

บริการทางการแพทย์ตามกฎหมายต่างประเทศและกฎหมายระหว่างประเทศ

การประกันสังคมเป็นกฎหมายที่เข้ามาเสริมให้กับลูกจ้างในกรณีที่ลูกจ้างประสบเคราะห์ภัยหรือได้รับความเดือดร้อนจากการดำรงชีพโดยปกติ หรือว่าในกรณีที่ลูกจ้างมีปัญหาด้านการเงินก็อาจมีผลกระทบต่อการทำงานของลูกจ้าง ในกรณีนี้จึงมีการช่วยเหลือลูกจ้างโดยการช่วยเหลือปัญหาด้านการเงิน เช่น กรณีเจ็บป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลเป็นการช่วยให้การทำงานของลูกจ้างดีขึ้น เป็นต้น ดังนั้น การศึกษาถึงการให้บริการทางการแพทย์ตามกฎหมายของทั้งต่างประเทศและของประเทศไทยจึงมีความสำคัญต่อการช่วยเหลือลูกจ้างที่ประสบเคราะห์ภัยหากกฎหมายประกันสังคมมีประสิทธิภาพมากเท่าไร ลูกจ้างที่เดือดร้อนก็จะได้รับความช่วยเหลือมากขึ้นเท่านั้น และยังเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะทำให้เห็นถึงข้อบกพร่องของกฎหมายประกันสังคมของประเทศไทย เพื่อนำมาปรับปรุงกฎหมายประกันสังคมของประเทศไทยต่อไป

ส่วนแรกของบทนี้ ผู้เขียนจะขออธิบายหลักการทั่วไปของบริการทางการแพทย์ตามกฎหมายประกันสังคมซึ่งเป็นภาพรวมที่ปรากฏอยู่ในหลายๆ ประเทศ และในส่วนของสองผู้เขียนจะอธิบายถึงบริการทางการแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ประเทศฝรั่งเศส และประเทศฟินแลนด์ ซึ่งเหตุผลที่ผู้เขียนเลือกที่จะศึกษาระบบประกันสังคมของประเทศเหล่านี้ เนื่องจากประเทศดังกล่าวล้วนแต่มีการเติบโตทางด้านเศรษฐกิจอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว ซึ่งส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ก็เป็นผลสืบเนื่องมาจากการทำงานของลูกจ้างที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก ดังนั้น การคุ้มครองและให้ความช่วยเหลืออันเป็นหลักการที่สำคัญของการประกันสังคมจึงเป็นระบบการประกันสังคมที่ดีอันมีผลทำให้การทำงานของลูกจ้างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และในส่วนท้ายของบทนี้ผู้เขียนอธิบายถึงหลักการบริการทางการแพทย์ตามกฎหมายระหว่างประเทศมาศึกษาเพื่อแสดงให้เห็นว่ากฎหมายระหว่างประเทศได้มีแนวทางในการกำหนดในเรื่องบริการการแพทย์ในกรณีใด และอย่างไร

3.1 ระบบการให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์

บริการทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้ประกันตน ดังนั้น บริการทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องพร้อมทั้งแพทย์ พยาบาล เครื่องมือ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ที่ทันสมัยและเพียงพอเป็นจำนวนมาก รวมทั้งให้

ความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้ประกันตนอีกด้วย การดำเนินการจึงจำเป็นต้องมีวิธีการที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ประกันตนและกองทุนประกันสังคม ในประเทศที่ดำเนินการประกันสังคมแล้วจึงต้องมีการปรับปรุงวิธีการให้บริการทางการแพทย์อยู่ตลอดเวลา เพื่อให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ประกันตนที่เพิ่มมากขึ้น

การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนนั้นมีหลายวิธี แต่ละวิธีจะมีผลกระทบที่สำคัญๆ แตกต่างกัน 3 ประการ ได้แก่

- 1) คุณภาพของการให้บริการด้านสุขภาพ (Quality of Health Care Service)
- 2) การควบคุมต้นทุน (Cost Containment)
- 3) การบริหารจัดการ (Management)

วิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ที่ประเทศต่างๆ ในโลกนำมาใช้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 8 ประเภท ดังนี้¹

3.1.1 การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จ (Fee for Service or Price per Item)

ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จ (Fee for Service) หมายถึง การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามปริมาณรายการกิจกรรมที่ให้บริการ (Payment per Item of Service) ลักษณะที่มีการใช้โดยการจ่ายค่าตอบแทนตามกิจกรรมที่ให้บริการ เช่น การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ทุกครั้งที่มีการปรึกษาหรือมีการตรวจรักษา การจ่ายค่ายาตามชนิดและจำนวนของยาที่สั่งจ่าย เป็นต้น ซึ่งประเทศต่างๆ ที่มีระบบประกันสังคมเลือกใช้วิธีนี้มากที่สุดซึ่งเป็นที่นิยมในประเทศที่มีระบบการค้ำประกัน เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศญี่ปุ่น เป็นต้น²

การประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาอาศัยระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลร่วมกับประกันสุขภาพเอกชนที่มีบทบาทค่อนข้างมากในการให้บริการทางการแพทย์ ผู้ใช้สิทธิส่วนใหญ่ได้รับบริการทางการแพทย์ผ่านระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายเงินให้ผู้ให้บริการ

¹ Normand and Weber, 1994, pp.58-61.

² พินิจ ผุดไชตุ, ความเหมาะสมในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของระบบอัตราเหมาจ่ายจากเงินกองทุนประกันสังคม, (สารนิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542), น.18.

แบบจ่ายตามใบเสร็จ และอีกส่วนใช้บริการแผนการจัดการควบคุมการดูแลรักษาหรือระบบเหมาจ่าย(Capitation)

บริการทางการแพทย์ตามกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกา³ นั้น ในกรณีของค่าบริการทางการแพทย์ของการประกันสุขภาพตามกฎหมายประกันสังคมของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดให้การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์มีอยู่สองวิธี ซึ่งวิธีหนึ่งนั่นก็คือ วิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์การจ่ายตามใบเสร็จ ซึ่งระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกาคำหนดเพื่อใช้กับโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลที่เรียกว่าโครงการสวัสดิการสังคม (Medicaid) ผู้ประกันตนที่อยู่ภายใต้ระบบนี้ สามารถเลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคม ณ ที่ใดก็ได้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ได้จ่ายไปในการรับบริการทางการแพทย์ ผู้ประกันตนก็สามารถเรียกค่าบริการทางการแพทย์จากการประกันสังคม ณ สำนักงานประกันสังคมที่ใดก็ได้ โดยการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จนี้ กฎหมายกำหนดให้ต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นไปตามราคาในการรักษาพยาบาลที่สมเหตุสมผล

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามกฎหมายของประเทศฝรั่งเศสนั้น สำนักงานประกันสังคมต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลในกรณีที่มีการรักษาพยาบาลทั่วไป การผ่าตัด การรักษาตัวในสถานพยาบาล ผลิตภัณฑ์ยา เครื่องมือทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีดังกล่าวจะแตกต่างกับการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกา คือการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลคืนให้แก่ผู้ประกันตนที่เข้ารับการรักษาพยาบาลซึ่งผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ไปล่วงหน้า ส่วนกองทุนประกันสังคมของประเทศฝรั่งเศสจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง ซึ่งผู้ประกันตนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จนี้ โดยทั่วไปการควบคุมค่าใช้จ่ายนั้นทำได้ยาก เนื่องจากมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือค่ารักษาพยาบาลให้มากที่สุดเท่าที่จะเรียกเก็บได้ ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบการควบคุมค่าในระบบการ

³ นิคม จันทรวิฑูร, กฎหมายประกันสังคม : แนวคิด พัฒนาการและก้าวแรกของการดำเนินงานในประเทศไทย, (กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537), น.24-26.

จ่ายเงินตามใบเสร็จค่าใช้จ่ายเป็น 2 ลักษณะ ลักษณะแรกเป็นการกำหนดเพดาน (Ceiling) ของการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ หากค่าบริการทางการแพทย์เกินกว่าเพดานที่กำหนดสมาชิกต้องรับผิดชอบเอง เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศฝรั่งเศส เป็นต้น กฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดการควบคุมค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ซึ่งส่วนมากจะมีการกำหนดเพดานจำนวนเงินที่ผู้ประกันตนสามารถเบิกคืนต่อปีไว้ เช่น กฎหมายกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือรับการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนไม่เกิน 800 เหรียญสหรัฐฯ ต่อคนต่อปี หากผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือรับการรักษาพยาบาล โดยผู้ประกันตนได้จ่ายค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือค่ารักษาพยาบาลไปเป็นจำนวนไม่เกิน 800 เหรียญสหรัฐฯ ผู้รับประกันจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนที่ผู้ประกันตนได้จ่ายไปตามจริง แต่หากผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือรับการรักษาพยาบาล โดยผู้ประกันตนได้จ่ายค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือค่ารักษาพยาบาลไปเป็นจำนวนเกินกว่า 800 เหรียญสหรัฐฯ ผู้รับประกันต้องจ่ายค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนเป็นจำนวน 800 เหรียญสหรัฐฯ ส่วนที่เกินจากนั้น ผู้ประกันตนต้องรับผิดชอบเองจะเรียกเอาจากผู้รับประกันทั้งหมดไม่ได้ หรือกรณีเป็นการกำหนดให้คุ้มครองตลอดชีวิต เช่น กำหนดให้การคุ้มครองตลอดชีวิตที่มีชีวิตอยู่เป็นจำนวนไม่เกิน 2 ล้านเหรียญสหรัฐฯ ต่อคน เป็นต้น

การจำกัดค่าใช้จ่ายในกรณีบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม ระบบประกันสังคมแห่งชาติของฝรั่งเศสนั้นได้ควบคุมค่าบริการทางการแพทย์ไว้ ซึ่งวิธีการควบคุมในขั้นต้นนั้นได้จัดทำตารางกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยกำหนดเพดานสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงสุดไว้สำหรับกรณีต่างๆ ที่ได้เข้ารับบริการทางการแพทย์ ซึ่งการกำหนดรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการรับบริการทางการแพทย์ดังกล่าวจะมีการทบทวนเปลี่ยนแปลงทุกปี ส่วนการควบคุมค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือรับการรักษาพยาบาลลักษณะที่สองคือ มีราคากลางของแต่ละบริการ (Fee Schedule) ไว้ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บ และสถานพยาบาลภายใต้ระบบนี้อาจถูกบังคับให้เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ได้ตามอัตราในบัญชีเท่านั้น ส่วนเรื่องของมาตรฐานราคายามีหลายประเทศที่ใช้มาตรการนี้ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศเนเธอร์แลนด์ เป็นต้น ได้จัดทำบัญชีรายชื่อยาที่สามารถสั่งจ่ายให้แก่ผู้ประกันตนได้รวมทั้งกำหนดวิธีการเบิกจ่ายให้ได้ไม่เกินอัตราที่กำหนด

การควบคุมของประเทศสหรัฐอเมริกานอกจากจะมีการควบคุมค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือรับการรักษาพยาบาลโดยการจำกัดเพดานของค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือรับการรักษาพยาบาล ยังมีการควบคุมด้านการให้การรักษาด้วยยา เห็นได้จากระบบโครงการสวัสดิการสังคม โดยมีการกำหนดให้ครอบคลุมกรณีของยาในกรณีต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยนอกจะได้รับการอุดหนุนค่ายาทุกอย่างที่สำนักงานอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริการับรองแล้วและที่รัฐทำสัญญากับบริษัทยานั้น ทั้งนี้ภายใต้พระราชบัญญัติการคืนส่วนลดค่ายาสำหรับ โครงการสวัสดิการสังคม⁴ บริษัทยาเหล่านั้นจะต้องจ่ายเงินส่วนลดให้แก่รัฐ เมื่อมีปริมาณการใช้ยาตามที่ได้ตกลงร่วมกันไว้โครงการสวัสดิการสังคมจะครอบคลุมถึงยาต้านไวรัสที่องค์กรอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริการับรอง ซึ่งแตกต่างจากโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ(Medicare) การอุดหนุนค่ายาจากโครงการสวัสดิการสังคมจะไม่ครอบคลุมยาบางกลุ่ม เช่น ยาสำหรับรักษาอาการคลื่นไส้, ยาเพิ่มน้ำหนัก, ยาปลูกผม, ผลิตภัณฑ์เสริมสวย, ยารักษาตามอาการสำหรับอาการหวัดและไอ, ยาเลิกบุหรี่, ยาที่ไม่ต้องใช้ยาใบสั่งแพทย์บางกลุ่ม, ไวตามินและเกลือแร่ (ยกเว้นไวตามินสำหรับหญิงตั้งครรภ์และฟลูออไรด์), บาร์บิทูเรตหรือ Benzodiazepines และยาที่ต้องการติดตามเพิ่มเติมนอกเหนือจากบริการของบริษัทยา เป็นต้น

กรณีที่ผู้ประกันตนซื้อบริการในการประกันสุขภาพจากแผนการจัดการควบคุมการดูแลรักษาหรือระบบเหมาจ่าย ในรูปแบบของแผนการประกันความเสี่ยงภัย (Full-Risk Plans) รัฐจะทำสัญญากับองค์กรการส่งเสริมสุขภาพ(The Health Maintenance Organization หรือ HMOs) เพื่อให้การบริการครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วย โดยที่รัฐจะจ่ายให้องค์กรการส่งเสริมสุขภาพเป็นรายเดือนต่อผู้ป่วยหนึ่งคนแบบเหมาจ่าย (Capitation) อย่างไรก็ตาม โครงการสวัสดิการสังคมจำกัดการใช้ยาอย่างเข้มงวด บางส่วนของนโยบายนี้จึงมีผลในทางลบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนและค่าใช้จ่าย เนื่องจากจำกัดการเข้าถึงยาของผู้ป่วย แม้ว่าจะมีมาตรการการเบิกจ่ายยาที่ซับซ้อนและเข้มงวดอยู่แล้ว ยังคงพยายามควบคุมการสั่งและจ่ายยา เช่น ผู้ป่วยนอกอาจมีส่วนร่วมจ่ายค่ายาเพิ่มเติมโดยที่ยาบางกลุ่มอาจมีข้อจำกัดในการเบิกและมีการจำกัดปริมาณการใช้ด้วย เป็นต้น ข้อจำกัดในการเบิกจ่ายยานี้เป็นสิ่งที่ผู้ประกันตนทราบโดยทั่วไปในการบริการขององค์กรการส่งเสริมสุขภาพ(HMOs) แต่จะไม่รายละเอียดของเงื่อนไขดังกล่าวปรากฏในเอกสารโฆษณาขององค์กรการส่งเสริมสุขภาพ(HMOs) ถึงแม้ว่าจะมีการกำหนดราคากลางไว้แล้ว แต่เพื่อเพิ่มรายได้ของสถานพยาบาลหรือแพทย์ผู้รักษาพยาบาลอาจเกิด

⁴ Medicaid Drug Rebate Act of 1991.

การกระทำที่ไม่สมควรอันเป็นอุปสรรคต่อการใช้ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบดังกล่าวได้ 3 กรณีได้แก่

- 1) เพิ่มกิจกรรมการรักษาพยาบาลหรือการนัดหมายให้บ่อยครั้งขึ้น
- 2) ลดคุณภาพของการให้บริการ เช่น ลดเวลาในการตรวจรักษาเพื่อให้จำนวนการตรวจรักษาในแต่ละชั่วโมงเพิ่มขึ้น เป็นต้น
- 3) มอบหมายกิจกรรมการรักษาพยาบาลให้บุคลากรทางการแพทย์อื่นดำเนินการแทน ผลที่ตามมาของระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จที่ไม่มีการบริหารจัดการที่ดีหรือการควบคุมที่เป็นระบบ คือ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการรักษาให้ด้อยลงไปแล้วยังเป็นการเพิ่มต้นทุนทางด้านบริหารจัดการ เช่น การตรวจสอบและการควบคุมคุณภาพการรักษาพยาบาล เป็นต้น

ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จมีข้อดีหลายประการที่ทำให้หลายๆ ประเทศเลือกใช้ระบบนี้ คือ ผู้รับบริการสะดวกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ คือ ผู้ประกันตนจะเข้ารับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลใดก็ได้ตามที่ผู้ประกันตนพอใจ และเชื่อถือ ซึ่งสถานพยาบาลจะเรียกเก็บค่าบริการพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคม หรือผู้ประกันตนต้องสำรองจ่ายเองแล้วจึงมาเบิกคืนจากสำนักงานประกันสังคม สถานพยาบาลต้องให้บริการบริการทางการแพทย์หรือให้รักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนเหมือนคนไข้ทั่วไปที่ไม่ได้ใช้สิทธิประกันสังคม ให้บริการเต็มที่โดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายของลูกจ้างหรือสำนักงานประกันสังคม แพทย์จะมีแรงจูงใจในการเสนอบริการทุกอย่างรวมทั้งสำนักงานประกันสังคมไม่มีปัญหาเรื่องร้องเรียนในการรับบริการว่าไม่สะดวกหรือไม่มีคุณภาพ

ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จนั้นนอกจากข้อดีที่ได้กล่าวไปแล้ว ยังพบว่าระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จมีข้อเสียที่ทำให้หลายๆ ประเทศเปลี่ยนไปเลือกใช้ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ระบบอื่น ซึ่งได้แก่ ผู้รับบริการอาจได้รับบริการที่ไม่จำเป็น (Overused) เช่น ผ่าตัดมดลูก ผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยไม่จำเป็น เป็นต้น ลูกจ้างที่ฐานะยากจนไม่สามารถไปสถานพยาบาลเอกชน หรืออาจต้องหาเงินมาจ่ายก่อน หรือต้องจ่ายส่วนที่เกินจากวงเงินที่กำหนดให้เบิกได้ รวมทั้งสำนักงานประกันสังคมควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ได้ เพราะสถานพยาบาลและแพทย์จะให้บริการทางการแพทย์มากที่สุดหรืออาจให้บริการเกินความจำเป็น และควบคุมตรวจสอบได้ยาก กองทุนประกันสังคมไม่มั่นคง การบริหารงานของกองทุนประกันสังคมจะขาดประสิทธิภาพ เพราะการตรวจสอบการเบิกจ่ายจำนวนมากในแต่ละปีต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เพื่อการจ้างคนมาทำการตรวจสอบ เป็นการใช้จ่ายเงินไม่เกิดผล ซึ่งใน

