไม้ สหกรณ์ ประมง และลูกจ้างในกิจการสาธารณะ โดยระบบแรกผู้มีหน้าที่ออกเงินสมทบ ได้แก่ นายจ้างและ

ลูกจ้างเท่านั้น โดยออกเท่ากับ 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 ปี³¹

กรณีการเจ็บป่วยและคลอดบุตร ในระบบประกันสังคมของประเทศญี่ปุ่นมีอยู่สองระบบคือ การประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) ซึ่งเน้นครอบคลุมพลเมืองทั่วไป และการประกันสุขภาพลูกจ้าง (Employee Health Insurance) ซึ่งเน้นผู้ทำงานในอุตสาหกรรมและพาณิชย์ และผู้ประกันตนโดยสมัครใจ และมีระบบพิเศษสำหรับผู้มีอายุตั้งแต่ 70 ปี กระลาสีเรือ ครุเอกชน และลูกจ้างกิจการสาธารณะ ระบบแรกให้เฉพาะประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์เท่านั้น ระบบหลังมีทั้งการให้ประโยชน์ในการขาดรายได้และให้ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ระบบแรกประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ให้ใช้กับพลเมืองทุกคนที่มีได้อยู่ภายใต้การประกันสุขภาพพิเศษอื่นๆ โดยไม่กำหนดเวลาก่อนการให้ประโยชน์ ส่วนประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์และประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้ในระบบหลังนั้น ต้องทำงานในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ในระบบแรกสำหรับการส่งเงินสมทบ ผู้ประกันตนและรัฐบาลสมทบโดยผู้ประกันตนสมทบน้อยกว่ารัฐบาลเพราะรัฐบาลออก ร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ค่าบริหารงานและเงินอุดหนุน ในบางท้องที่ 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) นอกจากนี้ยังให้เงินก้อนเมื่อคลอดบุตร 1 ใน 2 เดือนของเงินค่าจ้าง (20,000 เยน) และเงินค่าพยาบาลเด็ก (20,000 เยน) เป็นต้น³²

กรณีประกันประสบอุบัติเหตุและเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานคุ้มครองลูกจ้างในอุตสาหกรรมและพาณิชย์ที่ไม่ได้รวมอยู่ในการประกันโดยสมัครใจในกิจการเกษตร ป่าไม้ และ

³¹ นิคม จันทรวิฑูร. (2537). *กฎหมายประกันสังคม:แนวคิด พัฒนาการและก้าวแรกของการดำเนินงานในประเทศไทย*. หน้า 27-28.

³² แหล่งเดิม. หน้า 28-29.

ประมง ที่มีลูกจ้างในสถานประกอบการนั้นน้อยกว่า 5 คนนอกจากนี้ยังมีระบบพิเศษสำหรับผู้ประกอบการอาชีพอิสระและลูกจ้างในกิจการสาธารณะ การจ่ายเงินสมทบนั้นเป็นหน้าที่ของนายจ้าง ประมาณ ร้อยละ 0.6 – ร้อยละ 14.9 ของเงินเดือน (ตามอัตราการเกิดอุบัติเหตุในรอบ 3 ปี) ลูกจ้างผู้ประกันตนไม่ต้องจ่าย ส่วนรัฐบาลช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายบางอย่างจำกัดจากงบประมาณ การได้รับประโยชน์ทดแทนจะได้ทันทีโดยไม่มีเงื่อนไขเกี่ยวกับระยะเวลาการทำงานขั้นต่ำแต่อย่างใด ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับจะมีทั้งประโยชน์ทดแทนในการขาดรายได้ เช่น กรณีพิการได้ ร้อยละ 60 ของรายได้เฉลี่ยรายวัน และการให้บริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังมีบำนาญตกทอดให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับ ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดา มารดา ปู่ ย่า หลานและพี่น้องที่ต้องดูแลด้วย³³

องค์การบริหารระบบความมั่นคงทางสังคม ในส่วนของการประกันสุขภาพ พิกัดทุพพลภาพและตาย 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 มีกฎหมายรองรับมากมาย หลายฉบับ เนื่องมาจากวิวัฒนาการความเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าทางอุตสาหกรรม ประกอบกับความจำเป็นที่รัฐต้องจัดสวัสดิการรองรับ³⁵

ประเภทของระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น³⁶ ครอบคลุมถึงประชาชนทุกคนในประเทศมาประมาณ 30 ปีแล้ว คือ เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1961 เป็นต้นมา ประเภทของการให้ประกันแบ่งออกเป็น 2 โครงการหลักๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ประเทศญี่ปุ่นจัดประกันสุขภาพเป็นระบบผสมแบบขานานและแบบช้อน กล่าวคือ

³³ แหล่งเดิม. หน้า 29.

³⁴ แหล่งเดิม. หน้า 30.

³⁵ พรณี ศรียุทธศักดิ์ และเพ็ญศรี ดาวัลย์. (2536). *ระบบการประกันการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่น*. (รายงานการศึกษาคูงาน). 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 ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากการที่ประเทศญี่ปุ่นประสบปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วตามลำดับ และจากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการมีผู้สูงอายุมาใช้บริการมากโดยเฉพาะเป็นกรณีคนไข้ 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 ล้านคนจากตัวเลขดังกล่าวข้างต้น ทำให้ประมาณได้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก 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 เยนต่อวัน และจ่ายไม่เกิน 2 เดือน

สำหรับกรณีเรื่องอัตราเงินสมทบ เนื่องจากระบบการประกันการรักษาพยาบาลแบ่งออกเป็น โครงการย่อยๆ มากมาย ในแต่ละโครงการย่อมมีการบริหารงานเป็นอิสระซึ่งกันและกัน และในแต่ละโครงการย่อมมีการเก็บเงินสมทบต่างๆ กัน³⁷ 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. กลุ่มครูและเจ้าหน้าที่โรงเรียน ราษฎร์	ร้อยละ 8.2 ร้อยละ 8.254 1.307-2,640 เยน ต่อวัน ร้อยละ 8.8 ร้อยละ 8.429
2. โครงการเพื่อประชาชน ทั่วไป	1. กลุ่มเกษตรกรและอาชีพอิสระ 2. กลุ่มที่เกษียณอายุแล้ว	แตกต่างกันไปในแต่ละ ท้องถิ่นโดยพิจารณาจาก รายได้ จำนวนผู้ประกันตน ทรัพย์สินสมบัติ (Property) และ จำนวนคนในครอบครัวที่อยู่ ภายใต้โครงการ

สำหรับกรณีเรื่องประโยชน์ทดแทน³⁸ โดยประโยชน์ทดแทนที่ได้จากการประกันแบ่งออกได้เป็นประโยชน์ทดแทนตามที่กฎหมายกำหนดไว้และประโยชน์ทดแทนเพิ่มเติม (Additional Benefits) ซึ่งประโยชน์ทดแทนเพิ่มเติมนี้ เป็นประโยชน์ทดแทนที่ผู้ขายประกันให้แก่ผู้ประกันตนเพิ่มเติมจากประโยชน์ทดแทนที่กฎหมายกำหนดไว้

³⁷ พรรณี ศรียุทธศักดิ์ และเพ็ญศรี ดาวลัย. 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) ลักษณะของระบบการให้การรักษา³⁹

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 ร้อยละ 10 อีกร้อยละ 90 โครงการจะเป็นผู้จ่ายให้โดยเรียกเก็บจากผู้ขายประกันภายหลัง

