

สวัสดิการสังคมเพื่อภูมิคุ้มกัน

โดย อมรรรัตน์ อภินันท์มหกุล

คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

(1) บทนำ

สวัสดิการสังคมที่สำคัญที่รัฐบาลทั่วโลกจัดสรรแก่พลเมืองของประเทศ คือ หลักประกันสุขภาพ และหลักประกันรายได้เพื่อการชราภาพ¹ โดยเหตุผลสนับสนุนการจัดสรรสวัสดิการโดยภาครัฐคือ ความล้มเหลวของกลไกตลาดที่ราคาเบี้ยประกันไม่ก่อให้เกิดการจัดสรรสวัสดิการอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ซื้อประกันจะทราบโอกาสในการเจ็บป่วยของตนเอง หรือคาดเดาอายุขัยโดยประมาณของตนเองได้แม่นยำกว่าบริษัทประกัน ผู้ที่ต้องการซื้อประกันสุขภาพโดยส่วนใหญ่จึงมักเป็นคนที่มีโอกาสเจ็บป่วยสูง และผู้ที่ต้องการการประกันรายได้เพื่อการชราภาพ (annuity) มักเป็นบุคคลที่บรรพบุรุษมีอายุยืน ด้วยเหตุนี้ บริษัทประกันจึงต้องคิดเบี้ยประกันในอัตราสูงเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่บริษัทอาจล้มละลาย แต่อัตราเบี้ยประกันที่สูงเป็นอุปสรรคก็ดันผู้มีรายได้น้อยจากหลักประกันสุขภาพที่ดี และทำให้ผู้มีอายุยืนขาดหลักประกันรายได้มีความเสี่ยงต่อปัญหาความยากจนในยามแก่ชรา การจัดสรรหลักประกันสุขภาพและหลักประกันรายได้เพื่อการชราภาพโดยรัฐบาลนั้น รัฐบาลสามารถบังคับให้ประชาชนทุกคนเข้าร่วมโครงการจึงช่วยลดความเสี่ยงของการดำเนินงานด้วยหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข หรือ risk pooling ระหว่างผู้มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคและผู้มีสุขภาพดี และระหว่างผู้มีอายุชี่ยาวกับผู้มีอายุขัยสั้นกว่า นอกจากนี้ หลักประกันสุขภาพและหลักประกันรายได้เพื่อการชราภาพยังเป็นกลไกในการกระจายรายได้ของรัฐ ช่วยให้คนจนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและช่วยแก้ปัญหาความยากจนในหมู่ผู้สูงอายุด้วย การดำเนินโครงการโดยภาครัฐยังเกิดการประหยัดจากขนาด (economy of scale) อันเนื่องมาจากต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยที่ต่ำลงเมื่อมีผู้เข้าร่วมโครงการจำนวนมาก รัฐจึงสามารถเรียกเก็บเบี้ยประกันในอัตราที่ต่ำกว่าบริษัทประกันเอกชน

แม้ว่ารัฐบาลไทยได้จัดสรรหลักประกันทั้งสองประเภทแก่คนไทยทุกคน แต่ยังมีปัญหาในเรื่องความไม่ทัดเทียมกันหรือความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ที่คนแต่ละกลุ่มได้รับ และปัญหาความยั่งยืนของหลักประกันรายได้เพื่อการชราภาพ เมื่อผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นและอายุขัยโดยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น บทความนี้จะกล่าวถึงระบบประกันสุขภาพโดยสังเขป แล้วให้ความสำคัญแก่การวิเคราะห์หลักประกันรายได้เพื่อการชราภาพเพื่อตอบคำถามว่า หลักประกันรายได้เพื่อความชราภาพของไทยเป็นระบบภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็งเพียงพอสำหรับคนไทยโดยส่วนใหญ่แล้วหรือยัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนร้อยละ 11 ของจำนวนประชากร และค่า

¹ หลายประเทศมีการจัดสวัสดิการด้านการศึกษาด้วย แต่อยู่นอกขอบเขตของการศึกษาในที่นี้

อายุมัธยฐานของคนไทยเท่ากับ 33 ปี² และประเทศกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบเมื่อสัดส่วนผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
เพิ่มเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2565 หรือในอีก 9 ปีข้างหน้า

² ตามมาตรฐานองค์การระหว่างประเทศ ประเทศที่มีสัดส่วนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 และมีอายุมัธยฐานของประชากร
มากกว่า 30 ปี ถือเป็นสังคมผู้สูงอายุ (the Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI,
2006)

(2) หลักประกันสุขภาพ

หลักประกันสุขภาพในประเทศไทยมี 3 ระบบ คือ (1) สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการที่ครอบคลุมบิดา-มารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะของข้าราชการและข้าราชการ เกษียณอายุประมาณ 5 ล้านคน (2) สิทธิประโยชน์ด้านการรักษายาบาลสำหรับผู้ประกันตนภายใต้ พรบ.ประกันสังคมที่มีประมาณ 10 ล้านคน และ (3) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ โครงการสามสิบบาทสำหรับทุกคนที่ไม่มีสิทธิการรักษายาบาลในข้อ (1) และ (2) และครอบคลุมประชากรประมาณ 49 ล้านคน

เนื่องจากหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบเกิดขึ้นต่างกรรมต่างวาระ และมีหน่วยงานรับผิดชอบที่ไม่เกี่ยวข้องกัน หลักประกันทั้งสามจึงมีความเหลื่อมล้ำกันอย่างมาทั้งในเรื่องสิทธิประโยชน์ ภาระค่าใช้จ่าย และคุณภาพของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ตามหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ จะเห็นว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการถือเป็นสวัสดิการการจ้างงานในภาครัฐที่รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพียงฝ่ายเดียว ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลเกือบทั้งหมด โดยข้าราชการไม่มียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ระบบดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหา moral hazard ที่ผู้ใช้สิทธิพบแพทย์มากเกินไปจนความจำเป็น จากรายงานที่ตีอาอีไอสรุปว่า “...หลังจากการใช้ระบบจ่ายตรงโดยผู้มีสิทธิไม่ต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อนในปี พ.ศ. 2549 ค่าใช้จ่ายรักษายาบาลข้าราชการกรณีผู้ป่วยนอกได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนมีค่าใช้จ่ายมากกว่าผู้ป่วยใน ทั้งที่จำนวนผู้มีสิทธิและโครงสร้างอายุผู้มีสิทธิไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ค่าใช้จ่ายเพื่อสวัสดิการข้าราชการเพิ่มจาก 2 หมื่นกว่าล้านบาทในปี พ.ศ. 2546 เป็น 6 หมื่นกว่าล้านบาทในปี พ.ศ. 2552 และค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยนอกสูงกว่าผู้ป่วยในถึง 2.8 เท่าในปี 2550 ค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยนอกเพิ่มสูงถึงร้อยละ 40...” (รายงานที่ตีอาอีไอ ฉบับที่ 87 เดือนตุลาคม 2553 เรื่อง “ทางเลือกของสวัสดิการสังคมสำหรับคนไทย ” หน้า 11) และจากข้อมูลกรมบัญชีกลางในปี 2554 ระบุว่าข้าราชการพลเรือนมีค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษายาบาลเฉลี่ยที่ 12,680 บาทต่อคน

สำหรับหลักประกันสังคมนั้น เป็นสวัสดิการสำหรับลูกจ้างเอกชนที่ครอบคลุมทั้งค่ารักษายาบาลและเงินทดแทนรายได้ใน 4 กรณีคือ กรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร พุพพลภาพ และเสียชีวิต เงินกองทุนเพื่อการประกันสุขภาพและกองทุนเงินทดแทนเรียกเก็บจาก นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐ ร่วมสมทบเท่ากันสามฝ่าย ในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างที่ลูกจ้างได้รับ โดยกำหนดเพดานเงินเดือนสูงสุดที่ใช้ในการคำนวณเงินสมทบที่ 15,000 บาท หรือแต่ละฝ่ายสมทบสูงสุดไม่เกิน 225 บาท ต่อคนต่อเดือน สำนักงานประกันสังคมกำหนดอัตราค่ารักษายาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัวแก่สถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนลงทะเบียนไว้ โดยปี 2555 กำหนดที่ 1,938 บาทต่อคนต่อปี และจ่ายเพิ่มตามน้ำหนักสัมพัทธ์ (DRG) แก่โรงพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงจำนวน 26 โรค ส่วนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ความคุ้มครองแก่พลเมืองไทยทุกคนที่ไม่ได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพใดๆ จากภาครัฐ ในปี 2555 รัฐบาลจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวที่อัตรา 2,755.60 บาทต่อปีแก่สถานพยาบาลที่มีสิทธิขึ้นทะเบียนไว้ เดิมที่ผู้เข้ารับบริการตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายจำนวน 30 บาทต่อครั้งที่เข้ารับการรักษา แต่กฎดังกล่าวได้ถูกยกเลิกในปี 2554

จากการเปรียบเทียบสิทธิและความคุ้มครองของหลักประกันทั้งสามประเภทตามตารางที่ 1 พบว่าหลักประกันสุขภาพของคนไทยมีความเหลื่อมล้ำกันทั้งในเรื่องความครอบคลุมของสิทธิที่ขยายไปถึง สมาชิกอื่นในครอบครัว ความครอบคลุมของโรคที่รักษา คุณภาพของยาที่ใช้ในการรักษา และความรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยผู้ ประกันตนภายใต้หลักประกันสังคม เป็นผู้มีสิทธิประเภทเดียว ที่ต้องจ่ายเงินสมทบ ค่ารักษาพยาบาลของตนเอง แม้ว่าหลักประกันสังคมจะจ่ายเงินทดแทนรายได้ในยามเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และเสียชีวิต หนึ่งในสามของเงินทดแทนดังกล่าวก็เป็นเงินสมทบของผู้ประกันตนเองดังกล่าวแล้ว แต่ในด้านความครอบคลุมของโรคแล้ว กลับพบว่าสิทธิในการรักษาพยาบาลภายใต้หลักประกันสังคมไม่รับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายการตรวจสุขภาพและการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค แต่ให้สิทธิเฉพาะการรักษาโรคและการฟื้นฟูเท่านั้น ค่าใช้จ่ายในการคลอดบุตรภายใต้หลักประกันสังคมและเงินสงเคราะห์บุตร ผู้ประกันตนสามารถเบิกได้ไม่เกิน 2 คน (และเพิ่มเป็น 4 คนหากสามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่) โดยผู้ประกันตนต้องส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 7 เดือน ในขณะที่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่จำกัดจำนวนครรภ์ นอกจากนี้ หลักประกันสังคมมีการกำหนดรายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์น้อยกว่าหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (จำนวน 81 รายการในหลักประกันสังคม และ 270 รายการในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ความเหลื่อมล้ำเหล่านี้ย่อมบั่นทอนขวัญและกำลังใจของผู้ประกันตนภายใต้หลักประกันสังคมที่เป็นหลักประกันภาคบังคับ และไม่จูงใจให้แรงงานนอกระบบที่อยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้อินย้ายเข้าสู่ระบบประกันสังคม รัฐจึงควรมหามาตรการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านการประกันสุขภาพที่เป็นอยู่ ให้คนไทยทุกคนมีสิทธิและได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน ทั้งในด้านการป้องกัน การรักษา และการบำบัดโรค เงินสมทบ 3 ฝ่ายภายใต้หลักประกันสังคมควรใช้เป็นเงินทดแทนรายได้ในยามเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และกรณีเสียชีวิตเท่านั้น โดยถือเป็นรูปแบบหนึ่งของเงินออมเพื่อใช้จ่ายในยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน และเพื่อจูงใจให้แรงงานนอกระบบจำนวน 25 ล้านคนเห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมกองทุนประกันสังคมมากขึ้น

อนึ่ง การปฏิรูประบบประกันสุขภาพให้เท่าเทียมกันสำหรับคนไทยทุกคน ย่อมสร้างภาระทางการคลังแก่รัฐบาล วรวรรณชาญด้วยวิทย์ (2553) ได้ประมาณการว่า หากประเทศไทยจัดสรรให้คนไทยทุกคนมีสวัสดิการรักษายาพยาบาลแบบข้าราชการแล้ว จะทำให้รัฐบาลมีค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณที่ 632.89 พันล้านบาทในปี 2553 และเพิ่มเป็น 811.26 พันล้านบาทในปี 2570 คิดเป็นร้อยละ 6.45 ของ GDP ในปี 2553 และ 4.24 ของ GDP ในปี 2570 (บนสมมุติฐานการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ร้อยละ 4) แต่หากให้คนไทยทุกคนมีสวัสดิการรักษายาพยาบาลแบบหลักประกันสังคม (โดยเพิ่มค่าใช้จ่ายส่งเสริมการป้องกันโรคอีกคนละ 272 บาทตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) จะทำให้รัฐบาลมีค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณที่ 203.38 พันล้านบาทในปี 2553 และเพิ่มเป็น 255.76 พันล้านบาทในปี 2570 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2.07 ของ GDP ในปี 2553 และ 1.34 ของ GDP ในปี 2570 (บนสมมุติฐานการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ร้อยละ 4 เช่นกัน) สำหรับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน รัฐบาลมีงบประมาณรายจ่ายที่จ่ายจริงในปี 2556 ที่ 108.74 พันล้านบาท ครอบคลุมประมาณ 3 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ หรือคิดเป็นเงินงบประมาณ 145 พันล้านบาทหากคนไทยทุกคนมีสิทธิการรักษายาพยาบาลตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(3) การออมเพื่อสุขภาพ

