

บทที่ 4

บริการทางการแพทย์ตามกฎหมายประกันสังคมไทย

ผู้ประกันตนจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบต่างๆ ตามที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดไว้ 4 รูปแบบ ทั้งนี้จะได้รับในรูปแบบใดบ้างก็ขึ้นอยู่กับประเภทของการประกันสังคม โดยประโยชน์ทดแทน 4 รูปแบบดังกล่าวนี้ คือ บริการทางการแพทย์ เงินทดแทนการขาดรายได้ เงินค่าทำศพ เงินสงเคราะห์ ซึ่งเมื่อผู้ประกันตนประสบเคราะห์ภัยหรือประสบความเดือดร้อนตามกรณีที่กฎหมายประกันสังคมกำหนด โดยได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขคือได้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมมาแล้วเป็นระยะเวลาอย่างน้อยตามที่กฎหมายกำหนด ก็จะได้รับสิทธิประโยชน์ทดแทนในรูปแบบต่างๆ ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น ดังนั้น ในบทนี้ผู้เขียนจึงกล่าวถึงประโยชน์ทดแทนเฉพาะในรูปแบบบริการทางการแพทย์ ซึ่งมีรายละเอียดในเรื่องดังกล่าว ดังต่อไปนี้

4.1 หลักการทั่วไปของบริการทางการแพทย์

บริการทางการแพทย์ หมายถึง การบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของกฎหมายประกันสังคมในทุกประเทศรวมทั้งในประเทศไทยด้วย เพราะบริการทางการแพทย์เป็นการสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตให้แก่ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมโดยส่วนใหญ่มักจะเป็นลูกจ้างในสถานประกอบการ ซึ่งเมื่อผู้ประกันตนมีสุขภาพที่แข็งแรง ทำให้สามารถทำงานได้อย่างมีคุณภาพแล้วก็จะส่งผลดีต่อผู้ประกันตนและสมาชิกในครอบครัวที่จะมีวิถีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ซึ่งมีผลรวมไปถึงประเทศชาติอีกด้วย

4.1.1 สถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม

สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานประกันสังคมซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่ทำสัญญาให้บริการทางการแพทย์กับสำนักงานประกันสังคม เพื่อประโยชน์ของผู้ประกันตน ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลของเอกชนรวมกันแล้วประมาณ 257 แห่ง ในจำนวนนี้เป็นสถานพยาบาลของรัฐจำนวน 153 แห่ง และเป็นสถานพยาบาลของเอกชนอีก 104 แห่ง โดยสถานพยาบาลทั้งหมดนี้ได้ทำสัญญาโดยตรงกับสำนักงานประกันสังคมเพื่อผูกพันในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน นอกจากนั้นก็ยังมีสถานพยาบาลในเครือข่ายของ

สถานพยาบาลที่ทำสัญญาโดยตรงดังกล่าว อีกจำนวน 2,530 แห่ง¹ ซึ่งหากสถานพยาบาลหลักไม่สามารถให้บริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึงหรือให้บริการได้ไม่เพียงพอก็สามารถส่งผู้ประกันตนไปยังสถานพยาบาลในเครือข่ายเหล่านี้ เพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวก รวดเร็ว และได้รับบริการทางการแพทย์อย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น²

ก. ประเภทของสถานพยาบาล

สถานพยาบาลที่ทำสัญญาให้บริการทางการแพทย์และรักษาพยาบาลผู้ประกันตนกับสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรียกว่า “สถานพยาบาลประกันสังคม”

สถานพยาบาลประกันสังคมจะต้องจัดให้มีการบริการทั้งผู้ป่วยนอก³ และผู้ป่วยใน⁴ โดยมีบุคลากรทางการแพทย์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์อย่างเพียงพอ บริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสถานพยาบาลประกันสังคมมีหน้าที่เป็นผู้รับประกันหลักหรือสถานพยาบาลหลัก (Main Contractor) แต่ขณะเดียวกันก็อาจมีโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในเครือข่ายของสถานพยาบาลหลัก ซึ่งอาจจะเป็นคลินิกแพทย์ หรือสถานพยาบาลที่กระจายอย่างกว้างขวางและใกล้ชิดกับผู้ประกันตน ทำหน้าที่เป็นผู้รับประกันรองหรือสาขาเครือข่ายการให้บริการทางการแพทย์ (Subcontractor) และอยู่ภายใต้การดูแลของผู้รับประกันหลักหรือสถานพยาบาลหลัก

ผู้รับประกันรองหรือสถานพยาบาลเครือข่ายอาจทำหน้าที่ในการดูแลการบริการทางการแพทย์ในขั้นต้น (Primary Medical Care) หากไม่สามารถให้การรักษาต่อไปได้ก็จะส่งต่อไปยัง

¹ กองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม, จำนวนสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม (http://www.sso.go.th/spaw2/uploads/files/statisticsmid5_13.html)

² วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา)วิเชียรชม, เอกสารการสอนชุดวิชากฎหมายแรงงาน หน่วยที่ 7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ฉบับปรับปรุง, (กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์สุโขทัยธรรมาธิราช, 2548), น. 458.

³ ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ประกันตนที่มารับการตรวจรักษาในสถานพยาบาล แต่ไม่ได้พักรักษาตัวอยู่ในสถานพยาบาล หรือผู้ที่มานอนพักรักษาตัวอยู่ในสถานพยาบาลน้อยกว่า 24 ชั่วโมง โดยไม่จำกัดว่าเป็นสถานพยาบาลของรัฐบาลหรือสถานพยาบาลของเอกชน

⁴ ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ประกันตนที่นอนพักรักษาตัวในสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลของเอกชน นานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป

ผู้รับประกันหลักหรือสถานพยาบาลหลัก หากผู้รับประกันหลักหรือสถานพยาบาลหลักยังไม่สามารถดูแลการให้บริการได้อีกก็อาจจะส่งต่อไปให้ผู้รับประกันรองที่มีความรู้ความสามารถพิเศษในกรณีของโรคดังกล่าวโดยเฉพาะ (Subcontractor for Tertiary Medical Care)⁵

1) จำแนกตามสังกัดของสถานพยาบาล

(1) สถานพยาบาลภาครัฐบาล

- สถานพยาบาลในเครือสภากาชาดไทย
- สถานพยาบาลในเครือกระทรวงมหาดไทย
- สถานพยาบาลในเครือทบวงมหาวิทยาลัย
- สถานพยาบาลในเครือกระทรวงกลาโหม
- สถานพยาบาลในเครือกระทรวงสาธารณสุข

(2) สถานพยาบาลภาคเอกชน

2) จำแนกตามที่ตั้งของสถานพยาบาล

- กรุงเทพมหานคร
- ต่างจังหวัด

3) กลุ่มสถานพยาบาลเครือข่าย

สถานพยาบาลเครือข่าย คือ สถานพยาบาลที่สามารถเข้ารับรักษาพยาบาลได้เช่นเดียวกับสถานพยาบาลหลักที่ระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิ

ข. มาตรฐานของสถานพยาบาลประกันสังคมและมาตรฐานการรักษายาพยาบาลประกันสังคม

1) มาตรฐานของสถานพยาบาลประกันสังคม

สถานพยาบาลเหล่านี้จะต้องมีมาตรฐานที่จะให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนดังต่อไปนี้⁶

⁵ เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533, 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2534, ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

⁶ ข้อ 4 แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน พ.ศ. 2551

(1) มีขนาดไม่น้อยกว่า 100 เตียง และมีการบริหารจัดการ เพื่อให้ผู้ประกันตน
ได้รับความสะดวกในการไปเข้ารับบริการทางการแพทย์

(2) มีบริการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทางการแพทย์จนถึงที่สุดการ
รักษา

(3) จัดให้มีบริการทางการแพทย์ตั้งแต่ 12 สาขาหลักขึ้นไป คือ
(ก) อายุรกรรมทั่วไป (ข) ศัลยกรรมทั่วไป (ค) สูติ-นรีเวชกรรม (ง) กุมารเวชกรรม (จ) ศัลยกรรม
ออร์โธปิดิกส์⁷ (ฉ) จักษุวิทยา (ช) โสต นาสิกกลาริงซ์ (ซ) รังสีวิทยา (ฌ) วิสัญญีวิทยา (ญ) นิตเวช
กรรม (ฎ) เวชกรรมป้องกัน และ (ฏ) ยูโรวิทยา หรือ ตจวิทยา

โดยสถานพยาบาลจะต้องจัดให้มีบริการทางการแพทย์ในสาขาที่ (ก)-(ฉ) และใน
สาขาที่ (ก)-(ง) จะต้องมีแพทย์ประจำทำงานเต็มเวลา ส่วนสาขาที่ (ช)-(ฎ) จัดบริการตามความ
เหมาะสม โดยให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์

4) ได้มาตรฐานของสถานพยาบาล 11 อย่างคือ

(1) มาตรฐานทั่วไป

(1.1) อาคาร มีสถานที่ อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการให้บริการทางการแพทย์และ
อนุรักษ์สิ่งแวดล้อมแก่ชุมชน

(ก) มีสถานที่ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับการให้บริการทางการแพทย์

- มีสถานที่อำนวยความสะดวกและส่งเสริมความปลอดภัยในการบริการ
ผู้ป่วย เช่น ที่จอดรถทางลำเลียงผู้ป่วยไปสู่จุดบริการและห้องพัก ช่องทางหนีไฟสำหรับผู้ป่วย
เป็นต้น

- มีความสะอาดของสถานที่ มีน้ำสะอาดสำหรับบริโภคและอุปโภคอย่าง
เพียงพอ

- มีระบบไฟสำรองฉุกเฉิน

- มีเครื่องดับเพลิงที่ใช้การได้

(ข) มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

ลงวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2551 มีผลบังคับสำหรับสถานพยาบาลที่จะเข้าเป็นสถานพยาบาล
ประกันสังคมในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.
2533 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นไป

⁷ ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ คือการผ่าตัดกระดูก

- วิธีกำจัดขยะ (ทั้งประเภทติดเชื้อและไม่ติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ)
- มีระบบบำบัดน้ำเสีย

(1.2) มีเจ้าหน้าที่เพียงพอทั้งในด้านจำนวนและคุณภาพ

(ก) แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

(ข) ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ต้องเป็นสมาชิกของชมรมหรือสมาคมวิชาชีพหรือราชวิทยาลัยที่ได้รับการรับรองจากองค์กรที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ

(ค) มีจำนวนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ไม่น้อยกว่าที่กำหนดในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล

(2) มาตรฐานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

(2.1) มีความพร้อมของอาคารสถานที่และเครื่องมืออุปกรณ์ รวมทั้งยานพาหนะสำหรับส่งผู้ป่วย

(ก) สถานที่มีความเหมาะสมและเห็นได้ง่าย

- อย่างน้อยรับผู้ป่วยได้ไม่น้อยกว่า 2 เตียง

- มองเห็นได้ง่ายทั้งจากภายนอกและภายในอาคาร โดยมีเครื่องหมายแสดงอย่างชัดเจน

- รถพยาบาลเข้าถึงได้สะดวกทั้งรับและส่งต่อผู้ป่วย ประตูอาคารกว้างมากพอสำหรับรถเข็นผู้ป่วย

- มีการรักษาความสะอาดและมีระบบถ่ายเทอากาศที่ถูกต้อง

(ข) มีความพร้อมในด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการให้บริการและมีความพร้อมที่จะใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- สำหรับการบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่จำเป็น เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยในกรณีต่างๆ เช่น Cardiac, Arrest, Impaired, Airway, Burn, Accident, Poisoning, Shock, Hemorrhage, Arrhythmia, Convulsive, Disorder, Other Emergency Medical Case เป็นต้น ซึ่งมีครุภัณฑ์ที่จำเป็น ได้แก่ (1) เครื่องให้ออกซิเจน (2) เครื่องดูดเสมหะ (3) เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (4) เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Difibrillator) (5) โคมไฟผ่าตัดและเตียงผ่าตัดฉุกเฉิน

- มีชุดเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติการทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ได้แก่ ชุด Suture, Diagnostic lavage, Venesection, Tracheostomy, Chest Drain

- มีรถเข็นพินซีผู้ป่วย (Emergency Cart) ซึ่งบรรจุเครื่องมืออุปกรณ์และยาที่สามารถไปใช้ปฏิบัติงานได้ทันที

- มีชุดเครื่องมือสำหรับป้องกันการติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่ เช่น หน้ากาก หมวก แว่นตา ถุงมือ พลาสติกกันเปื้อน เป็นต้น

(ค) มีรพพยาบาลที่พร้อมรับส่งผู้ป่วยหนัก

- รอดอยู่ในสภาพดีพร้อมใช้งานอย่างน้อย 1 คัน พร้อมคนขับ

- มีอุปกรณ์ครบถ้วนและพร้อมที่จะปฏิบัติงานที่จำเป็น ได้แก่ Suction, Ambubag, Endotracheal Tube, Oxygen, Laryngoscope, Mouth Gag

- มีเจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพที่พร้อมจะปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาทำการ

(2.2) มีกำลังคนด้านการแพทย์ที่พร้อมจะปฏิบัติงานทั้งในด้านจำนวนและคุณภาพ

วิชาชีพ

- มีแพทย์ประจำตลอด 24 ชั่วโมง และอย่างน้อย 1 คน ต้องเป็นพยาบาล

วิชาชีพ

- มีหน้าที่ซึ่งทุกคนต้องมีความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพและได้รับการ

การฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอ

(3) มาตรฐานผู้ป่วยนอก

(3.1) มีอาคารสถานที่ที่เหมาะสมและสะดวกสำหรับผู้รับบริการ

(ก) ห้องตรวจ

- จำนวนห้องตรวจเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย

- ทางเข้าห้องตรวจกว้างพอสำหรับรถนั่งหรือรถเข็นผู้ป่วยผ่านได้สะดวก

(ข) เครื่องหมาย

- มีป้ายบอกชื่อหน่วยบริการชัดเจนและมีขนาดที่มองเห็นได้จากระยะที่

สมควร

- มีเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่

(3.2) มีระบบบริหารและบริการที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยระยะเวลาที่ใช้สำหรับการรอคอย การพบแพทย์และอื่นๆ ต้องไม่นานเกินควร

(ก) เวลาที่ต้องใช้ในการลงทะเบียนและทำบัตรผู้ป่วยไม่เกิน 30 นาที

(ข) ระยะเวลารอตรวจโรคไม่เกิน 1 ชั่วโมง

(ค) ระยะเวลารอรับยาและชำระเงินไม่เกิน 30 นาที

(ง) เวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยพบแพทย์ในการตรวจไม่ต่ำกว่าคนละ 5 นาที

(๑) ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการทั้งหมดไม่เกิน 3 ชั่วโมง ในกรณีการตรวจทั่วไป

(4) มาตรฐานเวชระเบียน

(4.1) มีอาคารสถานที่และอุปกรณ์ที่เหมาะสมและพร้อมสำหรับบริการ

(ก) สถานที่เก็บเวชระเบียนเป็นสัดส่วน ไม่เสี่ยงต่ออันตรายจากสัตว์หรือปัจจัยทางกายภาพ

(ข) มีพื้นที่เพียงพอที่จะเก็บเวชระเบียนได้อย่างน้อย 5 ปี

(4.2) มีเจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพในจำนวนที่เหมาะสม โดยเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการจัดเก็บเวชระเบียนและควรมีการบันทึกรหัสโรค

(4.3) มีระบบเวชระเบียนที่เหมาะสมและสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(ก) มีความสมบูรณ์ของข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยใน ได้แก่ (1) ข้อมูลประจำตัวผู้ป่วย (2) บันทึกการตรวจร่างกาย (3) การวินิจฉัยโรคและการสั่งการรักษา (4) รายงานสิ่งตรวจพบ ทั้งรายงานสิ่งตรวจพบจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ต้องบันทึกไว้ในเวชระเบียน และรายงานการผ่าตัดซึ่งประกอบด้วยสิ่งที่พบ เทคนิคการผ่าตัดชิ้นเนื้อที่ถูกต้องออกมาและการวินิจฉัยโรคหลังการผ่าตัด และ (5) รายงานสรุปโดย (5.1) มีการสรุปรายงานภายในระยะเวลาที่เหมาะสม (5.2) การวินิจฉัยโรคแรกรับและวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย (5.3) เหตุการณ์ที่สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (5.4) แผนการรักษาผู้ป่วยหลังจากการจำหน่าย

(ข) ข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนมีเพียงพอที่จะอธิบายเหตุผลในการสั่งการรักษาของแพทย์ ทราบความเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วยและแพทย์ผู้อื่นสามารถให้การรักษาต่อได้

- คำสั่งการรักษาเหมาะสม

- มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงสม่าเสมอ

- มีบันทึกการวินิจฉัยโรคที่ปรับปรุงตลอดเวลาเมื่อมีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม

- แพทย์ผู้อื่นให้การรักษาต่อได้

- แพทย์ที่ได้รับการปรึกษาจะต้องบันทึกคำให้การเป็นลายลักษณ์อักษร

(ค) มีระบบการจัดเก็บและการค้นหาเวชระเบียนที่เหมาะสมและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการให้บริการ อันได้แก่ ระบบการจัดเก็บและ

การค้นหาเวชระเบียน โดย (1) มีการจัดทำระบบดัชนีเพื่อค้นหาเวชระเบียนที่ต้องการได้ (2) สามารถค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยใช้ชื่อหรือเลขประจำตัวผู้ป่วยได้ใน 15 นาที (3) สามารถค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยใช้เลขประจำตัวผู้ป่วยได้ภายใน 30 นาที (4) สามารถค้นพบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 นอกจากนั้น ยังมีการบันทึกสรุปและวิเคราะห์ข้อมูล โดย (1) มีการเก็บบันทึกสรุปผู้ป่วยใน (2) มีการจัดทำระเบียบผู้ป่วยเสียชีวิตพร้อมการวินิจฉัยโรค (3) มีการทำรายงานเกี่ยวกับ (ก) จำนวนผู้ป่วยใหม่และจำหน่ายของแต่ละงานคลินิกบริการ (ข) จำนวนผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคหรือกลุ่มโรค (ค) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดประเภทต่างๆ (ง) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลตามการวินิจฉัยโรค

(ง) มีการอภิบาลส่งตัวผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องไปรักษาต่อที่อื่นโดยไม่มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการรักษาต่อ

(5) มาตรฐานบริการผู้ป่วยใน

(5.1) มีอาคารหอผู้ป่วยและอุปกรณ์ประจำตึกพร้อมที่จะให้บริการผู้ป่วยในได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(ก) มีพื้นที่เพียงพอและได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง ระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 1 เมตร ระยะห่างระหว่างท้ายเตียงไม่น้อยกว่า 2.5 เมตร

(ข) มีห้องน้ำห้องส้วมได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง (อย่างน้อยห้องส้วม 1 ห้องต่อเตียงผู้ป่วย 6 เตียง)

(ค) มีอ่างล้างมือที่สะดวกในการใช้

(ง) มีโครงสร้างความปลอดภัยสำหรับตึกสูงตั้งแต่ 3 ชั้นขึ้นไป ตั๋วอาคารต้องมีบันไดหนีไฟ ลิฟต์หรือทางลาด

(จ) มี Oxygen Supply และเครื่อง Suction สำหรับใช้กรณีจำเป็น

(ฉ) มีอุปกรณ์สำหรับขอความช่วยเหลือจากพยาบาลทุกเตียง เช่น กริ่งกดเรียกและควรมีสัญญาณทั้งระบบเสียงและแสงตรงหน้าที่ทำการพยาบาล เป็นต้น

(ช) มีม่านกันเป็นสัดส่วนระหว่างเตียง

(ซ) จำนวนเตียงไม่น้อยกว่า 35 เตียง สำหรับห้องรวมทั่วไป

(ฌ) มีระบบรักษาความสะอาด ระบบถ่ายเทอากาศ ระบบแสงสว่างและมีเครื่องมือดับเพลิง

(ญ) มีห้องรักษาพยาบาล (Treatment Room)

(ฎ) มีห้อง Nurse Station

(ฎ) มีรถพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินประจำหอผู้ป่วย (Emergency Cart)

(5.2) มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในจำนวนที่เหมาะสมไว้บริการผู้ป่วยใน

(ก) แพทย์เวรในอย่างน้อย 1 คน

(ข) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการบริการผู้ป่วยใน พยาบาลและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ต่อเตียง 1:8 สำหรับแต่ละเวร และแต่ละเวรจะต้องมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน (หรือคิดเป็นสัดส่วน 1 คน : 30 เตียง)

(6) มาตรฐานบริการผู้ป่วยหนัก

(6.1) มีความพร้อมของอาคารสถานที่และเครื่องมืออุปกรณ์

(ก) เป็นสถานที่ที่แยกจากหน่วยงานอื่น มีระบบการป้องกันการติดเชื้อ

(ข) จำนวนเตียง ICU ได้สัดส่วนกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ต่อ 50 และไม่ต่ำกว่า 4 เตียง

(ค) มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่พร้อมและเหมาะสม

- Respirator 1 เครื่องต่อเตียง ICU 2 เตียง และอย่างน้อยไม่น้อยกว่า 4 เตียง

- EKG Monitor พร้อม CPR Cart อย่างน้อย 1 ชุด

- Arterial Blood Gas (ส่งตรวจได้)

- Pipeline System ข้างเตียงทุกเตียง หรือมีระบบการจ่าย Medical gas

- Defibrillator

(6.2) มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในจำนวนที่เหมาะสม

(ก) แพทย์รับผิดชอบอย่างน้อย 1 คน

(ข) พยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 คน ต่อเวร พยาบาลและพนักงานผู้ช่วย : เตียง = 1 : 2 สำหรับแต่ละเวร

(7) มาตรฐานบริการศัลยกรรมทั่วไป

มีสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์เพียงพอสำหรับให้บริการศัลยกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

(ก) สถานที่กว้างพอและสัดส่วนเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย

- ห้องผ่าตัด มีพื้นที่ปฏิบัติการได้

- จำนวนห้องผ่าตัด อย่างน้อย 1 ห้อง : 50 เตียง และไม่น้อยกว่า 2 ห้อง
(ไม่นับรวมห้องคลอด)

- มีที่พักรอผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
- มีที่เก็บเครื่องมือ ยา วัสดุการแพทย์ และวัสดุอื่นๆ
- มีสถานที่รวบรวมวัสดุและเครื่องมือที่ใช้แล้ว
- มีห้องพักและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

(ข) ระบบอุปกรณ์ในห้องผ่าตัดมีเพียงพอและเหมาะสม

- มีระบบแก๊สทางการแพทย์ และเครื่องดูดที่ได้มาตรฐาน
- มีระบบแสงที่ได้มาตรฐาน
- มีระบบไฟฟ้าสำรองสำหรับกรณีฉุกเฉิน

(ค) เครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัดประจำห้องแต่ละห้อง

- มีชุดเพียงพอสำหรับให้บริการที่จำเป็น
- มีเครื่องมือสำหรับช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

(8) มาตรฐานบริการวิสัญญี

มีอาคารสถานที่ที่เหมาะสมและเครื่องมือที่เพียงพอสำหรับให้บริการวิสัญญี
วิทยาและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