ต่างประเทศการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทำได้ 2 ทาง คือ เพิ่มอัตราเงินสมทบที่ผู้ประกันตนหรือนายจ้างต้องจ่ายเข้ากองทุน หรือให้รัฐจ่ายเงินสนับสนุนกองทุนเพิ่มขึ้น และการแก้ไขปัญหากรณีที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เองส่วนหนึ่ง ซึ่งกฎหมายกำหนดไว้เป็นอัตราร้อยละของค่าบริการที่ผู้ประกันตนสามารถเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์จากกองทุนประกันสังคม เช่น ร้อยละ 20 หรือร้อยละ 30 เป็นต้น

3.1.2 การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามกรณีของโรค (Case Payment)

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามกรณีของโรคเป็นการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามการเจ็บป่วยในแต่ละครั้ง ไม่ใช่กิจกรรมหรือบริการที่ให้แกผู้ป่วย อาจแยกได้ 2 ลักษณะ

- 1) จ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นอัตราเดียวทุกโรค
- 2) จ่ายตามการวินิจฉัย

รูปแบบที่ 1 เป็นวิธีการอย่างง่ายในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยไม่ต้องคำนึงว่าเป็นโรคใด มีวิธีการรักษาอย่างไร ความรุนแรงมากน้อยเท่าใด ทุกโรคจะได้รับค่าตอบแทนการรักษาพยาบาลในอัตราเดียว โดยคำนวณค่าตอบแทนจากงบประมาณที่มีในแต่ละปีหารด้วยจำนวนการป่วยในรอบปีที่ประมาณการไว้ ซึ่งไม่เป็นที่นิยมเนื่องจากเป็นวิธีที่หยাবเกินไป เช่น การรักษาโรคมะเร็งจะได้รับค่ารักษาเช่นเดียวกันกับการรักษาไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น

รูปแบบที่ 2 มักมีการจัดกลุ่มโรคที่มีการวินิจฉัยใกล้เคียงกันมาเป็นกลุ่มๆ แล้วจ่ายค่าตอบแทนแตกต่างกันตามแต่ละกลุ่ม ในประเทศสหรัฐอเมริกาเรียกการจัดกลุ่มเช่นนี้ว่า DRG (Diagnosis Related Group) รูปแบบนี้นับว่าสามารถแก้ไขข้อผิดพลาดของระบบการจ่ายตามใบเสร็จได้ แต่ทำให้เกิดปัญหาใหม่ คือ

-มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคให้รุนแรงกว่าความเป็นจริงเพื่อให้อยู่ในกลุ่มที่ได้รับค่าใช้จ่ายสูงขึ้นซึ่งเรียกว่า “DRG Creep”

-มีการทุจริตในการเบิกสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ป่วยจริง

-มีการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับผลตอบแทนต่ำในขณะที่จะรับแต่ผู้ป่วยที่ได้รับผลตอบแทนสูง

สรุปแล้วระบบนี้จำเป็นต้องอาศัยระบบสารสนเทศทางการแพทย์ที่ทันสมัยและยุ่งยากเพื่อควบคุมการเบิกจ่าย ซึ่งทำให้ต้นทุนของการบริหารจัดการสูงขึ้นอย่างมาก ใกล้เคียงกับระบบการจ่ายตามใบเสร็จ

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์โดยวิธีนี้ พบว่ามีข้อดีหลายประการ เช่น ทำให้ทราบค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างแน่นอนของแต่ละกลุ่มโรค เนื่องจากได้มีการแบ่งโรคต่างๆ ออกเป็นกลุ่มๆ และมีราคาค่าใช้จ่ายของแต่ละกลุ่มโดยประมาณไว้แล้ว และกรณีที่สถานพยาบาลสามารถคำนวณต้นทุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยได้แน่นอนโดยการเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายแต่ละกลุ่มโรคที่ได้ประมาณการไว้แล้ว นอกจากข้อดีของระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามกรณีของโรคดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ยังพบว่าระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามกรณีของโรคนี้มีข้อเสียในหลายประการเช่นกัน โดยในการประมาณการค่าใช้จ่ายแต่ละกลุ่มโรค จะต้องมีการละเอียดค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนมาก เพื่อมาคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายของโรคแต่ละประเภท และมีกรณีที่มีโอกาสมีโรคบางประเภทที่ยังไม่สามารถจัดทำเป็นกลุ่มโรคประเภทใดได้ทันทีต้องนำมาพิจารณาจัดเข้ากลุ่มในภายหลังซึ่งอาจเกิดความล่าช้า นอกจากนี้ข้อมูลที่น่ามาใช้ต้องละเอียดมาก และวิธีการวินิจฉัยโรควิธีการรักษาพยาบาลต้องเป็นอย่างเดียวกัน หากจะลอกเลียนมาจากประเทศอื่นจะไม่เหมาะสมทั้งในแง่วิชาการ และค่าใช้จ่ายระบบ DRG นี้ประเทศที่ใช้อยู่ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้พัฒนามาจากการใช้ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จและพบว่ามีปัญหาในทางปฏิบัติมาก⁵

3.1.3 การกำหนดอัตราจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในแต่ละวัน (Daily Charge)

การกำหนดอัตราจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในแต่ละวันเป็นวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์โดยคิดคำนวณระยะเวลาของการรักษาพยาบาล โดยมีอัตราตายตัวในแต่ละวัน (Flat Rate) และไม่คำนึงถึงวิธีการรักษาหรือค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกิดขึ้น มักนิยมใช้วิธีการนี้สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาการรักษาตัวนานๆ โดยอาจตกลงกับสถานพยาบาล รวมค่ายา ค่าอุปกรณ์ ค่าที่พัก ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เป็นอัตราตายตัวในแต่ละวันหรืออาจนำไปใช้กับการจ่ายให้แก่พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พักรักษาในที่พักของผู้ป่วยเองก็ได้ ระบบดังกล่าวผลกระทบในด้านการควบคุมค่าใช้จ่ายอยู่ที่การป้องกันมิให้เก็บรักษาผู้ป่วยนานจนเกินความจำเป็น ส่วนในด้านควบคุมคุณภาพอาจป้องกันได้ โดยกำหนดมาตรฐานการักษาพยาบาลและสนับสนุนให้เกิดการแข่งขันของสถานพยาบาลร่วมกับการตรวจสอบจากเจ้าหน้าที่เพิ่มมากขึ้น⁶

⁵ พินิจ ผุดไซตุ, อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 2, น.19-21.

⁶ พินิจ ผุดไซตุ, อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 2, น. 21.

3.1.4 การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นกรณีเพิ่มเติมพิเศษ (Bonus Payment)

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นกรณีเพิ่มเติมพิเศษมักใช้เป็นวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพื่อมุ่งหวังวัตถุประสงค์ทางด้านสาธารณสุขบางอย่าง ส่วนใหญ่เป็นด้านส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค เช่น เพื่อรณรงค์ให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรค หากแพทย์คนใดสามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้ตามจำนวนที่กำหนดจะได้รับค่าตอบแทนในการให้บริการทางการแพทย์นั้นเพิ่มเติมเป็นพิเศษ ซึ่งอัตราค่าบริการทางการแพทย์ที่จะจ่ายในแต่ละวัตถุประสงค์จะมีมากขึ้นกับความต้องการผลสัมฤทธิ์เพียงใดหากต้องการสร้างแรงจูงใจมากก็จ่ายในอัตราสูงกว่ามาตรฐานทั่วไปได้ อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการต้องอาศัยการควบคุมจัดทำทะเบียนอย่างรัดกุมเพื่อป้องกันการรายงานซ้ำซ้อน⁷

3.1.5 การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์อัตราเดียว (Flat Rate)

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์อัตราเดียวเป็นวิธีการจ่ายเพื่อสนับสนุนการลงทุนในกิจกรรมเฉพาะกิจการบางอย่างที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ประกันตน เช่น การจัดซื้อเครื่องมือพิเศษ การสร้างห้องตรวจวินิจฉัยเฉพาะทาง เป็นต้น ในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี กองทุนประกันสังคมบางแห่งสนับสนุนเครื่องมือทางการแพทย์บางชนิดตามจำนวนเตียงของสถานพยาบาล ส่วนใหญ่มักจ่ายเป็นเงินก้อน แต่อาจกำหนดเป็นราคากลางไว้เพื่อให้สถานพยาบาลพยายามจัดซื้อได้ในราคาถูกที่สุด หรืออาจจ่ายตามจริง ซึ่งมักทำให้สถานพยาบาลไม่คำนึงถึงความประหยัด⁸

3.1.6 การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่าย (Capitation)

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายเป็นการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์หรือสถานพยาบาลโดยตรงตามจำนวนประชากรที่สำนักงานประกันสังคมรับผิดชอบดูแลภายในช่วงเวลาที่เหมาะสมหนึ่ง โดยไม่คำนึงว่าประชากรนั้นเจ็บป่วยหรือไม่ และไม่คำนึงถึงจำนวนกิจกรรมหรือรายการที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ดังนั้น ระบบนี้จึงเสมือนให้สถานพยาบาลเข้า

⁷ พินิจ ผุดไธตุ, *อ่าวแล้วเชิงอรรถที่ 2*, น.21.

⁸ พินิจ ผุดไธตุ, *อ่าวแล้วเชิงอรรถที่ 2*, น.21.

มาร่วมรับความเสี่ยงด้วย หากสมาชิกในโครงการประกันสังคมที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ทำให้การใช้บริการทางการแพทย์บ่อยครั้งค่าบริการทางการแพทย์ก็อาจสูงเกินกว่ารายได้ที่สถานพยาบาลได้รับจากสำนักงานประกันสังคม ซึ่งการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในระบบนี้ สำนักงานประกันสังคมดำเนินการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้ตามจำนวนสมาชิกที่เลือกสถานพยาบาลนั้นๆ เพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันกันระหว่างสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมและพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์บริการอยู่เสมอ จึงจำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเปลี่ยนสถานพยาบาลได้เมื่อเป็นสมาชิกไปแล้วช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งไม่นานเกินไปหรือบ่อยเกินไปนัก โดยปกติจะกำหนดให้ผู้ประกันตนสามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ประมาณปีละครั้ง

ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์วิธีนี้ ใช้ได้กับการจ่ายให้แก่แพทย์ผู้รักษาพยาบาลโดยตรง หรือจ่ายให้แก่สถานพยาบาลก็ได้ พร้อมกับทำสัญญาโดยมีข้อตกลงเกี่ยวกับความรับผิดชอบให้ชัดเจนล่วงหน้า โดยทั่วไปหากตกลงกับแพทย์โดยตรงจะกำหนดให้มีความรับผิดชอบในระดับของการดูแลสุขภาพเบื้องต้น (Primary Health Care) หากตกลงกับสถานพยาบาลจะรวมความรับผิดชอบทั้งเบื้องต้น (Primary) และการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ (Secondary Health Care) ส่วนอัตราค่าบริการทางการแพทย์สามารถคำนวณได้ 2 วิธี วิธีแรกคือจ่ายให้แก่ผู้ให้บริการทุกแห่งในอัตราเดียว วิธีที่ 2 อาจมีหลายอัตราโดยคำนึงถึง อายุ เพศ โรคประจำท้องถิ่น เช่น ในประเทศสหราชอาณาจักรจะคิดอัตราเสี่ยงตามอายุ ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาจะคิดอัตราเสี่ยงตามอายุ เพศ ภูมิลำเนา และตัวแปรที่สัมพันธ์กับรายจ่ายของโครงการ เป็นต้น ดังนั้น สถานพยาบาลบางแห่งอาจได้รับค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายรายหัวแตกต่างจากสถานพยาบาลอื่นก็ได้ แต่สำหรับแพทย์เฉพาะทางและการจ่ายยารักษาโรคมักไม่นิยมใช้ระบบเหมาจ่าย แต่ใช้วิธีอื่น เช่น ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามกรณีของโรคหรือระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จ เป็นต้น

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายเป็นวิธีที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากไม่มีแรงจูงใจให้เกิดการตรวจรักษาโดยไม่จำเป็น ละค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสำหรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบอื่นๆ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จ ซึ่งค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการส่วนใหญ่ของการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายนี้เกิดจากการจัดการให้เปลี่ยนสถานพยาบาล อย่างไรก็ตามในระบบนี้อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพของการรักษาพยาบาลได้โดยง่ายเช่นกัน เนื่องจากสถานพยาบาลพยายามควบคุม

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ให้น้อยที่สุด ซึ่งวิธีการแก้ไขปัญหานั้นสามารถกระทำได้โดยใช้กลไกการตลาดให้มีการเปลี่ยนความเป็นสมาชิกภาพได้ และใช้ระบบการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญของกองทุนประกันสังคมพร้อมกับการจัดทำมาตรฐานการรักษาพยาบาลให้ชัดเจน

วิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายนี้นิยมใช้ในการจ่ายให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติในหลายประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร เดนมาร์ก เนเธอร์แลนด์ และอิตาลี เป็นต้น (Abel-Smith, 1984) ในประเทศสหรัฐอเมริกา แผนประกันสุขภาพชุมชนที่เรียกว่าองค์กรการส่งเสริมสุขภาพ (HMOs) และโครงการบริหารจัดการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (Medicare) ในหลายมลรัฐใช้วิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายนี้ เช่น อริโซนา มิชิแกน มิเนโซตา นิวเจอร์ซีย์ และโอเรกอน เป็นต้น⁹ ซึ่งโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลที่เรียกว่าโครงการควบคุมจัดการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุใช้วิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายของประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁰ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จ โดยระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบนี้มีลักษณะที่แน่นอน เช่น กำหนดให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลหรือผู้รับประกันไว้โดยเฉพาะเจาะจง และกำหนดรูปแบบพื้นฐานหรือข้อกำหนดขั้นต่ำของระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์นี้เป็นไปตามองค์กรการส่งเสริมสุขภาพ (HMOs) กำหนด กล่าวคือ ที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายเบี้ยประกันให้แก่ผู้รับประกัน และผู้รับประกันจะเป็นผู้จัดหาสถานพยาบาลที่ให้ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลให้โดยตรงแทนที่จะเป็นการเลือกแพทย์เองตามระบบของการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จ ซึ่งผู้ประกันตนต้องเข้ารับบริการทางการแพทย์ตามที่ผู้รับประกันได้จัดหาหรือกำหนดไว้ให้ โดยกรณีนี้้องค์กรการส่งเสริมสุขภาพ (HMOs) จะเป็นผู้ติดต่อทำสัญญากับแพทย์ สถานพยาบาล และทำการเจรจาต่อรองเรื่องค่าบริการทางการแพทย์และจ่ายค่าบริการทางการแพทย์โดยตรงให้แก่สถานพยาบาล ซึ่งเมื่อผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ผู้ประกันตนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

มาตรการควบคุมค่าบริการทางการแพทย์ของการประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาในโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ร่วมกับกรมบัญชียาแห่งชาติ (United States of Pharmacopeia หรือ USP) จัดทำร่างหลักเกณฑ์การจัดทำบัญชียาขึ้น ซึ่งในร่างหลักเกณฑ์ดังกล่าวจะประกอบด้วย แนวทางการจัดทำบัญชียาสำหรับผู้มีสิทธิ พร้อมทั้งมีการ

⁹ พินิจ ผุดไชตุ, อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 2, น.22-24.

¹⁰ Social Security Administration USA, 2004.

เสนอกลุ่มยาที่ควรมีในบัญชี ตลอดจนได้ระบุไว้ว่าอย่างน้อยจะควรมียา 2 รายการในแต่ละกลุ่มยา ทั้งนี้แนวทางสำคัญของการคัดเลือกกลุ่มยาต้อง 1) ครอบคลุมยาที่จำเป็นทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิ 2) เป็นยาที่ถูกประเมินว่าเป็นยาคุณภาพดีที่สุดตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ โครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุและกรมบัญชียาแห่งชาติ(USP) สนับสนุนให้พิจารณาการกำหนดแนวทางการบริหารจัดการการใช้ยาในบัญชี เช่น การมีเงื่อนไขการสั่งใช้ยา (Restriction) และการกำหนดการอนุญาตให้ใช้ยาในเบื้องต้น (Prior Authorization) เป็นต้น เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล คุ่มค่า และประหยัด ทั้งนี้โดยหลักการแล้วบัญชียาที่จัดทำขึ้นต้องมีความยืดหยุ่น และเปิดโอกาสให้ผู้มีสิทธิมีอิสระในการเลือกใช้ยาได้ด้วย แม้โครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยกรมบัญชียาแห่งชาติ(USP) จะเป็นผู้กำหนดแนวทางการคัดเลือกยา แต่ผู้ที่จัดทำบัญชียาที่แท้จริงคือบริษัทประกันสุขภาพเอกชนที่ทำข้อตกลงกับโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้สูงที่จะพบว่าบัญชียาสำหรับแต่ละแผนประกันสุขภาพ (Health Plan) ครอบคลุมยาแตกต่างกัน ทั้งนี้โครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้วางแผนการประเมินบัญชีรายการยาของแผนประกันสุขภาพต่างๆ ว่ามีประสิทธิภาพดีพอหรือไม่ ซึ่งนอกจากการกำหนดแนวทางการคัดเลือกยาแล้ว โครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุยังได้กำหนดแนวทางเกี่ยวกับการยกเว้น (กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นทางการแพทย์ ต้องใช้ยาที่ไม่ถูกจัดไว้ในบัญชียา) และกำหนดแนวทางการร้องเรียนในกรณีที่ผู้ประกันตนไม่ได้รับความเป็นธรรมอีกด้วย

ระบบการจ่ายเงินตามใบเสร็จเป็นระบบที่ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ใช้มาเป็นระบบดั้งเดิม แต่ระยะหลังมานี้ผู้ประกันตนเลือกใช้ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายมากขึ้น ซึ่งในปัจจุบันนี้ผู้ประกันตนจำนวนมากกว่าสามในสี่เลือกใช้ระบบการประกันสุขภาพแบบดังกล่าว ดังนั้น ข้อดีของบทบัญญัติของกฎหมายที่เกี่ยวกับการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่าย ได้แก่ ระบบนี้มีอำนาจการต่อรองที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีราคาถูกลง แต่ข้อเสียของระบบนี้คือ ไม่มีความยืดหยุ่นในการที่ให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลหรือแพทย์ในการที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ซึ่งผู้รับประกันจะเป็นผู้กำหนดเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวให้ รวมทั้งการควบคุมมาตรฐานการรักษายาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันนั้นทำได้ยาก

วิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายดังที่ได้กล่าวมาสรุปว่ามีข้อดีหลายประการด้วยกัน ซึ่งเป็นข้อดีที่วิเคราะห์ได้จากหลักการต่างๆ ที่ได้ศึกษามาแล้วดังกล่าวข้างต้นอันได้แก่

1) ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาจนถึงที่สุด โดยไม่ต้องกังวลเรื่องจำนวนเงินจำนวนครั้ง และความรุนแรงของโรค และได้รับการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง

2) สถานพยาบาลให้การรักษาเท่าที่จำเป็น คำนึงถึงการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

3) สำนักงานประกันสังคมควบคุมค่าใช้จ่ายได้แน่นอน กองทุนประกันสังคมมีความมั่นคงบริหารงานมีประสิทธิภาพ จ่ายเงินได้รวดเร็วทันเวลา

4) ทำให้เกิดการแข่งขันระหว่างสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม หากสถานพยาบาลใดบกพร่องในการให้บริการ ทำให้ผู้ประกันตนไม่พอใจ ผู้ประกันตนก็จะเปลี่ยนไปใช้บริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลแห่งอื่นได้ เป็นมาตรการควบคุมให้สถานพยาบาลให้บริการทางการแพทย์ที่ดีแก่ผู้ประกันตน เช่น ความสะดวก เวลาที่ต้องรอรับบริการ ความสุภาพ เป็นต้น

5) สถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมสามารถกำหนดค่าใช้จ่ายชัดเจนว่าจะต้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างไร เช่น ค่าใช้จ่าย ค่ายา เป็นต้น หากสถานพยาบาลจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีการรับตัวเข้ารับรักษาในสถานพยาบาล (Admit) สถานพยาบาลจะให้คนไข้อยู่ในสถานพยาบาลระยะเวลาสั้นที่สุดตามความจำเป็น ดังนั้น คนไข้ที่ไม่จำเป็นต้องรักษาพยาบาล จะได้รับการรักษาพยาบาลแบบคนไข้นอกซึ่งจะประหยัดค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลรวมทั้งกรณีการฉายรังสี (X-rays) ในทางกลับกันอาจจะเป็นเรื่องเสี่ยงหากสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมพยายามประหยัดค่าใช้จ่ายโดยการให้การรักษายาพยาบาลที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ดังนั้น สำนักงานประกันสังคมต้องกำหนดมาตรการในการควบคุมคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาลด้วย นอกจากนั้น เมื่อพิจารณาถึงข้อบกพร่องของวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายจะเห็นได้ว่า ผู้ประกันตนถูกจำกัดให้เข้ารับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลเดียวหรือสถานพยาบาลเครือข่ายทำให้ผู้ประกันตนไม่ได้รับความสะดวก เกิดความล่าช้า และได้รับบริการที่คุณภาพต่ำหรือไม่พอเพียง กรณีผู้ให้บริการมีแนวโน้มให้บริการต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะต้องควบคุมค่าใช้จ่ายโดยพยายามใช้ยาราคาถูก เป็นผลให้สำนักงานประกันสังคมถูกร้องเรียนเรื่องการให้บริการบริการทางการแพทย์เป็นจำนวนมาก¹¹

การนำระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายมาใช้ มีข้อควรพิจารณา เพื่อให้การดำเนินการประกันสังคมมีประสิทธิภาพหลายประการ ได้แก่

1) การตีความเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ต้องชัดเจน โรคบางอย่างต้องให้การรักษาระยะยาว เช่น โรคจิต โรคติดต่อ โรคเรื้อรัง เป็นต้น

¹¹ พินิจ ผุคไชตุ, *เพ็งอ้งเชิงอรรถที่ 2*, น.43.

2) ความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์ตลอด 24 ชั่วโมงของสถานพยาบาล

3) สถานพยาบาลจะรับผิดชอบในการจัดหาแพทย์ที่สามารถเยี่ยมไข้ตามบ้านกรณีป่วยมากไม่อาจไปรับการรักษาพยาบาลยังสถานพยาบาลได้

กฎหมายของประเทศเนเธอร์แลนด์ อนุญาตให้ผู้ประกันตนใช้สิทธิประโยชน์ในรูปแบบบริการทางการแพทย์ ซึ่งบริการทางการแพทย์นั้นเป็นกรณีที่เป็นการรักษาโรคและการป้องกันการเกิดโรค ซึ่งลักษณะของการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์นั้นกฎหมายกำหนดให้ผู้ประกันตนสามารถเรียกร้องถึงประโยชน์ทดแทนจากกองทุนประกันสุขภาพ (The Health Insurance Fund) ที่ผู้ประกันตนได้ขึ้นทะเบียนไว้ ซึ่งการมีกองทุนประกันสุขภาพเป็นการสร้างมั่นใจว่าผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนไว้จะสามารถได้รับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายได้ ซึ่งในกรณีนี้ ผู้ประกันตนสามารถทำข้อตกลงกับบุคคลหรือนิติบุคคลที่ทำหน้าที่จัดการประกันสังคม ซึ่งผู้ประกันตนสามารถเลือกให้ได้รับความคุ้มครองเพียงประเภทเดียวหรือหลายประเภทก็ได้ภายใต้ความคุ้มครองตามที่กฎหมายกำหนดไว้ กฎหมายได้กำหนดให้บุคคลหรือนิติบุคคลที่ทำข้อตกลงไว้กองทุนประกันสุขภาพ เรียกว่าผู้ร่วมรับประกัน (Co-operators) สำหรับผู้ประกันตนที่ต้องการรักษาสิทธิประโยชน์ของตนสามารถเรียกร้องสิทธิประโยชน์ผู้ร่วมรับประกันของกองทุนประกันสุขภาพที่ผู้ประกันตนได้ขึ้นทะเบียนไว้ ผู้ประกันตนจะได้รับการรักษาพยาบาลตามที่กฎหมายกำหนดไว้จากผู้ร่วมรับประกัน ซึ่งผู้ร่วมรับประกันจะได้รับค่าบริการทางการแพทย์จากกองทุนประกันสุขภาพ แล้วผู้ร่วมรับประกันจะเป็นผู้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์โดยตรง นอกจากนี้ กฎหมายยังกำหนดให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เป็นค่าบริการทางการแพทย์ในรูปแบบของเงินทดแทน ในกรณีนี้ผู้ประกันตนจะมีสิทธิได้รับเงินทดแทนค่ารักษาพยาบาลดังกล่าวได้ผู้ประกันตนต้องเรียกร้องเอาจากผู้รับประกัน

3.1.7 การเหมาจ่ายค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน (Salary)

การเหมาจ่ายค่าตอบแทนเป็นเงินเดือนเป็นการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ตาม ชั่วโมงของการทำงานที่แพทย์ให้แก่การประกันสุขภาพ โดยอาจจ่ายเป็นรายเดือนหรือรายปีก็ได้ ทั้งนี้ ไม่คำนึงจำนวนรายการ จำนวนครั้งของการบริการหรือจำนวนคนไข้ที่แพทย์ต้องดูแลรักษา อาจทำงานเต็มเวลา หรือบางเวลาได้ วิธีการนี้ใช้กันมากในแถบประเทศละติน-อเมริกา ที่กองทุนประกันสุขภาพจัดตั้งสถานพยาบาลของตนเองและจ้างแพทย์มาดำเนินการ ซึ่งอาจควบคุมการ

รักษาพยาบาลได้ดีในช่วงเวลาหนึ่ง และต่อไปมักจะเสื่อมถอยลงไปเรื่อยๆ เนื่องจากประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการพัฒนาด้านเทคนิควิชาการและการจัดการต่อบุคลากรทางการแพทย์¹²

3.1.8 การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นงบประมาณ (Budget)

ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นงบประมาณ คือ ระบบที่รัฐจัดสรรงบประมาณเพื่อการประกันสังคมให้แก่สถานพยาบาลต่างๆ ตามอัตราที่กำหนด และประชาชนสามารถที่จะเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ¹³ ซึ่งวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นงบประมานนั้นจะจ่ายเป็นรายปีให้แก่สถานพยาบาล ส่วนการบริหารจัดการงบประมาณในรายละเอียดนั้น เป็นหน้าที่ของผู้บริหารสถานพยาบาลรับผิดชอบในค่าใช้จ่าย¹⁴ การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลนั้นสะท้อนถึงความรับผิดชอบ และพันธะสัญญาที่รัฐบาลมีต่อโครงการประกันสุขภาพเสียเอง และจ่ายงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลที่อยู่ในโครงการทั้งหมดมาจากเงินภาษี เช่น ในกรณีของประเทศอังกฤษ เดนมาร์ก สวีเดน นอร์เวย์ ฟินแลนด์ แคนาดา เป็นต้น ไปจนถึงจ่ายให้เฉพาะเป็นงบลงทุนเท่านั้น เช่น ในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี¹⁵ เป็นต้น

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นงบประมาณของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี กองทุนประกันสังคมจะจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมดให้แก่แพทย์สมาคม หลังจากนั้นทางสมาคมจะจัดสรรจำนวนเงินดังกล่าวเพื่อแบ่งให้แก่แพทย์ตามที่แพทย์ได้รักษาไป โดยขอบเขตของการให้บริการทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับสัญญารายปีที่ทางแพทย์สมาคมได้ทำไว้กับกองทุนประกันสังคม ซึ่งวิธีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่องค์กรที่จัดการประกันสังคม (Provider) นั้นครอบคลุมเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านต่างๆ ทั้งหมดไว้ ส่วนการบริหารจัดการงบประมาณในรายละเอียดเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการรับผิดชอบเองวิธีการนี้มีใช้ในประเทศฝรั่งเศส และแคนาดา ซึ่งจ่ายค่าตอบแทนวิธีนี้ให้แก่สถานพยาบาล พบว่าสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

¹² พินิจ ผุดไชตุ, *อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 2*, น.24.

¹³ พินิจ ผุดไชตุ, *อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 2*, น.24.

¹⁴ Jevy, V.M., 1985, p. 48.

¹⁵ ทรงพรธรณ สิงห์แก้ว, *การบริการทางการแพทย์ตามกฎหมายประกันสังคม*, ผลงานวิจัย สำนักงานประกันสังคม, (2533), น.16.

ได้อย่างดี เนื่องจากผู้บริหารสถานพยาบาลให้ความร่วมมือในการควบคุมค่ารักษาพยาบาลด้วย แต่ยังมีข้อสงสัยเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของประเทศฟินแลนด์ เป็นการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในรูปแบบงบประมาณจากรัฐ โดยรัฐจัดสรรงบประมาณที่ได้จากเงินภาษีให้แก่สถานพยาบาลที่อยู่ในโครงการประกันสังคมตามอัตราที่กฎหมายกำหนด ประชาชนสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เช่นเดียวกับการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

ประเทศไทยเป็นประเทศแรกในโลกที่เริ่มโครงการประกันสังคมโดยการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลแบบเหมาจ่าย โดยสาเหตุที่เลือกให้การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายแก่สถานพยาบาลประกันสังคมเพราะจากการศึกษาประสบการณ์บริหารประกันสังคมของประเทศต่างๆ เห็นว่าวิธีนี้เหมาะสมที่สุดสามารถกำหนดมาตรฐานและควบคุมตรวจสอบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ได้ง่าย ป้องกันการรักษาพยาบาลเกินความจำเป็นและการทุจริตรั่วไหลได้ ใช้อำนาจต่อการแข่งขันพอสมควร¹⁶ ดังนั้น เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้สำนักงานประกันสังคมในการตัดสินใจเลือกวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายให้แก่สถานพยาบาล ได้แก่¹⁷

1) เงินสมทบของกองทุนประกันสังคมจาก 3 ฝ่ายไม่สามารถจัดบริการทางการแพทย์ได้ตามแบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จ เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง กรณีการใช้วิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายนั้น การบริหารจัดการไม่ยุ่งยากและค่าบริการจัดการก็ต่ำกว่าแบบเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จ

2) สามารถควบคุมปริมาณงานและอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการบริหารงาน เนื่องจากไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและบุคลากรในการตรวจสอบใบเรียกเก็บจากผู้ประกันตนที่ไปใช้บริการทางการแพทย์

3) การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายในระบบประกันสังคมนั้น สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการบริการทางการแพทย์ได้ เนื่องจากสามารถทราบค่าใช้จ่ายล่วงหน้าในแต่ละ

¹⁶ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ,คำอธิบายเรื่อง “เงื่อนไขและหลักเกณฑ์การให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533” ,ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลภูมิพล, (14 กุมภาพันธ์ 2534),น. 34.

¹⁷ เฟิงอ้วง, น. 52-53.

ละปี ทำให้สามารถคำนวณเงินที่จะต้องจ่ายออกจากกองทุนประกันสังคมในแต่ละปีได้ค่อนข้างแม่นยำ กองทุนประกันสังคมจึงมีความมั่นคง สามารถขยายการประกันสังคมไปสู่ประชากรกลุ่มอื่นได้ในอนาคต และเป็นประโยชน์ต่อการบริหารและการควบคุมเงินกองทุนประกันสังคม

4) เมื่อกองทุนประกันสังคมมีความมั่นคงก็ไม่ต้องใช้เงินภาษีอากรของประเทศ

5) สถานพยาบาลจะมีการให้บริการอย่างสมเหตุสมผล เพราะจะต้องประหยัดค่าใช้จ่าย ซึ่งระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายเป็นระบบที่แพทย์ให้การรักษายาบาลเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เนื่องจากสถานพยาบาลมีรายได้ค่อนข้างแน่นอนตามจำนวนสมาชิก รายได้ของสถานพยาบาลไม่ได้แปรผันตามปริมาณการให้บริการ สถานพยาบาลจึงไม่มีโอกาสเรียกเก็บเงินค่าบริการพยาบาลที่สูงเกินความจำเป็นจากคนไข้ได้ มีผลทำให้อัตราค่าบริการทางการแพทย์ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และสามารถควบคุมไม่ให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเกินความจำเป็น ทำให้สามารถรักษาระดับภาวะเศรษฐกิจมวลรวมของประเทศไทยได้อีกประการหนึ่ง

6) การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายได้ก่อให้เกิดการแข่งขันระหว่างสถานพยาบาลทั้งสถานพยาบาลรัฐและสถานพยาบาลของเอกชน ในการปรับปรุงมาตรฐานและคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งมาตรฐานและคุณภาพของการรักษายาบาล เพื่อจะได้เป็นแรงจูงใจให้ผู้ประกันตนที่เป็นสมาชิกเลือกใช้บริการสถานพยาบาลเดิมต่อไป

7) ด้านการรักษายาบาลนั้น การใช้วิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายหากผู้ประกันตนพึงพอใจการให้บริการของสถานพยาบาลใด ในปีถัดไปมักเลือกสถานพยาบาลแห่งนั้นในการใช้บริการทางการแพทย์ ทำให้เกิดการรักษายาบาลที่ต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการวินิจฉัยโรคและการให้การรักษายาบาลแก่ผู้ประกันตน

เหตุผลของการที่สำนักงานประกันสังคมเลือกระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่าย ดังที่ได้กล่าวมานั้น จะเห็นได้ว่าเหตุผลหลักคือ สำนักงานประกันสังคมสามารถบริหารจัดการได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็นการจัดการจำนวนเงินที่แน่นอน จำนวนผู้ประกันตนหรือจำนวนสถานพยาบาล ซึ่งเหตุผลดังกล่าวเป็นเพียงเหตุผลจากการชั่งน้ำหนักของผลดีผลเสียของสำนักงานประกันสังคมเท่านั้น แต่ตามสภาพความเป็นจริงแล้ว การใช้ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายนั้นก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ประกันตนหลายประการ ซึ่งผู้เขียนจะได้กล่าวต่อไปในบทที่ 5

ข้อดี ข้อเสียของแต่ละประเภทของการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่สถานพยาบาล

วิธีการจ่ายเงิน	ข้อดี	ข้อเสีย
1) การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จ (Fee for Service or Price Per Item)	1) ผู้ให้บริการรับผลตอบแทนตามผลงานที่ตนทำ 2) ง่ายในการวิเคราะห์ผลงานของผู้ให้บริการ	1) มีแนวโน้มทำให้เกิดภาวะเงินเฟ้อทางการแพทย์ 2) ทำให้เกิดแรงจูงใจในการบริการที่มากเกินไปและไม่จำเป็น
2) การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามกรณีของโรค (Case Payment)	1) ผู้ให้บริการได้รับผลตอบแทนผลงานดีพอสมควร 2) มีแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการลดและควบคุมต้นทุนในการจัดบริการ	1) มีความยุ่งยากและซับซ้อนเชิงเทคนิคในการนำไปใช้และอาจนำไปสู่การบิดเบือนของข้อมูลผลงานเพื่อการจ่ายค่าตอบแทน 2) ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้การวินิจฉัยโรคที่ผิดไปเพื่อเพิ่มค่าตอบแทน
3) การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กำหนดอัตราจ่ายในแต่ละวัน (Daily Charge)	ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดทรัพยากรที่ใช้ในแต่ละราย	ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการเก็บผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาลเกินความจำเป็น
4) การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นกรณีเพิ่มเติมพิเศษ (Bonus Payment)	ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีแรงจูงใจในการจัดบริการที่ต้องการส่งเสริม เช่น บริการด้านส่งเสริมการป้องกันโรค เป็นต้น	ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดปริมาณการบริการที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละราย ไม่เหมาะกับบริการที่มีความซับซ้อนมาก
5) จ่ายค่าบริการทางการแพทย์	ผู้ให้บริการได้รับค่าตอบแทน	ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการ

วิธีการจ่ายเงิน	ข้อดี	ข้อเสีย
แพทย์อัตราเดียว (Flat Rate)	ตามผลงานที่ทำ	ลดปริมาณการบริการที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละราย ไม่เหมาะกับบริการที่มีความซับซ้อนมาก
6) การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่าย (Capitation)	<ol style="list-style-type: none"> 1) ง่ายต่อการบริหารจัดการ 2) สนับสนุนให้เกิดการจัดทำงบประมาณแบบล่วงหน้า 3) ผู้บริการมีแรงจูงใจในการลดต้นทุนในการจัดบริการ 4) เพิ่มทางเลือกให้แก่ประชาชนให้มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลที่ตนพึงพอใจได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ให้บริการจะมีแรงจูงใจในการเลือกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ และปฏิเสธการรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง 2) อาจก่อให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นในกลุ่มที่มาขึ้นทะเบียน 3) ยากในการวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ให้บริการ
7) การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน (Salary)	<ol style="list-style-type: none"> 1) บริหารจัดการง่าย 2) สนับสนุนให้เกิดการจัดทำงบประมาณล่วงหน้าได้ 	สูญเสียการที่ผู้ป่วยจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ ยกเว้นเงินเดือนของผู้ให้บริการ จะขึ้นกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ
8) การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นงบประมาณ (Budget)	<ol style="list-style-type: none"> 1) บริหารจัดการง่าย 2) ส่งเสริมให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร 3) เป็นการจัดทำงบประมาณล่วงหน้า 	ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดจำนวนผู้ป่วยและปริมาณบริการที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