กองทุนการออมเพื่อชราภาพอาจแบ่งอย่างกว้างๆ ได้สองระบบคือ

(ก) **Funded systems** หมายถึง กองทุนการออมที่กำหนดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนอย่างชัดเจน (defined contribution programs) ผลตอบแทนของผู้ออมขึ้นอยู่กับจำนวนเงินออม ระยะเวลาการออม และอัตราผลตอบแทนจากการลงทุนของกองทุน กองทุนการออมในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเป็นระบบ funded system ตัวอย่างเช่น กองทุนบำเหน็จบำนาญสำหรับข้าราชการ (กบข.) บังคับให้ข้าราชการทุกคนที่เริ่มรับราชการหลังวันที่ 27 มีนาคม 2540 เป็นต้นไปต้องเป็นสมาชิก กบข. โดยรัฐบาลและข้าราชการต้องสมทบเงินเข้ากองทุนในอัตราร้อยละ 3 ของเงินเดือน เมื่อเกษียณอายุราชการแล้ว ข้าราชการจะได้รับเงินบำนาญสองส่วน ส่วนแรกเป็นเงินบำนาญปกติที่รัฐบาลจัดสรรให้และอีกส่วนเป็นเงินบำนาญจาก กบข. ที่ขึ้นอยู่กับจำนวนเงินออม เงินสมทบของรัฐบาล อายุราชการ และผลตอบแทนกองทุน ส่วนลูกจ้างเอกชนนั้น พรบ.ประกันสังคมกำหนดให้นายจ้างทุกคนต้องแจ้งจดทะเบียนลูกจ้างเข้ากองทุนประกันสังคม นายจ้างและลูกจ้างต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมในกรณีชราภาพและสงเคราะห์บุตรในอัตราร้อยละ 3 ของค่าจ้างโดยกำหนดเพดานเงินเดือนที่ใช้ในการคำนวณเงินสมทบที่ 15,000 บาทต่อเดือน เพื่อช่วยเหลือไม่ให้นายจ้างต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านประกันสังคมมากเกินไป เพดานเงินเดือนดังกล่าวทำให้เงินออมของลูกจ้างเอกชนเติบโตได้น้อยกว่าข้าราชการ แม้รัฐบาลจะช่วยจ่ายเงินสมทบเพิ่มอีกร้อยละ 1 ของค่าจ้างด้วยก็ตาม จากการเปรียบเทียบเงินออมโดยเฉลี่ยต่อหัวของกองทุนต่างๆ ในประเทศไทย จากตารางที่ 2 จะเห็นว่าข้าราชการมีเงินออมเพื่อการชราภาพมากกว่าลูกจ้างเอกชนประมาณ 5 เท่า โดยในปี 2554 ข้าราชการมีเงินออมภายใต้ กบข. เฉลี่ยที่ 447, 672 บาทต่อคน แต่ลูกจ้างเอกชนมีเงินออมเฉลี่ยที่ 88,025 บาทต่อคน ด้วยระยะเวลาการออมที่เท่ากันและการคิดอัตราดอกเบี้ยทบต้น กองทุน กบข. ย่อมมีขีดความสามารถในการจ่ายเงินบำนาญมากกว่ากองทุนประกันสังคม ระบบการออมในภาครัฐและเอกชนของไทยจึงก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางรายได้แก่ผู้เกษียณอายุ ในขณะที่ข้าราชการเกษียณอายุได้รับเงินบำนาญทั้งจากรัฐบาลและกองทุน กบข. ลูกจ้างเอกชนจะได้รับเงินบำนาญเฉพาะจากกองทุนประกันสังคมอย่างเดียว ระบบการประกันรายได้เพื่อการชราภาพของไทยจึงไม่ส่งเสริมการกระจายรายได้แต่เป็นระบบที่สร้างความเหลื่อมล้ำทางรายได้

ยิ่งกว่านั้น หากพิจารณาถึงความยั่งยืนของกองทุนประกันสังคมแล้ว จากหลักเกณฑ์การจ่ายเงินบำนาญของกองทุนประกันสังคมจะพบว่า เงินบำนาญของผู้เกษียณอายุภายใต้กองทุนประกันสังคมไม่น่าจะเป็นระดับรายได้ที่เพียงพอแก่ผู้ประกันตนที่จะรักษาระดับการครองชีพให้ใกล้เคียงกับระดับการครองชีพก่อนเกษียณอายุได้ เพราะผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบไม่ต่ำกว่า 15 ปี จึงจะได้รับเงินบำนาญ 20% ของเงินเดือนเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย และหากเป็นสมาชิกเกินกว่า 15 ปีจะได้รับเพิ่มอีกปีละ 1.5% ตัวอย่างเช่น ผู้เป็นสมาชิกกองทุน 35 ปี (ตั้งแต่อายุ 20-55 ปี) จะได้รับเงินบำนาญชราภาพ 50% ของเงินเดือนเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย ซึ่งเท่ากับ 55% ของเงินเดือนสุดท้าย (สมมติให้เงินเดือนของผู้ประกันตนมีอัตราการเติบโตที่ร้อยละ 5 ต่อปี) ผู้ประกันตนที่เป็นสมาชิกกองทุนน้อยกว่า 35 ปีย่อมได้รับเงินบำนาญในสัดส่วนลดลง ระดับรายได้ที่ลดลงครึ่งหนึ่งหรือมากกว่าย่อมเป็นภาระในการปรับตัวแก่ผู้เกษียณอายุ นอกจากนี้ การที่กองทุนประกันสังคมจะเริ่มต้นจ่ายเงินบำนาญชราภาพในปี 2557 สำนักงานประกันสังคมเองก็คาดว่าเงินกองทุนจะเพียงพอจ่ายเงินบำนาญได้ประมาณ 40-50 ปี เนื่องจากจะมีจำนวนแรงงานใหม่เข้าสู่ระบบประกันสังคมน้อยกว่าจำนวนผู้เกษียณ และอัตราเงินสมทบที่เรียกเก็บจากนายจ้างและลูกจ้างเพียงร้อยละ 3 ในขณะที่ต้องจ่ายเงินบำนาญในอัตราร้อยละ 20 ของเงินเดือนเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้ายดังกล่าว การพิจารณา (1) การเพิ่มอัตราเงินสมทบสาม

ฝ่ายของนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล (2) การขยายอายุการจ่ายเงินบำนาญจาก 55 ปีเป็น 60 ปี และ (3) การบริหารเงินกองทุน โดยเพิ่มสัดส่วนการลงทุนในสินทรัพย์ที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเพื่อผลตอบแทนที่สูงขึ้น เหล่านี้เป็นทางเลือกที่จำเป็นต้องศึกษา วิเคราะห์เพื่อความยั่งยืนของกองทุนประกันสังคมในระยะยาว

อนึ่ง กองทุนสำรองเลี้ยงชีพแบบสมัครใจ กองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่และครูโรงเรียนเอกชนที่เป็นเงินสมทบสามฝ่ายคือครู และผู้รับใบอนุญาตตั้งโรงเรียนสมทบร้อยละ 3 ของเงินเดือนครู และรัฐบาลสมทบร้อยละ 6 กองทุนเหล่านี้ล้วนมีการบริหารจัดการกองทุนแบบ funded systems ทั้งสิ้น

(ข) Pay As You Go (PAYGO) systems หมายถึงกองทุนการออมที่มีการกำหนดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน กองทุนนำเงินที่เก็บรวบรวมได้จากสมาชิกในปัจจุบันมาจ่ายเป็นเบี้ยชราภาพ หรือเงินบำนาญแก่ผู้สูงอายุ ผลตอบแทนของผู้ออมมีสองส่วน ส่วนแรกเป็นเบี้ยยังชีพขั้นพื้นฐานที่รัฐบาลคำนวณจากมาตรฐานการครองชีพของประเทศ เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้สูงอายุทุกคนมีรายได้ที่เพียงพอแก่การครองชีพ และส่วนที่สองของเงินบำนาญขึ้นกับจำนวนเงินออม ระยะเวลาในการออม และจำนวนสมาชิกกองทุนในปัจจุบัน ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ในยุโรป สหรัฐอเมริกา แคนาดา และประเทศอื่นที่ได้ก่อตั้งกองทุนการออมเพื่อการชราภาพมาแล้วเป็นเวลานานส่วนใหญ่ใช้ระบบ PAYGO อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรในประเทศพัฒนาแล้วที่จำนวนผู้อยู่ในวัยแรงงานของประเทศลดลงในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น กองทุนการออมแบบ PAYGO จึงประสบปัญหาที่อาจไม่มีเงินพอเพื่อจ่ายให้ผู้สูงอายุในอนาคต รัฐบาลในหลายประเทศจำเป็นต้องปรับลดอัตราเบี้ยชราภาพของผู้สูงอายุ หรือเพิ่มอัตราเงินสมทบเข้ากองทุน PAYGO อีกทั้งแสวงหามาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตของแรงงานด้วย

อนึ่ง แม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายบังคับให้ข้าราชการ และลูกจ้างเอกชนต้องออมเงินเพื่อการชราภาพ แต่เรายังมีแรงงานนอกระบบประกันสังคมอีกประมาณ 24 ล้านคนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกกองทุนประกันสังคม เนื่องจากแรงงานในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นแรงงานในภาคเกษตรที่มีการประกอบอาชีพอิสระโดยไม่มีลูกจ้าง (self-employed workers) นอกฤดูการเกษตร และช่วยทำการเกษตรในที่ดินของครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน (family-workers without paid) ในฤดูกาล รายได้ที่ไม่แน่นอนและการประกอบอาชีพโดยไม่มีนายจ้าง ทำให้แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เลือกที่จะไม่เป็นสมาชิกกองทุนประกันสังคมภาคสมัครใจ เพราะการประกันสังคมภาคสมัครใจก่อนปี 2554 ให้ความคุ้มครองเฉพาะในส่วนการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่แรงงานในวัยทำงานส่วนใหญ่มักไม่มีปัญหาสุขภาพ หรือหากเจ็บป่วยก็สามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ การแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคมมาตรา 40 ในปี 2554 ที่รัฐบาลร่วมสมทบเงินประกันสังคมของผู้ประกันตนแบบสมัครใจ โดยกำหนดให้แรงงานส่งเงินสมทบรายเดือน 70 บาท รัฐบาลสมทบ 30 บาท รวมจ่ายเดือนละ 100 บาทจะได้รับสิทธิประโยชน์กรณีทุพพลภาพ เงินชดเชยการขาดรายได้เมื่อเจ็บป่วยวันละ 200 บาท ปีละไม่เกิน 20 วัน และเงินชดเชยกรณีเสียชีวิตจำนวน 2 หมื่นบาท หากส่งเงินสมทบไม่น้อยกว่า 6 เดือนใน 12 เดือน แต่หากแรงงานนอกระบบส่งเงินสมทบเดือนละ 100 บาท รัฐจะสมทบให้ 50 บาท รวมเงินสมทบ 150 บาทต่อเดือน แรงงานจะได้เงินบำนาญชราภาพเมื่ออายุครบ 60 ปีเพิ่มขึ้นด้วย พรบ.ประกันสังคมมาตรา 40 ที่แก้ไขแล้วได้เริ่มประกาศใช้เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2554 ทำให้จำนวนผู้ประกันตนเองโดยสมัครใจเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมากกว่า 1 ล้านคน (จากจำนวน 84 คนในปี 2553 เป็น 590,046 คนในปี 2554 และ 1,294,019 คนในปี 2555 และ 1,415,268 คนในปี 2556) ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าแรงงานนอกระบบให้ความสำคัญแก่เงินชดเชยรายได้ในยาม

ฉุกเฉินที่มีความสำคัญแก่ครอบครัวของแรงงานมากกว่าสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล และเป็นการยืนยันด้วยว่า แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ยังไม่มีหลักประกันรายได้ทั้งในยามเจ็บป่วยและชราภาพ