(ก) ห้องพักฟื้น มีเตียงพักฟื้น 1 เตียง ห้องผ่าตัด 1 ห้อง

(ข) เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับให้บริการอื่นได้แก่

- เครื่องดมยาสลบ 1 เครื่องต่อห้องผ่าตัด 1 ห้อง
- เครื่องดูด (Suction)
- อุปกรณ์สำหรับ Monitor ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้แก่ EGG Monitor
- อุปกรณ์สำหรับช่วยชีวิตที่พร้อมจะใช้งานได้ตลอดเวลา

(9) มาตรฐานบริการรังสีวิทยา

(9.1) สถานที่มีความพร้อมและเหมาะสมในการให้บริการ

(ก) มีการตรวจสอบวัดระดับรังสีที่ตัวบุคคลอย่างสม่ำเสมอ

(ข) มีระบบการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า กลไก และรังสีที่เหมาะสม

(ค) ต้องได้รับการตรวจสอบและอนุญาตจากกองป้องกันอันตรายจากรังสี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

(ง) มีป้ายคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายของรังสี

(9.2) มีเครื่องมือที่พร้อมจะให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(ก) มีเครื่องมือที่สามารถใช้งานได้ดี ได้แก่ Portable X-rays 1 เครื่อง X-rays Boc Ma with Fluoroscopy 1 เครื่อง Fluoroscopy 1 เครื่อง Ultrasound 1 เครื่อง

(ข) เครื่องมือป้องกันอันตรายจากรังสีที่จำเป็น ได้แก่ ถุงมือ เสื้อฉากป้องกันรังสี

(ค) อุปกรณ์ช่วยชีวิตและยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่แพ้สารที่รังสี (เช่น Emergency Bag, Adrenaline, Ambu Bag เป็นต้น)

(ง) มีการตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องมือทางรังสีเป็นระยะ พร้อมทั้งมีเครื่องบันทึกการตรวจสอบและบำรุงรักษาทุกครั้ง

(9.3) มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถและมีจำนวนเพียงพอ

(ก) มีแพทย์รังสีประจำเต็มเวลา หรือประจำบางเวลาในจำนวนที่เหมาะสม

(ข) มีเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคที่ผ่านการอบรมครบหลักสูตรปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง

(10) มาตรฐานพยาธิวิทยาและชันสูตร

อาคารสถานที่ที่สะดวกและปลอดภัย รวมทั้งอุปกรณ์และเครื่องมือช่วยในการวินิจฉัยได้อย่างสอดคล้อง เหมาะสมและถูกต้อง

(ก) สถานที่ที่สะดวกและปลอดภัย

- ระบบระบายอากาศเพียงพอที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์และระบายควันและไอที่เกิดขึ้น

- แสงสว่างเพียงพอ

(ข) เครื่องมืออุปกรณ์ที่ช่วยในการวินิจฉัยได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

(1) Microscope (2) Spectrometer (3) Centrifuge (4) Incubator (5) Autoclave

(6) Electrolyte Analyser (7) Blood Gas Analyser

(ค) ระบบป้องกันอันตราย ได้แก่ การต่อสาย Ground สำหรับเครื่องมือที่ใช้ไฟฟ้า

(ง) ระบบบริการโลหิต

- การจัดหาโลหิต ได้แก่ (1) โรงพยาบาลสามารถจัดหาเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดที่จำเป็นต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยการรับบริจาคเองหรือจัดหาคลังโลหิต

อื่น ทั้งนี้โดยมีการคัดกรองผู้บริจาคโลหิตอย่างเหมาะสม (2) โโลหิตทุกหน่วยได้รับการตรวจว่าปลอดจากเชื้อตับอักเสบบี เชื้อ HIV และโรคติดต่ออื่นๆ

- การเก็บเลือด มี Blood Bank Refrigerator และเลือดสำรองไว้เพียงพอ

(11) มาตรฐานบริการเภสัชกรรม

(11.1) สถานพยาบาลมีอุปกรณ์และสถานที่ที่เหมาะสม สำหรับการเก็บรักษาและเตรียมยา

(ก) มีระบบการเก็บรักษายาในคลังยาที่เหมาะสม

- การแยกเก็บยาอย่าง เป็นสัดส่วน โดยเฉพะอย่างยิ่ง ยาฆ่าเชื้อ ยาอันตรายต่างๆ และยาใช้สำหรับภายนอกต้องแยกเก็บจากยากินและยาฉีด

- การเก็บยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิอย่างเหมาะสม ตู้เย็นที่เก็บสามารถรักษาระดับอุณหภูมิที่ต้องการได้

- การเก็บยาหมดอายุแยกไว้ต่างหาก

(ข) มีระบบการเก็บรักษายาในหอผู้ป่วยและหน่วยบริการอื่นๆ อย่างเหมาะสม

- การแยกเก็บยาอย่าง เป็นสัดส่วน โดยเฉพะอย่างยิ่ง ยาฆ่าเชื้อ ยาอันตราย และยาใช้สำหรับภายนอกต้องเก็บแยกจากยากินและยาเม็ด

- การเก็บยาหมดอายุแยกไว้ต่างหาก

- การเก็บยาฉุกเฉินไว้เพียงพอและเหมาะสม

(11.2) มีเภสัชกรปริญญาที่มีความรู้ความสามารถเหมาะสมเป็นหัวหน้าควบคุมดูแลงานบริการเภสัชกรรม และมีเจ้าหน้าที่พอเหมาะกับขนาดของโรงพยาบาล

(11.3) มีระบบบริการและบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(ก) รายการยาที่จำเป็นพอเพียงแก่การให้บริการซึ่งเป็นยาที่มีคุณภาพ โดยผลิตจากโรงงานที่ได้มาตรฐาน GMP

(ข) ยาฉุกเฉินและ Antidote พอเพียงในคลังยา

(ค) ในการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยจะต้องมีการเขียนฉลากที่สมบูรณ์ (ชื่อยา ชื่อผู้ป่วย วิธีการและขนาดการใช้ยา วันที่)⁸

2) มาตรฐานการรักษาพยาบาลประกันสังคม

กรณีที่ผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานให้ผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ให้ผู้ประกันตนผู้นั้นมีสิทธิไปรับบริการทางการแพทย์ ซึ่งผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาล ดังนี้⁹

- (1) ให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและบำบัดทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา
- (2) ให้ได้รับบริการการกินอยู่และการรักษาพยาบาลสำหรับคนไข้ใน
- (3) ให้ได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐานไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ
- (4) ให้ได้รับการจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
- (5) ให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยมีการให้สุขศึกษาและภูมิคุ้มกันโรค

ตามโครงการแห่งชาติ

ค. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเลือกสถานพยาบาล

การเลือกสถานพยาบาลที่จะไปใช้บริการด้านการแพทย์ ผู้ประกันตนต้องเลือกสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมที่ตั้งอยู่ในเขตจังหวัดที่ผู้ประกันตนทำงานประจำ¹⁰ หรือจังหวัดที่พักอาศัย หรือจังหวัดรอยต่อ เช่น ผู้ประกันตนทำงานที่อำเภอบ้านโป่งจังหวัดราชบุรี สามารถเลือกสถานพยาบาลในเขตจังหวัดราชบุรีหรือรอยต่อ ได้แก่ จังหวัดนครปฐม จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดเพชรบุรีและจังหวัดสมุทรสาคร โดยให้ผู้ประกันตนที่มี

⁸ วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา)วิเชียรชม, *อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 2*, น. 458-465.

⁹ ข้อ 3 และข้อ 4 แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานลงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2546

¹⁰ ประกาศสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องกำหนดเขตท้องที่และรายชื่อสถานพยาบาล ประจำปี พ.ศ. 2551 ลงวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2551 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551

สิทธิได้รับบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ไปเข้ารับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามเขตท้องที่และรายชื่อสถานพยาบาลตามที่กำหนด เป็นต้น

4.1.2 เงื่อนไขที่จะทำให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์

ผู้ประกันตนจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนเมื่อประสบเคราะห์ภัยหรือได้รับความเดือดร้อนอันเข้ากรณีของการประกันหรือประเภทของการประกันสังคม ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดไว้ดังนี้

ก. เงื่อนไขเกี่ยวกับระยะเวลาหรือเงื่อนไขในการจ่ายเงินสมทบ

1) กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน

ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนรับบริการทางการแพทย์ ตามมาตรา 62¹¹

2) กรณีคลอดบุตร

ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 7 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนรับบริการทางการแพทย์ตามมาตรา 65¹²

¹¹ มาตรา 62 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 บัญญัติว่า “ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ต่อเมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าเก้าสิบวัน และต้องอยู่ภายในระยะเวลาสิบห้าเดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์”

¹² มาตรา 65 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 บัญญัติว่า “ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน ในกรณีคลอดบุตรสำหรับตนเอง หรือคู่สมรสต่อเมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสองร้อยสิบวัน และต้องอยู่ภายในระยะเวลาสิบห้าเดือน ก่อนวันรับบริการทางการแพทย์

ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับสำหรับการคลอดบุตรไม่เกินสองครั้ง”

3) กรณีทุพพลภาพ

ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนทุพพลภาพตามมาตรา 69¹³

ข. เงื่อนไขอื่นๆ หรือข้อจำกัด

1) กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน

ผู้ประกันตนจะต้องไม่ได้ตั้งใจก่อให้เกิดหรือยินยอมให้ผู้อื่นก่อให้เกิดการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยตามมาตรา 61¹⁴

2) กรณีคลอดบุตร

ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนสำหรับการคลอดบุตรไม่เกิน 2 ครั้ง ตามมาตรา 65 วรรคสอง

3) กรณีทุพพลภาพ

ผู้ประกันตนจะต้องไม่ได้ตั้งใจก่อให้เกิดหรือยินยอมให้ผู้อื่นก่อให้เกิดการทุพพลภาพตามมาตรา 61

4.1.3 ขั้นตอนการให้ประโยชน์ทดแทน

ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิจะขอรับประโยชน์ทดแทนได้โดยการยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนต่อสำนักงานประกันสังคมตามระเบียบที่เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมกำหนด ภายใน 1 ปีนับแต่วันที่มิสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น¹⁵ และให้เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมหรือผู้

¹³ มาตรา 69 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 บัญญัติว่า “ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ ต่อเมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าเก้าสิบวัน และต้องอยู่ภายในระยะเวลาสิบห้าเดือนก่อนทุพพลภาพ”

¹⁴ มาตรา 61 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 บัญญัติว่า “ผู้ประกันตนหรือบุคคลตามมาตรา 73 ไม่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน เมื่อปรากฏว่า การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย หรือการทุพพลภาพ หรือการตายนั้นเกิดขึ้น เพราะเหตุที่ผู้ประกันตน หรือบุคคลตามมาตรา 73 จงใจก่อให้เกิดขึ้น หรือยินยอมให้ผู้อื่นก่อให้เกิดขึ้น”

¹⁵ อายุความการขอรับประโยชน์ทดแทนกำหนดขึ้นโดยมาตรา 19 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537

ซึ่งได้รับมอบหมายพิจารณาสั่งการโดยเร็ว สำหรับประโยชน์ทดแทนที่เป็นตัวเงินนั้น ถ้าไม่รับภายใน 2 ปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงานประกันสังคม ก็จะทำให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุนประกันสังคม ตามมาตรา 56¹⁶

ผู้ประกันตนซึ่งสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างโดยส่งเงินสมทบครบตามเงื่อนไขเกี่ยวกับระยะเวลาส่งเงินสมทบอันจะก่อให้เกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนแล้ว ยังคงมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ ต่อไปอีก 6 เดือนนับแต่วันสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง หรือตามระยะเวลาที่กำหนดเพิ่มขึ้นโดยพระราชกฤษฎีกา ซึ่งต้องไม่เกิน 12 เดือนนับแต่วันสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างตามมาตรา 38 วรรคสอง¹⁷ ส่วนกรณีผู้ประกันตนที่มีใช้ลูกจ้างซึ่งสิ้นสภาพความเป็นผู้ประกันตนด้วยการลาออก หรือไม่ส่งเงินสมทบเป็นระยะเวลา 3 เดือนติดต่อกัน หรือภายใน 12 เดือนส่งเงินสมทบมาแล้วไม่ครบ 9 เดือน แต่บุคคลดังกล่าวได้ส่งเงินสมทบครบตามเงื่อนไขเกี่ยวกับระยะเวลาส่งเงินสมทบ อันจะก่อให้เกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนแล้ว ยังคงมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ ต่อไปอีก 6 เดือน นับแต่วันสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 41(3)¹⁸