3.2 ลักษณะสำคัญของบริการทางการแพทย์

กฎหมายประกันสังคมของต่างประเทศส่วนมากนั้นได้มีการประกันสังคมทั้งสิ้น 8 กรณี ซึ่งมีการประกันกรณีเจ็บป่วยและประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานรวมอยู่ในกฎหมายประกันสังคมด้วย จะแตกต่างจากกฎหมายประกันสังคมของประเทศไทยที่แยกการทดแทนกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานออกจากกฎหมายประกันสังคม โดยกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานอยู่ภายใต้กฎหมายเงินทดแทน อย่างไรก็ตามไม่ว่ากรณีของการเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน หรือการเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายอันมิใช่เนื่องจากการทำงานต่างก็จำเป็นต้องมีกรณีการให้บริการทางการแพทย์ เพื่อเป็นการเยียวยาความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการประสบอันตราย ซึ่งเป็นการสร้างหลักความมั่นคงให้แก่ชีวิตของผู้ประกันตนนั่นเอง

3.2.1 บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม

บริการทางการแพทย์เป็นวิธีการหนึ่งที่เสริมสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม โดยเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนของลูกจ้างภายใต้หลักการของกฎหมายประกันสังคม ซึ่งเป็นกฎหมายที่มุ่งรับรองให้สังคมมีความมั่นคง กำหนดสิทธิอันพึงมีพึงได้ของประชาชนอันเกี่ยวกับความช่วยเหลือหรือสงเคราะห์จากสังคมส่วนรวม โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะขจัดปัดเป่าความเดือดร้อน ทุกข์ยาก และเสริมสร้างความสมบูรณ์พูนสุขให้ตามควรแก่อัตภาพโดยทั่วถึงกัน ซึ่งรวมตลอดไปถึงบุคคลที่อยู่ในความอุปการะหรือบุคคลในครอบครัวนั้นด้วย โดยหลักการสำคัญของการสร้างความมั่นคงทางสังคมที่รัฐจะต้องกระทำเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนโดยส่วนรวมมีดังนี้ คือ หลักการประกันหรือการประกันสังคม (Social Security) หลักการสงเคราะห์หรือสาธารณูปการ (Public Welfares) หลักการจัดสวัสดิการหรือบริการสังคม (Social Services) ซึ่งการบริการทางการแพทย์ก็เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม โดยเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนของลูกจ้างได้เป็นอย่างดี

บริการทางการแพทย์ตามกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกา มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพของรัฐ ได้แก่ ศูนย์การบริการโครงการสวัสดิการสังคม (Centers

for Medicare and Medicaid Services หรือ CMS)¹⁸ ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกรมอนามัยและสวัสดิการประชาชน (Department of Health and Human Service CMS) เป็นหน่วยงานที่บริหารจัดการแผนบริการสุขภาพ 2 แผนคือโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุและโครงการสวัสดิการสังคม ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้เงินจากภาครัฐในการบริหารจัดการ (Publicly Financed Health Care Programs) นอกจากหน้าที่ในการให้ประกันสุขภาพแล้ว CMS ยังดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับคุณภาพต่างๆ รวมถึงการพัฒนานโยบายการคุ้มครองของระบบประกันสุขภาพ คุณภาพการให้บริการและการออกกฎระเบียบควบคุมการทดลองทางห้องปฏิบัติการด้วย นอกจากนี้ CMS ยังมีหน้าที่ให้การรับรองหน่วยงานที่บริการและให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน การรักษาผู้ป่วยระยะยาวแบบต่อเนื่อง รวมถึงการให้ข้อมูลด้านการบริการและคุณภาพบริการแก่ผู้ให้บริการ ผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ นักวิจัย และผู้แทนของรัฐที่ทำหน้าที่ตรวจสอบโดย CMS จะมีคณะกรรมการที่ปรึกษาที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ที่ CMS รับผิดชอบ ซึ่งการประชุมของคณะกรรมการนี้เปิดให้สาธารณชนได้รับทราบด้วย

โครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุเป็นแผนประกันสุขภาพของรัฐบาลกลางที่ครอบคลุมประชาชนประมาณ 42 ล้านคนทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ กลุ่มผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป, ผู้พิการ (ไม่จำกัดช่วงอายุ) และผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกไตหรือผ่าตัดเปลี่ยนไต (ไม่จำกัดช่วงอายุ) ในจำนวนนี้ร้อยละ 13.6 ของผู้มีสิทธิเลือกใช้บริการที่เรียกว่าโครงการควบคุมจัดการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุซึ่งอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม¹⁹ โดยโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุเป็นโปรแกรมสุขภาพร่วมกันของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นที่ใหญ่ที่สุดซึ่งดูแลผู้มีรายได้น้อยของประเทศสหรัฐอเมริกา โครงการสวัสดิการสังคม เริ่มมีในปี ค.ศ. 1965 ตามข้อ 19 ของ พระราชบัญญัติประกันสังคม²⁰ โดยเป็นแผนประกันสุขภาพหลักของรัฐที่จัดให้แก่ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ คนตาบอด หญิงตั้งครรภ์ เด็ก และคู่แต่งงานที่ยังไม่มีบุตร ประชาชนประมาณ 44.7 ล้านคนอยู่ภายใต้ระบบโครงการสวัสดิการสังคม ซึ่งร้อยละ 48 ของกลุ่มคนเหล่านี้ใช้บริการภายใต้ โครงการสวัสดิการสังคมผ่านโครงการดูแลจัดการสุขภาพ (Managed Care Health Plan) ซึ่งภายใต้โครงการสวัสดิการสังคมนี้ รัฐบาลกลางจะเป็นผู้กำหนด

¹⁸ เดิม Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) คือ Health Care Financing Administration (HCFA) ซึ่งเปลี่ยนมาใช้ชื่อ CMS เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม ค.ศ. 2001

¹⁹ The Social Security Act (Title 18)

²⁰ The Social Security Act (Title 19)

นโยบายหลัก โดยแต่ละรัฐมีสิทธิในการพิจารณาการบริหารจัดการโปรแกรมประกันสุขภาพของตน ตั้งแต่การกำหนดว่าใครมีสิทธิที่จะรับบริการทางการแพทย์ ขอบเขตของบริการทางการแพทย์ และบริการด้านยา ดังนั้น ความคุ้มครองของโครงการสวัสดิการสังคมในแต่ละรัฐจึงมีความแตกต่างกัน โดยทั่วไปหลักการของโครงการสวัสดิการสังคม ที่ทุกรัฐจะต้องปฏิบัติคือ สร้างมาตรฐานความน่าเชื่อถือของตน พิจารณาดัดสินชนิด ปริมาณ ระยะเวลาและขอบเขตของการให้บริการ ตั้งอัตราเบิกจ่ายสำหรับบริการต่างๆ และบริหารโครงการสวัสดิการสังคมของตนเอง นอกจากนี้ ยังมีระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพที่บริหารโดยองค์กรการส่งเสริมสุขภาพ(HMOs) กลุ่มผู้ให้บริการ (Preferred Provider Organization-PPOs, Provider Sponsored Organizations, Private Fee-for-Service Plan), Medical Saving Account Plans, การประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง (Group Health Plan for The Employees) และประกันสุขภาพเอกชนองค์กรการส่งเสริมสุขภาพ(HMOs) เป็นรูปแบบหนึ่งของแผนประกันสุขภาพที่ให้บริการในแผนการควบคุมจัดการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุซึ่งกลุ่มแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ให้บริการอื่นๆเห็นชอบร่วมกันในการให้บริการแก่ผู้ประกันตน ตามจำนวนเงินที่โครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุจ่ายให้เป็นรายหัว(ของผู้ประกันตน)ทุกเดือน ผู้ที่ใช้บริการขององค์กรการส่งเสริมสุขภาพ(HMOs) จะต้องเลือกใช้บริการจากแหล่งบริการที่ทำสัญญากับองค์กรการส่งเสริมสุขภาพ(HMOs) ไว้แล้วเท่านั้น

สิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เดิมการประกันสุขภาพของโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุแบ่งการครอบคลุมเป็น 2 ส่วนด้วยกัน คือ ส่วนที่ 1 (Part A) และ ส่วนที่ 2 (Part B) ผู้ป่วยที่มีการประกันส่วนที่ 1 (Part A) การประกันการรักษาในสถานพยาบาล (Hospital Insurance) จะได้รับการช่วยเหลือสำหรับการรักษาตัวในสถานพยาบาล และการรักษาพยาบาลที่บ้าน (Home Health Care) รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Hospice) โครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในส่วนที่ 1 นี้จะไม่คุ้มครองถึงค่ายาตามใบสั่งสำหรับผู้ป่วยนอกหรือยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยา (OTC) เมื่อชาวอเมริกันมีอายุ 65 ปี เขามีสิทธิภายใต้ระบบประกันนี้ทันทีโดยอัตโนมัติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ภายใต้ประกันในส่วนที่ 1 จะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เพราะถือว่าได้จ่ายให้ โครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุมาแล้วในรูปแบบของภาษี เมื่อตนหรือคู่สมรสยังอยู่ในวัยทำงาน แต่ถ้าไม่เคยจ่ายค่าภาษีสำหรับ โครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุมาก่อน ผู้ป่วยนั้นจะต้องซื้อประกันส่วนที่ 1 นี้

ส่วนที่ 2 การประกันการเข้ารับบริการทางการแพทย์ (Medical Insurance) ส่วนเพิ่มเติมจากส่วนที่ 1 ซึ่งผู้ป่วยจะเลือกซื้อได้โดยสมัครใจ โดยต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันเป็นรายเดือน

เดือนละ 88.5 เหรียญสหรัฐฯ ความคุ้มครองของโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุใน ส่วนที่ 2 จะรวมถึงค่าบริการของแพทย์, ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (รวมการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน) ค่ารถพยาบาล ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจโรคเพื่อการป้องกันบางประเภท (เช่น ตรวจเต้านมด้วยวิธีการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ของต่อมน้ำนม ตรวจหามะเร็งด้วยวิธีการทดสอบจากน้ำคัดหลั่ง เป็นต้น) การรักษาด้วยรังสี การล้างไต และผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ค่าอุปกรณ์การแพทย์ และการรักษาบางอย่างที่จำเป็นแต่ไม่ครอบคลุมในส่วนที่ 1 เช่น กายภาพบำบัดและอาชีพบำบัด หรือการดูแลรักษาพยาบาลที่บ้าน เป็นต้น นอกจากนี้ โครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในส่วนที่ 2 จะครอบคลุมถึงผลิตภัณฑ์ยา และผลิตภัณฑ์ชีววัตถุบางอย่างที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ด้วยตนเองได้ เช่น วัคซีนสำหรับไข้หวัดใหญ่และไวรัสตับอักเสบบี ยาคุมกำเนิดต้านทาน และยาสำหรับรักษาโรคมะเร็ง เป็นต้น

โครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้เพิ่มทางเลือกให้กับผู้มีสิทธิ โดยเปิดให้ผู้มีสิทธิเลือกที่จะสมัครเข้าใน โครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในส่วนที่ 3 (Medicare Part C) หรือ การส่งเสริมและเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในโครงการสวัสดิการสังคม (Medicare Advantage หรือ Medicare + Choice) ซึ่งโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้ทำข้อตกลงกับบริษัทประกันสุขภาพซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบขององค์กรการส่งเสริมสุขภาพ(HMOs) หรือ (Preferred Provider Organizations หรือ PPOs) หรือรูปแบบที่เป็นแผนประกันสุขภาพแบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามใบเสร็จ (Fee for Service Health Plan) ก็ได้ บริษัทเหล่านี้จะทำข้อตกลงกับโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายต่อคนต่อปีให้แก่บริษัทเหล่านี้โดยบริษัทจะให้การดูแลผู้ประกันตน โดยอย่างน้อยต้องมีบริการทางการแพทย์พื้นฐานตามที่โครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุใน ส่วนที่ 1 กำหนดไว้ และจะให้บริการเสริมตามแผนประกันสุขภาพของแต่ละส่วนที่ผู้ประกันตนตกลงเลือกซื้อบริการไว้ โดยหากผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเงินเพิ่มกรณี que เลือกแผนประกันสุขภาพที่มีส่วนต่างตามความต้องการของผู้ประกันตนของสิ่งที่โครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ได้กำหนดโดยไว้ล่าสุดเมื่อเดือนธันวาคม ค.ศ. 2003 ได้มีการผ่านกฎหมายใหม่ที่เรียกว่ากฎหมายเกี่ยวกับการปรับปรุงและพัฒนาการสั่งยาในโครงการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003) ซึ่งใจความสำคัญคือการเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านยาให้แก่ผู้มีสิทธิโดยมีผลบังคับใช้ในปี ค.ศ. 2006 การเสนอเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านยาก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในประวัติศาสตร์การประกัน

สุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาหลังจากที่ได้มีการผ่านกฎหมายให้มีการจัดตั้งโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุและ โครงการสวัสดิการสังคมเมื่อปี ค.ศ.1965

สิทธิประโยชน์สำหรับโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (Medicare Part D) ซึ่งเป็นส่วนเพิ่มเติมที่มีสิทธิเลือกที่จะซื้อได้ โดยจะต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันสำหรับโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในส่วนที่ 4 ประมาณ 32.20 เหรียญสหรัฐ ต่อเดือน ผู้ประกันตนอาจเลือกรับบริการในส่วนนี้แบบที่เป็นส่วนเสริมเฉพาะค่ายา (Stand Alone Prescription Drug Plan) หรือเป็นส่วนเสริมที่เพิ่มเติมในสิทธิประโยชน์ในโครงการสวัสดิการสังคม (Medicare Advantage) ก็ได้ โครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุไม่ได้มีการจัดทำบัญชีรายการยาสำหรับโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในส่วนที่ 4 ซึ่งต่างจากแผนประกันสุขภาพภายใต้โครงการสวัสดิการสังคม โดยทั่วไปแล้วสิทธิประโยชน์ที่โครงการสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้ประกันตนอาจแตกต่างกันไปในแต่ละรัฐ แต่จะมีบริการพื้นฐานบางส่วนที่เหมือนกัน เนื่องจากเป็นเงื่อนไขในการรับเงินอุดหนุน (Matching Fund) จากรัฐบาลกลาง ตัวอย่างบริการทางการแพทย์ที่โครงการสวัสดิการสังคมจัดให้ได้แก่ บริการตรวจรักษาสำหรับผู้ป่วยใน และตรวจรักษาผู้ป่วยนอก บริการฝากครรภ์ และวางแผนครอบครัว บริการด้านวัคซีนให้เด็ก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการฉายรังสี เป็นต้น ส่วนที่เป็นบริการเสริมซึ่งแต่ละรัฐตัดสินใจให้บริการแก่ผู้ป่วยได้แก่ บริการการตรวจวินิจฉัย บริการสำหรับผู้ป่วยพิการทางสมอง บริการด้านยา บริการตรวจวัดสายตา และประกอบแว่น บริการกายภาพบำบัด เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิของทั้งโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุและโครงการสวัสดิการสังคมจะได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อให้ซื้อประกันสุขภาพเสริมของโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในส่วนที่ 4 ได้ซึ่งเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของโครงการสวัสดิการสังคมไป

บริการทางการแพทย์ตามกฎหมายของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี²¹ ได้มีการใช้กฎหมายว่าด้วยประกันสังคมเป็นประเทศแรก โดยในกฎหมายฉบับนี้ได้มีการวางหลักการสำคัญของบริการทางการแพทย์ไว้ กล่าวคือ เป็นลักษณะของการประกันสังคมภาคบังคับสำหรับกรณีประกันการเจ็บป่วยทั้งเกิดจากการทำงานและมีได้เกิดจากการทำงาน²² และคลอดบุตรโดยส่วนใหญ่คุ้มครองผู้ทำงานในทุกประเภทที่เป็นลูกจ้างที่ได้รับค่าจ้างรายวันหรือเงินเดือนทุกคนที่มี

²¹ นิคม จันทรวินิจ, *อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 3*, น. 31-32.