2) ประโยชน์ทดแทนในรูปเงินสด (Cash Benefits)⁴⁰

ตารางที่ 3.3 แยกตามประเภทของโครงการรายละเอียดตามตาราง ดังนี้⁴¹

โครงการ	กรณีเจ็บป่วย (Injury Allowance)	กรณีคลอดบุตร (Maternity Allowance)	กรณีต้องหยุดงาน (For loss of day at work)	ค่าคลอดบุตร (Delivery expenses)
กลุ่มลูกจ้างทั่วไป	ร้อยละ 60 ของ เงินเดือนเกิน 1.5 ปี	ร้อยละ 60 ของเงินเดือน จ่ายก่อนคลอด 42 วัน หลังคลอด 56 วัน	-	ร้อยละ 50 ของ เงินเดือน (ต่ำสุด 240,000 เยน กำหนดโดยกฤษฎีกา)
กลุ่มแรงงาน รายวัน	ร้อยละ 2 ของค่าจ้าง ไม่เกิน 6 เดือน (บาง กรณี 1.5 ปี)	ร้อยละ 2 ของค่าจ้าง จ่าย ก่อนคลอด 42 วัน หลัง คลอด 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 ของ เงินเดือนไม่เกิน 3 ปี	ร้อยละ 60 นับตั้งแต่วันที่ได้รับการยืนยันว่า ตั้งครรภ์ และจ่าย 56 วัน หลังคลอด	-	ร้อยละ 50 ของ เงินเดือนต่ำสุด 240,000 เยน
กลุ่มข้าราชการ	ร้อยละ 65 ของ เงินเดือนไม่เกิน 1.5 ปี (บางกรณี 3 ปี)	ร้อยละ 65 ของเงินเดือน จ่ายก่อนคลอด 42 วัน หลังคลอด 56 วัน	ร้อยละ 50 ของ เงินเดือน	เงินเดือน 1 เดือน ต่ำสุด 240,000 เยน
กลุ่มข้าราชการ ส่วนท้องถิ่น	ร้อยละ 80 ของ เงินเดือนไม่เกิน 1.5 ปี (บางกรณี 3 ปี)	ร้อยละ 80 ของเงินเดือน จ่ายก่อนคลอด 42 วัน หลังคลอด 56 วัน	ร้อยละ 10 ของ เงินเดือน	เงินเดือน 1 เดือน ต่ำสุด 240,000 เยน
กลุ่มครูและ เจ้าหน้าที่ โรงเรียนราษฎร์	ร้อยละ 80 ของ เงินเดือนไม่เกิน 6 เดือน (บางกรณี 3 ปี)	ร้อยละ 80 ของเงินเดือน จ่ายก่อนคลอด 42 วัน หลังคลอด 56 วัน	ร้อยละ 60 ของ เงินเดือน	เงินเดือน 1 เดือน ต่ำสุด 240,000 เยน
กลุ่มประชาชน ทั่วไป	ไม่มีกำหนดไว้ (ปัจจุบันยังไม่มี ท้องถิ่นไหนให้)	ไม่มีกำหนดไว้ (ปัจจุบัน ยังไม่มีท้องถิ่นไหนให้)	-	กำหนดโดยเทศบาล/ญัตติ (มาตรฐานจ่าย 240,000 เยน)
กลุ่มลูกจ้างทั่วไป	กำหนดโดยกฤษฎีกา เท่ากับ 240,000 เยน	กำหนดโดยกฤษฎีกา เท่ากับ 2,000 เยน	เงินเดือน 1 เดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน กำหนดโดย กฤษฎีกา)	กำหนดโดยกฤษฎีกา (ต่ำสุด 100,000 เยน)
กลุ่มแรงงาน รายวัน	กำหนดโดยกฤษฎีกา เท่ากับ 240,000 เยน	กำหนดโดยกฤษฎีกา เท่ากับ 2,000 เยน	ค่าจ้าง 1 เดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)	กำหนดโดยกฤษฎีกา (ต่ำสุด 100,000 เยน)
กลุ่มชาวประมง	กำหนดโดยกฤษฎีกา เท่ากับ 240,000 เยน	กำหนดโดยกฤษฎีกา เท่ากับ 2,000 เยน	เงินเดือน 2 เดือน (ต่ำสุด 100,000 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)
กลุ่มครูและ เจ้าหน้าที่ โรงเรียนราษฎร์	ร้อยละ 70 ของ เงินเดือน (ต่ำสุด 240,000 เยน)	2,400 เยน	เงินเดือน 1 เดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)	ร้อยละ 70 ของ เงินเดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)
กลุ่มประชาชน ทั่วไป	ร้อยละ 70 ของ เงินเดือน (ต่ำสุด 240,000 เยน)	จะให้หรือไม่ก็ได้(ที่ให้ ส่วนมากต่ำกว่า 6,000 เยน)	กำหนดโดยเทศ บัญญัติ (โดยทั่วไป 10,000-50,000 เยน)	-
กลุ่มข้าราชการ	ร้อยละ 70 ของ เงินเดือน (ต่ำสุด 240,000 เยน)	2,400 เยน	เงินเดือน 1 เดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)	ร้อยละ 70 ของ เงินเดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)
กลุ่มข้าราชการ ส่วนท้องถิ่น	ร้อยละ 70 ของ เงินเดือน (ต่ำสุด 240,000 เยน)	2,400 เยน	เงินเดือน 1 เดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)	ร้อยละ 70 ของ เงินเดือน (ต่ำสุด 100,000 เยน)

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

⁴³ แหล่งเดิม. หน้า 15-16

3.4.2 ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์⁴⁴

ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ เป็นประเทศหนึ่งในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งจัดว่าเป็นประเทศกำลังพัฒนาอุตสาหกรรมใหม่ในกลุ่มอาเซียน ซึ่งประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์เป็นประเทศเดียวในภูมิภาคเอเชียที่มีวัฒนธรรมคล้ายประเทศตะวันตก อาจเนื่องมาจากการที่เคยเป็นประเทศอาณานิคมของประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์จึงเป็นประเทศหนึ่งที่ทำให้ความสนใจต่อหลักการให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนด้านสวัสดิการ

การกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม

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

ต่อมาเมื่อประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ได้รับเอกราชในปี พ.ศ. 2489 (ค.ศ. 1946) ซึ่งเป็นเวลาที่นานาอารยประเทศได้มีการประกันสังคมเกิดขึ้นแล้ว ประธานาธิบดีรามอน แม็คไซไซตระหนักถึงความสำคัญของประกันสังคม จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นคณะหนึ่ง เมื่อปี พ.ศ. 2491 (ค.ศ. 1948) ให้ศึกษาและวิจัยเพื่อวางโครงสร้างการจัดตั้งระบบประกันสังคมขึ้น 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 ที่การเซีย ได้ดำเนินการประชาสัมพันธ้อย่างเข้มแข็ง จนสามารถลดความขัดแย้งที่เกิดจากความไม่เข้าใจระบบประกันสังคมได้ ทุกฝ่ายเริ่มเกิดความเข้าใจอันดีต่อกันและยอมรับรู้ถึงคุณค่าของการประกันสังคม เมื่อประเทศฟิลิปปินส์ได้ประกาศใช้กฎหมายประกันสังคมอีกครั้ง เมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2500 (ค.ศ. 1957) จึงได้รับการตอบรับจากประชาชนหนังสือพิมพ์ทุกฉบับให้ความร่วมมือตีพิมพ์กฎหมายประกันสังคม และบทความเพื่อสนับสนุนการประกันสังคมเป็นอย่างดี ระยะเวลาแรกกฎหมายบังคับใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป หลังจากนั้น 2 ปี ได้ขยายความคุ้มครองไปยังผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระ ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 (ค.ศ. 1992) จึงได้ขยายความคุ้มครองไปยังผู้มีอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพประมงด้วย

ปัจจุบันระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) ได้ให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างในโครงการประกันสังคม 3 โครงการ ได้แก่ โครงการประกันสังคม ซึ่งดำเนินการตามกฎหมายประกันสังคม (Social Security Law, 1957) ให้ความคุ้มครองลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป และขยายการประกันตนโดยสมัครใจไปยังลูกจ้างต่างประเทศที่มีการจ้างงานในประเทศ รวมทั้งลูกจ้างชาวฟิลิปปินส์ที่ไปทำงานในต่างประเทศ โครงการประกันสุขภาพซึ่งดำเนินการตามกฎหมาย โครงการสวัสดิการ (Medicare, 1972) ให้ความคุ้มครองสมาชิกของระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) รวมถึงผู้ที่อยู่ในความอุปการะของสมาชิก 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) ขยายความคุ้มครองไปยังผู้ประกอบการอาชีพอิสระ
2. ปี พ.ศ. 2535 (ค.ศ. 1992) ขยายความคุ้มครองไปยังลูกจ้างในภาคเกษตรกรรมและลูกจ้างชาวฟิลิปปินส์ซึ่งไปทำงานในเรือเดินทะเลระหว่างประเทศ

3. ปี พ.ศ. 2536 (ค.ศ. 1993) ขยายความคุ้มครองไปยังคนรับใช้ภายในบ้านที่มีรายได้ อย่างต่ำ 1,000 เปโซ⁴⁵ ต่อเดือน

4. ปี พ.ศ. 2538 (ค.ศ. 1995) ขยายความคุ้มครองไปยังลูกจ้างซึ่งไม่มีการจ้างงานเป็น รูปแบบ (ไม่มีสัญญาจ้าง) และมีรายได้ อย่างต่ำ 1,000 เปโซ ต่อเดือน เช่น ลูกจ้างตามร้านแผงลอย คนเฝ้ารถ ฯลฯ

5. ปี พ.ศ. 2541 (ค.ศ. 1997) รัฐบาลฟิลิปปินส์ได้ออกกฎหมายเพื่อจัดระบบ ประกันสังคม ให้ประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตนมากขึ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนโดย สสมัครใจเข้าเป็นสมาชิกด้วย

ลักษณะของการประกันมี 2 รูปแบบ คือ

(1) การประกันโดยบังคับ (Compulsory) อยู่ในความคุ้มครองได้แก่

1. ลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราวซึ่งอยู่ในสถานประกอบการ และมีอายุ ไม่เกิน 60 ปี

2. ผู้ประกอบอาชีพอิสระที่มีรายได้ต่อปีตั้งแต่ 1,800 เปโซ ขึ้นไป และมีอายุ ไม่เกิน 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 เปโซมี ค่าเท่ากับ 770 บาท และจาก DHL 1,000 เปโซ มีค่าเท่ากับ 755.596 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). คำนวนอัตราแลกเปลี่ยนสกุลเงิน. สืบค้นเมื่อ 19 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. 1972 โครงการนี้จะคุ้มครองสมาชิกของระบบประกันสังคมแบบ 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) โดยก่อนที่จะสมัครเข้าทำงาน ต้องสมัครเข้าเป็นสมาชิกของระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) เสียก่อน ไม่ว่าจะเป็นงานชั่วคราวหรืองานถาวรก็ตาม ในการสมัครงานจะต้องมีบัตรประกันสังคม ซึ่งระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) ออกให้ไปแสดงต่อนายจ้าง ยกเว้นลูกจ้างที่อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป การสมัครเป็นสมาชิกระบบประกันสังคมแบบ Social Security System (SSS) ทำได้ง่ายมาก สามารถรับบัตรประกันสังคมในทันทีที่ได้สมัครเป็นสมาชิก และเมื่อสมัครแล้ว จะถือได้ว่าสมัครเข้าอยู่ใน 2 โครงการทันที คือ โครงการประกันสุขภาพ และโครงการประกันการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน สำหรับผู้ประกันคนที่ประกอบอาชีพอิสระและผู้ประกันตนโดยสมัครใจ 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 คือนายจ้างและลูกจ้างในอัตราร้อยละของรายได้ต่อเดือน 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. ไม่มีประกันการว่างงาน และสงเคราะห์บุตร
- จ. ประโยชน์ทดแทนในโครงการประกันสังคม ประกอบด้วย