¹⁶ มาตรา 56 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 บัญญัติว่า “ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่า ตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใดตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 54 และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนตามแบบที่เลขาธิการกำหนดต่อสำนักงานและให้เลขาธิการหรือผู้ซึ่งเลขาธิการมอบหมายพิจารณาสั่งการโดยเร็ว”

¹⁷ มาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 บัญญัติว่า “ความเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 สิ้นสุดลงเมื่อผู้ประกันตนนั้น

- (1) ตาย
- (2) สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง

ในกรณีตาม (2) ถ้าผู้นั้นได้ส่งเงินสมทบครบตามเงื่อนไขที่จะก่อให้เกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามบทบัญญัติลักษณะ 3 แล้ว ให้ผู้นั้นมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา 63 วรรคหนึ่ง และมาตรา 66 วรรคหนึ่ง ต่อไปอีกหกเดือนนับจากวันที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง”

¹⁸ มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 บัญญัติว่า “ความเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 สิ้นสุดลง เมื่อผู้ประกันตนนั้น

- (1) ตาย

อย่างไรก็ตาม ผู้ประกันหรือบุคคลที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างโดยการส่งเงินสมทบครบตามเงื่อนไขเวลาที่ก่อให้เกิดสิทธิแล้วตามมาตรา 38 วรรคสอง หรือบุคคลที่เป็นผู้จัดการศพของผู้ประกันตนหรือผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีผู้ประกันตนตายตามมาตรา 73 หรือบุคคลผู้มีสิทธิกรณีผู้ประกันตนทุพพลภาพแล้วถึงแก่ความตายตามมาตรา 73 ทวิ จะไม่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน ถ้าปรากฏว่าการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ นั้นได้เกิดขึ้นเพราะเหตุที่ผู้ประกันตนหรือบุคคลนั้นจงใจก่อให้เกิดขึ้นหรือยินยอมให้ผู้อื่นก่อให้เกิดขึ้นตามมาตรา 61

ผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบบริการทางการแพทย์ สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลดังกล่าว ด้วยการแสดงบัตรรับรองสิทธิ ซึ่งสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้ออกบัตรรับรองสิทธิดังกล่าวให้ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการรักษาพยาบาล¹⁹ การยื่นขอรับประโยชน์ทดแทนที่ต้องแสดงบัตรรับรองสิทธินี้ กรณีที่ผู้ประกันตนแสดงบัตรรับรองสิทธิปลอม ผู้ประกันตนนั้นอาจมีความผิดอาญาฐานปลอมแปลงและหรือใช้เอกสารปลอมตามมาตรา 264 และมาตรา 268 แห่งประมวลกฎหมายอาญา²⁰

กรณีเมื่อสำนักงานประกันสังคมได้รับคำขอของผู้ประกันตนหรือผู้ที่มีสิทธิแล้ว กฎหมายบัญญัติให้เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมหรือผู้ซึ่งเลขาธิการมอบหมาย พิจารณาสั่งการโดยเร็วตามมาตรา 56 แต่กฎหมายไม่ได้กำหนดระยะเวลาไว้แน่นอน ซึ่งอาจทำให้การพิจารณาสั่งการนั้นไม่ทันต่อการบรรเทาความเดือดร้อนของผู้ประกันตน ผู้เขียนจึงเห็นว่าควรกำหนดระยะเวลาพิจารณาสั่งการไว้ในกฎหมายให้ชัดเจนแน่นอนว่าภายในระยะเวลาเท่าใด เช่น อาจกำหนดให้พิจารณาสั่งการภายใน 3 วัน หรือภายใน 7 วันนับแต่วันที่ได้รับคำขอ เป็นต้น

(2) ได้เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 อีก

(3) ลาออกจากความเป็นผู้ประกันตน โดยการแสดงความจำนงต่อสำนักงาน”

¹⁹ วิจิตรรา (ฟุ้งลัดดา)วิเชียรชม, *อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 2*, น. 465.

²⁰ โทษสำหรับความผิดฐานปลอมเอกสารตามมาตรา 264 แห่งประมวลกฎหมายอาญา คือ ระวังโทษจำคุก ไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกิน 6,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ส่วนผู้ใช้หรืออ้างเอกสารอันเกิดจากความผิดดังกล่าว ต้องระวังโทษเช่นเดียวกันตามมาตรา 268 แห่งประมวลกฎหมายอาญา

4.1.4 การบริการทางการแพทย์ตามระบบประกันสังคม

กฎหมายประกันสังคมไทยมีการแยกประกันสังคมออกเป็นหลายกรณี แต่มีเพียง 3 กรณีเท่านั้นที่กฎหมายประกันสังคมรับรองให้มีสิทธิที่จะเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้ กล่าวคือ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร และกรณีทุพพลภาพ นอกจากจะต้องเป็นการประกันสังคมในกรณีดังกล่าวแล้ว กฎหมายประกันสังคมยังได้กำหนดเงื่อนไขในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ไว้ด้วย ซึ่งผู้ประกันตนจะต้องปฏิบัติตามกฎหมายประกันสังคมจึงจะมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์

ก. กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน

การประกันประเภทนี้ มีความมุ่งหมายที่จะให้ความคุ้มครองผู้ประกันตนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ และการบาดเจ็บโดยสามัญธรรมดา โดยถือหลักว่ามนุษย์ที่เกิดมาแล้วต้องเจ็บป่วยโดยไม่เลือกเพศและวัย และในการเจ็บป่วยนั้นย่อมทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ หรือต้องว่างจากการทำงานในระหว่างการเจ็บป่วย และอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่มีงานทำต่อไปในอนาคตอีกด้วย ซึ่งหลักของการให้ความคุ้มครองการเจ็บป่วยอาจแยกเป็น 2 กรณีคือ²¹

1) ให้ความคุ้มครองเรื่องเงินรายได้ที่จะต้องสะดุดหยุดลง เพราะการว่างงานในระหว่างการเจ็บป่วย (Cash Compensation for Wage) หรือที่เรียกว่าเงินทดแทนการขาดรายได้

2) การจัดบริการทางการแพทย์ (Medical - Care Service) ให้แก่ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วย

1) กรณีปกติ

ผู้ประกันตนที่เข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลที่กำหนดไว้ในบัตรรับรองสิทธิจะได้รับ การรักษาพยาบาลจนกว่าจะหาย โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งนี้ต้องเป็นการรักษาพยาบาลตามประเภทของโรคที่กำหนดไว้เท่านั้น และหากเป็นกรณีที่ผู้ประกันตนต้องการสิ่งอำนวยความสะดวก

²¹ วรางคณา ชาวเขียว, “ความพึงพอใจต่อการให้บริการทางการแพทย์ตามโครงการประกันสังคมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่”, (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540), น. 10-11.

สะดวก เช่น ห้องผู้ป่วยพิเศษ หรือเวชภัณฑ์พิเศษนอกจากที่แพทย์สั่ง เป็นต้น ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเงินเพิ่มเอง

กรณีผู้ประกันตนไม่ได้เข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลที่กำหนดไว้ การรับประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ผู้ประกันตนต้องสำรองจ่ายไปก่อนตามวงเงินที่กำหนดแล้วนำไปเคลียร์รับเงินมารับเงินคืนจากสำนักงานประกันสังคม²²

ผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ก็ต่อเมื่อเข้าเงื่อนไขตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายฉบับนี้ กล่าวคือ ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 90 วัน และต้องอยู่ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนวันเข้ารับบริการทางการแพทย์²³ โดยเป็นการกำหนดถึงเกณฑ์การเกิดสิทธิในการได้รับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงานนี้ ผู้ประกันตนจะมีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์ซึ่งมีทั้งระบบเหมาจ่ายให้แก่สถานพยาบาลและให้แก่ผู้ประกันตนแล้วแต่กรณี โดยสำนักงานประกันสังคมได้ออกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2550 โดยการเหมาจ่ายนั้นให้เหมาจ่ายตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้แก่สถานพยาบาลและมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา 62 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในอัตรา 1,306 บาท ต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี รวมทั้งให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาล ดังนี้

- (1) ให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยภัยโรคและบำบัดทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา
- (2) ให้ได้รับบริการการกินอยู่และการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลสำหรับคนไข้ใน
- (3) ให้ได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐานไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ
- (4) ให้ได้รับการจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

²² นิคม จันทรวาทูร, กฎหมายประกันสังคม : แนวคิด พัฒนาการและก้าวแรกของการดำเนินงานในประเทศไทย, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537), น. 100-102.

²³ มาตรา 62 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

(5) ให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยมีการให้สุขศึกษาและภูมิคุ้มกันโรคตามโครงการแห่งชาติ

สำนักงานประกันสังคมต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่มีหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนในอัตราเหมาจ่ายตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดไว้ให้แก่สถานพยาบาลและมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา 62 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในอัตรา 1,306 บาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี²⁴ นอกจากนี้เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามที่กำหนดแล้ว สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลในอัตรา 100 บาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนต่อหนึ่งปี ตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน²⁵

สำหรับประโยชน์ทดแทนในด้านการใช้บริการทางการแพทย์ตามที่กฎหมายประกันสังคมกำหนด ได้แก่²⁶

- (1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- (2) ค่าบำบัดทางการแพทย์
- (3) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล
- (4) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์
- (5) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- (6) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

2) กรณีจำเป็น

ผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน และไม่สามารถไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้สำหรับผู้ประกันตนนั้น เมื่อ

²⁴ ข้อ 2 (1) วรรคหนึ่ง แก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2550

²⁵ ข้อ 5 (1) วรรคสอง แก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2550

²⁶ มาตรา 62 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

ผู้ประกันตนได้เข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลอื่น สำนักงานประกันสังคมก็ต้องจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน แล้วแต่กรณี²⁷ ดังนี้

(1) การเจ็บป่วยฉุกเฉิน²⁸

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็น ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับแต่เวลาที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ครั้งแรก โดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการด้วย ดังต่อไปนี้

ก. ประเภทผู้ป่วยนอก สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง ตามประเภทและอัตรา ดังนี้

(ก) ค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินครั้งละ 300 บาท

(ข) ค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ จ่ายเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 200 บาท

(ค) ค่ารักษาพยาบาลด้วยหัตถการจากแพทย์²⁹ จ่ายเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 200 บาท

ข. ประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้ปีละไม่เกิน 2 ครั้งเช่นกัน ตามประเภทและอัตรา ดังนี้

²⁷ ข้อ 4 แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องกำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ ลงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2538 แก้ไขเพิ่มเติมโดยข้อ 2 แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องดังกล่าว (ฉบับที่ 2) ลงวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2541

²⁸ ข้อ 2 แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลงวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2549

“เจ็บป่วยฉุกเฉิน” หมายถึง โรคหรืออาการของโรคซึ่งเกิดขึ้นโดยเฉียบพลันที่มีลักษณะรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลเป็นการด่วน

²⁹ “หัตถการ” หมายถึง การปฏิบัติทางการแพทย์โดยใช้ทักษะทางมือ เพื่อให้เกิดผลหรือประโยชน์ทางการรักษา(ข้อ 3 แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องกำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์)

- (ก) ค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินครั้งละ 1,500 บาท
- (ข) ค่าผ่าตัดใหญ่
- กรณีต้องผ่าตัดใหญ่โดยใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกิน 2 ชั่วโมง ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ 8,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง
 - กรณีต้องผ่าตัดใหญ่โดยใช้เวลาในการผ่าตัดเกิน 2 ชั่วโมง ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ 14,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง
- (ค) ค่าห้องและค่าอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละ 700 บาท
- (ง) ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาลตาม (1) กรณีต้องมีการรักษาพยาบาลในห้องที่ต้องดูแลพิเศษ (ICU - Intensive Care Unit) ตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละ 2,000 บาท
- (จ) ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงที่จำเป็นต่อผู้ป่วยกันตน เฉพาะการตรวจด้วยคอมพิวเตอร์ โทโมกราฟี สแกน (CT Scan – Computed Tomography Scan) หรือและแมกเนติก รีโซแนนซ์ อิมเมจิง (MRI – Magnetic Resonance Imaging) ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ 4,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้
- ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจด้วย CT Scan หรือ MRI แล้ว และได้รับการผ่าตัดสมองทันที หรือถึงแก่ความตายภายหลังการตรวจ
 - ผู้ประกันตนได้เข้ารับการรักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉิน และมีการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยว่ามีเส้นโลหิตในสมองแตกหรืออุดตัน โดยมีเหตุผลทางการแพทย์ประกอบ
 - ผู้ประกันตนได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อการผ่าตัดกระดูกสันหลังจากแพทย์ของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ทำการผ่าตัดนั้น³⁰
- (2) การประสบอุบัติเหตุ³¹
- สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินเป็นค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะค่าใช้จ่ายที่

³⁰ วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา)วิเชียรชม, *อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 2*, น. 467-468.