²² <http://www.eurofound.en.int/emire/GERMAN/SOCIALSECURITY-DE.html>

รายได้ไม่เกิน 41,850 ยูโร รวมถึงผู้ได้รับบำนาญ นักศึกษาและบุคคลทุพพลภาพภายใต้เงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่กฎหมายประกันสังคมกำหนด²³ ผู้ฝึกหัดงาน ผู้ว่างงาน ผู้ประกอบอาชีพอิสระ รวมถึงผู้มีรายได้เกินกว่าที่กำหนดก็สามารถประกันตนโดยสมัครใจได้ ซึ่งการคุ้มครองในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานโดยการเจ็บป่วยดังกล่าวเกิดขึ้นในขณะที่ทำงาน เปลี่ยนเวลาทำงาน ในระหว่างการจัดเก็บสินค้า การเคลื่อนย้าย หรือการซ่อมแซมเครื่องมือที่จำเป็นในการทำงาน นอกจากจะคุ้มครองผู้ประกันตนแล้ว ยังคุ้มครองถึงบุตรที่ยังอยู่ในความดูแลของผู้ประกันตนด้วย ขอบเขตของความคุ้มครองในการประกันเกี่ยวกับโรคที่เกิดอันเนื่องมาจากการทำงานที่สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์และค่ารักษาพยาบาลกฎหมายกำหนดให้มีทั้งหมด 67 โรค ถึงอย่างไรก็ตาม ก็มีเงื่อนไขที่จะจ่ายให้กับโรคที่ไม่อยู่ในรายการ การจะได้รับผลประโยชน์กรณีเจ็บป่วยนั้นกฎหมายไม่ได้กำหนดเงื่อนไขเกี่ยวกับระยะเวลาส่งเงินสมทบเข้าสู่กองทุนประกันสังคม ส่วนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน นายจ้างฝ่ายเดียวเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมและรัฐจะให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลบางประเภท เช่น ลูกจ้างในงานเกษตรกรรม เด็กในโรงเรียนอนุบาล และนักศึกษา เป็นต้น สำหรับกรณีคลอดบุตรจะได้รับประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล เงินทดแทนการคลอดบุตรและรัฐจะให้เงินสงเคราะห์สำหรับการคลอดบุตร²⁴

รัฐบาลจะเรียกเก็บเงินสมทบจากนายจ้างฝ่ายเดียว โดยนายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบกิจการจะเป็นผู้จ่ายเงินสมทบ โดยรัฐบาลจะคำนวณจากฐานเงินเดือนและค่าจ้างของลูกจ้างตามลักษณะความเสี่ยงในการทำงานของแต่ละสถานประกอบการและจะเรียกเก็บมากขึ้นหรือลดลงตามจำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น โดยจะเรียกเก็บในอัตราร้อยละ 1.3 การจ่ายค่าทดแทน จะจ่ายให้ใน 3 กรณี ได้แก่ อุบัติเหตุจากการทำงาน อุบัติเหตุจากการเดินทางไปและกลับระหว่างบ้านและที่ทำงาน และโรคอันเนื่องมาจากการทำงานโดยให้แพทย์ นายจ้าง ลูกจ้างที่เจ็บป่วย กองทุนประกันสุขภาพและอื่นๆ จะต้องจัดทำรายงานและแจ้งเกี่ยวกับกรณีผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน เพื่อพิสูจน์ว่าลูกจ้างผู้ได้รับความเจ็บป่วยเป็นโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน โดยรัฐบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบในการจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

²³ วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา)วิเชียรชม, กฎหมายประกันสังคม, พิมพ์ครั้งที่ 12, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2547), น. 402.

²⁴ เฟิงอ้วง, น. 404.

กรณีการประกันตนโดยสมัครใจสามารถทำได้สำหรับบุคคลที่สิ้นสุดการประกันภาคบังคับโดยเป็นไปตามเงื่อนไขบางประการที่ได้กำหนดไว้ โดยมีระบบการประกันพิเศษสำหรับคนงานเหมือง ศิลปิน ลูกจ้างภาครัฐ และชาวนาผู้ประกอบกิจการส่วนตัว ผู้ฝึกหัดงานชาวเยอรมันที่ทำงานในต่างประเทศซึ่งบุคคลประเภทหลังนี้สามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมได้โดยสมัครใจ เช่นเดียวกับพวกแม่บ้านซึ่งไม่ได้ทำงานและชาวต่างชาติที่พักอาศัยอยู่ในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี หรือรูปแบบการประกันการรักษาพยาบาลระยะยาวสำหรับผู้ประกันตนตามที่กฎหมายกำหนดไว้ซึ่งเป็นโครงการประกันการเจ็บป่วยส่วนบุคคล ผู้ประกันตนต้องซื้อการประกันการรักษาพยาบาลระยะยาวส่วนบุคคลต่างหากจากการประกันสังคมภาคบังคับ²⁵ นอกจากนี้ ยังมีระบบประกันอุบัติเหตุในงานอุตสาหกรรมของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีหรือที่รู้จักกันว่า Industrial Injuries Insurance Institutes (IILI) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การประกันอุบัติเหตุทั่วไป การประกันอุบัติเหตุทางทะเล และการประกันอุบัติเหตุที่เกิดจากงานเกษตรกรรม ซึ่งในกรณีของการประกันอุบัติเหตุทั่วไป การประกันอุบัติเหตุทางทะเลนั้นจะรวมทั้งการอุตสาหกรรมและการดำเนินกิจการด้านการค้าในกรณีนั้นๆ ด้วย โดยนายจ้างจะต้องเป็นผู้จ่ายเงินสมทบ ส่วนกรณีของการประกันอุบัติเหตุที่เกิดจากงานเกษตรกรรม ในส่วนของภาคอุตสาหกรรมเงินสมทบจะมาจากนายจ้างและจากรัฐ โดยในส่วนของภาครัฐนั้นเงินสมทบจะมาจากภาษี

ภาคอุตสาหกรรมมีการรวมกลุ่มที่เรียกว่า HVBG (Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften) ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระมีตัวแทนนายจ้างและลูกจ้างรวมกัน ซึ่งในด้านการเงินนั้น นายจ้างเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเพียงฝ่ายเดียว โดยอัตราการจ่ายเงินสมทบกองทุนขึ้นอยู่กับความเสี่ยงในการประสบอันตราย ขนาดของอุตสาหกรรม เงินเดือนของลูกจ้าง และเงินได้ของนายจ้าง ตลอดจนการเกิดโรคอันเนื่องมาจากการทำงานของลูกจ้าง

สำนักงานประกันสังคมจะเป็นผู้ดำเนินการจัดการเกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์ทั้งหมด และสำนักงานประกันสังคมจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลและคลินิกของสำนักงานประกันสังคม ประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยกลุ่มแพทย์ สถานพยาบาล และเภสัชกรภายใต้สัญญาที่ได้ทำไว้กับกองทุนประกันสังคม ซึ่งประโยชน์ทดแทนดังกล่าวให้สิทธิประโยชน์อย่างกว้างขวางครอบคลุมทั้งกรณีการ

²⁵ Social Security Administration USA, 2004, cited in www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptn/2004-2005/America/united_states.pdf

จ่ายค่ายารักษาโรคและทันตกรรม การตรวจโรคเพื่อการป้องกันและรักษาโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคลอดบุตร การรักษาตัวในสถานพยาบาล การผ่าตัด ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ และผลิตภัณฑ์ยา รวมถึงการรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับสู่สภาพเดิม รวมทั้งค่าอุปกรณ์ต่างๆ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การประกันสังคมกรณีการให้ประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์ของประเทศฟินแลนด์นั้น เป็นกฎหมายว่าด้วยการประกันการเจ็บป่วยในการทำงานของลูกจ้าง (Workers' Compensation Insurance) คุ้มครองถึงลูกจ้างทั้งหมด โดยให้ความคุ้มครองแก่ผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศฟินแลนด์ ไม่คำนึงถึงสัญชาติของผู้รับบริการทางการแพทย์นั้น รวมทั้งเกษตรกรผู้ซึ่งมิได้เป็นลูกจ้างที่อยู่ในประเทศ ซึ่งพื้นฐานของการให้บริการทางการแพทย์ดังกล่าวนั้นเป็นการให้บริการทางการแพทย์จากภาครัฐโดยเป็นการร่วมมือกันระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น การประกันดังกล่าวให้ความคุ้มครองในกรณีประสบอุบัติเหตุในการทำงาน อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในระหว่างการเดินทางไปทำงาน และในการทำกิจกรรมใดๆ ที่เป็นการทำเกี่ยวกับงานของนายจ้าง โดยกฎหมายว่าด้วยการประกันการเจ็บป่วยในการทำงานของลูกจ้างมีกองทุนประกันสังคมสำหรับลูกจ้างทั่วไป นายจ้างเป็นผู้จ่ายเงินสมทบ ส่วนในกรณีกองทุนประกันสังคมสำหรับเกษตรกรได้มาจากตัวเกษตรกรเองและจากรัฐร่วมกันจ่ายเงินสมทบ ส่วนเงินทุนในกองทุนประกันสังคมภายใต้การจัดการของสำนักงานประกันสังคม(The Social Insurance Institution หรือ Kela) มาจากภาษีที่ประชาชนได้จ่ายในแต่ละปี จึงเป็นกองทุนที่มีจำนวนเงินแน่นอน

การบริการทางการแพทย์ในระดับท้องถิ่นนั้นนโยบายหลักอยู่ภายใต้กฎหมายการประกันสุขภาพในขั้นต้น (Primary health act) ซึ่งใช้เป็นมาตรฐานในการจัดบริการทางการแพทย์ให้เท่าเทียมกันในทุกพื้นที่ของประเทศ ซึ่งผู้ประกันตนจะได้รับเงินทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุ ซึ่งการได้รับเงินทดแทนจากกองทุนการเจ็บป่วยของลูกจ้าง และเงินสงเคราะห์รายวันเป็นเงินรายได้ที่ได้จากภาษี ทั้งนี้ การประสบอุบัติเหตุจากรถยนต์และกรณีทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากสงครามนั้นมีกฎหมายให้ความคุ้มครองเป็นพิเศษแยกต่างหากจากกฎหมายประกันสังคม โดยเมื่อลูกจ้างประสบอุบัติเหตุลูกจ้างจะได้รับประโยชน์ทดแทนจากกฎหมายพิเศษดังกล่าว โดยค่าบริการทางการแพทย์ครอบคลุมถึงราคาผลิตภัณฑ์ยาและค่ารักษาพยาบาลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย กรณีการประกันการเจ็บป่วยหากผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลของเอกชนที่ผู้ประกันตนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือเข้ารับการรักษาพยาบาลไปก่อน ผู้ประกันตนก็จะได้รับเงินคืนจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ดังกล่าว โดยจะได้รับเงินทดแทนสำหรับค่าใช้จ่าย

ในการตรวจและการรักษาโรค ค่าแพทย์ในการตรวจรักษา รวมทั้งกรณีทันตกรรม ซึ่งกฎหมายประกันสังคมกำหนดหลักการเรียกร้องประโยชน์ทดแทนในการประกันการเจ็บป่วย โดยคำนวณเป็นเปอร์เซ็นต์จากค่าใช้จ่ายตามรายการที่กำหนดไว้

กรณีของผู้ที่มีได้เป็นลูกจ้างหรือผู้ทำงานอิสระที่ต้องการจะทำประกันสุขภาพจากการทำงาน ก็สามารถเข้าร่วมโครงการประกันสังคมได้โดยความสมัครใจ โดยค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลนั้นจะจ่ายให้แก่ศูนย์สุขภาพ (Health Center) ที่เป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ หรือกรณีที่ผู้ประกันตนที่มีได้เป็นลูกจ้างหรือผู้ทำงานอิสระเข้ารับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลของเอกชนที่ผู้ประกันตนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือเข้ารับการรักษาพยาบาลไปก่อน สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนเป็นจำนวนห้าสิบเปอร์เซ็นต์จากค่าใช้จ่ายที่ผู้ประกันตนได้จ่ายไปตามความเป็นจริง

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมายประกันสังคมของประเทศฝรั่งเศสนั้นจะให้ประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์ โดยมีขอบเขตความคุ้มครองในกรณีการบริการทางการแพทย์ไว้อย่างกว้างขวาง ได้แก่ กรณีการตรวจของแพทย์ ผลัดภักดิ์ยา ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในสถานพยาบาล การทดลองในห้องปฏิบัติการและค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด ซึ่งกรณีของบริการทางการแพทย์เกือบทั้งหมดนี้เป็นการกำหนดให้เป็นรูปแบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในลักษณะการร่วมกันจ่ายค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือการรักษาพยาบาลระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับผู้ประกันตน โดยการพิจารณาค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์นี้จะพิจารณาจากความเจ็บป่วยที่ได้รับและสถานพยาบาลที่เข้ารับบริการทางการแพทย์หรือการรักษาพยาบาลได้รับการรักษาเยียวยา หากผู้ประกันตนต้องการรับบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มเติมจากบริการทางการแพทย์ที่ได้รับขั้นพื้นฐานก็จะมีรูปแบบของบริษัทประกันสุขภาพซึ่งจัดการประกันสุขภาพเพิ่มเติมจากการประกันสุขภาพพื้นฐานของกองทุนประกันการเจ็บป่วย (Sickness Insurance Funds หรือ SIFs) โดยในการให้ความช่วยเหลือลูกจ้างนั้นกองทุนของบริษัทประกันสุขภาพจะคำนวณอัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเปอร์เซ็นต์จากค่าจ้างของลูกจ้าง ซึ่งการค่ารักษาพยาบาลที่นำมาจ่ายให้แก่ผู้ประกันตนเป็นเงินของลูกจ้างที่เป็นสมาชิกของบริษัทประกันสุขภาพนั้นจ่ายเป็นเงินสมทบเข้ากองทุนประกันการเจ็บป่วย โดยการประกันสุขภาพเพิ่มเติมกับบริษัทประกันสุขภาพดังกล่าวนั้นต้องเกิดจากความสมัครใจของลูกจ้าง ซึ่งการให้ความช่วยเหลือลูกจ้างที่สำนักงานประกันสังคมร่วมกับลูกจ้างจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากกองทุนประกันการเจ็บป่วย(SIFs) นั้นอาจจะไม่ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายในการ

บริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลได้ทุกกรณี หากลูกจ้างที่ต้องการความคุ้มครองเพิ่มเติมก็ควรจะทำประกันสุขภาพกับบริษัทประกันสุขภาพนี้

กฎหมายของประเทศญี่ปุ่น สำหรับกรณีอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน ขอบเขตการคุ้มครองแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ แบบการประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนทั่วไป โดยประชาชนผู้พำนักอาศัยในประเทศญี่ปุ่นทุกคนไม่ได้อยู่ภายใต้การประกันสุขภาพที่เกี่ยวกับการจ้างงานหรือโครงการพิเศษที่คุ้มครองรายได้ โครงการของรัฐบาลบางท้องถิ่นที่ดำเนินการในระดับเทศบาลเมืองหรือหมู่บ้าน และแบบของโครงการพิเศษภายใต้สมาคมการประกันสุขภาพแห่งชาติจัดการประกันให้แก่ผู้ประกอบการอาชีพส่วนตัว ซึ่งประโยชน์ทดแทนมีรูปแบบการบริการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว ซึ่งแบบการประกันสุขภาพของลูกจ้าง ระบุให้ลูกจ้างที่อยู่ในสถานประกอบการอุตสาหกรรมหรือการค้าที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปอยู่ภายใต้การคุ้มครองของโครงการที่ดำเนินการโดยรัฐบาล นอกเสียจากผู้ประกันตนเป็นสมาชิกของการประกันสุขภาพของสมาคมอาชีพต่างๆ ส่วนการประกันโดยสมัครใจสำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการภาคเอกชนที่มีลูกจ้างน้อยกว่า 5 คน และกิจการการเกษตร ป่าไม้ หรือประมง และมีระบบพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (ระบบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ) คนงานทางทะเล โรงเรียนราชภัฏและข้าราชการพลเรือน ซึ่งประโยชน์ทดแทนมีทั้งบริการทางการแพทย์และเงินทดแทนการขาดรายได้ จากเงินที่จ่ายเข้ากองทุนโดยนายจ้างและลูกจ้างเป็นจำนวนเท่าๆ กัน ส่วนรัฐบาลเป็นผู้บริหารงานกองทุน สำหรับกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ลูกจ้างไม่ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นายจ้างจะเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายดังกล่าว โดยรัฐบาลสนับสนุนค่าใช้จ่ายบางรายการ สำหรับกรณีคลอดบุตร ผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์ โดยผู้ประกันตนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด นายจ้างเป็นผู้จ่ายร่วมกับรัฐบาล²⁶

ตามกฎหมายของประเทศเนเธอร์แลนด์ได้กำหนดเกี่ยวกับรายการที่ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ไว้²⁷ ได้แก่

- (1) ศัลยกรรมและแพทย์เฉพาะทาง
- (2) ผู้ช่วยแพทย์
- (3) การสังเกตอาการของโรค

²⁶ วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา)วิเชียรชม, *อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 23*, น. 405.

²⁷ Compulsory Health Insurance Provide Decree.

- (4) ทัศนกรรม
- (5) เภสัชกรรม
- (6) การรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง
- (7) โรคเอดส์
- (8) ค่ารพพยาบาลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- (9) การฝากครรภ์
- (10) การฟื้นฟูสมรรถภาพ

กฎหมายของประเทศเนเธอร์แลนด์นี้ กำหนดให้บริการทางการแพทย์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับบริการนั้น มีทั้งกรณีของการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน และการเจ็บป่วยที่ไม่ใช่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้ง กรณีการฝากครรภ์และคลอดบุตร การประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งกรณีการไร้สมรรถภาพในการทำงานหรือกรณีทุพพลภาพ ซึ่งกรณีเหล่านี้ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้ตามเงื่อนไขที่กฎหมายประกันสังคมกำหนด

3.2.2 ข้อจำกัดของบริการทางการแพทย์

การจำกัดการได้รับสิทธิประโยชน์ของของผู้ประกันตนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ในหลายประเทศจะกำหนดเงื่อนไขของผู้ประกันตนที่มีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์ไว้แตกต่างกัน เช่น มีการจำกัดในเรื่องอายุของผู้ประกันตน การกำหนดระยะเวลาขั้นต่ำในการเข้าร่วมเป็นสมาชิกกับสำนักงานประกันสังคม การกำหนดระยะเวลาขั้นต่ำในการจ่ายเงินสมทบ รวมทั้งการกำหนดอัตราค่าบริการทางการแพทย์ เป็นต้น

ก. ผู้ประกันตน

ผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์ในรูปแบบบริการทางการแพทย์กรณีต่างๆ คือ ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม

กฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกาสำหรับโครงการสวัสดิการสังคมมีระบบการประกันสังคม 8 ประเภท ผู้ได้รับความคุ้มครองหรือผู้ประกันตนอันได้แก่ ลูกจ้าง ผู้ประกอบอาชีพอิสระ ซึ่งลูกจ้างและนายจ้างจ่ายเงินสมทบเท่ากัน ส่วนผู้ประกอบอาชีพอิสระจ่ายเงินสมทบเป็น 2 เท่าของลูกจ้างโดยทั่วไป และรัฐบาลจ่ายเงินสมทบสำหรับผู้ประกันตนที่มีอายุ 72 ปี ก่อนปี ค.ศ. 1968 สำหรับกรณีอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกรางานผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์ โดยการจ่ายเงินสมทบเป็นหน้าที่ของนายจ้างและลูกจ้าง สำหรับกรณี

ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำงาน นายจ้างเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนโดย ลูกจ้างไม่ต้องจ่าย²⁸ ผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ในกรณีการอยู่พักในสถานพยาบาล ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ซึ่งเป็นผู้รับบำนาญ ผู้พิการที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคมมากกว่า 2 ปี และผู้ป่วยโรคไตที่อยู่ในขั้นสุดท้าย (End-Stage) ส่วนบริการทางการแพทย์อื่น ในกรณีอื่นๆ นั้น บุคคลดังกล่าว หรือบุคคลทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีสิทธิโดยการเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ²⁹ นอกจากนี้ ในกรณีประกันอุบัติเหตุและบาดเจ็บเนื่องจากการทำงาน ผู้ที่ได้รับความคุ้มครอง ได้แก่ ลูกจ้างในอุตสาหกรรมและพาณิชยกรรม และคนงานในกิจการสาธารณะไม่รวมลูกจ้างในภาคเกษตร คนทำงานบ้าน ลูกจ้างชั่วคราว และในกิจการที่มีลูกจ้างน้อยกว่า 3-5 คน ยกเว้นกรณีทุพพลภาพบางส่วนจะได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์เท่าที่จำเป็น

กฎหมายของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี เงื่อนไขของการมีสิทธิจะกำหนดไว้เป็นประโยชน์ทดแทนในรูปของเงินทดแทนกรณีเจ็บป่วยโดยผู้ประกันตนผู้ซึ่งไม่สามารถทำงานได้ หรือต้องดูแลบุตรที่ป่วยซึ่งมีอายุต่ำกว่า 12 ปี และประโยชน์ทดแทนในรูปของเงินทดแทนกรณีคลอดบุตรจ่ายให้หญิงที่เป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย

การประกันอุบัติเหตุและเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน คุ้มครองลูกจ้าง ผู้ประกอบอาชีพอิสระ ผู้ฝึกงาน นักศึกษา เด็กในโรงเรียนอนุบาล กิจการในครอบครัว และมีระบบพิเศษสำหรับคนงานในกิจการสาธารณะ ทั้งนี้โดยผู้ประกันตนไม่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน แต่เป็นหน้าที่ของนายจ้างที่ต้องรับภาระในการจ่ายเงินสมทบเพื่อนำส่งกองทุนประกันสังคม ส่วนรัฐบาลจะให้ความช่วยเหลือในบางโครงการ เช่น ในส่วนของกองทุนประกันอุบัติเหตุในงานเกษตรกรรม นักศึกษา และเด็กในโรงเรียนอนุบาล เป็นต้น ประโยชน์ทดแทนที่ได้รับจะเป็นรูปของเงินทดแทน และการรับบริการทางการแพทย์ต่างๆ ทั้งนี้ตามสภาพแห่งความร้ายแรงของการบาดเจ็บ โดยไม่ได้กำหนดเงื่อนไขเกี่ยวกับระยะเวลาในการเกิดสิทธิรับประโยชน์ทดแทน ส่วนกรณีการได้ผลประโยชน์ตอบแทนเป็นเงินทดแทนในการคลอดบุตร ต้องมีการประกันตนมาแล้วอย่างน้อย 12 สัปดาห์ หรือลูกจ้างงานมาแล้วติดต่อกันไม่น้อยกว่า 10 เดือนก่อนได้รับผลประโยชน์ตอบแทน และต้องทำงานมาแล้ว 6 สัปดาห์ ก่อนได้รับผลประโยชน์ตอบแทน และ

²⁸ วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา)วิเชียรชม, *อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 23*, น. 402.

²⁹ Social Security Administration USA, 2005, cited in www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptn/2004-2005/America/united_states.pdf

กรณีการเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน ผู้ได้รับการคุ้มครองจะได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์หรือการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงเงินทดแทนกรณีการคลอดบุตร ซึ่งในการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม ผู้ประกันตนและนายจ้างออกเงินสมทบในอัตราส่วนที่เท่ากัน แต่ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบหากมีรายได้น้อยกว่า 610 มาร์ก โดยนายจ้างจะจ่ายเงินสมทบให้แทนลูกจ้าง ส่วนรัฐบาลจะให้เงินทดแทนเป็นการเฉพาะสำหรับกรณีคลอดบุตร และการลาเพื่อดูแลบุตร การรักษาพยาบาลแก่ผู้ว่างงาน ผู้มีงาน คนงานเหมือง เกษตรกรที่เกษียณอายุและนักศึกษา ผู้ประกันตนต้องเป็นสมาชิกในกองทุนประกันสังคม โดยการเข้ารับบริการทางการแพทย์นั้นไม่มีการกำหนดระยะเวลาขั้นต่ำในการเข้าเป็นสมาชิกของผู้ประกันตนเพื่อให้เกิดสิทธิในการได้รับประโยชน์ทดแทน

กฎหมายของประเทศญี่ปุ่นได้กำหนดเงื่อนไขการมีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์ในกรณีมีการกำหนดการประกันสุขภาพลูกจ้างระบุว่าภายใต้การจ้างงานถ้าผู้ประกันตนออกจากงานแต่ลูกจ้างได้ทำงานมาแล้วในระยะเวลา 12 เดือน ประโยชน์ทดแทนการเจ็บป่วยและการคลอดบุตรจะต่อเนื่องไปตามระยะเวลาที่มีสิทธิตามปกติ การรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลเดียวกันนี้สามารถได้รับการคุ้มครองต่อไปไม่เกิน 5 ปี นับจากวันที่ได้รับการรักษาครั้งแรก

กฎหมายของประเทศเนเธอร์แลนด์³⁰ บังคับใช้ได้เฉพาะลูกจ้างที่อาศัยอยู่ในประเทศเนเธอร์แลนด์ซึ่งมีรายได้ปีละไม่เกิน 31,750 ยูโรเท่านั้นเป็นผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากการประกันสังคม ส่วนข้อจำกัดเกี่ยวกับระยะเวลาในการประกันตนนั้น ผู้ประกันตนสามารถเป็นผู้ประกันตนจนถึงอายุ 65 ปี อย่างไรก็ตาม ผู้ประกันตนก็ยังคงเป็นผู้ประกันตนต่อไป หากในระยะเวลา 5 ปีก่อนที่ผู้ประกันตนนั้นจะสิ้นสุดการเป็นผู้ประกันตน กล่าวคือมีอายุครบ 65 ปีบริบูรณ์และมีรายได้ไม่เกินปีละ 20,200 ยูโร โดยพิจารณาจากรายได้ของผู้ประกันตนในช่วงระยะเวลา 3 ปีก่อนหน้านั้น โดยผู้ประกันตนยังคงเป็นผู้ประกันตนอยู่แม้ว่าระยะเวลาจะไม่ต่อเนื่องกันก็ตาม ซึ่งผู้มีสิทธิที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนนั้นนอกจากผู้ประกันตนแล้ว ยังรวมถึงสมาชิกในครอบครัวด้วย เรียกว่าผู้ร่วมประกันตนซึ่งมีสองกรณีด้วยกัน คือสามีหรือภรรยาที่ถูกต้องตามกฎหมาย รวมถึงชายหญิงที่อยู่กินกันฉันสามีภรรยาโดยไม่ได้มีการสมรสที่ถูกต้องตามกฎหมาย ส่วนอีกกรณีหนึ่งคือบุตรที่มีอายุไม่เกิน 16 ปี หรือในกรณีที่บุตรมีอายุมากกว่า 16 ปีจนถึง 27 ปี โดยบุตรนั้นกำลังศึกษาหรือฝึกอาชีพหรือบุคคลที่ไม่มีทุนการศึกษา ในกรณีที่ผู้ประกันตนเป็นผู้ที่หาเลี้ยงครอบครัว ซึ่งจะ

³⁰ Prof. Dr. Frans Pennings Social Security Administration The Netherland, 2003, Updated and revised edition, The first edition [1998]

แตกต่างกับกรณีทั่วไปในเรื่องของการจำกัดรายได้ นั่น หากผู้ประกันตนมีรายได้ประเภณของผู้ประกันตนเป็นจำนวนน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของรายได้ของผู้ประกันรวมกับรายได้ของสามีหรือภรรยา ก็จะได้รับยกเว้นไม่นำรายได้บางอย่างไม่ต้องนำมาคำนวณ เช่น กำไร เป็นต้น

ข. อัตราค่าบริการทางการแพทย์

กฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกาใช้วิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามโครงการสวัสดิการสังคมกำหนดให้เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์มาจาก 2 ทางด้วยกัน คือ การนำเอาเงินที่ผู้ประกันตนได้จ่ายไว้ก่อนที่จะให้ผู้รับประกันรับผิดชอบในเรื่องของค่าบริการทางการแพทย์เป็นการนำจำนวนเงินที่ผู้ประกันตนได้จ่ายไปก่อนที่ผู้ประกันตนจะเกิดสิทธิการได้รับประโยชน์ทดแทนในการเรียกรับค่าบริการทางการแพทย์จากผู้รับประกัน ซึ่งกฎหมายกำหนดให้ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบขั้นต่ำเป็นจำนวน 100 เหรียญสหรัฐ ถึง 300 เหรียญสหรัฐ ต่อคน และในกรณีของการรับผิดชอบในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ร่วมรับประกันนั้น จะคำนวณค่าใช้จ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์จากค่าใช้จ่ายที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายตามความเป็นจริง โดยผู้ร่วมรับประกันจะต้องรับผิดชอบจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นจำนวน 10 เปอร์เซ็นต์ ให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้ชำระไปแล้วตามความเป็นจริง กล่าวคือ ผู้ประกันตนมีหน้าที่จะต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เองเป็นจำนวน 10 เปอร์เซ็นต์ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผู้รับประกันหลักต้องรับผิดชอบจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เป็นจำนวน 90 เปอร์เซ็นต์ของค่ารักษาพยาบาลตามที่ผู้ประกันตนจ่ายไปตามความเป็นจริง ตัวอย่างเช่น กรณีที่ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมไว้ก่อนที่ผู้รับประกันจะมีหน้าที่รับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวน 100 เหรียญสหรัฐ ซึ่งหลักการพิจารณาในการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่ผู้ประกันตนได้รับความคุ้มครองจากผู้รับประกันดังกล่าว นั้นเป็นให้ไปตามราคาที่สมเหตุสมผลและเป็นปกติวิสัย ซึ่งกรณีตามตัวอย่างนี้มีการประเมินค่ารักษาพยาบาลของผู้ประกันตนดังกล่าวเป็นจำนวน 500 เหรียญสหรัฐ แต่ค่าใช้จ่ายที่ผู้ประกันตนได้จ่ายไปตามจริงเป็นจำนวน 550 เหรียญสหรัฐ ซึ่งพิจารณาได้ว่า

ข้อพิจารณาประการแรก เนื่องจากอยู่ภายใต้ข้อกำหนดที่ว่าให้เป็นการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่มีราคาสมเหตุสมผลและเป็นปกติวิสัย ดังนั้นผู้ประกันตนจึงต้องรับผิดชอบในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่เกินมาจากราคาที่ประเมินเองเป็นจำนวน 50 เหรียญสหรัฐ อันเป็นจำนวนเงินที่เกินจากราคาที่ประเมินไว้ ซึ่งเป็นราคาที่สมเหตุสมผลและเป็นปกติธรรมดาประการที่สอง ในกรณีของจำนวนที่เหลืออยู่ 500 เหรียญสหรัฐ พิจารณาในประการต่อมากรณี

การหักเงินจากจำนวนที่ผู้ประกันตนได้จ่ายไว้ก่อนที่ผู้รับประกันจะมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งกรณีตามตัวอย่างนี้เป็นจำนวน 100 เหรียญสหรัฐฯ ที่จ่ายในตอนแรกจึงเหลือจำนวนเงิน 400 เหรียญสหรัฐฯ พิจารณาในประการสุดท้ายนั้น กรณีของผู้ร่วมรับประกันซึ่งเป็นผู้ที่จะต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นจำนวน 10 เปอร์เซ็นต์ของค่าใช้จ่ายที่เหลือคือ 400 เหรียญสหรัฐฯ หรือคิดเป็นจำนวนเงิน 40 เหรียญสหรัฐฯ จึงเหลือค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์เป็นจำนวน 360 เหรียญสหรัฐฯ ดังนั้น ผู้รับประกันหลักต้องรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือคำรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนเป็นจำนวนเงิน 360 เหรียญสหรัฐฯ ซึ่งหากมีจำนวนเงินที่นอกเหนือจากนั้นผู้ประกันตนต้องรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายที่เหลือเอง

กฎหมายของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร สำหรับหญิงที่เป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย จะได้รับประโยชน์ทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายในการคลอดบุตรทั้งหมด (ไม่เกิน 13 ยูโร ต่อหนึ่งวันจากกองทุนการเจ็บป่วยและส่วนที่เหลือจ่ายโดยนายจ้าง) โดยจ่ายให้ 6 สัปดาห์ก่อนและ 8 สัปดาห์หลังวันคลอดบุตร ซึ่งอัตราในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามรายการของสำนักงานประกันสังคมตามกฎหมายของประเทศฟินแลนด์ ซึ่งตามรายการที่กฎหมายกำหนดนั้น กำหนดให้เรียกครองได้ในค่าวินิจฉัยของแพทย์ ค่าตรวจและรักษาทางการแพทย์ โดยอัตราที่กำหนดดังกล่าวเป็นราคาที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไว้เป็นค่าใช้จ่ายพื้นฐานที่ผู้ประกันตนเรียกครอง ได้แก่ ค่าตรวจวินิจฉัยของแพทย์เรียกครองได้ในอัตราร้อยละ 60 ของราคากลางตามที่รายการกำหนดไว้ และค่าตรวจรักษาทางการแพทย์เรียกครองได้ในอัตราร้อยละ 75 ขึ้นไปของราคากลางตามที่รายการกำหนดไว้ ในกรณีเกี่ยวกับราคาตามใบสั่งยาที่แพทย์ได้ออกให้ นั้น ราคาพื้นฐานที่ผู้ประกันตนสามารถเรียกครองได้เป็นจำนวนในอัตราร้อยละ 42 ของราคายา สำหรับกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง และต้องใช้เวลาการรักษาพยาบาลเป็นเวลานาน ผู้ประกันตนสามารถเรียกครองจากสำนักงานประกันสังคมได้ทั้งหมดหรือเพียงอัตราร้อยละ 72 ของราคาค่าใช้จ่ายทั้งหมด

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมายของประเทศฝรั่งเศสนั้นจะให้ประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์ในอัตราตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งกรณีส่วนใหญ่จะสามารถเรียกครองเงินทดแทนในอัตราร้อยละ 60 สำหรับการทดลองในห้องปฏิบัติการ อัตราร้อยละ 70 สำหรับการตรวจและให้คำปรึกษาของแพทย์ และอัตราร้อยละ 75 สำหรับการตรวจในสถานพยาบาลของรัฐ หรืออาจมีกรณีที่คนไข้จะได้รับเงินทดแทนคำรักษาพยาบาลทั้งหมด ตัวอย่างเช่น กฎหมายไม่ได้กำหนดให้มีการจ่ายเงินทดแทนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือ

การรักษาพยาบาลร่วมกันระหว่างผู้ประกันกับสำนักงานประกันสังคมสำหรับกรณีอื่นได้แก่ กรณีคลอดบุตร การรักษาพยาบาลจากการได้รับอันตรายในการทำงาน และการรักษาพยาบาลผู้ที่ผิดปกติทางร่างกาย และการรักษาพยาบาลทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากสงคราม หรือโรคต่างๆ ที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลเป็นเวลานานและมีค่าใช้จ่ายสูง เป็นต้น กฎหมายจึงได้มีการกำหนดเพื่อจำกัดโรคไว้สำหรับกรณีของโรคที่สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์หรือค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนทั้งหมด ตัวอย่างเช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคหัวใจ การตัดแปะเนื้อเยื่อ โรคไตวาย และโรคจิต เป็นต้น อีกกรณีหนึ่งก็คือ ผู้ป่วยที่ถูกนำตัวส่งสถานพยาบาลในกรณีที่เป็นผู้ป่วยหนักโดยต้องได้รับการรักษาพยาบาลมากกว่า 31 วัน ซึ่งจะได้รับเงินทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์หรือค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 31 วันดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ผู้ประกันตนยังต้องจ่ายค่าห้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาลเดียวกันกับแนวทางของรัฐในการจ่ายเงินทดแทนสำหรับการจ่ายยารักษาโรค โดยมีการแบ่งในสัดส่วนของการรักษาโรคด้วยยาออกเป็นสามส่วนโดยแบ่งจ่ายออกเป็น 3 ระดับ คือจ่ายให้ทั้งหมดหรืออัตราร้อยละ 70 หรืออัตราร้อยละ 24 แล้วแต่กรณี ซึ่งระบบประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมคุ้มครองในการจ่ายค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนโดยอัตราเฉลี่ยประมาณร้อยละ 75-80 ของค่าใช้จ่ายโดยรวมในการรักษาพยาบาล ส่วนอีกร้อยละอีก 20-25 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด ผู้ประกันตนต้องรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือค่ารักษาพยาบาลในส่วนนี้เอง

กฎหมายของประเทศญี่ปุ่น กรณีการคลอดบุตร สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินสงเคราะห์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือภรรยาผู้ประกันตนซึ่งจะได้รับเงินสงเคราะห์ในช่วงเวลาที่ตั้งครรภ์เป็นระยะเวลา 4 เดือนหรือมากกว่านั้น ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร (Maternity Benefits) กำหนดให้เงินสงเคราะห์กรณีคลอดบุตรเป็นอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างพื้นฐานรายวันเฉลี่ยตามระดับขั้นของค่าจ้าง โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้เป็นจำนวนค่าจ้าง 42 วันก่อน (98 วันสำหรับ Expected Multiple Birth) และค่าจ้างจำนวน 56 วัน หลังจากการคลอดบุตร การจ่ายประโยชน์ทดแทนจะสิ้นสุดลงหรือลดลงบางส่วนถ้าผู้เป็นมารดาได้รับค่าจ้างหรือประโยชน์ทดแทนการเจ็บป่วยเป็นเงินทดแทน³¹ ซึ่งการที่รัฐจะกำหนดหรือปรับเปลี่ยนเงื่อนไขของการเกิดสิทธิในการได้รับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนรวมทั้งขอบเขตของความคุ้มครองนั้นจะต้องตราเป็น

³¹ Social Security Administration USA, 2004, cited in www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptn/2004-2005/America/united_states.pdf

พระราชกฤษฎีกาใหม่ให้มีการขยายการคุ้มครอง โดยรัฐจะต้องประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลังในการกำหนด หรือปรับเปลี่ยนเงื่อนไขประโยชน์ทดแทน หลังจากนั้นรัฐจำเป็นต้องทำการประชาสัมพันธ์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิทธิที่ผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนต่างๆ จากสำนักงานประกันสังคม และปรับเปลี่ยนวิธีดำเนินการให้เป็นไปตามที่ได้มีการกำหนดหรือปรับเปลี่ยนแก้ไขดังกล่าวนั้น