สอดคล้องกับผลการศึกษาค่าการออมในระดับจุลภาคในช่วงปี 2539-2547 ของธนาคารแห่งประเทศไทย ที่พบว่าครัวเรือนในทุกกลุ่มอายุมีการบริโภคเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการออมและการชำระหนี้ลดลง โดยการออมของครัวเรือนที่มีรายได้น้อยลดลงมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มรายได้อื่น ปัจจัยที่ทำให้การออมภาคครัวเรือนลดลง คือความสามารถในการเข้าถึงการกู้ยืมได้สะดวกกว่าเดิม โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้ครัวเรือนลดความจำเป็นที่จะต้องออมเงินสำหรับใช้ในยามจำเป็น นอกจากนี้ ยังพบว่าครัวเรือนที่มีรายได้น้อย หรือมีความรู้เกี่ยวกับการเงินน้อย และ/หรือมีระดับการศึกษาต่ำ จะเป็นกลุ่มครัวเรือนที่มีการออมไม่พอเพียงสำหรับวัยชราหรือเกษียณอายุ ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนในปี 2552 รายงาน เช่นกันว่าครัวเรือนไทยโดยเฉลี่ยมีหนี้สิน 134,699 บาทต่อปี หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.4 จากปี 2550 ในขณะที่รายได้ครัวเรือนเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.02 ในช่วงเวลาเดียวกัน การเพิ่มขึ้นของหนี้สินที่สูงกว่าการขยายตัวของรายได้ ทำให้ครัวเรือนมีความอ่อนไหว (sensitive) ต่อปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อาทิเช่น การว่างงาน ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ และการเพิ่มขึ้นของอัตราดอกเบี้ยเงินกู้ เป็นต้น

นอกจากการเข้าร่วมกองทุนการออมเพื่อการชราภาพในรูปแบบต่างๆ แล้ว รัฐธรรมนูญไทยปี 2540 ได้กำหนดให้ผู้อยู่สูงอายุที่มีรายได้น้อยเพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ และกำหนดในแผนชาติระยะยาวเพื่อผู้อยู่สูงอายุฉบับที่ 2 (2545-2564) ที่มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการกินดีอยู่ดีของผู้อยู่สูงอายุ ทั้งนี้ ความมั่นคงทางรายได้ของผู้อยู่สูงอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งของการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการแก้ปัญหาความยากจนที่ภาครัฐให้ความสำคัญ โดยกำหนดให้ความคุ้มครองด้านรายได้แก่ผู้อยู่สูงอายุที่ยากจน หรือถูกทอดทิ้ง หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเอง ด้วยการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้อยู่สูงอายุเดือนละ 300 บาท แก่ผู้อยู่สูงอายุครั้งแรกในปี 2536 จำนวน 20,000 คน ผู้ได้รับเบี้ยยังชีพมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งปี 2551 รัฐบาลได้ประกาศให้บุคคลสัญชาติไทยทุกคนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสิทธิที่จะได้รับเบี้ยยังชีพคนชราในอัตราเดือนละ 500 บาทโดยไม่ต้องมีการตรวจสอบฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ส่วนบุคคลแต่อย่างใด การให้ความคุ้มครองทางรายได้แบบถ้วนหน้านี้ทำให้รัฐบาลมีค่าใช้จ่ายเพื่อการยังชีพคนชราถึง 42,600 ล้านบาทในปี 2553 ครอบคลุมผู้อยู่สูงอายุจำนวน 7.1 ล้านคน ค่าใช้จ่ายดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้อยู่สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2554 รัฐบาลได้ปรับอัตราเบี้ยยังชีพผู้อยู่สูงอายุตามช่วงอายุคือผู้อยู่สูงอายุดอนต้น (ระหว่าง 60-69 ปี) จะได้รับเบี้ยยังชีพในอัตรา 600 บาทต่อเดือน ผู้อยู่สูงอายุดอนกลาง (70-79 ปี) ได้รับ 700 บาทต่อเดือน ผู้อยู่สูงอายุมาก (80-89 ปี) ได้รับ 800 บาทต่อเดือน และผู้มีอายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไปได้รับ 1,000 บาทต่อเดือน ในปีงบประมาณ 2555 มีผู้อยู่สูงอายุเข้าร่วมโครงการจำนวน 6.78 ล้านคน ใช้เงินงบประมาณ 52,535 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็น 58,347 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2556 ตามจำนวนผู้อยู่สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม เบี้ยยังชีพผู้อยู่สูงอายุไทยมีมูลค่าน้อยกว่าเส้นความยากจนด้านรายจ่ายในปี 2553 ที่ 1,678 บาทต่อเดือน แสดงว่ารายได้จากเบี้ยยังชีพเพื่อผู้อยู่สูงอายุเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอแก่การครองชีพหากผู้อยู่สูงอายุไม่มีรายได้เกื้อหนุนจากแหล่งอื่น จากรายงานการสำรวจภาวะผู้อยู่สูงอายุของไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2550 พบว่า ร้อยละ 21.2 ของผู้อยู่สูงอายุมีรายได้น้อยเพียงพอแก่การยังชีพ และอีกร้อยละ 20.7 มีรายได้ที่เพียงพอเป็นครั้งคราว ปัญหาความยากจนของผู้อยู่สูงอายุจึงเป็นปัญหาที่ต้องหา

ทางแก้ไข และป้องกันสำหรับอนาคตที่ประเทศจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมาตรการประการหนึ่งที่รัฐควรพิจารณาคือ การปรับเพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้เพียงพอแก่ค่าครองชีพอย่างแท้จริง เนื่องจากวัตถุประสงค์หลักของเบี้ยผู้สูงอายุคือการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถมีคุณภาพชีวิตตามมาตรฐานการครองชีพของประเทศ แต่การจัดสรรเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนระบบ จากระบบการอุดหนุนแบบถ้วนหน้า (universal system) เป็นการอุดหนุนเฉพาะผู้สูงอายุที่ผ่านการทดสอบแล้วว่ามียาได้ต่ำกว่ามาตรฐานการครองชีพของประเทศ (Means-tested system) เนื่องจากภาวะทางการคลังที่จะเพิ่มขึ้นทุกปีตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น รัฐจึงควรวางแผนจัดเตรียมระบบการทดสอบรายได้ผู้สูงอายุ โดยอาจให้องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น หรือชุมชนมีส่วนร่วมในการระบุผู้สูงอายุในชุมชนที่ยากจน หรือมียาได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพเพื่อขอรับเงินอุดหนุนค่าครองชีพจากภาครัฐต่อไป

นอกจากนี้ ศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ (2549) ได้เคยเสนอให้จัดทำกรออมภาคบังคับแก่แรงงานนอกระบบ ในรูปแบบของกลุ่มสัจจะออมทรัพย์ โดยสมาชิกต้องสมทบเงินร้อยละ 3 ของเงินเดือน (เงินสมทบจะอยู่ระหว่าง 110 บาทต่อเดือน เมื่อแรงงานมีอายุ 15 ปี ถึงจำนวนสูงสุด 201 บาทต่อเดือนเมื่อแรงงานอายุ 45 ปี) โดยสมมติให้กองทุนได้รับประโยชน์จากการลงทุนที่อัตราร้อยละ 3 ผลการศึกษาพบว่ากรออมภาคบังคับนี้จะสามารถจ่ายเงินบำนาญแก่แรงงานหลังอายุ 60 ปีในอัตราเดือนละ 1,300 บาทจนแรงงานมีอายุ 74 ปีเงินกองทุนก็จะหมด ดังนั้น เพื่อให้กองทุนสามารถอยู่ได้จนแรงงานมีอายุ 80 ปี รัฐต้องสมทบเงินเข้ากองทุนในอัตราเดือนละ 120 บาท ดร.วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ (2551) ได้เสนอให้ประเทศไทยจัดการกรออมภาคบังคับ โดยเสนอทางเลือกที่มีความมั่นคงทางการเงินสองทางคือ ทางเลือกแรกให้ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปีทุกคนออมเงินวันละ 3 บาทหรือเดือนละ 90 บาท แล้วให้ผู้ที่มียาตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทุกคนได้รับเงินบำนาญแบบถ้วนหน้าเดือนละ 600 บาท แต่เพื่อความยั่งยืนทางการเงิน กองทุนต้องขยับอายุผู้มีสิทธิได้รับเงินบำนาญเป็น 65 ปีเมื่อกองทุนดำเนินการไปแล้ว 5 ปี ส่วนทางเลือกที่สองจะจ่ายเงินบำนาญ 900 บาทต่อเดือน แต่ประชาชนทุกคนต้องออมเงินเพิ่มขึ้นเป็นวันละ 5 บาทหรือเดือนละ 150 บาท ทั้งสองทางเลือกต้องใช้งบประมาณแผ่นดินเพื่อให้กองทุนอยู่รอด โดยทางเลือกแรกก่อให้เกิดภาวะทางการคลังสูงสุด 22,000 ล้านบาท ในขณะที่ทางเลือกที่สองก่อให้เกิดภาวะการคลังสูงสุด 32,000 ล้านบาท

เนื่องจากข้อเสนอการกรออมภาคบังคับของดร.วรวรรณ และคณะ บังคับเงินออมจากประชาชนวัยทำงานทุกคนเท่ากัน โดยไม่คำนึงถึงรายได้ของแรงงาน แล้วจัดสรรผลตอบแทนแก่ผู้สูงอายุทุกคนเท่ากัน ข้อเสนอจึงไม่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการกระจายรายได้ แต่เป็นวิธีการอย่างหนึ่งของการจ่ายเบี้ยยังชีพคนชราแบบถ้วนหน้า ด้วยการเรียกเก็บเงินสมทบจากประชาชนให้เพียงพอกับการจ่ายประโยชน์ทดแทนในแต่ละปี (หรือเป็นระบบ PAYGO นั่นเอง) เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายเพื่อผู้สูงอายุของรัฐ ในขณะที่การเรียกเก็บเงินออมที่อัตราร้อยละ 3 ของเงินเดือนจากแรงงานนอกระบบ แต่จ่ายเงินบำนาญในอัตราที่เท่ากันทุกคนของ ศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ นั้นถือเป็นการกระจายรายได้ที่ก่อให้เกิดความเสมอภาคด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุทุกคนมียาได้ที่เพียงพอแก่การยังชีพ อย่างไรก็ตาม การบังคับออมที่อัตราร้อยละ 3 ของเงินเดือนเป็นเรื่องที่ทำได้ยากในทางปฏิบัติ เพราะแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เป็นแรงงานอิสระที่ไม่มีนายจ้าง มียาได้ไม่แน่นอน มีการเคลื่อนย้ายเข้าออกระหว่างภาคเศรษฐกิจในระบบ และนอกระบบตลอดเวลา จึงเป็นการยากในทางปฏิบัติที่จะบังคับออมหรือเรียกเก็บเงินออมเป็นสัดส่วนของรายได้ ดังเช่นกองทุนประกันสังคม และกองทุนบำนาญข้าราชการที่สามารถบังคับใช้ได้เฉพาะกับแรงงานในระบบของภาครัฐและลูกจ้างเอกชนที่มีรายได้

แน่นอน นอกจากนี้ การขาดเสถียรภาพในทางการเมืองของประเทศไทยในปัจจุบัน ย่อมทำให้การบังคับออมเป็นทางเลือกที่เป็นไปได้ยากกว่าการส่งเสริมการออมแบบสมัครใจ

นอกจากนี้ รัฐบาลได้มีความพยายามที่จะส่งเสริมการออมเพื่อการชราภาพของแรงงานนอกระบบในรูปแบบต่างๆ โดยในปี 2552 ได้มีการร่าง พรบ.การออมแห่งชาติขึ้นเพื่อส่งเสริมให้แรงงานนอกระบบ ที่ไม่ได้เข้าร่วม กองทุนประกันสังคม หรือไม่ได้อยู่ในระบบบำนาญข้าราชการรัฐ สามารถเข้าร่วมกองทุนการออมแห่งชาติได้ตามความสมัครใจ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินสะสมและสมทบเข้ากองทุนคือ กำหนดการจ่ายเงินเข้ากองทุนจาก 2 ฝ่าย คือ ผู้ออมจ่ายสะสม และรัฐจ่ายสมทบ โดย รัฐจ่ายสมทบตามช่วงอายุของผู้ออม ตามอัตราที่ปรากฏในตารางที่ 3

จากการวิเคราะห์ พรบ. การออมแห่งชาติ อมรัตน์ อภินันท์มหกุล (2554) พบว่าการจ่ายเงินสมทบของภาครัฐแบบขึ้นบันไดตามอายุของผู้ออม และการจำกัดเงินสมทบสูงสุดสำหรับแต่ละช่วงอายุนั้น เป็นจำนวนเงินสมทบที่ต่ำเกินไป แรงงานจะมียรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหลังเกษียณอายุแม้ แรงงานจะ ออมเงินอยู่กับกองทุน ตั้งแต่อายุ 15 ปีจนถึง 60 ปี กองทุนการออมแห่งชาติอย่างเดียวยังไม่สามารถเป็นหลักประกันรายได้เพื่อการชราภาพแก่แรงงานนอกระบบ ผู้สูงอายุต้องมีรายได้ทั้งจากเงินออมและเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุร่วมกันจึงจะมีรายได้ขั้นต่ำที่พอเพียง นอกจากนี้ การกำหนดอัตราเงินสมทบแบบขึ้นบันไดที่รัฐบาลให้เงินสมทบในอัตราที่สูงขึ้นเมื่อผู้ออมมีอายุมากขึ้น มีผลให้อัตราผลตอบแทนภายในจากการออม หรือค่า IRR ของโครงการมีค่าสูงขึ้นเมื่อผู้ออมมีอายุมากขึ้น กองทุนการออมจึงไม่จูงใจให้แรงงานที่มีอายุน้อยเข้าร่วม โครงการ ซึ่งขัดกับหลักการของการ ออมเพื่อการชราภาพที่ผู้ออมควรเริ่มต้นการออมเมื่ออายุน้อย