1. ประโยชน์ทดแทนระยะยาว ได้แก่

ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ

ประโยชน์ทดแทนกรณีตาย

กรณีการประกันชราภาพ ทุพพลภาพ และตาย ผู้ได้รับการคุ้มครองคือ ลูกจ้างฟิลิปปินส์ ซึ่งทำงานในทะเล และผู้ทำงานอิสระ ไม่รวมลูกจ้างที่ทำงานบ้านและแรงงานในครอบครัว มีโครงการพิเศษสำหรับลูกจ้างของรัฐ ผู้ทำงานอิสระที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,800 เปโซ ต่อปี ก็อาจทำประกันได้ การจ่ายเงินสมทบ ลูกจ้างจ่ายในสัดส่วนน้อยกว่านายจ้าง คือ ลูกจ้างจ่ายร้อยละ 1.6 – ร้อยละ 3.3 ของค่าจ้าง ส่วนนายจ้างจ่าย ร้อยละ 5.1 – ร้อยละ 6.8 ของเงินที่จ้าง และรัฐบาลไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ ยกเว้นกรณีขาดทุนจึงจะช่วย มีกำหนดเวลาก่อนได้รับประโยชน์ เช่น กรณีชราภาพ ต้องสมทบเงินมาแล้วไม่น้อยกว่า 120 เดือน กรณีทุพพลภาพและบำนาญตกทอดต้องสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 36 เดือน การจ่ายประโยชน์ทดแทนมีกำหนดเงินขั้นต่ำที่จะได้รับ ทั้งในกรณีเงินบำนาญชราภาพ ร้อยละ 1.5 ของอัตราเงินเดือน สะสมรวมกับเงิน ร้อยละ 42 – 102 ของเงินเฉลี่ยต่อเดือน ตามระดับขั้นของเงินเดือน เงินบำนาญทุพพลภาพ คิดเช่นเดียวกับบำนาญชราภาพ โดยจะจ่ายเป็นรายเดือนและมีกำหนดขั้นต่ำของเงินด้วย และยังมีเงินเพิ่มสำหรับผู้ที่อยู่ในอุปการะ เงินช่วยเหลือ กำพร้า บำนาญตกทอดและเงินช่วยเหลือค่าทำศพกรณีเสียชีวิตด้วย นอกจากนี้ในกรณีพิเศษยังสามารถขอเบิกเงินสมทบคืนได้เท่ากับเงินที่ตนสมทบและนายจ้างสมทบไว้ รวมดอกเบี้ยด้วย หากว่าไม่สามารถส่งต่อไปได้⁴⁶

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 จันทรวิฑูร. 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 สำนักงาน โครงการประกันสังคม Social Security System (SSS) จะให้ประโยชน์ทดแทนขั้นต่ำจำนวนไม่น้อยกว่าเงินสมทบในส่วนของนายจ้างและลูกจ้างร่วมกัน หรือไม่ต่ำกว่า 1,000 เปโซ

2. ประโยชน์ทดแทนระยะสั้น

ก. ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยหรือการประสบอันตรายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

ข. ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

กรณีประกันการเจ็บป่วยและคลอดบุตร ผู้ได้รับการคุ้มครอง คือลูกจ้างฟิลิปปินส์ที่ทำงานในทะเล และผู้ทำงานอิสระที่มีรายได้ไม่ต่ำกว่า 1,800 เปโซ ต่อปี ไม่รวมลูกจ้างที่ซึ่งทำงานที่บ้านและครอบครัว มีโครงการพิเศษสำหรับลูกจ้างของรัฐ โดยทั้งลูกจ้างและนายจ้างจะต้องออกเงินสมทบในอัตราเท่ากัน คือ ร้อยละ 1.25 ของเงินเดือน ส่วนรัฐบาลจะไม่ออกเงินสมทบ ยกเว้นกรณีขาดทุนในด้านประโยชน์ทดแทนนั้น จะให้ทั้งในรูปแบบเงินสด 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 วัน⁴⁷

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 เดือนภายใน 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 และผู้ประกอบการอาชีพอิสระ 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 ที่อายุไม่เกิน 21 ปี ส่วนเงินตกทอด ได้บำนาญตกทอด ร้อยละ 100 ของเงินบำนาญ ร้อยละ 10 แก่เด็กกำพร้า 5 คน ซึ่งอายุน้อยที่สุด 21 ปี และยังมีเงินช่วยเหลือผู้ยังมีชีวิตอยู่เพิ่มเติมเป็นเงินก้อน 35 เท่าของเงินบำนาญแก่คู่สมรสซึ่งยังมีชีวิตและเด็ก⁴⁸

⁴⁸ แหล่งเดิม. หน้า 49.

โครงการนี้จะคุ้มครองลูกจ้างทุกคน ซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานให้นายจ้าง

ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน

ประโยชน์ทดแทนที่จะได้รับกรณีเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน

1. การรักษาพยาบาล

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีเจ็บป่วย หรือสูญเสียอวัยวะจำนวน ร้อยละ 90 ของค่าจ้างเฉลี่ยขั้นต่ำ 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

เนื่องจากการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ของประเทศฟิลิปปินส์ใช้ระบบจ่ายตามใบเสร็จ (Free for Service) ดังนั้น ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์จึงมีการจำกัดวงเงินในการรักษาและจำนวนวันที่จะใช้บริการทางการแพทย์ได้ภายใน 1 ปี โดยประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ของประเทศฟิลิปปินส์ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นกรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุก็ตาม นอกจากนั้นยังครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลแก่ครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย⁴⁹ โดยค่าบริการทางการแพทย์จะกำหนดเป็นตาราง ซึ่งอัตราการกำหนดวงเงินขึ้นอยู่กับชนิดของโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนต้องการ

⁴⁹ สิทธิพร รัตนกร และคณะ. (2537). *สรุปการศึกษาดูงาน ณ ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์และประเทศมาเลเซีย ระหว่างวันที่ 20-26 พฤษภาคม 2537* (สำนักงานประกันสังคม). หน้า 25.

ตารางที่ 3.5 กำหนดวงเงินในการรักษา⁵⁰

รายการการรักษาพยาบาล (Items of Hospitalization)	อัตราค่าบริการครอบคลุม		
	โรงพยาบาลระดับ ต้น (Primary Hospital)	โรงพยาบาลระดับกลาง (Second Hospital)	โรงพยาบาลระดับ ใหญ่ (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) - การป่วยหนัก (Intensive Care Case) - การป่วยจากภัยพิบัติ (Catastrophic Cases)	895 เปโซ 2,025 เปโซ -	1,185 เปโซ 2,430 เปโซ 5,475 เปโซ	1,525 เปโซ 4,375 เปโซ 6,255 เปโซ
3. ค่าห้องผ่าตัด : ขึ้นอยู่กับข้อตกลงกับสถานพยาบาลในโครงการตามRUV Scheme (Relative unit Value) - RUV 5 และต่ำกว่า 5 - RUV 5.1 – 10.0 - RUV 10.0 – และมากกว่า	255 เปโซ - -	455 เปโซ 760 เปโซ 1,440 เปโซ	705 เปโซ 900 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 ปารีชาติ ศรีประเสริฐ. (2541). การให้ความคุ้มครองในระบบประกันสังคม: ศึกษาเปรียบเทียบโครงการประกันสังคมของประเทศไทยและฟิลิปปินส์. หน้า 55-57.

หรือผู้ป่วยรุนแรงจากภัยพิบัติ แพทย์จะได้ 450 เปโซ และแพทย์เฉพาะทางจะได้รับ 750 เปโซ ต่อการรักษาโรคหนึ่ง ให้หายในช่วงเวลาหนึ่ง

2) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด จะได้รับตามข้อตกลงไว้กับสถานพยาบาลในโครงการไม่เกิน 7,080 เปโซ ต่อราย

3) แพทย์คดมยา จะได้รับเป็นจำนวนร้อยละ 30 ของจำนวนที่แพทย์ผู้ผ่าตัดได้รับ แต่ไม่เกิน 2,125 เปโซ

4) จ่ายให้กรณีทำหมันชาย 400 เปโซ และกรณีทำหมันหญิง 500 เปโซ

วิธีการจ่ายประโยชน์ทดแทน มี 2 วิธี คือ

1) ส่งจ่ายผ่านเช็ค โดยส่งทางไปรษณีย์ในการขอรับเงินก้อน

2) ส่งจ่ายผ่านธนาคาร 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 เป็นการร่วมกันดูแลจากกระทรวงแรงงาน คณะกรรมการความมั่นคงทางสังคม และ คณะกรรมการเงินทดแทนของลูกจ้าง⁵¹

⁵¹ นิคม จันทรวิฑูร. เล่มเดิม. หน้า 49.

3.4.3 ประเทศสเปน⁵² (ราชอาณาจักรสเปน)

ระบบประกันสังคมประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน)

วิวัฒนาการระบบประกันสังคมประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน)

ระยะที่ 1 (ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1900–1962) หลังจากที่ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีได้ออกรัฐบัญญัติการประกันสุขภาพในปี ค.ศ. 1883 รัฐบัญญัติการเจ็บป่วยอันเนื่องจากการทำงานในสถานประกอบการเมื่อปี ค.ศ. 1884 และรัฐบัญญัติการประกันสังคมกรณีชราภาพ และทุพพลภาพ ในปี ค.ศ. 1889 ประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน) ได้มีแผนนโยบายที่จะส่งเสริมสวัสดิการให้กับผู้ใช้แรงงานในประเทศ 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). รายงานการศึกษาฐาน 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 Elderly and Social Services (Instituto de Mayoresy Servicios Sociales, IMSERSO)

4) The Social Institute for Sea-Workers บริหารจัดการโครงการพิเศษเพื่อชาวประมง

5) Social Security General Treasury ทำหน้าที่จัดเก็บเงินสมทบ

6) National Employment 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 แต่ถ้าเป็นชาวต่างประเทศที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับประชาชนชาวสเปน นอกจากนี้หญิงต่างชาติซึ่งตั้งครรถ์ในประเทศสเปนมีสิทธิได้รับการดูแลสุขภาพในระหว่างการตั้งครรถ์และการดูแลทารกแรกเกิดด้วย

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

บำนาญกรณีทุพพลภาพ (Invalidity Pensions)

สำหรับกรณีผู้ทุพพลภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งกรณีของทุพพลภาพที่เป็นมาแต่กำเนิด เงื่อนไขการได้รับสิทธิ

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

แบ่งระดับการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ทุพพลภาพเป็น 2 ระดับ คือ

1. ทุพพลภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีการสูญเสียสมรรถภาพมากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 65

2. ทุพพลภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีการสูญเสียสมรรถภาพมากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 75 และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

การประเมินร้อยละการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ทุพพลภาพจะต้องประเมินโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 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). จำนวนอัตราแลกเปลี่ยนสกุลเงิน. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2555, จาก <http://www.dhl.co.th/publish/th/tools/currency.low.html>

บำนาญกรณีเกษียณ (Retirement Pensions)

1. จะต้องมียุ 65 ปีขึ้นไป
2. จะต้องพำนักอาศัยในประเทศสเปนอย่างถูกต้องตามกฎหมายเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 10 ปี ระหว่างอายุ 16 ปี จนถึงวันที่เกษียณอายุ และจะต้องมีระยะเวลาที่พำนักอาศัยติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 ปีต่อเนื่องกัน
3. รายได้ประเมินทั้งปีต่ำกว่าสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

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 Efectos 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 ร้อยละ 100 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 หรือบุคคลซึ่งประกอบอาชีพอิสระทางการเกษตรซึ่งมีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และเป็นเจ้าของที่ดินทำกินในขนาดเล็ก

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

3. โครงการพิเศษสำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระ (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 ระบบคือ

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

ข. ระบบ Funded System เป็นระบบที่นายจ้างจะต้องสมทบเพื่อใช้ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอันตรายจากการทำงาน

(3) การเก็บเงินสมทบ

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

ตารางที่ 3.7 แสดงอัตราขั้นต่ำ – ขั้นสูง ของเงินสมทบตามกลุ่มอาชีพปี 2007

กลุ่มผู้ จ่ายเงิน สมทบ	กลุ่มอาชีพ	อัตราต่ำสุด ยูโร / เดือน	อัตราสูงสุด ยูโร / เดือน
1	วิศวกรระดับ Senior	929.70	2,996.10
2	วิศวกรที่จบการศึกษามาแล้ว 3 ปี และช่างเทคนิค ระดับกลาง	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 และแรงงานที่มีความ เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง	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 โดยประมาณเป็นเงินสมทบจากนายจ้างและ

ลูกจ้าง

ร้อยละ 30 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 วัน ในระยะเวลา 5 ปี ก่อนวันที่หยุดงาน ยกเว้น กรณีที่หยุดงานจากโรคหรือการประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการทำงานจะไม่มีกรณีพิจารณาประวัติการส่งเงินสมทบ

สิทธิประโยชน์ : ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้จากการหยุดงาน โดย 3 วันแรกของการหยุดงาน สถานประกอบการจะต้องรับผิดชอบจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ให้กับลูกจ้าง ตั้งแต่วันที่ 4 ถึงวันที่ 20 ของการหยุดงาน ประกันสังคมจะจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ให้กับผู้ประกันตนในอัตราร้อยละ 60 ของรายได้ หลังจากนั้นประกันสังคมจะจ่ายให้อัตราร้อยละ 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 จะต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วครั้งหนึ่งตั้งแต่อายุ 16 ปี จนถึงเวลาที่พิการ และสำหรับบุคคลซึ่งมีอายุเกิน 26 ปี จะต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 1 ใน 4 ของระยะเวลาตั้งแต่อายุ 20 ปี จนถึงวันที่พิการ โดยมีระยะเวลาการส่งเงินสมทบไม่ต่ำกว่า 5 ปี แต่ในบางกรณีอนุญาตให้จ่าย 1 ใน 5 ของระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา

กรณีที่พิการจากอุบัติเหตุไม่ว่าจะเนื่องหรือไม่เนื่องจากการทำงานหรือกรณีที่เจ็บป่วยจากการทำงานจะไม่มีกำหนดระยะเวลาขั้นต่ำในการจ่ายเงินสมทบ

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) จะได้รับเงินบำนาญ ร้อยละ 100 ของฐานการคำนวณ

3) กรณีทุพพลภาพรุนแรง (Severe Disablement) จะได้รับเงินบำนาญ ร้อยละ 150 ของฐานการคำนวณ

4) กรณีที่ผู้ทุพพลภาพมีอายุเกิน 55 ปี จะได้รับเงินบำนาญเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 20 ทั้งนี้ ฐานการคำนวณเงินบำนาญจะคำนวณจากอัตราเงินเดือนตามฐานเงินเดือนระยะเวลา 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 65 ปี 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 ของฐานการ

คำนวณบำนาญหม้าย จะยุติเมื่อคู่สมรสของผู้ตายแต่งงานใหม่

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 ของฐานการคำนวณที่ใช้ประเมินบำนาญกรณี
หม้าย

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

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

การประกันโดยสมัครใจ (Voluntary Insurance)

ตามวรรคสุดท้ายของมาตรา 41 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรสเปนกำหนดไว้ว่า “ประโยชน์ทดแทนเสริมและความช่วยเหลือเพิ่มเติม” ให้เป็นระบบสมัครใจ ทั้งนี้การประกันสังคมโดยสมัครใจประกอบด้วยประกันของเอกชนและระบบกองทุนรวม

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

สถาบันประกันสังคม (National Institute of Social Security)

โครงสร้าง : อยู่ในสังกัดกระทรวงแรงงานและกิจการสังคม

(Ministry of Labour and Social Affairs)

การบริหารจัดการ : พิจารณาอนุมัติจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้

1) การพิจารณาจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีไร้ความสามารถในการทำงานชั่วคราว (Temporary Incapacity) 3 วันแรกของการหยุดงาน สถานประกอบการจะต้องรับผิดชอบจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ให้กับลูกจ้าง ตั้งแต่วันที่ 4 ถึงวันที่ 20 ของการหยุดงานประกันสังคมจะจ่ายให้อัตราร้อยละ 60 และหลังจากนั้นประกันสังคมจะจ่ายให้อัตราร้อยละ 75

กรณีไร้ความสามารถในการทำงานชั่วคราว (Temporary Incapacity) จะต้องมียุทธศาสตร์การรักษาและฟื้นฟูไม่เกิน 18 เดือน หากไม่สามารถรักษาได้จะพิจารณาให้เป็นผู้ทุพพลภาพถาวร ซึ่งการพิจารณาขึ้นอยู่กับแต่ละเคส บางเคสกำหนดระยะเวลาการรักษาฟื้นฟูไว้เพียง 12 เดือน ซึ่งทางสถาบันกำลังพิจารณาให้ปรับระยะเวลาเป็น 12 เดือนให้เหมือนกันทั่วประเทศ โดยให้แพทย์ในส่วนกลางเป็นผู้พิจารณาตัดสินการเป็นผู้ทุพพลภาพ

2) การพิจารณาจ่ายเงินกรณีทุพพลภาพแบบถาวร แบ่งระดับการทุพพลภาพ ดังนี้

(1) กรณีทุพพลภาพบางส่วนถาวร (Partial Permanent Incapacity) ผู้ทุพพลภาพจะประกอบอาชีพตามปกติได้แต่ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ร้อยละ 33

(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 : นำเรื่องรับประโยชน์ทดแทนผ่านเคสวัน เมื่อแพทย์ในเคสวันวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ทุพพลภาพจริงจะส่งให้สถาบัน INSS พิจารณาสั่งจ่ายเงิน

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

ประสิทธิภาพการทำงาน:

1) การพิจารณาวินิจฉัยคุณภาพภายในขั้นตอนของส่วนกลางกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานให้แล้วเสร็จภายใน 12 วัน ในทางปฏิบัติสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายร้อยละ 95 เหลือแล้วดำเนินการเสร็จภายใน 9 วัน (เป็นกรอบระยะเวลาที่ส่วนกลางรับเรื่องจนวินิจฉัยเสร็จ)

2) ระยะเวลาเฉลี่ยนับแต่ผู้รับประโยชน์ทดแทนยื่นเรื่อง ณ จังหวัดจนวินิจฉัยแล้วเสร็จ ระยะเวลาเฉลี่ย 56 วัน

กลไกสำคัญในการประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย

- 1) ต้องมีการวางแผนจัดระบบและประเมินผลเพื่อปรับปรุงอยู่เสมอ
- 2) กำหนดเป้าหมายระยะเวลาการทำงานทุกขั้นตอน
- 3) ใช้ระบบคอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือในการประมวล และทุกขั้นตอนต้องกำหนดออกมาเป็นตัวเลข

4) ความร่วมมือของข้าราชการและเจ้าหน้าที่

ปัญหาและอุปสรรคการทำงาน

1) ขาดแคลนแพทย์ (ซึ่งจะต้องผ่านการสอบวัดคุณวุฒิ ปัจจุบันมีแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน ประมาณ 500 คน)

2) ระบบคอมพิวเตอร์ยังไม่เพียงพอให้แพทย์มีไว้ใช้ในการตรวจประเมิน

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพประเทศสเปน (ราชอาณาจักรสเปน)

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย

1) Primary Care เป็นในลักษณะของสาธารณสุขพื้นฐาน สถานีอนามัย ผู้ป่วยต้องได้รับบริการปฐมภูมิ (Primary Care Doctor) แพทย์จะส่งจ่ายยาโดยให้ใบสั่งยา และผู้ป่วยจะต้องไปรับยาที่ร้านยาที่ขึ้นทะเบียน โดยต้องจ่ายเงิน (Co – Payment) ในอัตราร้อยละ 40 ของราคาขาย ยกเว้นกรณีที่ไม่มีการจ่ายจะได้รับยาเป็นกรณีของสังคมสงเคราะห์

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

3.4.4 ประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส⁵⁴

ระบบประกันสังคมของประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส

ระบบประกันสังคมของประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส เป็นระบบบังคับครอบคลุมลูกจ้างและผู้ประกอบอาชีพอิสระ

ประโยชน์ทดแทน เป็นเงินทดแทนสำหรับการสูญเสียรายได้จากการทำงานกรณีต่างๆ 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

เนื่องไปกับการเกิดสิทธิ :

จะต้องขึ้นทะเบียนและส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือนติดต่อกัน