3.3 บริการทางการแพทย์ตามกฎหมายระหว่างประเทศ

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization หรือที่มีชื่อย่อว่า ILO) เป็นองค์กรชำนาญพิเศษของสหประชาชาติ และเป็นองค์การระหว่างประเทศที่เก่าแก่ที่สุดซึ่งก่อตั้งขึ้นในหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 ในปี ค.ศ.1919 (พ.ศ. 2462) โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับสภาพความเป็นอยู่ของผู้ใช้แรงงานทั่วโลก ประเทศผู้ก่อตั้งองค์การนี้มีทั้งสิ้น 45 ประเทศ ซึ่งประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งเข้าร่วมก่อตั้งด้วย ในฐานะเป็นประเทศที่อยู่ร่วมในฝ่ายพันธมิตรในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 1 โดยองค์การแรงงานระหว่างประเทศมีวัตถุประสงค์หลักตามที่ระบุไว้ในบทนำของธรรมนูญองค์กร ดังนี้

1) บทนำของธรรมนูญองค์กรระบุถึงวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมความยุติธรรมในสังคม รับรองและเคารพสิทธิมนุษยชน สนับสนุนให้เกิดความเป็นธรรมในการใช้แรงงาน ยกมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีของลูกจ้างและให้ความช่วยเหลือประเทศสมาชิกในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

2) ปี ค.ศ.1944 (พ.ศ. 2487) ที่ประชุมแรงงานระหว่างประเทศ ซึ่งจัดขึ้น ณ นครฟิลาเดลเฟีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ลงมติรับหลักการสำคัญขององค์การและได้มีการออกปฏิญญาแห่งฟิลาเดลเฟีย (The Declaration of Philadelphia) ดังนี้

2.1) แรงงานมิใช่สินค้า

2.2) เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นและการตั้งสมาคมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความก้าวหน้าอันยั่งยืน

2.3) ความยากจน ณ ที่หนึ่งที่ได้ ย่อมเป็นปฏิปักษ์ต่อความเจริญรุ่งเรืองทุกหนทุกแห่ง

2.4) มนุษย์ทุกคนย่อมมีสิทธิแสวงหาทั้งสวัสดิภาพทางวัตถุ และพัฒนาการด้านจิตใจ ภายใต้เงื่อนไขของเสรีภาพและความภาคภูมิใจ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและโอกาสทัดเทียมกัน โดยมีได้คำนึงถึงเชื้อชาติหรือเพศใดๆ ทั้งสิ้น³²

ระบบสวัสดิการสังคมเป็นระบบความมั่นคงทางสังคมระบบหนึ่งของรัฐบาล ซึ่งจัดขึ้นมาเป็นหลักประกันแก่ประชาชนว่าจะได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจในระดับหนึ่ง เพื่อสร้างความมั่นคงทางรายได้ของบุคคล ครอบครัวและการรักษามาตรฐานในการดำรงชีวิตตามควรแก่อัตราภาพ การริเริ่มดำเนินการผลักดันตลอดจนการพัฒนาปรับปรุงระบบประกันสังคม จึงเป็นบทบาทและภาระหลักของรัฐบาลที่จะต้องดูแลและทำให้เกิดประโยชน์แก่บุคคล ซึ่งโดยพื้นฐานในชีวิตของแต่ละบุคคลจะประสบกับปัญหาชีวิตและเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นภาวะของการเจ็บป่วย ประสบอุบัติเหตุ ทุพพลภาพ ชราภาพ ตาย ว่างาน หรือการคลอดบุตร เพราะปรากฏการณ์เหล่านี้จะทำให้เกิดปัญหาความทุกข์ยากและความเดือดร้อนแก่มนุษย์ทุกคนโดยเฉพาะผู้มีฐานะยากจนที่ไม่สามารถสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจได้ ดังนั้น การบำบัดความทุกข์ยากความเดือดร้อนที่ดีที่สุดก็คือ การให้สมาชิกในสังคมร่วมมือกับรัฐในการสร้างหลักประกันให้แก่สังคมที่ตนเป็นสมาชิกโดยยอมเสียสละเงินจำนวนเล็กน้อยในขณะที่ยังสามารถทำงานได้ เฉลี่ยรวบรวมและสะสมร่วมกันในลักษณะเป็นเงินกองทุนโดยมอบให้รัฐเป็นผู้จัดการดูแลเพื่อนำมาใช้จ่ายบรรเทาความเดือดร้อนอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ประสบอุบัติเหตุ ตาย ชราภาพ ทุพพลภาพ ว่างาน หรือการคลอดบุตรนั้นซึ่งเป็นวิธีการเฉลี่ยความรับผิดชอบต่อสังคมและหมู่คณะอันเป็นการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคมในรูปแบบของการประกันสังคม ซึ่งการดำเนินการที่จะให้เกิดผลชัดเจนในด้านประกันสังคม และรับรองการดำเนินการดังกล่าว จึงต้องมีการตรากฎหมายมารองรับในลักษณะของกฎหมายประกันสังคม โดยหลักการของการประกันสังคม หรือกฎหมายประกันสังคมที่ออกมาใช้บังคับอย่างถูกต้องสอดคล้อง เหมาะสมและประสบความสำเร็จได้นั้น จึงอยู่ที่การให้ประชาชนที่อยู่ในสังคมนั้นหรือในประเทศนั้นร่วมกันเสี่ยงภัยร่วมกันออกเงินสมทบเมื่อสมาชิกในกองทุนเกิดเคราะห์กรรมขึ้น ก็สามารถได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนซึ่งถือเป็นหลักการที่จะให้ประชาชนแต่ละคนมีส่วนในการช่วยเหลือตนเองและครอบครัว โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1) หลักการบังคับ โดยให้ลูกจ้างทั้งหมดเข้ามาอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายมีการยกเว้นน้อยที่สุด เพื่อให้มีพื้นฐานการดำเนินงานที่กว้างขวางเพียงพอ

³² <http://learners.in.th/blog/thitawat-human-right-la396/30012>

2) หลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ลูกจ้างที่มีฐานะดี รายได้สูง มีสุขภาพดี ความเสี่ยงภัยจากอันตรายต่าง ๆ น้อย แม้ว่าจะได้รับประโยชน์จากการประกันสังคมน้อยก็ต้องอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายประกันสังคม เพื่อเฉลี่ยสุขให้แก่ลูกจ้างที่ยากจนและที่มีรายได้น้อย มีปัญหาสุขภาพอนามัย ความเสี่ยงภัยจากอันตรายต่างๆ ที่สูงกว่า

3) หลักสามฝ่ายร่วมรับภาระ นอกจากลูกจ้างต้องจ่ายเงินสมทบแล้วนายจ้างและรัฐบาลควรมีส่วนรับภาระด้วย เพราะเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการทำงานของลูกจ้าง

4) หลักการจ่ายตามความสามารถได้รับประโยชน์ตามความจำเป็น เป็นหลักการคำนวณเงินสมทบที่ให้ถือรายได้ลูกจ้างเป็นเกณฑ์ ผู้ที่มีรายได้สูงจะจ่ายมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย แต่ประโยชน์ที่จะได้รับเท่าเทียมกันและได้รับประโยชน์เมื่อมีความจำเป็นเท่ากัน เช่น ได้รับความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ

5) หลักมาตรฐานขั้นต่ำ ดังนั้น กิจกรรมที่จะอยู่นอกบังคับของกฎหมายประกันสังคมได้ ต้องมีการจ่ายประโยชน์ทดแทนสูงกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายนี้เท่านั้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง กลายเป็นภาวะคุกคามความมั่นคงทางสังคม เป็นผลต่อการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน ทำให้ไม่มีความมั่นคงในชีวิตจึงจำเป็นที่รัฐบาลจะต้องเข้ามาดูแลเพื่อให้ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนโดยอย่างน้อยที่สุดควรบรรลุความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ ดังนั้น จากหลักการพื้นฐานสำคัญดังกล่าวจึงมีลักษณะสำคัญของโครงการประกันสังคมจะต้องประกอบด้วย คุณลักษณะสำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1) ประชาชนสามารถเลี้ยงตัวเองได้ จากเงินสมทบที่เรียกเก็บจากสมาชิกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ลูกจ้าง นายจ้าง ที่อยู่ภายใต้โครงการประกันสังคมรวมทั้งผลประโยชน์ทดแทนที่ได้รับจากการนำเงินในกองทุนไปลงทุนและเงินกองทุนต้องมีเพียงพอสำหรับการจ่ายประโยชน์ทดแทนและค่าใช้จ่ายในการดำเนินการในกิจการของกองทุน

2) ผู้ที่อยู่ในกลุ่มตามกฎหมายต้องเข้าร่วมโครงการประกันสังคมซึ่งเป็นลักษณะเชิงบังคับเพื่อให้เกิดการกระจายความเสี่ยงตามแนวคิด และเป็นการกระจายรายได้จากผู้ที่มีรายได้มากไปสู่ผู้ที่มีรายได้น้อย คนไม่มีครอบครัวช่วยเหลือคนมีครอบครัว คนวัยทำงานช่วยเหลือคนที่พ้นจากงานแล้ว คนไม่เจ็บป่วยช่วยคนเจ็บป่วย เป็นต้น ซึ่งเป็นการช่วยเหลือข้ามกลุ่มระหว่างกัน บางประเทศได้เปิดให้มีการสมัครใจเข้าสู่ระบบประกันสังคมได้ เมื่อดำเนินการประกันสังคมไประยะเวลาหนึ่งจนประชาชนทั่วไปเกิดความเข้าใจและได้ผลอันมั่นคงแล้ว จึงดำเนินโครงการการประกันแบบสมัครใจแก่บุคคลทั่วไป ซึ่งได้แก่ผู้ทำงานส่วนตัวหรือผู้ที่ไม่ได้ทำงานต่อไป

3) ผู้ที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน จะต้องมีการส่งเงินสมทบตามที่กำหนดการจ่ายเงินสมทบจะขึ้นอยู่กับรายได้หรือค่าจ้างของสมาชิกผู้ประกันตนแต่ละคน ไม่เป็นไปตามความเสี่ยงภัยแต่ประโยชน์ทดแทนจะได้รับตามเงื่อนไขเดียวกัน โดยไม่คำนึงถึงจำนวนเงินสมทบที่จ่ายมาและไม่มีการทดสอบความจำเป็นเหมือนกับการสังคมสงเคราะห์ ซึ่งอัตราประโยชน์ทดแทนจะต้องกำหนดในกฎหมายจะกำหนดตามใจชอบไม่ได้

4) ประโยชน์ทดแทนของการประกันสังคม มุ่งเน้นไปที่การรักษาระดับมาตรฐานการครองชีพของบุคคลหรือครอบครัว ประโยชน์ทดแทนที่จัดให้จึงเน้นความเพียงพอทางสังคมมากกว่าความยุติธรรมของแต่ละบุคคล

5) หลักแห่งสิทธิอุทธรณ์ เป็นการเปิดโอกาสให้คู่กรณีนำข้อเท็จจริงขึ้นสู่การพิจารณาของศาลประกันสังคมหรือศาลที่กำหนดขึ้นเฉพาะในการพิจารณาข้อพิพาทเกี่ยวกับการประกันสังคมได้ หากมีข้อโต้แย้งแห่งสิทธิของสมาชิก

ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันอนุสัญญาแรงงานระหว่างประเทศเพียง 14 ฉบับ³³ ซึ่งเมื่อประเทศไทยได้เข้าเป็นสมาชิกขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ ประเทศไทยจึงควรที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่องค์การแรงงานระหว่างประเทศกำหนดไว้ โดยสาระสำคัญของมาตรฐานแรงงานระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้างนั้น มีดังต่อไปนี้

3.3.1 อนุสัญญาฉบับที่ 102 ว่าด้วยเรื่องความมั่นคงทางสังคม(มาตรฐานขั้นต่ำ) ค.ศ. 1952

องค์การแรงงานระหว่างประเทศได้ออกอนุสัญญาความมั่นคงทางสังคม (มาตรฐานขั้นต่ำ) ฉบับที่ 102 พ.ศ. 2495 ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ[ILO Social Security Convention (Minimum Standard), 1952 (No. 102)] เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2495 โดยได้มีการกำหนดประโยชน์ทดแทนครอบคลุม 9 สาขา คือ การให้ประโยชน์ทดแทนการรักษาพยาบาลทางแพทย์ การให้ประโยชน์ทดแทนการเจ็บป่วย การให้ประโยชน์ทดแทนการว่างงาน การให้ประโยชน์ทดแทนการชราภาพ การให้ประโยชน์ทดแทนอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำงาน

³³ บัณฑิตย ุทธย เศรษฐวุฒติ ,สภาพการบังคับใช้กฎหมายประกันสังคม,(มูลนิธิ อารมณั พงษ์พงัน,2535),น.55.

การให้ประโยชน์ทดแทนการสงเคราะห์ครอบครัว การให้ประโยชน์ทดแทนการเป็นมารดา(มีบุตร)
การให้ประโยชน์ทดแทนการทุพพลภาพ และการให้ประโยชน์ทดแทนการขาดผู้อุปการะ

การคุ้มครองผู้ประกันตนและผู้อยู่ในอุปการะ ตามปกติจะทำโดยการจ่ายเงินสดเพื่อ
ทดแทนการขาดรายได้บางส่วนอันเป็นผลมาจากการชราภาพ ทุพพลภาพ หรือตาย การเจ็บป่วย
และการคลอดบุตร การบาดเจ็บเนื่องมาจากการทำงาน การว่างงาน หรือการให้บริการทาง
การแพทย์โดยการเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลขั้นพื้นฐาน บริการทางการแพทย์ และการฟื้นฟู
สมรรถภาพ มาตรการการให้ประโยชน์ทดแทนโดยการจ่ายเงินสดเพื่อทดแทนรายได้ที่สูญเสียไป
นั้นเรียกว่าโครงการรักษารายได้ ส่วนมาตรการทางการเงิน หรือการให้บริการโดยตรงเรียกว่าการ
ให้ประโยชน์ทดแทนในรูปของสิ่งของหรือไม่ใช่ตัวเงิน (Benefit in Kind)

โครงการรักษารายได้นั้น มีแนวทางดำเนินการโดยจ่ายประโยชน์ทดแทนในรูปของ
เงินทดแทนอยู่ 3 แนวทาง ได้แก่

1) ระบบที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงาน (Employment - Related) ระบบนี้โดยทั่วไปแล้ว
เรียกว่าระบบการประกันสังคม (Social Insurance System)

2) ระบบการจ่ายให้สำหรับทุกคน (Universal) ระบบนี้จ่ายประโยชน์ทดแทนในรูปของ
เงินทดแทนในอัตราตายตัว (Flat-Rate) โดยไม่คำนึงถึงรายได้การจ้างงาน หรือการดำรงชีวิต
(Means)

3) ระบบการทดสอบรายได้ (Means-Tested) เป็นระบบที่กำหนดสิทธิสำหรับ
ประโยชน์ทดแทนโดยตรวจวัดจากทรัพยากรของบุคคลหรือครอบครัวเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่
กำหนดโดยการคำนวณบนพื้นฐานของความจำเป็น (Subsistence Needs) ประโยชน์ทดแทนจะ
จ่ายให้เฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ขนาดและประเภทของประโยชน์ทดแทนที่จะจ่ายให้นั้น
กำหนดเป็นแต่ละกรณีไป โดยอยู่ภายใต้กรอบของกฎหมาย นอกจากนี้ ยังมีโครงการประเภทอื่นๆ
ซึ่งใช้ในบางประเทศ ได้แก่

1) โครงการที่ดำเนินการโดยผู้ให้บริการทางการเงิน ซึ่งมีทั้งในรูปแบบบัญชีรายบุคคล
โดยบังคับ รูปแบบบำนาญแบบบังคับตามอาชีพ และรูปแบบการประกันรายบุคคลโดยบังคับ

2) โครงการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วดำเนินการในประเทศที่กำลัง
พัฒนา

3) ระบบที่นายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบซึ่งดำเนินการโดยมีกฎหมายออกมาบังคับให้
นายจ้างต้องรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ

ประโยชน์ทดแทนในโครงการประกันสังคม นอกเหนือจากมาตรฐานขั้นต่ำซึ่งกำหนดโดยองค์การแรงงานระหว่างประเทศแล้ว การสำรวจของสำนักบริหารประกันสังคมประเทศสหรัฐอเมริกา(Social Security Administration, USA, 2004) ร่วมกับสมาคมการประกันสังคมระหว่างประเทศ (International Social Security Association) ระบุว่าในแต่ละประเทศจะมีโครงการประกันสังคม 5 ประเภท คือ การประกันชราภาพ ทูพพลภาพ และผู้รอดชีวิต การประกันความเจ็บป่วยและการคลอดบุตร การประกันการบาดเจ็บในการทำงาน การประกันการว่างงาน การสงเคราะห์ครอบครัว กล่าวคือ ประเทศต่างๆ ในโลกควรมีการจัดทำระบบประกันสังคมให้ประชาชนได้รับประโยชน์ทดแทนอย่างน้อยไม่ควรต่ำกว่า 5 ประเภท และเมื่อเวลาผ่านไป หากมีการพัฒนาปรับปรุงและมีความพร้อมมากยิ่งขึ้นก็ควรจะขยายให้ครอบคลุมมากที่สุด หากรวมแล้วสามารถครอบคลุมถึงเข้าเป็น 9 ประเภทได้จะเหมาะสมสำหรับการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการประกันสังคม

3.3.2 อนุสัญญาที่ 120 ว่าด้วยการอนามัยในกิจการพาณิชยกรรม และในสำนักงาน

อนุสัญญานี้ใช้กับสถานประกอบการค้า สถานประกอบการต่างๆ สถาบัน และบริการทางการบริหารซึ่งบุคคลที่รับจ้างนั้นส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในสำนักงาน และหน่วยงานหรือสถาบันอื่นซึ่งจ้างคนงานส่วนใหญ่ทำงานในกิจการพาณิชยกรรม หรือสำนักงานและซึ่งยังไม่ได้อยู่ในข่ายบังคับของกฎหมายหรือข้อบังคับแห่งชาติว่าด้วย การทำเหมืองแร่ การขนส่ง หรือการเกษตร