อย่างไรก็ตาม จนถึงปัจจุบันกองทุนการออมแห่งชาติยังไม่ได้จัดตั้งขึ้น แต่รัฐบาลมีดำริที่จะให้การออมของแรงงานนอกระบบผนวกรวมเป็นส่วนของกองทุนประกันสังคม โดยอยู่ในระหว่างการศึกษาแก้ไข พรบ.ประกันสังคมมาตรา 40 ที่จะอนุญาตให้แรงงานนอกระบบสามารถเข้าร่วมประกันสังคมภาคสมัครใจ โดยสามารถเลือกแผนการประกันสังคมของตนเองคือ (1) การประกันรายได้ในกรณีเจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือเสียชีวิต โดยแรงงานจ่าย 70 บาทและรัฐสมทบ 30 บาท (2) การประกันรายได้ในยามชราภาพ โดยแรงงานจ่าย 100 บาทและรัฐสมทบ 50 บาท และ (3) การออมเพื่อการชราภาพ โดยแรงงานออม 100 บาทและรัฐสมทบอีก 100 บาท แรงงานสามารถเลือกแผนการประกันสังคมของตนเองในข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งข้อรวมกัน อนึ่ง แผนการประกันสังคมในข้อ (1) และ (2) คือมาตรการประกันสังคมสำหรับแรงงานนอกระบบที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน การเพิ่มข้อ (3) จึงเป็นการรวมกองทุนการออมแห่งชาติเข้าในกองทุนประกันสังคม โดยรัฐจะสมทบการออมแก่แรงงานเท่ากันทุกช่วงอายุ มาตรการนี้จึงน่าจะจูงใจให้แรงงานนอกระบบออมเงินมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับพรบ.กองทุนการออมแห่งชาติเดิม อย่างไรก็ตาม การแก้ไข พรบ.ประกันสังคมดังกล่าวยังอยู่ในขั้นตอนการศึกษาเท่านั้น นอกจากนี้ ความสามารถของสำนักงานประกันสังคมในการบริหารจัดการเงินกองทุนเพื่อการชราภาพเป็นประเด็นที่ยังเป็นคำถามอยู่ เพราะกองทุนประกันสังคมเองก็ขาดความความยั่งยืนในการจ่ายเงินบำนาญแก่สมาชิกกองทุนดังกล่าวข้างต้น การปฏิรูประบบการบริหารจัดการกองทุนประกันสังคม ความโปร่งใสที่จะให้ผู้ประกันตนได้ทราบข้อมูลการใช้จ่าย และการลงทุนของกองทุน ตลอดจนการให้มีตัวแทนผู้มีส่วนได้เสียได้มีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจและการกำหนดนโยบายการลงทุนเป็นมาตรการที่สมควรได้รับการพิจารณา ก่อนที่รัฐบาลจะผนวกเงินออมของแรงงานนอกระบบเป็นส่วนหนึ่งของกองทุน

(4) กองทุนสวัสดิการชุมชน

นอกจากหลักประกันสุขภาพ และหลักประกันรายได้เพื่อการชราภาพแล้ว ประเทศไทยยังมีการจัดสรรสวัสดิการโดยชุมชนด้วย กองทุนสวัสดิการชุมชนเป็นระบบสวัสดิการภาคประชาชนที่เกิดขึ้นภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจของไทยในปี 2540 ในขณะที่คนเป็นจำนวนมากได้รับความเดือดร้อนอย่างรุนแรงจากปัญหาทางการเงิน ประชาชนชาวบ้านและผู้นำชุมชนส่วนหนึ่งได้ร่วมกันปรึกษาหารือเพื่อนำระบบคุณค่าเดิมของการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนมาบรรเทาความเดือดร้อนของชาวบ้านในลักษณะการจัดสวัสดิการจากฐานชุมชน โดยครูชบ ยอดแก้ว ได้เป็นผู้บุกเบิกแนวคิดดังกล่าวด้วยการจัดตั้งเครือข่ายสวัสดิการชุมชนขึ้นที่ตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2547 ครูชบมองว่าสังคมไทยมีทุนอย่างน้อย 7 ประเภทคือ ทุนคน ทุนภูมิปัญญา ทุนศาสนาและวัฒนธรรม ทุนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ทุนแรงงาน ทุนเวลา และทุนเงินตรา (วรวรงค์ สุวรรณระดา 2550) โดยทุนคนมีความสำคัญมากที่สุดซึ่งหากได้รับการพัฒนาทางคุณธรรมและปัญญาอย่างเหมาะสมแล้ว ท่านมองว่าจะสามารถบริหารจัดการทุนที่เหลือทั้งหมดเพื่อการพัฒนาสังคมที่สมดุลยั่งยืนได้

การจัดสรรสวัสดิการชุมชนในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันไปตามความต้องการของสมาชิก และฐานทุนต่างๆ ในชุมชน อาทิ ฐานกลุ่มออมทรัพย์ ความเชื่อทางศาสนา วิสาหกิจชุมชน สหกรณ์/ธนาคารชุมชน การบริหารจัดการขยะและทรัพยากรธรรมชาติอื่นๆ ของชุมชน เป็นต้น กองทุนสวัสดิการชุมชนโดยส่วนใหญ่จะจัดสวัสดิการพื้นฐาน 4 เรื่องแก่สมาชิกคือ เกิด (เงินทำขวัญเด็กแรกเกิด) แก่ (การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ) เจ็บ (เงินชดเชยการเสียชีวิต/เงินช่วยเหลือในการเยี่ยมไข้) และตาย (เงินช่วยเหลือค่าทำศพ) แต่ในหลายพื้นที่ได้เพิ่มสวัสดิการอื่นๆ อาทิ สวัสดิการเงินกู้ สวัสดิการผู้ด้อยโอกาส สวัสดิการเงินฝาก สวัสดิการสำหรับผู้นำชุมชน/ผู้ทำงานให้กองทุนฯ ต่อมาในปี 2552 การจัดสวัสดิการชุมชนได้รับการพัฒนาเป็นเครือข่ายสวัสดิการชุมชนระดับตำบล (ซึ่งเรียกว่าสวัสดิการชุมชนระดับเขตในกรุงเทพมหานคร) โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ท้องถิ่นเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน และเป็นหน่วยงานติดต่อประสานงานระหว่างภาครัฐกับประชาชนหรือคนชุมชน จึงเกิดเป็นแผนงานสนับสนุนการจัดทำสวัสดิการชุมชนในสมัยรัฐบาลอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ภายใต้ยุทธศาสตร์ 3 ขาที่กำหนดให้มีการสมทบงบประมาณเพื่อการจัดสวัสดิการชุมชนจาก 3 ฝ่าย คือ (1) การสมทบจากสมาชิกในชุมชนโดยผ่านกลุ่มออมทรัพย์ที่มีอยู่แล้วในชุมชน หรือกลุ่มสัจจะลดค่าใช้จ่ายวันละบาทที่จัดตั้งขึ้น (2) การสมทบจากรัฐบาลกลาง และ (3) การสมทบจากรัฐบาลท้องถิ่น โครงการดังกล่าวถูกกำหนดเป็นแผนงานที่รัฐจะให้งบประมาณสนับสนุน 3 ปี โดยรัฐบาลจ่ายเงินสมทบแก่กองทุนสวัสดิการชุมชนในระดับตำบลที่เกิดจากการรวมตัวกันของกองทุนสวัสดิการชุมชนในระดับหมู่บ้านที่ตั้งอยู่ในตำบลเดียวกัน โดยรัฐบาลจ่ายเงินสมทบตามสัดส่วนการออมของสมาชิกที่มีอายุการเป็นสมาชิกตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปในอัตราไม่เกิน 365 บาท/คน/ปี โดยมี

การจัดสรรงบประมาณไปแล้วทั้งสิ้น 727.3 ล้านบาทในปี 2553 จำนวน 800 ล้านบาทในปี 2554 และจำนวน 743.58 ล้านบาทปี 2555 ตามลำดับ

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (2556) รายงานว่าปัจจุบันมีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนระดับตำบล/เมือง ไปแล้ว 5,599 กองทุน มีสมาชิกทั้งหมด 3,478,837 ราย และเงินกองทุนรวม 4 ,002.22 ล้านบาท โดยแบ่งเป็นเงินสมทบจากสมาชิกร้อยละ 66 เงินสมทบจากรัฐบาลกลางร้อยละ 23 เงินสมทบจากรัฐบาลท้องถิ่นร้อยละ 3 (เนื่องจาก อปท.ส่วนใหญ่ไม่ได้จ่ายเงินสมทบตามที่รัฐบาลกลางกำหนด แต่หลายแห่งจ่ายตามสถานะทางการคลังของตนเองและมีสัดส่วนน้อยกว่า 1:1:1) ส่วนที่เหลือเป็นเงินบริจาคภาคเอกชน ในส่วนของสมาชิกกองทุนฯ พบว่า ร้อยละ 58.7 เป็นคนในวัยแรงงาน (15-59 ปี) ร้อยละ 19.6 เป็นเด็ก (1-14 ปี) และอีกร้อยละ 21.7 เป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ตามลำดับ อนึ่ง กองทุนสวัสดิการชุมชนเป็นกองทุนที่รับสมาชิกตามความสมัครใจโดยไม่จำกัดอายุและอาชีพ ส่วนกฎระเบียบว่าด้วยสิทธิประโยชน์ที่สมาชิกของกองทุนในแต่ละท้องถิ่นจะได้รับว่า ครอบคลุมสิทธิประโยชน์อะไรบ้าง และมีมูลค่าความคุ้มครองเท่าไรวินั้น จะแตกต่างกันไปตามสถานภาพทางการเงินของกองทุนแต่ละแห่ง

จากการสำรวจ ลักษณะของกองทุนสวัสดิการชุมชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร อมรรรัตน์ อภินันท์หมกุล (2556) พบว่า กองทุนสวัสดิการชุมชนเมืองที่ประสบความสำเร็จส่วนใหญ่เป็นชุมชนดั้งเดิมที่ผู้คนอาศัยในชุมชนเป็นเวลานาน มีความรู้จักคุ้นเคยกันอย่างดีจนเกิดความไว้วางใจกัน (social trust) สมาชิกส่วนใหญ่เป็นเจ้าของบ้านที่ตนเองอาศัยอยู่ และเป็นสมาชิกกองทุนอื่นที่มีอยู่ในชุมชน (bonding networks) ประกอบกับมีผู้นำชุมชนที่มีความรู้ความสามารถ เสียสละเพื่อชุมชน มีเครือข่ายกับองค์กรภายนอกอย่างกว้างขวาง (bridging network) ทำให้รับทราบถึงโครงการเพื่อการพัฒนาชุมชนของรัฐ และมีความสามารถในการจัดทำข้อเสนอโครงการเพื่อตั้งเงินงบประมาณเข้าสู่ชุมชน ตลอดจนมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในชุมชน และเครือข่ายภายนอกได้เป็นอย่างดี โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกรับทราบปัญหาและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนอย่างโปร่งใส อนึ่ง การศึกษา พบว่าการจัดทำโครงการบ้านมั่นคงของ พอช. เพื่อช่วยให้คนในชุมชนมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง เป็นโครงการที่มีส่วนช่วยให้คนในชุมชนรวมตัวกันจัดตั้งสหกรณ์เพื่อที่อยู่อาศัย และเข้าร่วมเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการชุมชนด้วยพร้อมกัน สอดคล้องกับงานของ Glaeser, Laibson and Sacerdote (2000) ที่พบว่าการเป็นเจ้าของบ้านที่อาศัยของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลสร้างเครือข่ายทางสังคมกับเพื่อนบ้านมากขึ้น ชุมชนที่สมาชิกส่วนใหญ่เป็นเจ้าของบ้านและที่ดินของตนเองจึงมีระดับทุนทางสังคมมากกว่าชุมชนที่สมาชิกส่วนใหญ่อาศัยในบ้านเช่า หรือคนในชุมชนมีการย้ายเข้า-ออกตลอดเวลา

นอกจากนี้ ยังพบว่าขนาดของชุมชนที่ไม่ใหญ่เกินไปในการบริหารจัดการ และการติดต่อสื่อสารกันระหว่างสมาชิก ตลอดจนการมีงานทำของสมาชิกส่วนใหญ่ โดยมีรายได้ที่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครัวเรือน เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ช่วยหนุนเสริมให้ชุมชนเข้มแข็ง สอดคล้องกับแนวคิดการจัดตั้งชุมชน (community formation) ของ Tiebout (1956) ซึ่งอธิบายว่าการจัดสรรสินค้าหรือบริการสาธารณะในระดับท้องถิ่น (local public goods) จะเกิดประสิทธิภาพเมื่อชุมชนมีจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมที่ทำให้ผลประโยชน์ส่วนเพิ่มของสินค้าสาธารณะ (marginal benefit from consumption) มีค่าเท่ากับต้นทุนส่วนเพิ่มของการจัดสรรสินค้าสาธารณะนั้น (marginal cost of provision) เนื่องจากกองทุนสวัสดิการชุมชนเก็บค่าสวัสดิการเดือนละ 30 บาทจากสมาชิก ขนาดของสิทธิประโยชน์ที่สมาชิกได้รับจึงมีจำกัด ซึ่งโดยทั่วไปเป็นสวัสดิการพื้นฐานที่เกี่ยวกับการเกิด-แก่-เจ็บ-ตาย