³¹ ข้อ 2 แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลงวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2549

“ประสบอันตราย” หมายถึง การพบเหตุการณ์หรืออุบัติเหตุที่ทำให้บาดเจ็บอันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็นภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับแต่เวลาที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ครั้งแรก โดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ เช่นเดียวกับกรณีจำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์อย่างฉุกเฉิน แต่ไม่จำกัดจำนวนครั้งที่ผู้ประกันตนจะเข้ารับบริการทางการแพทย์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

(ก) กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐ

1) ประเภทผู้ป่วยนอก สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น

2) ประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้ตามประเภทและอัตรา ดังนี้

(1) ค่าบริการทางการแพทย์ ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น

(2) ค่าห้องและค่าอาหารตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละ 700 บาท

(ข) กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลเอกชน

1) ประเภทผู้ป่วยนอก สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้ตามประเภทและอัตรา ดังนี้

(1) ค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 300 บาท

(2) ค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ จ่ายเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาล ตาม

จำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 200 บาท

(3) ค่ารักษาพยาบาลด้วยหัตถการจากแพทย์ จ่ายเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 200 บาท

2) ประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้ตามประเภทและอัตรา ดังนี้

(1) ค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 1,500 บาท

(2) ค่าผ่าตัดใหญ่

- กรณีต้องผ่าตัดใหญ่โดยใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกิน 2 ชั่วโมง ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละเอียด 8,000 บาท ต่อการประคบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

- กรณีต้องผ่าตัดใหญ่โดยใช้เวลาในการผ่าตัดเกิน 2 ชั่วโมง ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละเอียด 14,000 บาท ต่อการประคบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

(3) ค่าห้องและค่าอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละ 700 บาท

(4) ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาลตาม (1) กรณีต้องมีการรักษาพยาบาลในห้องที่ต้องดูแลพิเศษ (ICU - Intensive Care Unit) ตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละ 2,000 บาท

(5) ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงที่จำเป็นต่อผู้ประกันตน เฉพาะการตรวจคอมพิวเตอร์ โทโมกราฟี สแกน (CT Scan – Computed Tomography Scan) หรือและแมกเนติก รีโซแนนซ์ อิมเมจิง (MRI – Magnetic Resonance Imaging) ตามจำนวน เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ 4,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ตาม หลักเกณฑ์เดียวกับกรณีจำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์อย่างฉุกเฉิน³²

ค) กรณีต้องส่งผู้ประกันไปรักษาพยาบาลต่อในสถานพยาบาลอื่น ถ้าสถานพยาบาลที่ ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์นั้น มีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ประกันตนเข้ารับการรักษา วินิจฉัยหรือรักษาพยาบาลต่อ ณ สถานพยาบาลอีกแห่งหนึ่งนอกจากสำนักงานประกันสังคม จะต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังจะต้องจ่ายค่าพาหนะ ให้แก่ผู้ประกันตนหรือให้แก่สถานพยาบาลแวกนั้นด้วย ตามอัตราดังนี้³³

(1) ภายในเขตจังหวัดเดียวกัน

สำนักงานประกันสังคมจะให้ค่ารถพยาบาลหรือเรือพยาบาลตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ 500 บาท

กรณีใช้พาหนะรับจ้างหรือพาหนะส่วนบุคคลหรือพาหนะอื่นๆ สำนักงานประกันสังคม จะเหมาจ่ายในอัตราครั้งละ 300 บาท

(2) ข้ามเขตจังหวัด นอกจากจะจ่ายตาม (1) แล้ว สำนักงานประกันสังคมยังจะต้อง จ่ายเงินเพิ่มให้อีกในอัตรากิโลเมตรละ 90 สตางค์ โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรมทาง หลวงในทางสั้นและทางตรง

ง) กรณีผู้ประกันตนยังไม่ได้รับบัตรรับรองสิทธิ³⁴ แต่ถ้าผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบแก่ กองทุนประกันสังคมจนก่อให้เกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย นอกงานแล้ว แต่สำนักงานประกันสังคมยังไม่ได้ออกบัตรรับรองสิทธิให้แก่ผู้ประกันตน เมื่อ

³² วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา)วิเชียรชม, *อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 2*, น. 468-469.

³³ ข้อ 5 แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ฉุกเฉิน ลงวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2548

³⁴ ข้อ 4 แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ฉุกเฉิน ลงวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2548

ผู้ประกันตนต้องทวงจ่ายค่าบริการทางการแพทย์และหรือค่าใช้จ่ายอื่นๆ ไปก่อน ก็มีสิทธิเบิกคืนจากสำนักงานประกันสังคมได้ โดยนำไปเสริมรับเงินของสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์นั้นมายื่นต่อสำนักงานประกันสังคมเพื่อพิจารณา ซึ่งผู้ประกันตนก็จะได้รับเงินคืนตามสิทธิเช่นเดียวกับกรณีที่ผู้ประกันตนมีบัตรรับรองสิทธิแล้ว³⁵

3) กรณีรักษาโรคที่มีภาวะเสี่ยง

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากอัตรา 1,306 บาทอีกในอัตรา 233 บาท สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาวะเสี่ยงตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ซึ่งมีหลักเกณฑ์ เงื่อนไข การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์³⁶ ดังนี้

(1) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ในอัตรา 233 บาทสำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

(2) ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอกตามกำหนดบัญชีรายการโรคเรื้อรัง ดังนี้

(2.1) โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

(2.2) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

(2.3) โรคตับอักเสบเรื้อรังและโรคตับแข็ง (Chronic Hepatitis, Cirrhosis of Liver)

(2.4) โรคภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)

(2.5) โรคเส้นเลือดสมองแตก/อุดตัน (Cerebrovascular Accident)

(2.6) โรคมะเร็ง (Malignancy)

(2.7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS)

(2.8) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema)

³⁵ กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์เพราะประสบอันตราย ให้จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ 3.2 ของประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลงวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2548

³⁶ ข้อ 2 (1) วรรคสอง แก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2550

- (2.9) โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Renal Failure)
- (2.10) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease)
- (2.11) โรคมายแอสทีเนีย เกรวิส (Myasthenia Gravis)
- (2.12) โรคเบาจืด (Diabetes Insipidus)
- (2.13) โรคมัลติเพิล สเคลอโรสิส (Multiple Sclerosis)
- (2.14) โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia)
- (2.15) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis)
- (2.16) โรคต้อหิน (Glaucoma)
- (2.17) โรคไต เนฟโรติก (Nephrotic Syndrome)
- (2.18) โรคลูปัส (SLE)
- (2.19) โรคเลือดอะพลาสติก (Aplastic Anemia)
- (2.20) โรคทาลัสซีเมีย (Thalassemia)
- (2.21) โรคฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)
- (2.22) โรคเรื้อนกว้าง (Psoriasis)
- (2.23) โรคผิวหนังพุพองเรื้อรัง (Chronic Vesiculobullous Disease)
- (2.24) โรคเลือด ไอทีพี (ITP)
- (2.25) โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis)
- (3) บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยในจะคำนวณภาระการรักษาผู้ป่วยในทุกราย

โดยคำนวณผลรวมของคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์³⁷ (DRG)³⁸

สำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ HIV และผู้ประกันตนที่เป็นโรค
เอดส์ มีดังนี้³⁹

³⁷ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องค่าบริการทางการแพทย์สำหรับสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ลงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2546

³⁸ การคำนวณผลรวมของคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ (Diagnostic Related Group หรือ DRG) เป็นการควบคุมตรวจสอบมาตรฐานของสถานพยาบาลในการวินิจฉัยและรักษาโรคของผู้ป่วย

- 1) ผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ HIV และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์มีสิทธิได้รับยาต้านไวรัสเอดส์
 - 2) สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่ายาต้านไวรัสเอดส์ให้แก่หน่วยงานของรัฐที่ผลิตยา
 - 3) ผู้ประกันตนจะได้รับการตรวจ CD4 โดยสำนักงานประกันสังคมจะเหมาจ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลครั้งละ 500 บาท ปีละไม่เกิน 1,000 บาท ต่อราย
 - 4) กรณีผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องตรวจ Viral Load สำนักงานประกันสังคมจะเหมาจ่าย ให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ครั้งละ 2,500 บาท ปีละไม่เกิน 5,000 บาท ต่อราย
 - 5) กรณีผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องตรวจ Drug Resistance Testing สำนักงานประกันสังคม จะเหมาจ่าย ให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ครั้งละ 8,500 บาท ต่อรายต่อปี
 - 6) กรณีที่มีค่าใช้จ่ายเกินข้อ 3) ข้อ 4) หรือข้อ 5) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิที่ให้การรักษายาบาลจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ
 - 7) กรณีผู้ประกันตนจำเป็นต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ นอกเหนือจากข้อ 3) ข้อ 4) หรือข้อ 5) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิที่ให้การรักษายาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ
- 4) กรณีต้องรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง
- สำหรับการรักษายาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางให้จ่ายตามอัตราตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม ดังนี้
- (ก) กรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน
- 1) การฟอกโลหิต (Hemodialysis) ให้จ่ายค่ารักษายาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละ 3,000 บาท

³⁹ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ HIV และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์ ลงวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2549 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550

2) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละ 500 บาท

(ข) การให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) และหรือรังสีรักษา (Radiotherapy) ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 30,000 บาทต่อรายต่อปี

(ค) การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 100,000 บาทต่อราย

(ง) การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคภายในร่างกาย (Implantation of Prosthesis and Instrumentation) ให้เหมาจ่ายเป็นค่าวัสดุตามอัตราที่กำหนดไว้ในบัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคแบบท้ายประกาศของสำนักงานประกันสังคม

(จ) การผ่าตัดดมอง ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ดังนี้

1) ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับเยื่อหุ้มสมองหรือสมอง ยกเว้นการเจาะรูกะโหลกศีรษะ (Burr Hole Operation) ไม่เกิน 15,000 บาทต่อราย

2) ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับเยื่อหุ้มสมองหรือสมองและมีโรคแทรกซ้อน เช่น มีการติดเชื้อในกะโหลกศีรษะซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ ปอดอักเสบ ไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น ไม่เกิน 30,000 บาทต่อราย