สิทธิประโยชน์ :

หยุดงาน 30 วัน ได้รับเงินทดแทน ร้อยละ 65 ของฐานการคำนวณ

หยุดงาน 90 วัน แต่ไม่เกิน 365 วัน ได้รับเงินทดแทน ร้อยละ 70 ของการคำนวณ

หยุดงานไม่ต่ำกว่า 365 วัน ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 75 ของฐานการคำนวณ

กรณีหยุดงานเนื่องจากป่วยด้วยวัณโรค ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 80-100 ของฐานการ

คำนวณ

ทั้งนี้เงินทดแทนการขาดรายได้จะต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของรายได้ขั้นต่ำ และระยะเวลาหยุดงานไม่เกิน 1,095 วัน เกินกว่านั้นจะเป็นกรณีทุพพลภาพ

⁵⁴ กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. (2550). รายงานการศึกษาฐาน 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 ของรายได้ สำหรับการรับอุปการะเด็กซึ่งมีอายุต่ำกว่า 15 ปี ทั้งนี้เงินทดแทนการขาดรายได้จะต้องไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของรายได้ขั้นต่ำ

(3) กรณีบิดาลาหยุดเพื่อเลี้ยงดูบุตร

บิดามีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในช่วง 15 วันแรกหลังจากสิ้นสุดประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

(4) กรณีสิทธิการลาหยุดสำหรับปู่ ย่า ตา ยาย

ลูกจ้างซึ่งเป็นปู่ ย่า ตา ยาย มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 100 เป็นระยะเวลา 30 วัน หลังจากที่เกิดเด็กเกิด หากบิดามารดาของเด็กมีอายุต่ำกว่า 16 ปี และอาศัยอยู่ด้วยกัน

(5) กรณีการเลี้ยงดูบุตรซึ่งป่วย

ลูกจ้างจะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 65 ของรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 30 วัน กรณีที่เด็กมีอายุต่ำกว่า 10 ปี แต่ไม่จำกัดอายุเด็กกรณีที่ต้องนอนพักรักษาตัวในสถานพยาบาลหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง

(6) กรณีความเสียหายระหว่างตั้งครรภ์

สำหรับกรณีหญิงซึ่งคลอดบุตรและไม่สามารถกลับมาทำงานได้ เนื่องจากทำงานกะกลางคืน หรืองานที่มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัย จะได้รับสิทธิประโยชน์ร้อยละ 65 ของรายได้เฉลี่ย

3) กรณีว่างงาน (Unemployment Benefits)

(1) กรณีการว่างงานประกันสังคม

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ : ต้องขึ้นทะเบียนรายได้มาแล้วอย่างน้อย 540 วัน ภายใน 24 เดือน ก่อนการว่างงาน

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 หลังจากนั้นจะอยู่ในประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

(2) กรณีว่างงานสวัสดิการสังคม

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

สิทธิประโยชน์ : ร้อยละ 80 ของรายได้ขั้นต่ำกรณีโสด และร้อยละ 100 ของรายได้ขั้นต่ำหากมีครอบครัว

ระยะเวลาการจ่ายประโยชน์ทดแทน :

1. จะจ่ายให้หลังสิ้นสุดการรับประโยชน์ทดแทนว่างงานประกันสังคมโดยจะจ่ายครั้งหนึ่งของประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานตามอายุของผู้รับประโยชน์ทดแทน
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 ปีติดต่อกัน หรือไม่ติดต่อกัน 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 และบุตรหลานหรือผู้เกี่ยวข้องกับ

กับผู้ตาย

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 หรือบำนาญทุพพลภาพที่ผู้ประกันตนได้รับหรืออาจจะได้รับ 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 ถ้าไม่มีปฏิกิริยาที่เทียบเท่าการได้รับสิทธิของโครงการประกันสังคม และตามเงื่อนไขข้างล่างนี้

1. อายุ 18 – 25 ปี และกำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น หรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า

2. อายุ 27 ปีขึ้นไป และกำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรเตรียมศึกษาต่อ เตรียมทำวิทยานิพนธ์ หรือระดับสูงกว่าปริญญาตรี

ค. ข้อจำกัดด้านอายุดังกล่าวใช้ได้กับการเข้าร่วมหลักสูตรอบรมด้านอาชีพที่ไม่เทียบเท่าการได้รับสิทธิของโครงการประกันสังคม

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

สวัสดิการรักษายาบาล (National Health Service: NHS)

สวัสดิการรักษายาบาลของประเทศสาธารณรัฐโปรตุเกส อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งจะให้ความคุ้มครองแบบ Universal Coverage โดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณของรัฐ โดยสถานพยาบาลของรัฐเป็นผู้ให้บริการ ผู้มีสิทธิจะต้องขึ้นทะเบียนกับ Health Center ในพื้นที่ที่พักอาศัย ซึ่งผู้มีสิทธิจะได้รับบัตรที่ระบุศูนย์บริการสาธารณสุข (Family Doctor) ที่มีสิทธิใช้บริการ โดยผู้มีสิทธิได้รับบริการการรักษายาบาลทั่วไป การตรวจรักษากรณีที่ต้องพบแพทย์เฉพาะทางหรือเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน แพทย์ซึ่งศูนย์บริการสาธารณสุขจะส่งตัวไปเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ให้บริการของ National Health Service :

NHS ในระดับ Health Center จะประกอบด้วยหน่วยบริการของทั้งภาครัฐและเอกชนกระจายตามพื้นที่เพื่อให้บริการประชาชน

3.5 ตารางเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตนในกฎหมายประกันสังคมและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องของไทยกับกฎหมายต่างประเทศ

สรุปเปรียบเทียบระหว่างกฎหมายประกันสังคม กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายเงินทดแทน ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3.8 เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

กรณีการเกิดสิทธิ	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
<p>1. เจ็บป่วยหรือประสบอันตราย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่ารักษาพยาบาล - เงินทดแทนการขาดรายได้ / ค่าทดแทน - ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - สถานพยาบาลที่ระบุไว้ตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลหรือเครือข่ายของสถานพยาบาลนั้นจะให้การรักษา โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย - เงินทดแทน ร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ย ตามที่หยุดงานครั้งละไม่เกิน 90 วัน ในหนึ่งปีปฏิทิน ไม่เกิน 180 วัน ยกเว้นโรคเรื้อรัง มีสิทธิได้ไม่เกิน 365 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นได้ โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้มีสิทธิ โดยไม่จำกัดจำนวน ทั้งนี้ให้เข้าใช้บริการจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นที่ใกล้ที่สุดเป็นลำดับแรก - กรณีที่ใช้บริการที่หน่วยบริการซึ่งขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าบริการหรือค่าใช้จ่าย และสามารถใช้บริการใช้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ตามความจำเป็น โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง - กรณีใช้บริการที่สถานบริการอื่น ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเฉพาะส่วนที่เกินจากที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายให้สถานบริการ โดยสถานบริการดังกล่าวจะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนการให้บริการทุกครั้ง มีสิทธิหรือญาติสามารถแสดงความประสงค์ขอย้ายไปหน่วยบริการประจำของตนได้ โดยให้ได้รับคำรถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย ทั้งนี้ ให้สถานบริการอื่นอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้มีสิทธิไปรับบริการที่หน่วยบริการนั้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ไม่เกิน 45,000 บาท กรณีเจ็บป่วยหนักได้รับเพิ่มอีกไม่เกิน 65,000 บาท และขยายเพิ่มได้ไม่เกิน 300,000 บาท - ค่าทดแทนร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนแต่ไม่เกิน 1 ปี - กรณีสูญเสียอวัยวะและสมรรถภาพในการทำงานรับค่าทดแทนในอัตรา ร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือน ตามประเภทของการสูญเสียแต่ไม่เกิน 10 ปี - ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูด้านการแพทย์และอาชีพเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 20,000 บาท - ค่าผ่าตัดฟื้นฟูฯ ไม่เกิน 20,000 บาทเกิน

ตารางที่ 3.8 (ต่อ)

กรณีการเกิด สิทธิ	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงิน ทดแทน
2. คลอดบุตร	<ul style="list-style-type: none"> - เหม่าจ่าย 13,000 บาทต่อการคลอด 1 ครั้ง ใช้สิทธิได้คนละไม่เกิน 2 ครั้ง - เงินสงเคราะห์ ร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ย 90 วัน (เฉพาะผู้ประกันตนหญิง) - แต่ถ้าเป็นผู้ประกันตนชายเป็นผู้ใช้สิทธิ จะได้เฉพาะเงินค่าคลอดบุตร 13,000 บาท เท่านั้น 	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนค่ารักษาพยาบาลตาม กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จำนวน ไม่เกิน 2 ครั้ง (กรณีบุตรมีชีวิตรอยู่) - ครอบคลุมถึงค่าตรวจและรับ ผ่ากครรภ์ โดยไม่จำกัดจำนวน ครั้ง จนถึงสิ้นสุดการตั้งครรภ์ และ การตรวจเย็บดูแลหลังคลอดและ จะได้รับวัคซีนทุกชนิดวัคซีนตาม ตารางแผนการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกัน โรคด้วยวัคซีน(EPI) ของกรมควบคุมโรค - คุ้มครองถึงหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็น ผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมที่ ส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 	-
3. ทูพพลภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลของรัฐ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย - กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลของเอกชน เบิกได้ตามอัตรา ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> 1) ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท 2) ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 4,000 บาท - ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 40,000 บาท - เงินทดแทน ร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ย ตลอดชีวิต - เหม่าจ่ายค่าพาหนะเพื่อรับบริการทาง การแพทย์ เดือนละ 500 บาท 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้พิการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล ได้ในสถานพยาบาลของรัฐ โดย ไม่เสียค่าใช้จ่าย - ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วย ลูกเงินและส่งต่อเพื่อการ รักษาพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ค่าทดแทน รายเดือน ร้อยละ 60 ของ ค่าจ้างรายเดือน แต่ไม่เกิน 15 ปี และหาก จำเป็นต้องได้รับ การฟื้นฟู สมรรถภาพ จะได้รับค่าฟื้นฟู สมรรถภาพด้วย