ดังกล่าวแล้ว ขนาดของชุมชนที่เหมาะสมเพื่อการจัดสรรสวัสดิการดังกล่าวจึงควรมีขนาดไม่ใหญ่เกินไป การสำรวจพบชุมชนที่มีจำนวน 103 ครัวเรือนเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง สมาชิกส่วนใหญ่อาศัยในชุมชนไม่ต่ำกว่า 10 ปี ทุกคนในชุมชนรู้จักกันเป็นอย่างดี ผู้นำสามารถชักชวนให้สมาชิกร่วมมือกันในการพัฒนาชุมชนได้ง่าย เป็นชุมชนปลอดภัยเสถียร สมาชิกมีส่วนร่วมในวิสาหกิจชุมชนจากการเพาะเห็ดขาย การเลี้ยงไก่หลุม การเลี้ยงปลาตุ๊กตา ทุกคนในชุมชนมีงานทำโดยส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพอิสระ เช่น ขับแท็กซี่ รับจ้างทาสี ขายอาหาร ขายขนมฯ แม่บ้าน หรือสมาชิกที่ไม่ได้ออกไปทำงานนอกบ้านทำอาชีพเสริมยามว่าง ทุกครัวเรือนจึงมีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย มีเงินออมเพียงพอเพื่อผ่อนชำระบ้านตามโครงการบ้านมั่นคง และทุกคนในชุมชนต่างเข้าร่วมกองทุนสวัสดิการชุมชน ในทางตรงข้าม ชุมชนที่คนในชุมชนเข้าร่วมเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการชุมชนไม่มาก จะเป็นชุมชนที่สมาชิกส่วนใหญ่ไม่มีบ้านเป็นของตนเอง ส่วนใหญ่อาศัยบ้านเช่าหรือปลูกบ้านบนที่ดินบุกรุก มีประชากรแฝงอาศัยอยู่ในชุมชนจำนวนมาก หรือมีผู้ย้ายเข้า-ออกจากชุมชนตลอดเวลา บางชุมชนมีปัญหาความขัดแย้งทางการเมืองจนไม่สามารถร่วมมือกัน นอกจากนี้ พบว่าชุมชนบ้านจัดสรรที่คนส่วนใหญ่มีฐานะดี สมาชิกต่างคนต่างอยู่ ไม่มีการทำกิจกรรมชุมชนร่วมกัน ชุมชนในพื้นที่ข้าราชการทหารหรือตำรวจที่รัฐจัดสวัสดิการให้ ชุมชนในย่านธุรกิจการค้าใจกลางกรุงเทพ และชุมชนที่ขาดผู้นำ ชุมชนเหล่านี้จะไม่มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนแต่อย่างใด

ในด้านการบริหารเงินกองทุนพบว่า กองทุนส่วนใหญ่จะนำรายได้ที่ได้จากสมาชิกและเงินสมทบของรัฐบาลฝากธนาคาร และซื้อสลากออมสินเพื่อหารายได้จากดอกเบี้ยเงินฝาก ในขณะที่ชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนจะบูรณาการการกองทุนต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนเข้าด้วยกัน อาทิ กองทุนเครือข่ายกลุ่มออมทรัพย์ กองทุนหมู่บ้าน วิสาหกิจชุมชน กองทุนฌาปนกิจ (หรือกองทุนผ้าขาวในชุมชนมุสลิม) กองทุน SML กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนแม่ และอื่นๆ ตลอดจนระดมเงินบริจาคจากธุรกิจห้างร้านที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ แล้วนำดอกผลที่ได้ทั้งหมดมาจัดสรรสวัสดิการชุมชนตามความต้องการของ สมาชิก ตั้งแต่สวัสดิการขั้นพื้นฐานในเรื่องการคลอดบุตร การเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาล เงินฌาปนกิจ การให้สวัสดิการผู้นำชุมชนและผู้บริหารเงินกองทุน ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ทุนการศึกษา สวัสดิการเงินกู้ สวัสดิการเงินฝาก เป็นต้น กองทุนสวัสดิการชุมชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ประสบความสำเร็จมีลักษณะคล้ายคลึงกับกองทุนสวัสดิการในระดับตำบลของจังหวัดอื่นๆ ที่ประสบความสำเร็จเช่นกัน อาทิ กองทุนสวัสดิการชุมชนนิคมพัฒนา อำเภอเมษะนัง จังหวัดสตูล กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลหนองสาหร่าย อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี เป็นต้น โดยทั้งสองกองทุนให้ความสำคัญกับการพึ่งตนเองมากกว่าการพึ่งพารัฐบาล เน้นในเรื่องการออม การลงทุนในวิสาหกิจชุมชน และการให้สมาชิกในชุมชนกู้เงินเพื่อประกอบอาชีพ (ดูรายละเอียดใน สิริรัตน์ เกียรติปฐมชัย และสมบูรณ์ เจริญจิระตระกูล 2555)

คณะกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชนในเขตต่างๆ ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกองทุนที่ประสบความสำเร็จทั้งในพื้นที่กรุงเทพฯ และต่างจังหวัด เพื่อแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนากองทุนสวัสดิการชุมชนในเขตของตนเอง กองทุนแต่ละแห่งควรมีการประเมินความยั่งยืนทางการเงินของกองทุนในระยะยาว โดยมุ่งเน้นการบริหารกองทุนที่จะทำให้กองทุนสามารถพึ่งพาตนเองได้มากกว่าการพึ่งพารัฐบาล ตลอดจนปรับปรุงสิทธิประโยชน์ของกองทุนให้สอดคล้องกับรายได้ของกองทุนในระยะยาวด้วย สอดคล้องกับงานศึกษาของวรเวศม์ สุวรรณระดา (2550) ที่วิเคราะห์ความยั่งยืนทางการเงินของกลุ่มสวัสดิการชุมชนใน

จังหวัดสงขลา พบว่าการจัดสรรบำนาญแก่สมาชิกของกองทุนจะไม่เพียงพอในระยะยาว เนื่องจากโครงสร้างประชากรในอนาคตจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้นในขณะที่สัดส่วนเงินออมของสมาชิกใหม่ลดลง งานศึกษาดังกล่าวเสนอว่า การออมเพื่อชราภาพและระบบบำนาญควรดำเนินการโดยภาครัฐมากกว่าโดยชุมชน นอกจากนี้ การส่งเสริมให้คนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการบริหารจัดการกองทุนถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อความยั่งยืนของกองทุนสวัสดิการชุมชนในระยะยาว

(5) บทสรุปและข้อเสนอแนะ

รัฐบาลไทยได้มีการจัดสรรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และหลักประกันรายได้เพื่อการชราภาพที่ครอบคลุมคนไทยทุกคน แต่ระบบสวัสดิการสังคมในประเทศไทยขาดเอกภาพ ประกอบด้วยระบบย่อยหลายระบบที่ให้สิทธิประโยชน์แก่แรงงานแต่ละกลุ่มไม่เท่าเทียมกัน ช้าราชการได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลมากที่สุดจึงมีสวัสดิการทั้งด้านการรักษาพยาบาลและเงินบำนาญที่ดีกว่าแรงงานทุกกลุ่ม ระบบสวัสดิการสังคมในประเทศไทยไม่เป็นตามหลักการกระจายรายได้แต่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำทั้งในด้านสุขภาพและรายได้ของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ระบบประกันสังคมที่ครอบคลุมสวัสดิการของลูกจ้างเอกชนประมาณ 10 ล้านคนมีความเสี่ยงในด้านความยั่งยืนทางรายได้เมื่อจำนวนผู้มีสิทธิรับเงินบำนาญชราภาพเพิ่มขึ้นทุกปี สำหรับแรงงานนอกระบบประกันสังคมจำนวน 25 ล้านคนนั้น ปัจจุบันมีเพียงประมาณ 1.4 ล้านคนที่เข้าร่วมกองทุนประกันสังคมภาคสมัครใจ แรงงานส่วนใหญ่ของไทยจึงยังไม่มีเงินออมเพื่อการชราภาพ นอกจากเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ยังมีจำนวนไม่เพียงพอตามมาตรฐานการครองชีพของไทย

ธนาคารโลก (2005) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันรายได้เพื่อการชราภาพเพื่อสร้างความมั่นคงทางรายได้ของผู้สูงอายุเป็น 5 เสาหลัก ในที่นี้จะใช้แนวคิดดังกล่าวในการสรุปปัญหาหลักประกันรายได้เพื่อการชราภาพของไทย พร้อมข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

- เสาหลักที่หนึ่ง ถือเป็นรายได้ขั้นพื้นฐานที่รัฐควรเป็นผู้จัดสรรให้ เพื่อเป็นหลักประกันให้ผู้สูงอายุมีรายได้ขั้นต่ำที่เพียงพอแก่การยังชีพ เบี้ยยังชีพเพื่อผู้สูงอายุของไทยจัดได้ว่าเป็นหลักประกันรายได้ตามเสาหลักที่หนึ่ง แต่เบี้ยยังชีพดังกล่าวยังมีระดับต่ำกว่าเส้นความยากจน รัฐจึงควรพิจารณาปรับเบี้ยยังชีพให้สูงขึ้น แต่ต้องพิจารณาเปลี่ยนระบบการจ่ายเบี้ยยังชีพจากระบบที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน เป็นการจ่ายให้เฉพาะผู้สูงอายุที่ผ่านการพิสูจน์ว่ามีรายได้ต่ำกว่ามาตรฐานการครองชีพของประเทศ และไม่มีรายได้จากแหล่งอื่นๆ อีก เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นจะเป็นภาระทางการคลังที่เพิ่มขึ้นทุกปี การดำเนินมาตรการดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนในการระบุผู้สูงอายุที่มีความเดือดร้อนด้านรายได้อย่างแท้จริง
- เสาหลักที่สอง หมายถึงการออมภาคบังคับที่บริหารจัดการโดยภาครัฐ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชดเชยรายได้จากการทำงานบางส่วนของผู้เกษียณอายุ กบข.และกองทุนประกันสังคมถือเป็นเสาหลักที่สอง แต่ด้วยอัตราการออมและอัตรา

เงินสมทบของภาครัฐที่ต่างกันในสองกองทุน เงินบำนาญของลูกจ้างเอกชนและข้าราชการจึงมีความแตกต่างกันอย่างมาก และการเรียกเก็บเงินออมจากนายจ้างและลูกจ้างเอกชนในอัตราที่ต่ำเกินไป ทำให้กองทุนประกันสังคมมีความเสี่ยงในระยะยาวเมื่อจำนวนผู้เกษียณอายุเพิ่มขึ้น เงินบำนาญที่ลูกจ้างเอกชนได้รับมีจำนวนไม่เพียงพอแก่การรักษามาตรฐานการครองชีพเหมือนก่อนเกษียณอายุ แรงงานภาคเอกชนของไทยน่าจะมีชีวิตความเป็นอยู่ที่แย่งหลังเกษียณอายุแล้ว การปฏิรูปกองทุนประกันสังคมเพื่อความยั่งยืนจึงเป็นเรื่องที่สมควรได้รับการแก้ไขอย่างรีบด่วน ส่วนแรงงานนอกระบบจำนวน 24 ล้านคนที่ไม่ได้เข้าร่วมประกันสังคม แนวคิดในการผนวกกองทุนการออมแห่งชาติให้เป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคมนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพ และความสามารถในการบริหารจัดการเงินออมของกองทุนประกันสังคมด้วย