3) ได้รับการผ่าตัดถึงเนื้อสมองและผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวนานเกิน 15 วัน ไม่เกิน 30,000 บาทต่อราย

4) ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับหลอดเลือดในสมอง และต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ ไม่เกิน 30,000 บาทต่อราย

(ฉ) การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Bypass) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 100,000 บาทต่อราย

(ช) การรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้สายบอลลูนผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous Balloon Valvuloplasty) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 20,000 บาทต่อราย

(ซ) ค่ายาในการรักษาผู้ป่วยประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal Meningitis ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 15,000 บาทต่อราย

(ณ) การรักษาผู้ป่วยประกันตนที่เจ็บป่วยโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1) กรณีการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่บอลลูน (Balloon) อย่างเดียว ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละ 30,000 บาท ให้มีสิทธิได้รับไม่เกิน 2 ครั้ง

2) กรณีการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หัวใจกรอ (PTCA) ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละ 40,000 บาท ให้มีสิทธิได้รับไม่เกิน 2 ครั้ง และสำหรับกรณีที่ต้องใส่อุปกรณ์ Stent ให้จ่ายในอัตราอันละ 25,000 บาท ให้มีสิทธิได้รับครั้งละไม่เกิน 2 อัน

(ญ) การปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องบน (ASD) ทางสายสวนหัวใจโดยใช้ Amplatzer TM Septal Occluder ในสถานพยาบาลที่มีบริการพิเศษและโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ให้จ่ายค่ารักษาและค่าอุปกรณ์การรักษาเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อราย⁴⁰

5) กรณีผู้ประกันไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์

ผู้ประกันตนซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานด้วยเหตุหรือกลุ่มโรคและบริการดังต่อไปนี้ ไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ คือ

(1) โรคจิต ยกเว้นกรณีเฉียบพลันซึ่งต้องทำการรักษาในทันทีและระยะเวลาในการรักษาไม่เกิน 15 วัน

(2) โรคหรือการประสบอันตรายอันเนื่องจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

(3) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในสถานพยาบาลประเภทคนไข้ไม่เกิน 180 วันใน 1 ปี

(4) การบำบัดทดแทนไตกรณีไตวายเรื้อรัง ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis) และด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)⁴¹

⁴⁰ ข้อ 8 (4) แก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีบำบัดทดแทนไต ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547

⁴¹ ข้อ 8 (4) แก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบ

(5) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
 (6) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
 (7) การรักษาภาวะมีบุตรยาก
 (8) การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้นการตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการปลูกถ่ายไขกระดูกของผู้ประกันตน ให้จ่ายค่าตรวจเนื้อเยื่อเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 7,000 บาทต่อราย

(9) การตรวจใดๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น

(10) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น

(ก) การปลูกถ่ายไขกระดูก ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายในอัตรา 750,000 บาทต่อราย แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนถึงกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่คณะกรรมการการแพทย์รับรอง และได้ทำความตกลงไว้กับสำนักงานประกันสังคมในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน กรณีการปลูกถ่ายไขกระดูก

(ข) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา โดยให้เหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล 20,000 บาทและให้ศูนย์ดวงตาสุภาพภาษาไทย 5,000 บาท

(11) การเปลี่ยนเพศ

(12) การผสมเทียม

(13) การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น

(14) ทันตกรรม ยกเว้นการถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินปูน ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 250 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 500 บาทต่อปี กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอะคริลิก ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์และค่าฟันเทียมเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 1,400 บาท ภายในระยะเวลา 5 ปี นับแต่วันที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอะคริลิกนั้น ตามหลักเกณฑ์ดังนี้⁴²

อันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีบำบัดทดแทนไต ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547

⁴² ข้อ 8 (14) แก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานกรณีทันตกรรม ลงวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2549

(ก) 1 ถึง 5 ซี เทาที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 1,200 บาท

(ข) มากกว่า 5 ซี เทาที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 1,400 บาท

(15) แวนตา

ข. กรณีคลอดบุตร

การประกันประเภทนี้มีหลักการในทำนองเดียวกับการเจ็บป่วย หากแต่จะต้องให้การบริบาลทารกแรกคลอดเพิ่มเติมด้วย สำหรับลูกจ้างซึ่งเป็นหญิงนั้นทางองค์การแรงงานระหว่างประเทศ(International Labour Organization) ได้ให้ความสนใจเป็นพิเศษ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร เพราะถือว่าการใช้แรงงานหญิงควรจะมีขอบเขตอันจำกัด และไม่เป็นอันตรายแก่หญิงและทารกในครรภ์ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร เพื่อเป็นการรักษาสุขภาพมารดาและบริบาลทารกหลังคลอดให้มารดาสามารถกลับมาทำงานได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

หลักการให้ความคุ้มครองมีลักษณะคล้ายกับการเจ็บป่วยคือ⁴³

- 1) ให้ความคุ้มครองเรื่องรายได้ในระหว่างหยุดทำงาน หรือเงินทดแทนการขาดรายได้
- 2) มีการจัดบริการทางการแพทย์

กรณีคลอดบุตรนั้นกฎหมายประกันสังคมได้วางหลักการสำคัญของผู้ประกันตนที่มีสิทธิขอรับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ เมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 210 วัน และต้องอยู่ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์⁴⁴ โดยประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับสำหรับการคลอดบุตรได้ไม่เกิน 2 ครั้ง

การบริการทางการแพทย์สำหรับกรณีคลอดบุตรนั้น กฎหมายประกันสังคมได้กำหนดให้ผู้ประกันตน หรือคู่สมรสของผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์อันเป็นประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตรตามกฎหมายประกันสังคมกำหนด ได้แก่⁴⁵

- (1) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์
- (2) ค่าบำบัดทางการแพทย์
- (3) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์

⁴³ วรางคณา ชาวเขียว, *อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 21*, น. 10-11.

⁴⁴ มาตรา 65 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

⁴⁵ มาตรา 66 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

- (4) ค่าทำคลอด
- (5) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล
- (6) ค่าบริบาลและค่ารักษาพยาบาลทารกแรกเกิด
- (7) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- (8) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

กรณีที่ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตนไม่สามารถรับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา 66 ได้ เนื่องจากผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตนไม่ได้คลอดบุตรในสถานพยาบาลตามมาตรา 59 ให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทนการคลอดบุตรตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ⁴⁶

กรณีที่ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสไม่ได้คลอดบุตรในสถานพยาบาลที่เลขาธิการประกาศกำหนดไว้ ก็สามารถมาเบิกประโยชน์ทดแทนได้ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนด เนื่องจากกฎหมายไม่ได้กำหนดว่า การที่ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตนไม่ได้คลอดบุตรในสถานพยาบาลที่เลขาธิการกำหนดต้องมีเหตุจำเป็น ดังนั้น ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตน จึงอาจเลือกเข้ารับบริการคลอดบุตรจากสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ หรือคลอดบุตรในสถานพยาบาลอื่นแล้วมาขอรับประโยชน์ทดแทนเป็นตัวเงินตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดไว้ก็ได้

การเหมาจ่ายนั้นเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร ดังนี้

กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลอื่นที่มีใช้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิของผู้ประกันตน ให้เหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีคลอดบุตรในอัตรา 12,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ซึ่งอัตราดังกล่าวนี้ครอบคลุมถึง ค่าตรวจและ ค่ารับฝากครรภ์ ค่าบำบัดทางการแพทย์ ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ ค่าทำคลอด ค่ากินอยู่และ ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ค่าบริบาลและรักษาพยาบาลทารกแรกเกิด ค่ารถพยาบาลหรือ ค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย และค่าบริการอื่นๆ กล่าวคือ เป็นกรณีที่ผู้ประกันตน หรือภริยาของผู้ประกันตน หรือหญิงซึ่งอยู่กินฉันสามีภริยากับผู้ประกันตนโดยเปิดเผย กรณีที่ผู้ประกันตนไม่มีภริยา มิได้เข้ารับบริการทางการแพทย์ในกรณีคลอดบุตรตาม

⁴⁶ มาตรา 68 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

สถานพยาบาลที่ได้เลือกไว้ ก็จะทำให้เกิดสิทธิแก่ผู้ประกันตนที่จะเบิกค่าบริการทางการแพทย์กรณีคลอดบุตรได้ในอัตรา 12,000 บาท⁴⁷

กรณีที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีคลอดบุตรที่สถานพยาบาล ตาม บัตรรับรองสิทธิก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ปี พ.ศ. 2549 ต้องให้บริการทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษาโดยไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ประกันตน หากผู้ประกันตนไปคลอดที่สถานพยาบาลอื่นที่มีใช้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 มีสิทธิเบิกค่าบริการทางการแพทย์ 6,000 บาทต่อครั้ง ตาม อัตราการจ่ายสิทธิประโยชน์แบบเดิม⁴⁸ แต่หากผู้ประกันตนคลอดบุตร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 เป็นต้นไป ผู้ประกันตนมีสิทธิเบิกค่าบริการทางการแพทย์ได้ในอัตรา 12,000 บาทต่อครั้ง

ทั้งนี้ ผู้ประกันตนสามารถไปขอรับบริการคลอดบุตรที่สถานพยาบาลใดก็ได้ตามความสะดวกแล้วนำหลักฐานมายื่นเรื่องขอเบิกสิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตรได้ที่สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดทั่วประเทศ⁴⁹

ค. กรณีทุพพลภาพ

การประกันประเภทนี้มีส่วนสัมพันธ์ระหว่างการประกันการเจ็บป่วยกับการประกันคนชราภาพ เพราะการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือการบาดเจ็บ หรือการประสบอันตรายจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่เนื่องจากการทำงาน อาจทำให้ผู้ประกันตนต้องตกอยู่ในสภาพเป็นผู้ทุพพลภาพได้เช่นเดียวกัน และเมื่อทุพพลภาพจนไม่สามารถประกอบอาชีพสำหรับเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้

⁴⁷ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคลอดบุตร ฉบับลงวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549

⁴⁸ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคลอดบุตร ฉบับลงวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2548

⁴⁹ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคลอดบุตร ฉบับลงวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549

ก็สมควรจะได้รับเบี้ยเลี้ยงชีพไปจนกว่าจะเข้าเกณฑ์ชราภาพ ซึ่งจะเปลี่ยนไปรับบำนาญชราภาพแทนต่อไป

หลักเกณฑ์พิจารณาความทุพพลภาพของบุคคลที่จะทำให้บุคคลพึงมีสิทธิได้รับค่าทดแทนในกรณีนี้ จะถือเอาสมรรถภาพในการทำงานของแต่ละบุคคลเป็นเกณฑ์ ซึ่งความทุพพลภาพนี้อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ⁵⁰

1) ความทุพพลภาพชั่วคราว (Temporary Incapacity) หมายถึง ความพิการทุพพลภาพที่เป็นแล้วมีโอกาสหายได้ หรืออาจมีอาการดีขึ้นได้ หรืออาจหายเป็นปกติเหมือนเดิมหรือไม่ก็ตาม ความทุพพลภาพชั่วคราวนี้ยังแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1.1) ความทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน (Partial Temporary Incapacity)

1.2) ความทุพพลภาพชั่วคราวทั้งหมด หรือสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานตั้งแต่ 2 ใน 3 ของสมรรถภาพในการทำงาน หรือ ตั้งแต่ร้อยละ 67 ของสมรรถภาพในการทำงานขึ้นไป (Total Temporary Incapacity)

2) ความทุพพลภาพถาวร (Permanent Incapacity) หมายถึง ความทุพพลภาพที่ไม่สามารถกลับฟื้นคืนมาได้ดังเดิมอีกแล้ว เช่น เครื่องจักรตัดแขน หรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายถูกตัดขาดออกไปจากร่างกาย ขาขาด ตาบอด เป็นต้น แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ

2.1) ความทุพพลภาพถาวรบางส่วน (Partial Permanent Incapacity)

2.2) ความทุพพลภาพถาวรทั้งหมด หรือตั้งแต่ร้อยละ 67 ของสมรรถภาพในการทำงานขึ้นไป (Total Permanent Incapacity)

เงื่อนไขที่ผู้ประกันตนจะขอรับประโยชน์ในกรณีทุพพลภาพ ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ ต่อเมื่อผู้ประกันตนต้องส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนทุพพลภาพ⁵¹ และจะต้องมีเงื่อนไขอื่น ดังต่อไปนี้⁵²

(ก) เป็นผู้ประกันตนซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงานจนเป็นเหตุให้สูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะอย่างถาวร หรือสูญเสียภาวะปกติทางจิตใจอย่างถาวร

⁵⁰ วรารคณา ชาวเขียว, อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 21, น.12.