ตารางที่ 3.9 เปรียบเทียบการบริการทางการแพทย์

การบริการทางการแพทย์	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพ แห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่ไม่สามารถไปรับการรักษา ในหน่วยบริการที่ ลงทะเบียนได้	คุ้มครอง ไม่จำกัด จำนวนครั้ง	คุ้มครอง ไม่จำกัดจำนวน ครั้ง	-
โรคหรือประสบอันตรายอันเนื่องจากการใช้สาร เสพติดตามกฎหมายว่า ด้วยยาเสพติด	ไม่คุ้มครอง	คุ้มครอง การรักษาโรคหรือ ประสบอันตรายอัน เนื่องจากการใช้สารเสพติด ตามกฎหมายว่าด้วยยา เสพติดโดยการบำบัดให้ สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy:MMT) ในการ บำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสาร เสพติดในกลุ่มฝิ่น และ อนุพันธ์ของฝิ่น เช่น เฮโรอีน ที่สมัครใจ โดย จ่ายตามราคาจริง แต่ไม่เกิน อัตรา 20 บาทต่อครั้ง (เฉพาะในหน่วยงานที่ ได้รับอนุญาตจากระทรวง สาธารณสุขเท่านั้น)	ไม่คุ้มครอง
การประสบอันตรายหรือ การทุพพลภาพเกิดขึ้น เพราะบุคคลดังกล่าวจงใจ ให้เกิด	ไม่คุ้มครอง	คุ้มครอง การประสบ อันตรายหรือการทุพพล ภาพเกิดขึ้นเพราะบุคคล ดังกล่าวจงใจให้เกิด (พยายามฆ่าตัวตาย)	ไม่คุ้มครอง

ตารางที่ 3.9 (ต่อ)

การบริการทางการแพทย์	กฎหมาย ประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
การบริการรักษาตัวแบบ พักฟื้นและบริการหลัง ผู้ป่วยกลับบ้าน	ไม่คุ้มครอง	คุ้มครอง การรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วย พักฟื้นที่บ้าน และมีบริการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการรักษาหลังออกจาก โรงพยาบาล	-
การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางด้านการแพทย์หลัง สิ้นสุดการรักษา (นอก โรงพยาบาล)	ไม่คุ้มครอง หมายเหตุ: คุ้มครองเฉพาะ การรักษาภายใน โรงพยาบาล	คุ้มครอง การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางด้านการแพทย์ ทั้งในและนอก โรงพยาบาล	ค่าฟื้นฟูด้านการแพทย์ และอาชีพเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 20,000 บาท ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด เพื่อประโยชน์ในการฟื้นฟู สมรรถภาพการทำงาน ไม่เกิน 20,000 บาท
การส่งต่อผู้ป่วยไปยัง หน่วยบริการที่มีศักยภาพ สูงกว่าทางอากาศยาน (เฮลิคอปเตอร์)	ไม่คุ้มครอง	คุ้มครอง อัตราจ่ายไม่เกิน 60,000 บาทต่อครั้ง	-
การช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการและผู้ ให้บริการที่ได้รับความ เสียหายจากการรับบริการ และให้บริการ	ไม่คุ้มครอง	คุ้มครอง โดยให้ความช่วยเหลือแก่ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ได้รับ ความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยการช่วยเหลือมีลักษณะเป็นการ เยียวยาหรือบรรเทาความเดือดร้อน เบื้องต้น มีเกณฑ์การพิจารณาเงิน ช่วยเหลือ ดังนี้ 1. เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 200,000 บาท 2. สูญเสียอวัยวะหรือพิการ จ่ายเงิน ช่วยเหลือไม่เกิน 120,000 บาท 3. บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 50,000 บาท	-

ตารางที่ 3.9 (ต่อ)

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

ตารางที่ 3.10 เปรียบเทียบการจำกัดโรคที่จะได้รับการรักษาพยาบาล⁵⁵

โรคที่จะได้รับการ รักษาพยาบาล	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพ แห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
โรคไต	ไม่คุ้มครอง 1. กรณีไตวายเฉียบพลันที่มี ระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน 2. การปลูกถ่ายไต หาก ผู้ประกันตน ป่วยเป็น โรค ไตวายเรื้อรังมาก่อนเข้าเป็น ผู้ประกันตน	คุ้มครอง 1. กรณีไตวายเฉียบพลัน ไม่จำกัดระยะเวลาการ รักษา 2. การปลูกถ่ายไต ไม่ว่าจะ จะเป็นมาก่อนหรือไม่ ก็ตาม	-
ขาด้านไวรัสโรคเอดส์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ หลังสัมผัส	1. ให้สิทธิกับผู้ประกันตน ซึ่งติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย เอดส์ 2. ไม่คุ้มครอง ขาด้านไวรัส เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ภายหลังสัมผัส เช่น ถูก ข่มขืน หรือ ติดเชื้อระหว่าง การปฏิบัติงาน เช่น แพทย์ พยาบาล 3. จัดหายาด้านไวรัสสูตร พื้นฐานและสูตรคือยาให้กับ โรงพยาบาล 4. ขาด้านชนิดที่ไม่ได้จัดไว้ แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ โรงพยาบาลต้องจัดให้ (กรณีมีข้อบ่งชี้ทาง การแพทย์)	1. คุ้มครอง ขาด้านไวรัส เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ภายหลังสัมผัส เช่น ถูกข่มขืน ติดเชื้อระหว่าง การปฏิบัติงาน เช่น แพทย์ พยาบาล 2. จัดหายาด้านไวรัสสูตร พื้นฐานและสูตรคือยา ให้กับหน่วยบริการ	-

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)

โรคที่จะได้รับการ รักษาพยาบาล	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพ แห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
รากฟันเทียม	คุ้มครอง ผู้ประกันตนซึ่ง ประสบอุบัติเหตุ และ สูญเสียฟันทั้งปาก หรือเป็น ผู้ประกันตนซึ่งมีอายุตั้งแต่ 53 ปีขึ้นไป และสูญเสียฟัน ทั้งปาก โดยเบิกจ่ายจริงไม่ เกิน 16,000 บาทต่อราก และ ไม่เกินรายละ 2 ราก ⁵⁶	ไม่คุ้มครอง	-
ทันตกรรม	1) กรณีถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ใสฟันเทียมชนิด ถอดได้ฐานอคริลิก และราก ฟันเทียม 2) การผ่าตัดเพื่อรักษาภาวะ ปากแห้งเพดานโหว่ กรณี ผู้ประกันตนไม่มีปัญหาด้าน การกลืน แต่ช่องเพดานโหว่ มีเพดานกว้างพอประมาณ ครอบคลุมอยู่ในเงินเหมา จ่ายรายหัว หมายเหตุ:	1) กรณีถอนฟัน การผ่าตัดช่องปาก (oral surgery) อุดฟัน ขูด หินปูน การเกลารากฟัน (root planing) ฟันเทียม ฐานพลาสติก และทันต กรรมประดิษฐ์ 2) การรักษาโพรง ประสาทฟันน้ำนม สำหรับเด็ก เคลือบหลุม ร่องฟัน (ในกลุ่มอายุ ไม่เกิน 15 ปี) นอกจากนั้นยังมีงานทัน ตกรรมเพิ่มทวิที่ดูแลเด็ก ชั้นประถมปีที่ 1 ทุกคน อย่างครบวงจร	-

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)

โรคที่จะได้รับการ รักษาพยาบาล	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงิน ทดแทน
ทันตกรรม (ต่อ)	<p>1) ผู้ประกันตนมีสิทธิเข้ารับบริการ สถานพยาบาลใดก็ได้ ในกรณี ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน โดยสำรองเงิน จ่ายไปก่อนและนำ หลักฐานมาขอเบิกเงินคืน ได้ในอัตราไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง ปีละ ไม่เกิน 600 บาท และ มีสิทธิใส่ฟันเทียม ชนิดถอดได้ฐานอคริลิก (พลาสติก) 1-5 ซี่ในวงเงิน ไม่เกิน 1,200 บาท ตั้งแต่ 6 ซี่ขึ้นไปจะเบิกได้ไม่เกิน 1,400 บาท ภายใน ระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่วันที่ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ ฐานอคริลิก</p> <p>2) ผู้ประกันตนยังต้องร่วม จ่ายในกรณีที่วงเงินเกิน กำหนด แต่มีข้อดีที่ สามารถไปใช้บริการที่ใด ก็ได้⁵⁷</p>	<p>3) ทันตกรรมรักษาในเด็กและ หญิงตั้งครรภ์</p> <p>4) การส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ</p> <p>5) การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่ม ที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ</p> <p>6) ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและ ลำคอ</p> <p>7) การผ่าตัดแก้ไขความพิการ ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ รวมถึงการจัดฟัน และแก้ไข ปัญหาด้านการพูด (สำหรับเด็ก) โดยค่าผ่าตัดสามารถรับค่าใช้จ่าย ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ตาม หลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่ กำหนด ค่าเพดานเทียมในอัตรา 500 บาท ต่อชิ้น ค่าอรรถบำบัด/ แก้ไขการพูด จ่าย 3,850 บาท ต่อ รายต่อปี ค่าทันตกรรมบำบัด (ฟันปลอม) จ่าย 12,000 บาท ต่อราย ต่อปี</p> <p>หมายเหตุ: ผู้มีสิทธิไม่ต้องร่วมจ่าย ในกรณีที่วงเงินเกินกำหนด⁵⁸</p>	

⁵⁷ แผลงเดิม.⁵⁸ แผลงเดิม.