- **เสาหลักที่สาม** หมายถึงการออมภาคบังคับที่บริหารจัดการโดยภาคเอกชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ออมได้รับผลตอบแทนตามขนาดการออม และสามารถมีรายได้หลังการเกษียณที่เพิ่มขึ้นจากเสาหลักที่หนึ่งและสองที่รัฐบาลเป็นผู้จัดสรรให้ ในประเทศมาเลเซียได้กำหนดให้กองทุนสำรองเลี้ยงชีพเป็นการออมภาคบังคับที่บริษัทเอกชนทุกแห่งต้องจัดสรรแก่พนักงานบริษัทเพิ่มเติมจากหลักประกันสังคม อย่างไรก็ตาม กองทุนสำรองเลี้ยงชีพของไทยไม่ใช้การออมภาคบังคับ แต่เป็นการออมเพิ่มเติมที่มีเฉพาะในรัฐวิสาหกิจหรือบริษัทเอกชนขนาดใหญ่ ลูกจ้างเอกชนในบริษัทขนาดเล็ก และแรงงานนอกระบบไม่มีหลักประกันรายได้ประเภทนี้
- **เสาหลักที่สี่** หมายถึง เงินออมโดยสมัครใจของปัจเจกบุคคล โดยรัฐบาลอาจใช้มาตรการทางภาษีเพื่อจูงใจให้ผู้บริโภคออมเงินมากขึ้น ตัวอย่างเช่น กองทุนเพื่อการเลี้ยงชีพ (RMF) และกองทุนรวมหุ้นระยะยาว (LTF) ถือเป็นออมตามเสาหลักที่สี่ที่ต้องการส่งเสริมให้เกิดการออมในภาคครัวเรือนและการระดมทุนในประเทศ แต่แรงงานในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบที่มีรายได้น้อยและไม่มีเงินออมเพื่อการชราภาพ เสาหลักประเภทที่สี่จึงเป็นประโยชน์แก่แรงงานที่มีรายได้สูงมากกว่าแรงงานที่มีรายได้น้อย
- **เสาหลักที่ห้า** หมายถึง ระบบสวัสดิการทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการในการเกื้อหนุนกันภายในครอบครัว และการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน เป็นสวัสดิการสังคมด้านจิตใจเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีคุณค่า และใช้ประโยชน์จากประสบการณ์ความรู้ของผู้สูงอายุในการสร้างความอบอุ่นและความมั่นคงแก่ครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมวัฒนธรรมไทยในการดูแลบิดา-มารดาที่สูงอายุ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาท้องถิ่น นอกจากชดเชยเงินสวัสดิการบางส่วนที่ไม่เพียงพอแล้ว ยังมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุได้บำเพ็ญประโยชน์เพื่อส่วนรวม และมีส่วนร่วมในการสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน กองทุนสวัสดิการชุมชนของไทยอาจนับเป็นส่วนหนึ่งของเสาหลักที่ห้านี้ เพราะเป็นสวัสดิการเพิ่มเติมที่ชุมชนในแต่ละท้องถิ่นจัดสรรเพื่อสมาชิกของตนเองและผู้สูงอายุในชุมชน การเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่กองทุนสวัสดิการชุมชนจึงเป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการจัดสรรสวัสดิการสังคมด้วย

อาจสรุปได้ว่า หลักประกันได้รายเพื่อการชราภาพของสังคมไทยเป็นภูมิคุ้มกันทางรายได้เพื่อการชราภาพที่ยังไม่เข้มแข็งพอ แรงงานไทยต้องมีเงินออมเพื่อการเกษียณของตนเองนอกเหนือจากเงินบำนาญจากการประกันสังคมและเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่รัฐจ่ายให้ ความยากจนด้านรายได้ยังเป็นปัญหาหลักที่ทำให้แรงงานส่วนใหญ่ไม่มีเงินออมเพื่อใช้ในยามจำเป็นและเพื่อชราภาพ ในขณะที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบในอีก 9 ปีข้างหน้า ความยั่งยืนของกองทุนประกันสังคม และเงินออมเพื่อการชราภาพของแรงงานนอกระบบเป็นความเสี่ยงทางสังคมที่รัฐบาลต้องหาทางแก้ไขอย่างรีบด่วนและจริงจัง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ และค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตนภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

กองทุนประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิทธิประโยชน์	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ลักษณะ	สวัสดิการการจ้างงาน (Fringe Benefit)	ประกันภาคบังคับ (Social Insurance)	สวัสดิการของรัฐ (State Welfare)
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้ที่ได้รับสิทธิ	ผู้มีสิทธิ ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส และบุตร (ที่อายุไม่ถึง 20 ปีไม่เกิน 3 คน)	<ol style="list-style-type: none"> ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ของกองทุนประกันสังคม คือ บุคคลที่เป็นแรงงานในภาคจ้างงานที่เป็นทางการ หรือแรงงานในระบบ ซึ่งได้รับสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการรักษายาบาล 3 กรณี คือ กรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร และทุพพลภาพ ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ของกองทุนประกันสังคม คือ บุคคลที่เคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 หรือแรงงานในระบบมาก่อน เมื่อสิ้นสุดการว่าจ้างจากนายจ้างแล้ว ต้องการจ่ายเงินสมทบต่อเพื่อที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ต่อเหมือนเดิม โดยได้รับสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการรักษายาบาล 3 กรณีเช่นเดียวกับมาตรา 33 คือ กรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร และทุพพลภาพ ลูกจ้างแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ และเข้ามาทำงาน ถูกกฎหมายในภาคอุตสาหกรรม ต้องขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน พร้อมทั้งจ่ายเงินสมทบ ทำให้ได้รับสิทธิประโยชน์ 7 กรณี เช่นเดียวกับผู้ประกันตนที่เป็นคนไทยตามมาตรา 33 ส่วนแรงงานที่ไม่ได้อยู่ในภาคอุตสาหกรรมนั้น ได้รับการยกเว้นไม่ต้องขึ้นทะเบียน ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> กรณีเป็นลูกจ้างของกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ ซึ่งมีได้ใช้ลูกจ้างตลอดปี และไม่มียางลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย กรณีลูกจ้างของนายจ้างที่จ้างไว้เพื่อทำงาน อันมีลักษณะเป็นครั้งคราว เป็นการจร หรือเป็นไปตามฤดูกาล กรณีลูกจ้างของนายจ้างที่เป็นบุคคลธรรมดาซึ่งงานที่ลูกจ้างทำนั้นมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย กรณีเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ซึ่งประกอบการค้า หรือการค้าแฝงลอย 	<ol style="list-style-type: none"> ประชาชนไทยที่ไม่ได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพใดๆ จากภาครัฐ ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ของกองทุนประกันสังคม คือ แรงงานนอกระบบที่ไม่เคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 หรือ 39 มาก่อน แต่สมัครใจที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ที่ไม่มีหลักประกันใดๆ (ทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ได้รับสิทธิการประกันสุขภาพ) <ul style="list-style-type: none"> กลุ่มสิทธิว่าง / กลุ่มเปลี่ยนสิทธิ กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ถูกกฎหมาย (ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงมหาดไทย) กลุ่มชาวต่างชาติอาศัยในเมืองไทยแบบชั่วคราว กลุ่มชาวต่างชาติอาศัยในเมืองไทยแบบถาวร

		<ul style="list-style-type: none">• กรณีเป็นลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับงานบ้าน อันมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย	
--	--	---	--

สิทธิประโยชน์	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
เงื่อนไขการเกิดสิทธิ	ให้ผู้มีสิทธิมีหน้าที่รายงานข้อมูลของตนเองและบุคคลในครอบครัวต่อส่วนราชการจังหวัด (นายทะเบียน) พร้อมรับรองความถูกต้องตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนด หลังจากนั้นจึงลงทะเบียนในสถานพยาบาลของทางราชการเพื่อใช้สิทธิการเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาลต่อไป	สำหรับผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39 ต้องจ่ายเงินสมทบครบตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด จึงจะมีสิทธิดังต่อไปนี้ 1. กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย 1.1. การเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน (กองทุนประกันสังคม) ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ 1.2. การเจ็บป่วยจากการทำงาน (กองทุนเงินทดแทน) ได้รับสิทธิทันทีที่เข้าเป็นลูกจ้าง 2. กรณีคลอดบุตร ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 7 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนคลอดบุตร จึงจะมีสิทธิเบิกค่าคลอดบุตรได้ 3. กรณีทุพพลภาพ 3.1. การทุพพลภาพที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน (กองทุนประกันสังคม) ต้องจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนเดือนที่เป็นผู้ทุพพลภาพ 3.2. การทุพพลภาพที่เกิดจากการทำงาน (กองทุนเงินทดแทน) ได้รับสิทธิทันทีที่เข้าเป็นลูกจ้าง	ให้ผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ หรือหากยังไม่ได้ลงทะเบียนอาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ และให้หน่วยบริการดังกล่าวจัดลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ และสามารถเข้ารับบริการได้ทันที โดยไม่มีการกำหนดระยะเวลา
การสิ้นสุดความคุ้มครอง	1. พักราชการ 2. ไล่ออก 3. ลาออก 4. เสียชีวิต	ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 1. ตาย 2. สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 3. ตาย 4. กลับไปเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 อีกครั้ง 5. ลาออกจากการเป็นผู้ประกันตนโดยแสดงความจำนงต่อสำนักงานประกันสังคม 6. ไม่ส่งเงินสมทบ 3 เดือน ติดต่อกัน 7. ภายในเวลา 12 เดือน ส่งเงินสมทบมาแล้วไม่ครบ 9 เดือน	1. ตาย 2. ได้รับสิทธิในการรักษายาบาลอื่นๆ จากภาครัฐ
แหล่งที่มาของเงิน	งบประมาณประจำปีที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐบาล โดยจ่ายต่อหัวผู้มีสิทธิในปี 2555 เท่ากับ 66,000 ล้านบาท (ประมาณ 11,000 บาท/คน) ข้อมูลกรมบัญชีกลาง ปี 2554 ข้าราชการพลเรือนมีค่าใช้จ่ายต่อหัว 12,680 บาท รัฐบาลใช้เงินประมาณ 50,000-60,000 ล้านบาท	1. ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ร่วมจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม ในกรณีรักษายาบาลฝ่ายละเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 1.5 ของรายได้ ซึ่งครอบคลุมประโยชน์ทดแทน 4 กรณี ประกอบด้วย (1) กรณีเจ็บป่วย ร้อยละ 0.88 (2) กรณีคลอดบุตร ร้อยละ 0.12 (3)	1. งบประมาณประจำปีที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐบาล โดยอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี 2555 เท่ากับ 2,755.60 บาท/คน 2. ผู้เข้ารับบริการต้องร่วมจ่าย 30 บาท ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ และได้รับยาจากสถานพยาบาล

	ครอบคลุมครอบครัวข้าราชการประมาณ 5 ล้านคน	กรณีทุพพลภาพ ร้อยละ 0.44 และ (4) กรณีตาย ร้อยละ 0.06 โดยคิดจากฐานเงินเดือนต่ำสุด 1,650 บาท และเพดานสูงสุดที่ 15,000 บาท 2. ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 จ่ายเงินสมทบในการรักษาพยาบาลเอง โดยใช้อัตราเงินสมทบเดียวกัน คือ เดือนละ 432 บาท (ใช้ฐานในการคำนวณเงินสมทบที่ 4,800 บาท และคิดจากอัตราสมทบ	ระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป แต่ก็มีกรณีที่ได้รับการยกเว้น คือ <ul style="list-style-type: none"> การได้รับการสาธารณสุขประเภทการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือกรณีเจ็บป่วย
สิทธิประโยชน์	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
		ร้อยละ 9) ซึ่งจะได้รับสิทธิรักษายาบาลกรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร ทุพพลภาพ และตาย เหมือนผู้ประกันตนตามมาตรา 33 (เงินจำนวนนี้ครอบคลุมสิทธิอื่นๆ ในกองทุนเงินทดแทนด้วย คือ กรณีสงเคราะห์บุตร และชราภาพ) โดยรวมกันคิดเป็นค่าใช้จ่ายการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 1,938 บาท/ปี	<ul style="list-style-type: none"> ฉุกเฉินเร่งด่วน บุคคลประเภทผู้ยากไร้ ผู้ที่เสียสละทำความดีแก่ประเทศชาติ และบุคคลที่แสดงความประสงค์ที่จะไม่จ่าย 3. กรณีแรงงานต่างด้าวจะต้องร่วมจ่ายให้กับสถานพยาบาล 30 บาทต่อครั้ง
สถานพยาบาลที่สามารถใช้บริการได้	<ul style="list-style-type: none"> สามารถรับการรักษาสถานพยาบาลของรัฐได้ทุกกรณี ยกเว้น กรณีที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและเคยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องกับสถานพยาบาลอยู่แล้วไม่ต่ำกว่า 3 เดือน ต้องเลือกสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นสถานพยาบาลประจำตัวได้เพียง 1 แห่ง ต่อ 1 โรคเรื้อรัง หรือ 1 แห่ง ต่อ 1 โรคเรื้อรังทั้งหมด สถานพยาบาลเอกชนกรณีเป็นผู้ป่วยในที่มีการนัดผ่าตัดล่วงหน้า (ประมาณ 45 โรค) 	<ul style="list-style-type: none"> เลือกลงทะเบียนกับสถานพยาบาลได้ทั้งของรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ สามารถรับบริการได้ที่ทั้งหน่วยทุติยภูมิและปฐมภูมิ (โรงพยาบาลหลักและโรงพยาบาลเครือข่าย) สามารถเปลี่ยนแปลงได้ปีละ 1 ครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายในพื้นที่ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน และสามารถใช้สิทธิได้จากหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายเท่านั้น โดยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ปีละ 4 ครั้ง เมื่อหน่วยบริการปฐมภูมิรักษาไม่ได้ ก็จะออกใบส่งตัวให้คนไข้ไปรักษาที่หน่วยบริการชั้นสูง เช่น โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป ที่มีความสามารถเฉพาะทาง กรณีไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านที่พักอาศัยอยู่ ต้องใช้หลักฐาน อย่างไม่อย่างหนึ่งดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> สำเนาทะเบียนบ้านของบุคคลที่ตนไปพักอาศัย พร้อมหนังสือรับรองของเจ้าของบ้าน หนังสือรับรองของผู้นำชุมชน ซึ่งรับรองว่าผู้ขอลงทะเบียนพักอาศัยอยู่ใน