⁵¹ มาตรา 69 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

⁵² ข้อ 1 แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2536 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ดังกล่าว

โดยประเมินการสูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรได้ตั้งแต่วัยละ 50 ขึ้นไป ของสมรรถภาพทั้งร่างกาย

(ข) จะต้องไปรับการตรวจและวินิจฉัยจากคณะกรรมการการแพทย์ด้วยตนเอง เว้นแต่ผู้ประกันตนมีเหตุผลอันสมควรที่ไม่สามารถไปรับการตรวจได้ด้วยตนเอง โดยแจ้งเหตุผลให้สำนักงานประกันสังคมทราบ

(ค) คณะกรรมการการแพทย์มีดุลพินิจวินิจฉัยว่าผู้ประกันตนเป็นผู้ทุพพลภาพ มีลักษณะของการสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะอย่างถาวรซึ่งพิจารณาวินิจฉัยโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมที่ให้ถือว่าผู้ประกันตนทุพพลภาพ⁵³ ได้แก่ ลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- มือทั้งสองข้างขาด
- แขนทั้งสองข้างขาด
- มือข้างหนึ่งกับแขนข้างหนึ่งขาด
- มือข้างหนึ่งกับขาข้างหนึ่งขาด
- แขนข้างหนึ่งกับเท้าข้างหนึ่งขาด
- แขนข้างหนึ่งกับขาข้างหนึ่งขาด
- สูญเสียลูกตาทั้งสองข้างหรือสูญเสียตาข้างหนึ่งกับสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็นร้อยละ 90 ขึ้นไป หรือเสียความสามารถในการมองเห็นตั้งแต่ 3/60 หรือมากกว่าของตาอีกข้างหนึ่ง หรือสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็นร้อยละ 90 ขึ้นไป หรือสูญเสียความสามารถในการมองเห็นตั้งแต่ 3/60 หรือมากกว่าของตาทั้งสองข้าง
- โรคหรือการบาดเจ็บของไขสันหลัง เป็นเหตุให้มือหรือแขนทั้งสองข้าง มือข้างหนึ่งกับแขนข้างหนึ่ง มือข้างหนึ่งกับขาอีกข้างหนึ่ง แขนข้างหนึ่งกับขาหรือเท้าอีกข้างหนึ่ง หรือขาทั้งสองข้างกับการขยับย้ายปัสสาวะ อุจจาระ สูญเสียสมรรถภาพโดยสิ้นเชิง

⁵³ ข้อ 1 แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2536 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันดังกล่าว

- โรคหรือการบาดเจ็บของสมอง เป็นเหตุให้สูญเสียความสามารถของอวัยวะของร่างกายจนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำได้ และต้องมีผู้อื่นมาช่วยเหลือดูแล⁵⁴

กรณีนอกเหนือจากลักษณะข้างต้น คณะอนุกรรมการประโยชน์ทดแทนในคณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้มีอำนาจพิจารณาวินิจฉัยในส่วนกลาง และคณะอนุกรรมการประกันสังคมจังหวัดในคณะกรรมการประกันสังคมเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาวินิจฉัยในส่วนภูมิภาค แล้วแจ้งให้คณะกรรมการการแพทย์ทราบ⁵⁵ นอกจากนั้นถ้ามีปัญหาในการตีความวินิจฉัยและกำหนดวิธีปฏิบัติ ก็เป็นอำนาจของผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

สำหรับประโยชน์ทดแทนด้านการรับบริการทางการแพทย์ในกรณีทุพพลภาพตามที่กฎหมายประกันสังคมกำหนด มีดังนี้⁵⁶

- (1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- (2) ค่าบำบัดทางการแพทย์
- (3) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์
- (4) ค่ากินอยู่และค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล
- (5) ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
- (6) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจและอาชีพ
- (7) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพมี 7 ประเภท ซึ่งต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

⁵⁴ ข้อ 6 บัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกรณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วน แก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานกรณีทันตกรรม ลงวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2548

⁵⁵ ข้อ 2 แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2536 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันดังกล่าว

⁵⁶ มาตรา 70 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพจะมีมากกว่าประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยในเรื่องค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ โดยรวมถึงการฝึกอาชีพ เพื่อให้สามารถเลี้ยงตัวเองได้ในภายหน้าด้วย

กรณีทุพพลภาพนี้ ถ้าผู้ประกันตนได้รับค่าจ้างจากนายจ้างอยู่ด้วย ก็ไม่เป็นการลิดรอนสิทธิที่จะได้รับตามกฎหมายประกันสังคม ซึ่งต่างจากเงินทดแทนการขาดรายได้ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือคลอดบุตร⁵⁷

สำนักงานประกันสังคมต้องจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพแก่ผู้ประกันตนเป็นค่าบริการทางการแพทย์และค่ารักษาพยาบาลระหว่างที่ผู้ประกันตนทุพพลภาพเท่าที่ได้จ่ายไปจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท โดยไม่มีข้อจำกัดว่าจะต้องเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการทุพพลภาพนั้น⁵⁸

กรณีที่คณะกรรมการการแพทย์ได้วินิจฉัยแล้วพบว่า ผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ และอาชีพจนมีสภาพดีขึ้นแล้ว ให้เลขาธิการหรือผู้ซึ่งเลขาธิการมอบหมายมีสิทธิพิจารณาและสั่งลดเงินทดแทนการขาดรายได้เนื่องจากการทุพพลภาพได้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ ในกรณีที่การทุพพลภาพมีสภาพดีขึ้นก่อนสิ้นระยะเวลาได้รับประโยชน์ทดแทน เลขาธิการหรือผู้ซึ่งเลขาธิการมอบหมายพิจารณาสั่งลดเงินทดแทนการขาดรายได้เนื่องจากการทุพพลภาพได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการการแพทย์

กรณีผู้ประกันตนจงใจหรือยินยอมให้ผู้อื่นก่อให้เกิดความทุพพลภาพขึ้น ผู้ประกันตนดังกล่าวจะไม่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน

⁵⁷ วิชัย โถสุวรรณจินดา, กฎหมายประกันสังคม, พิมพ์ครั้งที่ 2, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธรรมนิติ, 2533), น.42-43.

⁵⁸ ข้อ 2 แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2534 แก้ไขโดยข้อ 3 แห่งประกาศเรื่องเดียวกัน (ฉบับที่ 3) ลงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2538 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2538

ตารางที่ 2 บริการทางการแพทย์มีรายการตามที่กฎหมายประกันสังคมกำหนดไว้ ดังต่อไปนี้⁵⁹

ตาราง แสดงรายการบริการทางการแพทย์

กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน	กรณีคลอดบุตร*	กรณีทุพพลภาพ
(1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค	(1) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์	(1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
(2) ค่าบำบัดทางการแพทย์	(2) ค่าบำบัดทางการแพทย์	(2) ค่าบำบัดทางการแพทย์
(3) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล	(3) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล	(3) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล
(4) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์	(4) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์	(4) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์
(5) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย	(5) ค่าทำคลอด	(5) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
(6) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น (มาตรา 63)	(6) ค่าบริบาลและค่ารักษาพยาบาลทารกแรกเกิด	(6) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ และอาชีพ
	(7) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย	(7) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น (มาตรา 70)
	(8) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น (มาตรา 66)	

หมายเหตุ *ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรเป็นสิทธิสำหรับผู้ประกันตน หรือภริยา หรือหญิงซึ่งอยู่กินฉันสามีภริยากับผู้ประกันตนโดยเปิดเผย แต่ผู้ประกันตนจะต้องมิได้มีภริยาซึ่งจดทะเบียนสมรสกันอยู่แล้ว และจะต้องปรากฏชื่อผู้ประกันตนในสูติบัตรเป็นบิดาของบุตรที่เกิดจากการคลอดนั้นด้วย และประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรดังกล่าวเป็นสิทธิสำหรับการคลอดบุตรไม่เกินสองครั้ง (มาตรา 65)

การบริการทางการแพทย์นี้ นอกจากที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แล้ว ยังมีกรณีของการบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมฉบับต่างๆ ดังนี้

⁵⁹ วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา) วิเชียรชม, *อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 2*, น. 467.

1. บริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม

กรณีทันตกรรม ยกเว้นการอุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินปูนให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 250 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 500 บาทต่อปี กรณีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิกให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์และค่าฟันเทียมเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 1,400 บาท ภายในระยะเวลา 5 ปีนับแต่วันที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิกนั้น ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

- 1) 1 ถึง 5 ซี่ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 1,200 บาท
- 2) มากกว่า 5 ซี่ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 1,400 บาท

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉบับนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนสิทธิประโยชน์การทำฟันจากเดิมที่สำนักงานประกันสังคมเหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลคู่สัญญาในอัตราปีละ 433 บาท และให้ผู้ประกันใช้สิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์ในกรณีทันตกรรมโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาเป็นจ่ายให้ผู้ประกันตนตามความเป็นจริง กรณีดังกล่าวนี้ผู้ประกันตนสามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลใดก็ได้ แล้วนำหลักฐานมายื่นเรื่องขอเบิกสิทธิประโยชน์ได้ที่สำนักงานประกันสังคมในเขตพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดในภายหลัง⁶⁰

2. บริการทางการแพทย์กรณีบำบัดทดแทนไต

ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และได้รับอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีบำบัดทดแทนไต ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และอัตราการบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ดังนี้

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต

(1) "การบำบัดทดแทนไต" หมายความว่า กรรมวิธีบำบัดทดแทนการทำงานของไต เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเกื้อบปกติได้

(2) ผู้ที่มีสิทธิยื่นขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต ต้องเป็นผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามหลักวิชาการแพทย์ และเป็นผู้ประกันตนก่อนคราวที่ยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต

⁶⁰ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กรณีทันตกรรม ลงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2549

(3) ผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไต ต้องเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่มีหน้าที่การทำงานของไตเสียไปอย่างถาวร เกินกว่าร้อยละ 95 โดย

(4) ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะได้รับสิทธิประโยชน์ทดแทน กรณีการบำบัดทดแทนไต จะต้องยื่นคำขอรับการบำบัดทดแทนไตต่อสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิ

(5) เงื่อนไขและอัตราสิทธิประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต

(5.1) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิจะต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง เว้นแต่การเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสัปดาห์แรก หรือผู้ประกันตนเสียชีวิต หรือได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

2) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในอัตราไม่เกิน 1,500 บาท ต่อครั้ง และไม่เกิน 3,000 บาท ต่อสัปดาห์ สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

(5.2) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

1) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิเข้ารับการล้างช่องท้องด้วยน้ำยา อย่างถาวร จะต้องได้รับการตรวจรักษาจากอายุรแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง

2) สำนักงานประกันสังคม จะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร ให้แก่สถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนเข้ารับการตรวจรักษา เป็นค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 15,000 บาท เว้นแต่ภายในเดือนแรกที่ได้รับอนุมัติ จะจ่ายค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงเฉลี่ยไม่เกินวันละ 500 บาท ตามจำนวนวันที่เหลือในเดือนนั้น สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินให้อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