ตารางที่ 3.10 (ต่อ)

โรคที่จะได้รับการ รักษาพยาบาล	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
การให้เคมีบำบัดหรือ ฮอร์โมนหรือรังสี รักษา	ผู้ประกันตนซึ่งป่วยเป็น โรคมะเร็งจะได้รับการ ดูแล การให้เคมีและหรือ รังสีรักษา โดยจ่ายค่า รักษาพยาบาลเท่าที่จ่าย จริงตามความจำเป็น แต่ ไม่เกิน 50,000 บาท ต่อคน ต่อปี ⁵⁹	- กรณีผู้ป่วยนอก สปสช.กำหนด เงื่อนไขจ่ายชดเชยตามจำนวนที่ เรียกเก็บและราคากลางตาม Protocol แต่ไม่เกินเพดานที่กำหนด ไว้ตาม protocol 7 โรค ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งโพรงจมูก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ส่วน ปลาย มะเร็งรังไข่ มะเร็งปากมดลูก - สำหรับมะเร็งทั่วไป ที่ยังไม่มีการ กำหนด Protocol กรณีผู้ป่วยนอก ให้จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 4,000 บาท ต่อครั้ง - กรณีผู้ป่วยใน จะได้รับการจ่าย ชดเชยทั้งค่ายาเคมีบำบัดหรือ ฮอร์โมนหรือรังสีรักษา และ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งหมดตามกลุ่ม วินิจฉัยโรคร่วม	-
การผ่าตัดต่อกระดูก	ไม่มีการบริหารจัดการ เฉพาะ การดูแลรักษา รวมอยู่ในค่าเหมาจ่ายราย หัว และสนับสนุนเลนส์ แก้วตาเทียมในราคาไม่ เกิน 4,000 บาท สำหรับ การใช้เลนส์แข็งพับไม่ได้ และเลนส์พับได้	- มีการบริหารจัดการเฉพาะ สามารถรับบริการทั้งในหน่วย บริการและบริการโดยหน่วยผ่าตัด ต่อกระดูกเชิงรุก - ให้การสนับสนุนค่าบริการเป็น ค่าตรวจประเมินสภาพร่างกาย ผู้ป่วย ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่ายา และ ค่าตรวจชันสูตรที่เกี่ยวข้องกับการ ผ่าตัดต่อกระดูกรวมทั้งค่าผ่าตัด ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น	-

⁵⁹ แหล่งเดิม.

ตารางที่ 3.10 (ต่อ)

โรคที่จะได้รับการ รักษาพยาบาล	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงิน ทดแทน
การผ่าตัดต่อกระดูก (ต่อ)		<p>โดยตรงจากการผ่าตัดต่อกระดูก และ การติดตามผู้ป่วยหลังการรักษาตามที่ กำหนด</p> <p>- กรณีผ่าตัดต่อกระดูกไม่มี ภาวะแทรกซ้อน จ่ายชดเชย ครอบคลุม ค่าบริการผ่าตัดต่อกระดูกข้างละ 7,000 บาท และสนับสนุนเลนส์ แก้วตาเทียมในราคาไม่เกิน 700 บาท ต่อเลนส์ สำหรับการใส่เลนส์แข็งพับ ไม่ได้ และไม่เกิน 2,800 บาท ต่อ เลนส์ สำหรับการใส่เลนส์พับได้</p> <p>- กรณีผ่าตัดต่อกระดูกที่มี ภาวะแทรกซ้อน จ่ายชดเชย ครอบคลุมค่าบริการผ่าตัดต่อกระดูก และรักษาข้างละ 9,000 บาท และ สนับสนุนเลนส์แก้วตาเทียมในราคา ไม่เกิน 700 บาท ต่อเลนส์ สำหรับการ ใส่เลนส์แข็งพับไม่ได้ และไม่เกิน 2,800 บาท ต่อเลนส์ สำหรับการใส่ เลนส์พับได้</p>	
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	การดูแลรักษารวมอยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว ไม่มีการบริหารจัดการ เฉพาะเชิงรุกขึ้นอยู่กับดุลพินิจของสถานพยาบาล	เน้นบริการเชิงรุกครบวงจรในระดับปฐมภูมิ, บริการการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้เสี่ยงสูง สนับสนุนค่าบริการในการค้นหาผู้ที่จะมีภาวะแทรกซ้อน และค่าบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง	-

ตารางที่ 3.10 (ต่อ)

โรคที่จะได้รับการ รักษาพยาบาล	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพ แห่งชาติ	กฎหมายเงิน ทดแทน
โรคทางจิตเวช	การดูแลรักษารวมอยู่ใน ค่าเหมาจ่ายรายหัว ไม่มี การบริหารจัดการเฉพาะ และไม่จำกัดระยะเวลาการ รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน	- ครอบคลุมการดูแลทั้งผู้ป่วย นอกและผู้ป่วยใน และไม่จำกัด ระยะเวลาการรับไว้รักษาเป็น ผู้ป่วยใน - มีการจัดการยาเฉพาะที่ผู้ป่วย มีปัญหาในการเข้าถึง (Risperidone) และมีระบบ ติดตาม	-
โรคเดียวกันที่ต้องรักษา ในโรงพยาบาล เกิน 180 วัน ใน 1 ปี กรณีมี ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์	ไม่คุ้มครอง	คุ้มครอง	-
ยาและเวชภัณฑ์ที่มีความ จำเป็นและมีปัญหาการ เข้าถึง	- ค่ายาเหมาจ่ายรวมอยู่ในค่า เหมาจ่ายรายหัว ซึ่งอาจทำ ให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึง ยาราคาแพงได้ - การให้ยาเป็นไปตาม ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดย ครอบคลุมยาไม่ต่ำกว่า บัญชียาหลักแห่งชาติ - วัคซีนรับจากระบบ หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	- มีการบริหารจัดการยาราคาสูง โดยจัดระบบอนุมัติการใช้ยา และจ่ายยาแยกจากเงินเหมาจ่าย รายหัวเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ด้านยาของผู้ป่วย ตามรายการ ดังนี้ 1) ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชีจ. (2) จำนวน 7 รายการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการ รักษายาราคาสูงตามความ จำเป็น และไม่เป็นการ ค่าใช้จ่ายของครอบครัวและ หน่วยบริการส่วนอีก 2 รายการ ที่สปสช. ไม่ได้ชดเชยให้กับ หน่วยบริการตามระบบยาบัญชี จ. (2) เนื่องจากมีกลไกในการ เข้าถึงยาอยู่แล้ว	

ตารางที่ 3.10 (ต่อ)

โรคที่จะได้รับการ รักษาพยาบาล	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงิน ทดแทน
ยาและเวชภัณฑ์ที่มีความ จำเป็นและมีปัญหาการ เข้าถึง (ต่อ)		<p>ได้แก่ Erythropoietin injection สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีสิทธิรับบริการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)</p> <p>Imatinibmesilate tablet เป็นรายการยาที่ประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาโดยรัฐตามเงื่อนไขข้อเสนอการสนับสนุนยา ภายใต้โครงการ GIPAP บริษัทผู้จำหน่ายบริจาคให้เฉพาะผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สปสช.จึงยังไม่ได้ดำเนินการจัดหายาเข้าสู่ระบบการบริหารจัดการยา</p> <p>จ. (2)</p> <p>2) ยา Compulsory licensing (CL) ยา ARVs ได้แก่ Efavirenz 200mg/600mg, Lopinavir/Ritonavir 200mg/500mg ยามะเร็ง ได้แก่ Docetaxel 20mg/80mg, Letrozole</p> <p>ยาระบบหลอดเลือด ได้แก่ Clopidogrel bisulfate 75 mg</p> <p>3) ยา Deferiprone tablet เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาขับธาตุเหล็กสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมีย</p> <p>4) วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามแผนการสร้างเสริม</p>	

ตารางที่ 3.10 (ต่อ)

โรคที่จะได้รับการ รักษาพยาบาล	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
		<p>ภูมิคุ้มกัน โรคของกระทรวง สาธารณสุข สำหรับประชากรไทย ทุกคนซึ่งอายุต่ำกว่า 5 ปี เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 (อายุ 6-7 ปี) เด็กประถมศึกษาปีที่ 6 (อายุ 12 ปี) และหญิงตั้งครรภ์</p> <p>5) วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ สำหรับทุกกลุ่มอายุที่มีโรคเรื้อรัง สำคัญ 7 โรค ได้แก่ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด สมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ การรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด ผู้สูงอายุที่ อายุมากกว่า 65 ปี</p>	

ตารางที่ 3.11 เปรียบเทียบขอบเขตเงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาล

	กฎหมายประกันสังคม	กฎหมายประกัน สุขภาพแห่งชาติ	กฎหมายเงินทดแทน
1. กรณีประสบ อันตรายหรือเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการ ทำงาน	จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนที่ประสบอัน ตราบ	ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบและ ได้รับการคุ้มครองทันที	ได้รับสิทธิทันทีที่เข้าเป็น ลูกจ้าง
2. ทูพพลภาพ	จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนที่ทูพพลภาพ	ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบและ ได้รับการคุ้มครองทันที	ได้รับสิทธิทันทีที่เข้าเป็น ลูกจ้าง
3. คลอดบุตร	จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 7 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนที่คลอด	ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบและ ได้รับการคุ้มครองทันที	-

ตารางที่ 3.12 สรุปเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของลูกจ้างผู้ประกันตน
ในกฎหมายประกันสังคมของไทยกับกฎหมายประกันสังคมต่างประเทศ

สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล	ประเทศไทย	ประเทศญี่ปุ่น	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสเปน	ประเทศโปรตุเกส
เงื่อนไขการเกิดสิทธิกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนที่ประสบอันตราย	ต้องทำงานในรอบ 12 เดือน ที่ผ่านมา	จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 12 เดือน	ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่ต่ำกว่า 180 วัน ในช่วงระยะ 5 ปี สุดท้าย	ส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ติดต่อกัน
เงื่อนไขการเกิดสิทธิกรณีคลอดบุตร	จ่ายเงินสมทบครบ 7 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนที่คลอด	ต้องทำงานในรอบ 12 เดือน ที่ผ่านมา	นายจ้างจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 12 เดือน	ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 180 วัน ภายใน 5 ปี ก่อนคลอดบุตร	สิทธิจะเกิดขึ้นเมื่อขึ้นทะเบียนและส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
เงื่อนไขการเกิดสิทธิกรณีทุพพลภาพ	จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนที่ทุพพลภาพ		ต้องจ่ายเงินสมทบอย่างน้อย 36 เดือน ก่อน 6 เดือนของการเกิดทุพพลภาพ	แบ่งระดับทุพพลภาพดังนี้ - กรณีทุพพลภาพบางส่วนถาวรจะต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วอย่างน้อย 1,800 วัน ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา - กรณีทุพพลภาพถาวร, กรณีทุพพลภาพอย่างสิ้นเชิง, กรณีทุพพลภาพรุนแรง มีเงื่อนไขคือ บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 26 ปี ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วครั้งหนึ่งตั้งแต่อายุ 16 ปี	เป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนรายได้มาแล้ว 5 ปีติดต่อกันหรือไม่ติดต่อกันก็ได้ (เพื่อให้ระยะเวลาในการเกิดสิทธิสมบูรณ์ จะมี การพิจารณาปีที่ขึ้นทะเบียนรายได้มาแล้วอย่างน้อย 120 วัน)

ตารางที่ 3.12 (ต่อ)

สิทธิประโยชน์ ในการ รักษาพยาบาล	ประเทศไทย	ประเทศญี่ปุ่น	ประเทศ ฟิลิปปินส์	ประเทศสเปน	ประเทศ โปรตุเกส
เงื่อนไขการเกิด สิทธิกรณี ทุพพลภาพ (ต่อ)				จนถึงเวลาที่พิการ และ บุคคลที่อายุเกิน 26 ปี ต้องจ่ายเงินสมทบ มาแล้ว 1 ใน 4 ของ ระยะเวลาตั้งแต่อายุ 20 ปี จนถึงวันที่พิการ โดยมีระยะเวลาการ ส่งเงินสมทบไม่ต่ำกว่า 5 ปี	
การบริการ ทางการแพทย์ และการจ่าย ประโยชน์ ทดแทนกรณี ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย อันมิใช่ เนื่องจากการ ทำงาน	1. บริการทาง การแพทย์ รวมถึงค่าอวัยวะ เทียมและ อุปกรณ์ในการ บำบัดการรักษา โรคตามประกาศ สำนักงาน ประกันสังคม 2. เงินทดแทน การขาดรายได้ ร้อยละ 50 ของ ค่าจ้าง ครั้งละ ไม่ เกิน 90 วัน ปีละ ไม่เกิน 180 วัน (เว้นแต่โรค เรื้อรัง)	1. ประโยชน์ ทดแทนทาง การแพทย์ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการ ผ่าตัด ค่า โรงพยาบาล ค่า พยาบาล การทำ ฟัน 2. ร้อยละ 60 ของ ค่าจ้างเฉลี่ย 3 เดือนสุดท้าย	1. การรับ บริการทาง การแพทย์ 2. เงินทดแทน การขาดรายได้ เป็นรายวัน เท่ากับ ร้อยละ 90 ของค่าจ้าง รายวัน เป็น เวลา 6 เดือน สูงสุด ภายใน 12 เดือน	1. การรับบริการ ทางการแพทย์ 2. เงินทดแทนการขาด รายได้เป็นจำนวนร้อย ละ 75 ของเงินเดือนๆ สุดท้าย ไม่เกิน 18 เดือน ⁶⁰	ได้รับ ประโยชน์ ทดแทนคือ - หยูดงาน 30 วัน ได้รับ เงินทดแทน ร้อยละ 65 ของ ฐานการ คำนวณ - หยูดงาน 90 วัน แต่ไม่เกิน 365 วัน ได้รับ เงินทดแทน ร้อยละ 70 ของ ฐานการคำนวณ

⁶⁰ รายงานการศึกษาดูงานประกันสังคมจังหวัด ข้าราชการระหว่งหน้าฝ่ายส่วนกลาง รุ่นที่ 1 ณ ประเทศ
สเปน 9 – 15 กันยายน 2538. หน้า 22.

ตารางที่ 3.12 (ต่อ)

สิทธิประโยชน์ ในการ รักษาพยาบาล	ประเทศไทย	ประเทศญี่ปุ่น	ประเทศ ฟิลิปปินส์	ประเทศสเปน	ประเทศ โปรตุเกส
การบริการทาง การแพทย์และ การจ่าย ประโยชน์ ทดแทนกรณี ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอัน มิใช่เนื่องจาก การทำงาน (ต่อ)					- หักงานไม่ ต่ำกว่า 365 วัน ได้รับเงิน ทดแทนร้อยละ 75 ของฐาน การคำนวณ - กรณีหยุดงาน เนื่องจากป่วย ด้วยวัณโรค ได้รับเงิน ทดแทนร้อยละ 80 – 100 ของ ฐานการคำนวณ

ตารางที่ 3.12 (ต่อ)

สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล	ประเทศไทย	ประเทศญี่ปุ่น	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสเปน	ประเทศโปรตุเกส
การบริการทางการแพทย์และการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร	<p>1. ผู้ประกันตนชาย</p> <p>-ค่าคลอดบุตร</p> <p>เหมาจ่าย 13,000 บาท/ครั้ง (เบิกให้ภรรยา)</p> <p>2. ผู้ประกันตนหญิง</p> <p>-ค่าคลอดบุตร</p> <p>เหมาจ่าย 13,000 บาท/ครั้ง และเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรเหมาจ่ายร้อยละ 50 ของค่าจ้างเป็นเวลา 90 วัน</p> <p>3. ลาคลอดได้ไม่เกิน 2 ครั้ง</p>	<p>1. ร้อยละ 60 ของค่าจ้างเฉลี่ยโดยจ่ายให้ 42 วันก่อนคลอด และ 56 วันหลังคลอด (รวม 98 วัน)</p>	<p>1. เงินทดแทนการขาดรายได้ เป็นรายวัน โดยจ่ายร้อยละ 100 ของค่าจ้างเฉลี่ยรายวันเป็นเวลา 6 เดือน จำนวนสูงสุดไม่เกิน 400 เปโซ/วัน</p> <p>-กรณีคลอดปกติ</p> <p>จ่าย 60 วัน</p> <p>-กรณีคลอดแบบผ่าตัดจ่าย 78 วัน</p>	<p>1. เงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 100 ของรายได้เฉลี่ยเป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ และหากการตั้งครรภ์มีความเสี่ยงจะได้รับเงินช่วยเหลือที่เรียกว่า Pregnancy Allowance ร้อยละ 75 ของค่าจ้างนับแต่วันที่เกิดความเสี่ยง</p>	<p>1. เงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 100 ของรายได้เฉลี่ยเป็นระยะเวลา 120 วันก่อนคลอด และ 90 วันหลังคลอด</p> <p>- กรณีลาคลอด 150 วัน ได้รับเงินทดแทนร้อยละ 80 ของรายได้เฉลี่ย โดยไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของรายได้ขั้นต่ำ</p> <p>- กรณีรับอุปการะบุตรบุญธรรมลาหยุดงานได้ 100 วัน โดยได้เงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 100 ของรายได้ สำหรับการรับอุปการะเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี</p>

ตารางที่ 3.12 (ต่อ)

สิทธิประโยชน์ ในการ รักษาพยาบาล	ประเทศไทย	ประเทศญี่ปุ่น	ประเทศ ฟิลิปปินส์	ประเทศสเปน	ประเทศโปรตุเกส
การบริการทาง การแพทย์และ การจ่าย ประโยชน์ ทดแทนกรณี ทุพพลภาพ	1. ค่ารักษาพยาบาล ตามที่จ่ายจริง ไม่เกิน 2,000/เดือน 2. เงินทดแทนการ ขาดรายได้ร้อยละ 50ของค่าจ้าง ตลอดชีวิต 3. ค่าทำศพและ เงินสงเคราะห์ ทายาทตาม ระยะเวลาการส่ง เงินสมทบ	-	1. บำนาญราย เดือนหรือเงิน ก้อนแก่ผู้ทุพพล ภาพถาวร 2. จ่ายบำนาญ ตลอดชีพแก่ผู้ ทุพพลภาพ ทั้งหมดสิ้นเชิง 3. เงินบำนาญ ตกทอดเต็ม ร้อย ละ 100 แก่ ภรรยาและบุตร ในอุปการะ 4. บำนาญราย เดือนขั้นต่ำ เดือนละ 1,200 เปโซสำหรับผู้ จ่ายสมทบ 120 เดือนก่อนเดือน ที่พิการและหาก จ่ายเงินสมทบ ระหว่าง 36 -120 เดือนละ 100 เปโซ	1. กรณีทุพพลภาพ ถาวร จะได้รับเงิน บำนาญร้อยละ 55 ของฐานการคำนวณ 2. กรณีทุพพลภาพ อย่างสิ้นเชิง จะได้รับ เงินบำนาญ ร้อยละ 100 ของฐาน การคำนวณ 3. กรณีทุพพลภาพ รุนแรง จะได้รับเงิน บำนาญร้อยละ 150 ของฐานการคำนวณ 4. กรณีผู้ทุพพลภาพ มีอายุเกิน 55 ปี จะได้รับเงินบำนาญ เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 ซึ่งฐานการคำนวณ เงินบำนาญจะ คำนวณจากอัตรา เงินเดือนตามฐาน เงินเดือน 8 ปี ย้อนหลัง 5. กรณีผู้ทุพพลภาพ มีอายุต่ำกว่า 60 ปี มีสิทธิขอรับบำนาญ เป็นเงินก้อน	1. เงินทดแทนการ ขาดรายได้ หากผู้ทุพพลภาพ สามารถหารายได้ เองบางส่วนจะ ได้รับเงินทดแทน ร้อยละ 50-70 ของ รายได้พื้นฐาน 2. กรณีที่ผู้ทุพพล ภาพไม่สามารถ ทำงานเพื่อหา รายได้เอง จะได้รับ ประโยชน์ทดแทน เป็นเงินร้อยละ 80 -100 ของ รายได้พื้นฐาน