			<p>พื้นที่อื่นๆ จริง</p> <p>3. หนังสือรับรองของผู้ว่าจ้าง หรือนายจ้าง</p> <p>4. เอกสารหรือหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค ใบเสร็จรับเงินค่าเช่า ที่พัก สัญญาเช่าที่พัก ฯลฯ ที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีถิ่นที่อยู่หรือที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ</p>
--	--	--	---

สิทธิประโยชน์	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
วิธีการที่รัฐบาลจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> การจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลเป็นแบบ ปลายเปิด หรือ Fee For Service (ไม่กำหนดเพดานการจ่ายเงิน) ผู้ป่วยนอก (OPD) เบิกจ่ายโดยตรงตามปริมาณและราคาที่ยกเก็บย้อนหลังเป็นโครงการคู่ขนานกับระบบเบิกจ่ายค่ารักษาเดิม (คือ นำใบเสร็จไปเบิก หรือทำหนังสือจากต้นสังกัด) เป็นโครงการแบบสมัครใจสำหรับผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว ยกเว้นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและผู้ป่วยมะเร็งที่จำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง 6 ชนิด จะต้องเข้าร่วมระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น สำหรับบริการผู้ป่วยใน (IPD) จะเรียกเก็บตามน้ำหนักสัมพัทธ์ (DRG) 	<ul style="list-style-type: none"> การจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลเป็นแบบ ปลายปิด (กำหนดเพดานการจ่ายเงิน) ผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) ใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว และจ่ายเพิ่มตามน้ำหนักสัมพัทธ์ (DRG) ให้กับโรงพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 26 โรค 	<ul style="list-style-type: none"> การจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลเป็นแบบ ปลายปิด (กำหนดเพดานการจ่ายเงิน) ผู้ป่วยนอก (OPD) ใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการรักษายาบาลและบริการส่งเสริมและป้องกันโรค ส่วนบริการผู้ป่วยใน (IPD) ใช้วิธีจัดสรรงบประมาณตามน้ำหนักสัมพัทธ์ (DRG)
การตรวจสุขภาพประจำปี	สามารถใช้สิทธิได้เฉพาะตัวผู้มีสิทธิ คือ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญ (ไม่รวมบุคคลอื่นในครอบครัว) ในโรงพยาบาลของรัฐ ปีละ 1 ครั้ง (อายุต่ำกว่า 35 ปี ตรวจได้ 7 รายการ ส่วนอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ตรวจได้ 16 รายการ) ซึ่งต้องสำรองจ่ายไปก่อนและไปเบิกกับต้นสังกัด	ไม่มี แต่สามารถใช้สิทธิกรณีส่งเสริมและป้องกันโรคจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้	ได้รับการบริการการตรวจสุขภาพ แต่เป็นการตรวจพื้นฐานทั่วไปตามความจำเป็น เพื่อคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ตรวจวัดความดัน ระดับน้ำตาลในเลือด การเต้นของหัวใจ การตรวจหามะเร็งปากมดลูก ส่วนการตรวจอื่นๆ ที่ซับซ้อนต้องให้แพทย์วินิจฉัยสั่งการ
การ	ค่าใช้จ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน	กองทุนประกันสังคมให้สิทธิเฉพาะการรักษาพยาบาล	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ

ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	โรคได้รวมอยู่ในคำรักษาพยาบาลตามที่กระทรวงการคลังกำหนด ซึ่งครอบคลุมผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวด้วย	และการฟื้นฟูเท่านั้น ซึ่งรัฐจะใช้วิธีจัดสรรงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแทน	ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ได้ให้สิทธิรวมไปถึงผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมและสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการด้วย ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ● ตรวจสอบภาวะเสี่ยงและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ● ตรวจสอบสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ● การเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ● การวางแผนครอบครัวและให้ความรู้เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ● ตรวจสอบเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี และการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี กรณีสังเกตพบการแพร่กระจายจากแม่สู่ลูก
-----------------------------	--	--	---

สิทธิประโยชน์	ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
การส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า	<ul style="list-style-type: none"> ● ต้องเป็นการส่งต่อเฉพาะกรณีการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่รวมการส่งต่อจากจุดเกิดเหตุ/บ้าน ไปโรงพยาบาล และโรงพยาบาลปลายทางที่ผู้ป่วยต้องรับเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วย ● เบิกจ่ายตรงให้กับโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งจ่ายออกเป็น 2 ส่วน คือ <ol style="list-style-type: none"> 1. เหม่าจ่ายทั้งค่ารักษาและค่าบริการรถส่งต่อ ในอัตรา 500 บาทต่อครั้ง 2. จ่ายตามระยะทาง โดยคิดตามระยะทางไป – กลับ ในอัตรา 4 บาทต่อกิโลเมตร 	<p>ต้องเป็นกรณีโรงพยาบาลแรกที่รักษาเป็นโรงพยาบาลรับรองสิทธิ ได้ส่งต่อไปรักษากับโรงพยาบาลที่สอง ซึ่งไม่ใช่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ โดยค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิซึ่งครอบคลุมอยู่ในเงินเหมาจ่ายรายหัว โดยเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้ 2 กรณี คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ภายในเขตจังหวัด <ul style="list-style-type: none"> ● ค่ารักษาพยาบาลหรือเรือพยาบาล เบิกคืนได้เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 500 บาท ● ค่ารักษาพยาบาลหรือรถส่วนบุคคล หรือพาหนะอื่นๆ เบิกคืนแบบเหมาจ่าย 300 บาท 2. ข้ามเขตจังหวัด เบิกเพิ่มได้อีกกิโลเมตรละ 6 บาท ตามระยะทางของกรมทางหลวง 	<p>หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขค่าพาหนะรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างการรักษา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดอัตราจ่ายขั้นต่ำแบบเหมาจ่ายตามเขตแดนเช่นเดิม คือจ่ายตามจริง ไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง 2. กรณีมีค่าใช้จ่ายเกินกว่าอัตราขั้นต่ำ ให้ปรับอัตราราคาต่อระยะทางตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยจ่ายตามจริง ไม่เกิน 500 บาท และจ่ายเพิ่มกิโลเมตรละ 4 บาท หรือตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด 3. ค่าเรือ/แพขนานยนต์ จ่ายตามจริงไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง 4. ค่าเฮลิคอปเตอร์จ่ายตามจริง ไม่

			เกิน 40,000 บาทต่อครั้ง
	<p>ประมาณ 7 หมื่นบาท)</p> <p>2) ยารักษาโรคมะเร็งโรคมะเร็งและสะกัดเงิน ต้องเบิกในระบบจ่ายตรงเท่านั้น ไม่สามารถจ่ายเงินและนำใบเสร็จมายื่นเบิกได้ ซึ่งประกอบด้วย ค่ายา Rituximab, Etanercept และ Infliximab โดยห้ามเบิกค่ายาชีววัตถุอื่นๆ อีก</p> <p>3) วิตามินและแร่ธาตุ เบิกได้เฉพาะที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น ไม่สามารถเบิกค่าวิตามิน และแร่ธาตุที่เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติได้ แม้จะมีคณะกรรมการแพทย์รับรองก็ไม่สามารถเบิกได้</p> <p>4) กลุ่มยาบรรเทาอาการข้อเข่าเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า (Glucosamine) ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ทุกกรณี แม้จะมีคณะกรรมการแพทย์รับรองก็เบิกไม่ได้</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● Immunoglobulin G Intravenous (IVIG) ● Docetaxel injection ● Letrozole tab ● Liposomal amphotericin B injection ● Verteporfin injection <p>ส่วนอีก 2 รายการ ที่ สปสช. ไม่ได้ชดเชยให้กับหน่วยบริการตามระบบยาบัญชี จ (2) เนื่องจากมีกลไกในการเข้าถึงยาอยู่แล้ว ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Erythropoietin injection สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิรับบริการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ● Imatinib mesilate tablet เป็นรายการยาที่ประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาโดยรัฐตามเงื่อนไขข้อเสนอการสนับสนุนยา ภายใต้โครงการ GIPAP บริษัทผู้
สิทธิประโยชน์	ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
			<p>จำหน่ายบริจาคให้เฉพาะผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สปสช. จึงยังไม่ได้ดำเนินการจัดหาเข้าสู่ระบบการบริหารจัดการยา จ (2) แต่วิธีการนี้เป็นวิธีการที่ไม่ยั่งยืน เมื่อหมดโครงการพิเศษผู้ป่วยก็จะได้ใช้ยา</p> <p>2. ยา Compulsory Licensing</p>

			<p>(CL)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ยาด้านไวรัสเอดส์ (ARVs) ได้แก่ Efavirenz 200mg/600mg, Lopinavir/Ritonavir 200mg/500mg ● ยารักษามะเร็ง ได้แก่ Docetaxel 20mg/80mg, Letrozole, Imatinib, Erlotinib ● ยาป้องกันลิ่มเลือดอุดตัน เส้นเลือด ได้แก่ Clopidogrel bisulfate 75 mg <p>3. ยา Deferiprone tablet รักษาภาวะเหล็กเกินในผู้ป่วยทาลัสซีเมีย</p> <p>4. วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับประชากรไทยทุกคนที่อายุต่ำกว่า 5 ปี เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 (อายุ 6-7 ปี) เด็กประถมศึกษาปีที่ 6 (อายุ 12 ปี) และหญิงตั้งครรภ์</p> <p>5. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ สำหรับทุกกลุ่มอายุที่มีโรคเรื้อรังสำคัญ 7 โรค ได้แก่ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี</p>
สิทธิประโยชน์	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดโรค	อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซมตามประเภทที่กระทรวงการคลังกำหนดไว้ โดยเบิกได้ไม่เกิน อัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด 396 รายการ	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าใช้จ่ายครอบคลุมอยู่ในเงินเหมาจ่ายรายหัว ● กำหนดบัญชีรายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ จำนวน 81 รายการ โดยจ่ายจริงตามความจำเป็นให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลตามอัตราที่กำหนดไว้ 	<ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยบริการต้องเบิกจาก กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งจะจ่ายชดเชยไม่เกินราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณี และไม่เกินเพดาน

		<ul style="list-style-type: none"> ไม่มีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมเช่นเดียวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 206 รายการ และมีชนิดเดียวกันแต่ราคาแพงกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 10 รายการ 	<p>ราคากลางของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่ สปสช. ประกาศกำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> บางรายการมอบหมายให้องค์กรเภสัชกรรมดำเนินการจัดส่งตามระบบ Vendor Managed Inventory (VMI) รวมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรคจากกองทุนฟื้นฟูและระบบ VMI ทั้งหมด 270 รายการ ไม่มีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมเช่นเดียวกับระบบประกันสังคม 17 ชนิด และมีชนิดเดียวกันแต่ราคาแพงกว่าระบบประกันสังคม 3 รายการ
บริการทางการแพทย์ที่ไม่คุ้มครอง	<p>การบริการทางการแพทย์ที่เกินกว่าความจำเป็นพื้นฐาน เช่น ผ่าตัดเสริมสวย ตัดฟัน การผ่าตัดแปลงเพศ การรักษาภาวะการมีบุตรยากและการผสมเทียม การรักษาโรคที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง และบริการป้องกันที่ยังไม่ได้จัดเป็นบริการพื้นฐาน</p>	<p>โรคและบริการที่ไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์หรือกลุ่ม 14 โรคยกเว้น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> โรคหรือการประสบอันตรายอันเนื่องจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ประเภทคนไข้ในเกิน 180 วันใน 1 ปี การบำบัดทดแทนไต กรณีไตวายเรื้อรัง ยกเว้น กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตผ่านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างทางช่องท้องด้วยน้ำยา และการปลูกถ่ายไต ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขและอัตราที่กำหนด การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง การรักษาภาวะมีบุตรยาก การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการปลูกถ่ายไขกระดูกของผู้ประกันตน ให้จ่ายค่าตรวจเนื้อเยื่อเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 7,000 บาทต่อราย ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ 	<p>แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> กลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐาน <ul style="list-style-type: none"> การรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม การเปลี่ยนเพศ การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การตรวจวินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง กลุ่มบริการที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะหรือครอบคลุมโดยกองทุนอื่น <ul style="list-style-type: none"> การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด ยกเว้น ผู้ติดยาเสพติดประเภทเฮโรอีนที่สมัครใจ
สิทธิ	ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประโยชน์			
		<p>คณะกรรมการการแพทย์กำหนด</p> <p>8. การตรวจใดๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น</p> <p>9. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การปลูกถ่ายไขกระดูก ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายในอัตรา 750,000 บาทต่อราย แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่คณะกรรมการการแพทย์รับรอง และได้ทำความตกลงไว้กับ สปส.ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกรณีการปลูกถ่ายไขกระดูกตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด ● การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา โดยให้เหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล 20,000 บาทและให้ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย 5,000 บาท ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด <p>10. การเปลี่ยนเพศ</p> <p>11. การผสมเทียม</p> <p>12. การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น</p> <p>13. ทันตกรรม ยกเว้น การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูนและผ่าฟันคุด ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 600 บาทต่อปี กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาท ภายในระยะเวลา 5 ปี</p> <p>14. แวนตา</p>	<p>เข้ารับการรักษาและไม่ต้องโทษคดีอาเสพติด ให้ได้รับสารทดแทนยาเสพติด (เมทาโดน) จากหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การบาดเจ็บจากกรด ซึ่งอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย <p>3. กลุ่มบริการอื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน ยกเว้นกรณีที่ต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ● การปลูกถ่ายอวัยวะ (organ transplantation) ยกเว้นการปลูกถ่ายไตเพื่อรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การปลูกถ่ายตับในเด็ก (อายุไม่เกิน 18 ปี) สำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิดและโรคอื่นๆ ที่ทำให้เกิดภาวะตับวาย การปลูกถ่ายหัวใจ
การใช้บริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน	<ul style="list-style-type: none"> ● เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555 ● เป็นการสร้างความเป็นเอกภาพและลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน โดยเริ่มที่การเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการได้โดยไม่ต้องถามสิทธิภายใต้มาตรฐานเดียวกัน ● กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้ป่วยตามประกาศของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ 		