(5.3) การปลูกถ่ายไต

1) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิจะต้องปลูกถ่ายไตในสถานพยาบาล ที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคม และสถานพยาบาลดังกล่าวจะดำเนินการให้บริการทางการแพทย์ตามข้อกำหนด

2) สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตจะต้องเป็นสถานพยาบาลหลักให้บริการทางการแพทย์ ในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานแก่ผู้ประกันตน เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในอัตราเหมาจ่าย และค่าบริการทางการแพทย์อื่นตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ปีที่ 3 ภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ตามเงื่อนไขที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด และให้ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษา ปรึกษาคุณภูมิคุ้มกัน รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รับการตรวจปัสสาวะ รับการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน กรณีหลังปลูกถ่ายไตกับสถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไต

3) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทน จะต้องรับบริการทางการแพทย์ หลังการปลูกถ่ายไตในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคม

4) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตและได้ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคม ดังนี้

4.1) ค่าใช้จ่ายก่อนการปลูกถ่ายไตเท่าที่จ่ายจริงในอัตราไม่เกิน 30,000 บาท ต่อราย สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน ทั้งนี้ให้ครอบคลุมรายการตรวจประเมินของผู้ประกันตนและผู้บริจาคไต

4.2) ค่าใช้จ่ายระหว่างการปลูกถ่ายไตเหมาจ่ายในอัตรา 230,000 บาท ต่อราย โดยครอบคลุมผู้ประกันตนและผู้บริจาคไต เป็นเวลา 60 วัน นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต รวมทั้งรักษาภาวะการสลายไตอย่างเฉียบพลัน (Acute rejection) ของผู้ประกันตนเป็นเวลา 2 ปี นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

4.3) ค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายไตสำหรับสถานพยาบาลที่ปลูกถ่ายไตให้แก่ผู้ประกันตน ที่มีสิทธิตามประกาศฉบับนี้ โดยครอบคลุมการตรวจรักษา ยากดภูมิคุ้มกัน ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจปัสสาวะ ตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน เหมาจ่ายในอัตราดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 อัตราเหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในกรณีค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายไตสำหรับสถานพยาบาล

ปีที่ 1	เดือนที่ 1-6	เดือนละ	30,000 บาท
	7-12	เดือนละ	20,000 บาท
ปีที่ 2		เดือนละ	15,000 บาท
ปีที่ 3 เป็นต้นไป		เดือนละ	10,000 บาท

สิทธิประโยชน์ทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายไต สิ้นสุดลงนับแต่วันที่ 1 ของเดือนถัดไป ในกรณีดังต่อไปนี้

(1) กลับเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

(2) สิ้นสภาพการเป็นผู้ประกันตน

(3) เสียชีวิต

5) ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการปลูกถ่ายไตจากสำนักงานประกันสังคมรายละเอียด 1 ครั้งเท่านั้น

6) ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติสิทธิกรณีปลูกถ่ายไต แต่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ยังคงใช้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีบำบัดทดแทนไต โดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร จนกว่าจะได้รับการทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

3. กรณีปลูกถ่ายไขกระดูก

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลในความตกลงที่ให้บริการผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษา ในวงเงิน 750,000 บาท

ผู้ประกันตนสามารถได้รับการอนุมัติให้ปลูกถ่ายไขกระดูกไปเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยเหตุหรือโรคอื่น ๆ จากสถานพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ปลูกถ่ายไขกระดูกในช่วงระยะเวลาของกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูก⁶¹

4.2 หลักเกณฑ์สำคัญเกี่ยวกับค่าบริการทางการแพทย์

สถานพยาบาลประกันสังคมในประเทศไทย คณะกรรมการประกันสังคมตัดสินใจใช้ระบบเหมาจ่าย (Capitation) โดยเหมาจ่ายตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้แก่สถานพยาบาลและมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา 62 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในอัตรา 1,306 บาท ต่อผู้ประกันตน 1 คนภายในระยะเวลา 1 ปี⁶² และสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากอัตรา 1,306 บาทในอัตรา 233 บาท สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน

4.2.1 หลักการทั่วไปเกี่ยวกับค่าบริการทางการแพทย์

1) สำนักงานประกันสังคมทำความตกลงกับสถานพยาบาล เพื่อให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงนั้นจัดบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนภายใต้เงื่อนไข ระยะเวลา และหลักเกณฑ์ตามที่กฎหมายกำหนดครอบคลุมไว้

2) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินโดยตรงให้แก่สถานพยาบาล โดยเหมาจ่ายรวมตามจำนวนที่ได้ตกลงไว้กับสำนักงานประกันสังคมเป็นจำนวนที่แน่นอน

⁶¹ ประกาศสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ 3) ประกาศ ณ วันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2540

⁶² ข้อ 5 (1) วรรคหนึ่ง แก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2550

3) การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามระบบเหมาจ่ายนี้ ไม่คำนึงถึงจำนวนการใช้บริการทางการแพทย์ตามความเป็นจริง และสถานพยาบาลจะรับภาระความเสี่ยงในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจำนวนหนึ่งตามที่ได้ตกลงไว้

4) สถานพยาบาลที่จะทำความตกลง จะต้องมีความสามารถในการรักษาพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ตามที่กฎหมายกำหนด และได้รับการยอมรับโดยสำนักงานประกันสังคม ซึ่งสถานพยาบาลนั้นต้องรับผิดชอบต่อการให้บริการทางการแพทย์ที่มีขึ้นในสถานพยาบาล รวมทั้งยังต้องรับผิดชอบต่อกรณีที่เป็นสถานพยาบาลเครือข่ายกับสถานพยาบาลในความตกลงด้วย

5) วิธีการนำส่งเงินเหมาจ่ายให้กับสถานพยาบาลในความตกลง จะแบ่งจ่ายให้เป็นช่วงเวลาไม่ใช่ให้ครั้งเดียวหมด เช่น จ่ายรายเดือน รายสองเดือน เป็นต้น⁶³

4.3 การคำนวณอัตราค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่าย

อัตราค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่าย อาจปรับเปลี่ยนต่อปีโดยการใช้อัตราข้อมูลต่อไปนี้เป็นกรอบการพิจารณาอย่างเพียงพอ คือ

4.3.1 ดัชนีค่าครองชีพ

4.3.2 จำนวนเงินสมทบที่เก็บได้

4.3.3 จำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียน

4.3.4 สถานที่ตั้งของสถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในสถานการณ์ขณะนั้น

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลในเบื้องต้น⁶⁴ โดยแบ่งจ่ายเป็นรายเดือน เดือนละไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของจำนวนผู้ประกันตนที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ในวันสุดท้ายของเดือนก่อนเดือนที่จะทำการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ โดยใช้จำนวนผู้ประกันตนที่ปรากฏตามรายงานจำนวนผู้ประกันที่ขึ้นทะเบียนในการไปรับบริการทางการแพทย์กับสถานพยาบาลจากสำนักงาน

⁶³ บัณฑิตย์ ธนชัยเศรษฐวุฒิ ,สภาพการบังคับใช้กฎหมายประกันสังคม,(มูลนิธิ อารมณ พงษ์พจน์, 2535),น. 69.

⁶⁴ วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา)วิเชียรชม, *เพ็ญอ่างเชิงอรุณ*ที่ 2,น. 466.

ประกันสังคมเป็นเกณฑ์คำนวณ⁶⁵ และจะต้องจ่ายภายในวันที่ 15 ของทุกเดือน⁶⁶ เมื่อได้มีการจ่ายเงินในแต่ละเดือนแล้วก็ต้องมีการคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลพึงจะได้รับ ตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงานของเดือนที่มีการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ 6 แห่งระเบียบดังกล่าว โดยให้ใช้จำนวนผู้ประกันตนโดยเฉลี่ย ซึ่งคำนวณได้จากผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในวันต้นเดือนรวมกับจำนวนผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในวันสิ้นเดือนหารด้วยสองเป็นเกณฑ์คำนวณ และในกรณีที่ต้องจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มให้แก่สถานพยาบาล สำนักงานประกันสังคมก็ต้องจ่ายให้เสร็จสิ้นภายใน 3 เดือน นับแต่เดือนที่มีการจ่ายเงินในเบื้องต้นตามข้อ 6 แห่งระเบียบฉบับเดียวกัน⁶⁷ และหลังจากคิดคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลพึงจะได้รับแล้ว หากปรากฏว่าได้จำนวนมากกว่าจำนวนที่สำนักงานประกันสังคมได้จ่ายให้แล้วสำนักงานประกันสังคมก็จะจ่ายเพิ่มให้ แต่หากปรากฏว่าได้จำนวนน้อยกว่าจำนวนที่สำนักงานประกันสังคมได้จ่ายให้แล้ว เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมหรือผู้ซึ่งเลขาธิการมอบหมายก็จะเป็นผู้พิจารณาว่าจะใช้วิธีหักกลบลบหนี้กันในเดือนถัดจากเดือนที่มีการคิด

⁶⁵ ข้อ 6 แห่งระเบียบสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533ว่าด้วย การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล พ.ศ. 2534 แก้ไขโดยข้อ 3 แห่งระเบียบดังกล่าว (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2535 ลงวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2535 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2535

⁶⁶ ข้อ 7 แห่งระเบียบสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533แก้ไขโดยข้อ 4 แห่งระเบียบสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2535

⁶⁷ ข้อ 8 แห่งระเบียบสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533แก้ไขโดยข้อ 5 แห่งระเบียบสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2535

ค่านวนที่ถูกต้องแล้วหรือใช้วิธีเรียกเงินคืนก็ได้โดยการชำระเงินเพิ่ม และการคืนเงินส่วนเกินจะต้องกระทำให้เสร็จสิ้นภายในเวลาไม่เกิน 30 วันภายหลังจากที่ได้คิดค่านวนโดยถูกต้องแล้ว⁶⁸

4.4 กลุ่มโรคและบริการประโยชน์ทดแทนที่จ่ายนอกเหนือจากเงินเหมาจ่าย

- 1) การรักษาพยาบาลที่ต้องทำการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
 - 2) การประคบอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างฉุกเฉินและเป็นกรณีผู้ที่ประกันตนได้รับบริการจากสถานพยาบาลนอกจากที่กำหนดไว้ในบัตรรับรองสิทธิโดยทรงจ่ายเงินไปก่อนแล้วนำไปเสร็จรับเงินมาเบิกตามหลักเกณฑ์และอัตราตามที่กฎหมายกำหนดไว้
 - 3) การคลอดบุตรที่ผู้ประกันตนทดลองจ่ายเงินไปก่อนแล้วนำหลักฐานใบเกิดมาเบิกจากสำนักงานประกันสังคม
 - 4) การทำหมัน
 - 5) เงินทดแทนการขาดรายได้ในรูปของเงินสดกรณีต้องหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาลต้องหยุดงานเนื่องจากทุพพลภาพ และเพื่อการคลอดบุตรตามคำสั่งของแพทย์
- ข้อมูลดังกล่าวที่ได้ศึกษาอันเป็นกรณีที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ประกันตนที่จะได้รับการบรรเทาความเดือดร้อนทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย และด้านการเงินการคลัง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ประกันตนซึ่งส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างในสถานประกอบการนั้นดีขึ้น บรรเทาความเดือดร้อนและมีความมั่นคงในการดำรงชีวิตมากยิ่งขึ้น และจากข้อมูลทั้งหมดจะพบว่ามีกรณีปัญหาหลายประการที่เกิดจากการบริการทางการแพทย์ดังกล่าวอันส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของลูกจ้าง ซึ่งจะศึกษาในบทต่อไป

⁶⁸ ข้อ 9 แห่งระเบียบสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ว่าด้วยการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล พ.ศ. 2534