ประเทศสมาชิกจะต้องดำเนินมาตรการต่างๆ อันเหมาะสม และโดยมีการตรวจตราที่จะให้มีการใช้กฎหมายหรือข้อบังคับ ตามที่อนุสัญญานี้กำหนดไว้ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งตามวิธีการที่เหมาะสมอันจะก่อให้เกิดผลให้ประเทศสมาชิกออกกฎหมายที่เป็นไปตามข้อกำหนดในอนุสัญญานี้ และมีมาตรการอันจำเป็นในการลงโทษประเทศสมาชิกที่ไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดตามอนุสัญญานี้ เพื่อเป็นมาตรการบังคับที่แน่นอนเช่นเดียวกับการบังคับใช้กฎหมายและข้อบังคับ โดยข้อกำหนดในอนุสัญญานี้กำหนดให้สถานที่ทำงาน สถาบันสำนักงานหรือสาขาของสำนักงานนั้นๆ ซึ่งอยู่ในข่ายของอนุสัญญานี้ จะต้องจัดให้มีที่จ่ายยา ตู้ยา เพื่อช่วยในการปฐมพยาบาล อุปกรณ์ปฐมพยาบาล และเครื่องใช้ต่างๆ อย่างครบถ้วน

3.3.3 อนุสัญญาฉบับที่ 121 ว่าด้วยประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายจากการทำงาน

อนุสัญญานี้มีสาระสำคัญคือ ประเทศสมาชิกที่ให้สัตยาบันตามอนุสัญญาฉบับนี้ จะต้องอนุวัติการให้เป็นไปตามอนุสัญญาฉบับนี้ กล่าวคือ ประเทศสมาชิกจะต้องตราบทบัญญัติว่าด้วยประโยชน์ทดแทนในกรณีที่ประสบอันตรายจากการทำงานแก่ลูกจ้าง ซึ่งรวมถึงผู้ฝึกงานทางเศรษฐกิจสาขาต่างๆ ทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชน โดยไม่คำนึงถึงระยะเวลาที่เข้ามาทำงาน กรณีการประสบอันตรายที่อยู่ในข่ายที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนนั้น ได้แก่

- 1) การประสบอันตรายนั้นทำให้ลูกจ้างเจ็บป่วย
- 2) การประสบอันตรายนั้นทำให้ลูกจ้างไม่สามารถปฏิบัติงานได้เนื่องจากสภาพเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำงานดังกล่าว อันเป็นผลให้ลูกจ้างขาดรายได้
- 3) การประสบอันตรายทำให้ลูกจ้างขาดความสามารถในการประกอบอาชีพโดยสิ้นเชิงหรือบางส่วนซึ่งมากกว่าที่กฎหมายกำหนด ซึ่งเหมือนเป็นการสูญเสียตลอดไป
- 4) การประสบอันตรายนั้นทำให้ผู้ประกอบอาชีพซึ่งเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวเป็นหลักได้ถึงแก่กรรม อันเป็นเหตุให้ผู้อยู่ในความอุปการะต้องขาดการอุดหนุนจุนเจือ

ประโยชน์ทดแทนซึ่งจะต้องจ่ายให้แก่ลูกจ้างตามกรณีดังกล่าว เป็นประโยชน์ทดแทนในรูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ในกรณีที่อยู่ในสภาพเจ็บป่วย นอกจากกรณีดังกล่าวนี้ให้จ่ายเป็นเงินทดแทน

ประเทศสมาชิกซึ่งได้ให้สัตยาบันอนุสัญญานี้ อาจยกเว้นไม่ใช้บทบัญญัติตามอนุสัญญาฉบับนี้บังคับแก่บุคคลต่อไปนี้ คือ ชาวเรือ รวมทั้งชาวประมงทะเล และข้าราชการ หรือบุคคลซึ่งได้รับการคุ้มครองโดยหลักการพิเศษ ซึ่งได้กำหนดให้ได้รับผลประโยชน์เท่าเทียมกับบทบัญญัติแห่งอนุสัญญานี้อยู่แล้ว

สมาชิกแต่ละประเทศต้องตรากฎหมายเพื่อประโยชน์ของผู้ที่ได้รับความคุ้มครอง ดังนี้

- 1) การบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล และผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น
- 2) ผลประโยชน์ในรูปแบบของเงินทดแทนกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อันเป็นผลให้ขาดรายได้ ขาดความสามารถในการประกอบอาชีพโดยสิ้นเชิงหรือบางส่วนซึ่งมากกว่าที่กำหนด ซึ่งเหมือนเป็นการสูญเสียตลอดไป และผู้ประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัวได้ถึงแก่กรรมอันเป็นเหตุให้ผู้อยู่ในความอุปการะขาดการอุดหนุนจุนเจือ

สิทธิในการได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีดังกล่าวอาจจะไม่ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการจ้างงาน ระยะเวลาที่เอาประกันหรือการจ่ายเบี้ยประกัน ซึ่งแล้วแต่ประเทศสมาชิกจะกำหนดไว้ในกฎหมายของประเทศของตน

กรณีบริการทางการแพทย์ตามอนุสัญญาฉบับนี้ได้กำหนดกรณีการให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นพื้นฐานไว้ โดยประเทศสมาชิกจะต้องตรากฎหมายรับรองในเรื่องบริการทางการแพทย์พื้นฐานเหล่านี้ันได้แก่

1) บริการทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล และผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องในกรณีที่เกิดป่วยไข้ขึ้น รวมถึง

(1) การรักษาพยาบาลโดยแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะโรคสำหรับทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

(2) การบำบัดโรคฟันหรือทันตกรรม สิ่งประกอบที่จำเป็นในการบำบัดโรคฟันหรือทันตกรรม การรักษาทางการแพทย์ต่างๆ การผ่าตัด

(3) การรักษาพยาบาลที่บ้าน หรือที่สถานพยาบาล หรือสถาบันทางการแพทย์ต่างๆ

(4) การพักรักษาตัวในสถานพยาบาล สถานพักฟื้น หรือสถาบันทางการแพทย์อื่นๆ

(5) การให้การักษาพยาบาลโดยผู้มีอาชีพทางอื่น ซึ่งได้รับการรับรองตามกฎหมายว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับอาชีพทางการแพทย์ภายใต้การดูแลของแพทย์ หรือทันตแพทย์ และ

(6) ถ้าเป็นไปได้แล้ว ควรจัดให้มีสถานรักษาพยาบาลไว้ในที่ทำงานเพื่อ

(1) ให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินแก่ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุมีบาดแผลสาหัส

(2) ให้การบำบัดแก่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย และไม่ทำให้งานต้องหยุดชะงักไป

2) ประโยชน์ทดแทนที่กำหนดไว้นี้จะต้องบังคับให้บังเกิดผล เพื่อรักษาฟื้นฟู หรือปรับปรุงสุขภาพของลูกจ้างผู้ประสบอันตราย ความสามารถในการทำงาน และการให้ความช่วยเหลืออื่นๆ ที่จำเป็นแก่ลูกจ้างที่ประสบอันตรายจากการทำงาน

ประเทศสมาชิกที่ได้จัดให้มีบริการทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล และประโยชน์ทดแทนอื่นที่เกี่ยวข้องตามโครงการอนามัย หรือโครงการบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างเป็นการทั่วไปตามที่กำหนดไว้ในอนุสัญญาฉบับนี้อยู่แล้ว อาจบัญญัติไว้ในกฎหมายว่าการให้บริการทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล หรือประโยชน์ทดแทนอื่นๆ ดังกล่าว กำหนดให้สำหรับผู้ประสบอันตรายจากการทำงานโดยได้รับบริการทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล หรือประโยชน์ทดแทนอื่นๆ เท่าเทียมกับผู้ที่มีสิทธิตามโครงการทั้งสอง โดยมีเงื่อนไขว่า กฎเกณฑ์ดังกล่าวได้ตราขึ้นเพื่อช่วยลูกจ้างไม่ให้เกิดความยากลำบากในการดำรงชีวิต และ

อาจกำหนดกฎเกณฑ์พิเศษเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษาพยาบาล หรือค่ารักษาพยาบาลเพื่อมิให้นานหรือมากเกินไปเกินกว่าความจำเป็น ทั้งนี้ โดยมีเงื่อนไขว่ากฎเกณฑ์พิเศษดังกล่าว จะต้องไม่ขัดต่อวัตถุประสงค์ของอนุสัญญาฉบับนี้ และตราขึ้นเพื่อช่วยไม่ให้เกิดความยากลำบากในการดำรงชีวิตของลูกจ้าง

บริการทางการแพทย์ การรักษาพยาบาลและประโยชน์ทดแทนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยที่สุดจะต้องกำหนดให้มีในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) การรักษาพยาบาลทางการแพทย์สามัญ
- 2) การให้การรักษาพยาบาลเฉพาะโรค ณ สถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก รวมถึงการรักษาพยาบาลเฉพาะโรคนอกสถานพยาบาล
- 3) การให้ยารักษาโรคที่จำเป็นทางเวชกรรมหรือโดยนายแพทย์ที่ทรงคุณวุฒิ
- 4) การเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และ
- 5) การรักษาพยาบาลฉุกเฉินในที่ทำงานให้แก่ลูกจ้างที่ได้รับอุบัติเหตุจากอุตสาหกรรม และมีบาดแผลที่ต้องได้รับการปฐมพยาบาลหากสามารถจัดให้มีได้

3.3.4 อนุสัญญาฉบับที่ 130 ว่าด้วยเรื่องการดูแลทางการแพทย์และการประกันการเจ็บป่วย ค.ศ. 1969

ประเทศสมาชิกใดซึ่งมีกฎหมายให้การคุ้มครองลูกจ้างต่างๆ อยู่แล้ว อาจกำหนดยกเว้นจากการบังคับใช้ของอนุสัญญานี้เท่าที่จำเป็น สำหรับ

- 1) บุคคลผู้ซึ่งการทำงานมีลักษณะไม่แน่นอนจนสม่ำเสมอ
- 2) สมาชิกในครอบครัวของนายจ้าง ที่ทำงานให้นายจ้างและพำนักอาศัยอยู่ในที่ทำงาน
- 3) ลูกจ้างประเภทอื่นๆ ที่มีจำนวนไม่เกินร้อยละ 10 ของจำนวนลูกจ้างทั้งหมด นอกเหนือจากที่ได้รับยกเว้นตามข้อ (1) และ (2) ของมาตรานี้

อนุสัญญาฉบับนี้กำหนดให้เหตุอันควรได้รับประโยชน์ทดแทนนั้นจะรวมถึงกรณีต่างๆ ได้แก่

- 1) ความต้องการเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นลักษณะของการบำบัดโรค และบริการทางการแพทย์ในลักษณะของการป้องกันโรคตามสภาวะการณ์ที่ได้กำหนดไว้

2) การไม่สามารถทำงานอื่นเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ทำให้ขาดรายได้ตามที่ได้กำหนดไว้ในกฎหมายแห่งชาติของประเทศสมาชิก

ประเทศสมาชิกจะจัดให้ลูกจ้างได้รับบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล ตามสภาพการณ์ที่ได้ระบุไว้ ได้รับบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลที่มีลักษณะเป็นการบำบัดโรค หรือการป้องกันโรค ซึ่งการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ตามที่ระบุไว้ จะต้องดำเนินการโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะบำรุงรักษา ซ่อมแซมกำลัง หรือส่งเสริมสุขภาพของลูกจ้างที่รับการคุ้มครองและความสามารถของลูกจ้างในการทำงาน และในการจัดหาสิ่งจำเป็นที่ลูกจ้างต้องการในการดำรงชีวิต นอกจากนี้อนุสัญญาฉบับนี้ยังได้กำหนดถึงบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองเกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนในกรณีต่างๆ อันประกอบด้วย

- 1) ลูกจ้างทั้งหมด รวมทั้งช่างฝึกหัดมือ ภรรยา และบุตรของลูกจ้างนั้นด้วย หรือ
- 2) ประชากรซึ่งเป็นผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจประเภทต่างๆ ที่ระบุไว้ รวมกันแล้วมีจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของประชากรผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจทั้งหมด และภรรยาและบุตรของบุคคลประเภทต่างๆ ที่กล่าวถึงนั้นด้วย หรือ
- 3) ผู้มีภูมิลำเนาประเภทต่างๆ ตามที่ระบุไว้ ซึ่งรวมกันแล้วไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของผู้มีภูมิลำเนาทั้งหมด

ประเทศสมาชิกไม่ได้ตรากฎหมายโดยมีข้อยกเว้นเกี่ยวกับบุคคลที่ได้รับประโยชน์ทดแทนขึ้นตามอนุสัญญาฉบับนี้ บุคคลที่ได้รับประโยชน์ทดแทนต่างๆ อย่างน้อยต้องเป็นกรณีต่างๆ ได้แก่

- 1) ลูกจ้างทุกประเภทที่ระบุไว้ ซึ่งรวมกันมีจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ของลูกจ้างทั้งหมด ภรรยาของลูกจ้าง รวมทั้งบุตรของลูกจ้างประเภทต่างๆ ที่กล่าวถึงนั้นด้วย หรือ
- 2) ลูกจ้างในสถานประกอบการอุตสาหกรรมประเภทที่ระบุไว้ ซึ่งรวมกันมีจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของลูกจ้างในสถานประกอบการอุตสาหกรรมทั้งหมด และภรรยา รวมทั้งบุตรของลูกจ้างต่างๆ ที่กล่าวถึงนั้นด้วย

บริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลตามที่อนุสัญญาฉบับนี้กำหนดไว้อย่างน้อยจะต้องประกอบด้วย

- 1) การรักษาพยาบาลโดยแพทย์หรือผู้ประกอบภารงานด้านนี้โดยทั่วไป รวมถึงการตรวจเยี่ยมจนถึงที่พักอาศัยด้วย

2) การรักษาพยาบาลโดยแพทย์ที่ชำนาญเฉพาะโรค หรือผู้ชำนาญเป็นพิเศษสำหรับผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก และการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ หรือผู้ชำนาญเฉพาะโรคเป็นพิเศษ ดังกล่าวนอกสถานพยาบาลเท่าที่จะสามารถจัดทำได้

3) การจัดหาอุปกรณ์เกี่ยวกับยารักษาโรคต่างๆ ให้ตามความจำเป็นตามคำสั่งแพทย์ โดยผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ หรือผู้อื่นที่มีคุณสมบัติ

4) จัดการให้เข้ารับบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลตามความจำเป็น

5) การดูแลรักษาด้านทันตกรรม ตามที่ได้ระบุกำหนดไว้

6) การฟื้นฟูสุขภาพให้ดีขึ้นทางการแพทย์ รวมถึงตลอดถึงการจัดหาอุปกรณ์ในการฟื้นฟู ดังกล่าว การทำนุบำรุงรักษา และการใส่อวัยวะเทียมต่างๆ ตลอดจนการศัลยกรรมเกี่ยวกับกระดูก ตามที่ได้กำหนดไว้

ประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์อนุสัญญาฉบับนี้ได้กำหนดเงื่อนไขที่เกี่ยวกับการจัดบริการทางการแพทย์ดังกล่าวหลายกรณีอันได้แก่

1) บริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลตามที่กล่าวมาแล้วจะต้องจัดตลอดระยะเวลาที่มีเหตุอันควรได้รับประโยชน์นั้น

2) กรณีที่สิทธิในการเป็นผู้รับประโยชน์ทดแทนสิ้นสุดลง แต่ผู้รับประโยชน์อาจจะได้รับความคุ้มครองในกรณีบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลต่อไป หากเป็นกรณีของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตั้งแต่ขณะที่เขายังอยู่ในขอบข่ายของการได้รับความคุ้มครองในประเภทนั้น โดยอาจจะถูกจำกัดระยะเวลาตามที่กฎหมายกำหนดไว้ ซึ่งจะต้องไม่น้อยกว่า 26 สัปดาห์ โดยมีเงื่อนไขว่าบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลนั้น จะต้องไม่หยุดลงผู้รับประโยชน์ยังคงรับประโยชน์ทดแทนการเจ็บป่วยต่อไปแม้จะสิ้นสุดการเป็นผู้รับประโยชน์แล้วก็ตาม

3) โรคที่กำหนดไว้โดยเฉพาะว่าจำเป็นต้องทำการรักษาเป็นเวลานาน ระยะเวลาของบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลจะต้องขยายออกไป

ประเทศสมาชิกที่มีการกำหนดให้ผู้รับประโยชน์หรือหัวหน้าครอบครัวของผู้รับประโยชน์ต้องมีส่วนช่วยออกค่าใช้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลแล้ว กฎเกณฑ์ดังกล่าวจะต้องกำหนดขึ้นภายใต้วัตถุประสงค์ที่จะหลีกเลี่ยงความลำบากและไม่ให้มีผลเสียต่อการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพของบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล

การประกันสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือประชาชนผู้ประสบเคราะห์ภัยหรือได้รับความเดือดร้อนในการดำรงชีวิต ซึ่งการบริการทางการแพทย์นั้นเป็นเครื่องมือสำคัญในการ

ช่วยเหลือประชาชนให้ได้รับการบรรเทาความเดือดร้อน จะเห็นได้ว่าทั้งกฎหมายต่างประเทศและกฎหมายระหว่างประเทศต่างให้ความสำคัญกับการให้สิทธิประโยชน์ในรูปแบบบริการทางการแพทย์แก่ประชาชนโดยกำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อรับรองสิทธิของประชาชนที่จะได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ แม้ว่ามาตรการทางกฎหมายของแต่ละประเทศจะแตกต่างกันในรายละเอียดของการให้บริการทางการแพทย์ เช่น การเกิดสิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ ซึ่งมีทั้งการกำหนดเป็นการบังคับให้ประชาชนทุกคนต้องอยู่ภายใต้ระบบการประกันสังคมหรือให้เป็นความสมัครใจของประชาชนว่าจะเลือกรับสิทธิประโยชน์ในลักษณะใด รวมทั้งกรณีการเลือกใช้บริการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การจัดการบริการทางการแพทย์ให้แก่ประชาชนของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันโดยทุกระบบของการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ล้วนมีข้อดีและข้อเสีย ซึ่งการที่แต่ละประเทศจะเลือกใช้ระบบของจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นระบบใดนั้นแล้วแต่ความพร้อมของแต่ละประเทศว่ามีความสามารถจัดบริการทางการแพทย์ในรูปแบบใด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การจัดบริการทางการแพทย์ของแต่ละประเทศต่าง ๆ คำนึงถึงการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในประเทศเป็นหลัก