	<p>1. ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤติ คือ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับการปฏิบัติทางการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ▪ ภาวะหยุดหายใจ ▪ ภาวะช็อกจากการเสียเลือดรุนแรง ▪ ชักตลอดเวลาหรือชักจนตัวเขียว ▪ อาการซีม หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ▪ อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงจากหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่มีความจำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด ▪ อาการทางสมองจากหลอดเลือดสมองตีบตันที่มีความจำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด ▪ เลือดออกมากอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา เป็นต้น <p>2. ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับเร่งด่วน ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติทางการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นซึ่งส่งผลให้เสียชีวิต หรือพิการในระยะต่อมาได้ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ หายใจลำบากหรือหายใจเหนื่อยหอบ ▪ ซีดหรือซีดกว่า 40 หรือเร็วกว่า 150 ครั้ง/นาที โดยเฉพาะถ้าร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น ▪ ไม่รู้สึกตัว ชัก อัมพาต หรือตาบอด หุนหวกทันที ▪ ตกเลือด ซีดมากหรือเขียว มีอาการเจ็บปวดมากหรือทรมานทรมาย ▪ มือเท้าเย็นซีด และเหงื่อแตก ร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น ▪ มีความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า 90 มม.ปรอทหรือตัวล่างสูงกว่า 130 มม.ปรอท โดยเฉพาะร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น ▪ อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 35° c หรือสูงกว่า 40° c โดยเฉพาะร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น ▪ ถูกพิษหรือ Drug Overuse ▪ ได้รับอุบัติเหตุ โดยเฉพาะบาดเจ็บที่ใหญ่มากและมีหลายแห่ง เช่น Major multiple fractures, Burns, Back injury with or without spinal cord damage ▪ ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน เป็นต้น <ul style="list-style-type: none"> ● เน้นการให้บริการฉุกเฉินตามระบบปกติของ 3 กองทุน ให้ครอบคลุมบริการฉุกเฉินให้ได้มากที่สุด ● รวมถึงบริการฉุกเฉินในโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่นอกระบบของ 3 กองทุน ให้เป็นไปตามความจำเป็นและตามระดับฉุกเฉินของผู้ป่วย ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนตามความหมายของแต่ละกองทุน ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบรักษาพยาบาลข้าราชการ คือ โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง 2. ระบบประกันสังคม คือ โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่คู่สัญญา 3. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำ หรือโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่หน่วยรับ/ส่งต่อ ● การบริการดังกล่าว ให้ดำเนินไปจนผู้ป่วยทุเลากลับบ้านได้ หรือ ส่งต่อ/ส่งกลับสู่โรงพยาบาลในระบบ อย่างสอดคล้องกับระดับความรุนแรงทางการแพทย์ทั้งนี้ไม่ใช่ระยะเวลา 72 ชั่วโมง เป็นตัวกำหนดการสิ้นสุดหรือตัดตอนการให้บริการของโรงพยาบาลเหมือนเมื่อก่อน ● หลักการชดเชย <ol style="list-style-type: none"> 1. ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ารับบริการกับโรงพยาบาลในเครือข่ายของ 3 กองทุน ให้เป็นไปตามระบบปกติของทั้ง 3 กองทุน 2. ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ารับบริการกับโรงพยาบาลนอกเครือข่ายของ 3 กองทุน ให้ สปสช. เป็นหน่วยจัดเก็บข้อมูลและเบิกจ่ายกลาง (clearing house) ให้แก่โรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศที่ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน <ul style="list-style-type: none"> ▪ การบริการผู้ป่วยนอก ให้จ่ายตามอัตราที่เรียกเก็บของกรมบัญชีกลาง (Emergency Intervention List) ▪ การบริการผู้ป่วยใน ให้ใช้อัตรา 10,500 บาท ต่อ adjusted related weight (version 5) ซึ่งเป็นอัตราที่กรมบัญชีกลางชดเชยกรณี
--	--

ข้าราชการรับบริการผู้ป่วยในประเภท elective case กับโรงพยาบาลเอกชน			
3. สร้างระบบประสานงานการชดเชยกับกองทุนผู้ประสบภัยจากรถ			
<p>กรณีเป็นผู้ทุพพลภาพ</p> <p>ได้รับสิทธิ เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ทุพพลภาพที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน (กองทุนประกันสังคม) ต้องจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนเดือนที่ทุพพลภาพ และได้รับเงินทดแทน ร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยตลอดชีวิต • ทุพพลภาพเนื่องจากการทำงาน (กองทุนเงินทดแทน) จะได้รับสิทธิทันทีที่เข้าร่วมกับกองทุน และได้รับค่าทดแทนในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนไม่เกิน 15 ปี • ค่ารักษาพยาบาล <ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ในสถานพยาบาลของรัฐ ผู้ป่วยนอกเบิกได้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ผู้ป่วยในจ่ายค่าบริการตามระบบ DRG 2. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลเอกชน ผู้ป่วยนอกเบิกได้ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท ผู้ป่วยใน เบิกได้ไม่เกินเดือนละ 4,000 บาท • ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ให้เหมาจ่ายไม่เกินเดือนละ 500 บาท • สามารถเข้ารับการฟื้นฟูในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานของสำนักงานประกันสังคมมูลค่า 40,000 บาท 	<ul style="list-style-type: none"> • ได้รับการบริการสาธารณสุขตามที่กำหนดในชุดสิทธิประโยชน์หลัก • สามารถเข้ารับบริการกรณีมีความจำเป็น ณ หน่วยบริการอื่นของรัฐ นอกเหนือจากหน่วยบริการประจำได้ • ได้รับสิทธิประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้อุปกรณ์เทียม อุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยความพิการ หรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ • การบริการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เช่น นวดไทย ผิงเข็ม เป็นต้น • ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาล 	
<p>กรณีคลอดบุตร</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ได้รับเงินสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ไม่เกิน 2 ครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 7 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนที่คลอด และให้สิทธิได้ไม่เกิน 2 ครั้ง (กรณีสามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ให้ใช้สิทธิในการเบิกค่าคลอดบุตรรวมกัน ไม่เกิน 4 ครั้ง) • เหมาจ่าย 13,000 บาทต่อการคลอด 1 ครั้ง • เงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตร ร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ย 90 วัน (เฉพาะผู้ประกันตนหญิง) 	<ul style="list-style-type: none"> • ได้สิทธิฝากครรภ์ได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง เพราะอยู่ในบริการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ • แต่การคลอดจะมีสิทธิได้รับเงินสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ไม่เกิน 2 ครั้ง (กรณีบุตรคลอดแล้วรอดออกมามีชีวิต) ซึ่งนับตามจำนวนครั้งของการคลอด ไม่เกี่ยวข้องกับจำนวนบุตรที่คลอดออกมาในครั้งนั้นๆ เช่น ลูกแฝด • คุ้มครองหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

<p>กรณีเสียชีวิต</p>	<ul style="list-style-type: none"> • กรมบัญชีกลางไม่คุ้มครองตามอำนาจพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 • แต่ทายาทสามารถรับเงินบำเหน็จตกทอดตามพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2494 และพระราชกฤษฎีกาการจ่ายเงินเดือน เงินปี บำเหน็จบำนาญ และเงินอื่นๆ พ.ศ. 2535 จากกรมบัญชีกลางได้แทน 	<p>กรณีเป็นผู้ประกันตนมาตรา 33 ต้องจ่ายเงินสมทบ 1 เดือน ภายใน 6 เดือน ก่อนเดือนที่เสียชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้จัดการศพได้รับค่าทำศพ 40,000 บาท • ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 36 เดือน แต่ไม่ถึง 10 ปี ทายาทหรือผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์เท่ากับค่าจ้างเฉลี่ย 1 เดือนครึ่ง ถ้าจ่ายเงินสมทบเกิน 10 ปี จะได้รับเท่ากับค่าจ้างเฉลี่ย 5 เดือน <p>กรณีเป็นผู้ประกันตนมาตรา 39 ได้รับสิทธิทันทีที่เข้าเป็นลูกจ้าง</p> <ul style="list-style-type: none"> • ค่าทำศพ 100 เท่าของค่าจ้างขั้นต่ำรายวันสูงสุด (22,100 บาท เริ่ม 1 มกราคม 2554) • ทายาทหรือผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ 60% ของค่าจ้างเฉลี่ยรายเดือน ไม่เกิน 8 ปี 	<p>ไม่คุ้มครอง</p>
<p>การประสบอันตรายหรือการทุพพลภาพที่เกิดขึ้นเพราะบุคคลดังกล่าวจงใจให้เกิด (เช่น พยายามฆ่าตัวตาย)</p>	<p>คุ้มครอง เพราะสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการไม่ดูแลเหตุของการเจ็บป่วย โดยรัฐมีหน้าที่รักษาพยาบาลให้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวควินสภาพสู่ภาวะปกติ</p>	<p>ไม่คุ้มครอง</p>	<p>คุ้มครอง</p>
<p>การให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้รับบริการในกรณีที่ได้รับบริการความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล</p>	<p>ไม่คุ้มครอง</p>	<p>ไม่คุ้มครอง</p>	<p>คุ้มครอง (มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545) ซึ่งจะจ่ายเงินให้กับผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับค่าเสียหายจากการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการ โดยมีต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาเงินช่วยเหลือ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 200,000 บาท (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ปรับเป็น 400,000

บาลของ หน่วย บริการ			บาท) 2. พิการหรือสูญเสียอวัยวะ จ่ายเงิน ช่วยเหลือไม่เกิน 120,000 บาท (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ปรับ เป็น 240,000 บาท) 3. บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 50,000 บาท (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ปรับเป็น 100,000 บาท)
---------------------------	--	--	---

ที่มา: ประสพโชค มั่งสวัสดิ์ (2556) รายงานผลการศึกษาระยะที่หนึ่ง เรื่อง การศึกษาค่าความสมดุลและยั่งยืนของโครงการสวัสดิการ

สังคม เงินทุนอุดหนุนงบประมาณแผ่นดินปี 2555 คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

ตารางที่ 2

เปรียบเทียบหลักประกันรายได้เพื่อการชราภาพภายใต้กองทุนประเภทต่างๆ

เงินออมเฉลี่ย: บาทต่อคน

	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
กองทุนประกันสังคม	25,128	29,980	36,414	43,103	49,679	58,598	59,475	73,586	81,335	88,025
กองทุนบำเหน็จบำนาญ ข้าราชการการ (กบข.)	164,580	205,278	214,803	246,615	272,638	319,289	335,840	369,421	370,981	447,672
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	188,577	202,460	201,100	207,657	215,988	230,650	226,575	258,747	268,909	265,567
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ สำหรับลูกจ้างประจำของ ส่วนราชการซึ่งจดทะเบียน แล้ว (กสจ.)	26,379	31,595	37,848	45,926	55,146	66,810	74,057	87,144	100,785	109,360
กองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่ และครูโรงเรียนเอกชน										140,000
กองทุนสวัสดิการชุมชน				223	215	141	395	226	89	214

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ตารางที่ 3 อัตราเงินสมทบของรัฐบาล ตามร่างพรบ.กองทุนการออมแห่งชาติ

อายุสมาชิก	อัตราส่วนเงินสมทบ ต่อเงินสะสม	เงินสมทบสูงสุด
ไม่ต่ำกว่า 15 ปี แต่ไม่เกิน 30 ปี	ร้อยละ 50	600 บาทต่อปี
มากกว่า 30 ปี แต่ไม่เกิน 50 ปี	ร้อยละ 80	960 บาทต่อปี
มากกว่า 50 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี	ร้อยละ 100	1,200 บาทต่อปี

ที่มา: สำนักนโยบายการออมและการลงทุน สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (2 กุมภาพันธ์ 2554)

บรรณานุกรม

- ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ (2549) วิเคราะห์นโยบายการคุ้มครองทางสังคมในประเทศไทยที่กำลังเคลื่อนสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” รายงานฉบับสมบูรณ์เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ (2551) หลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุไทย รายงานฉบับสมบูรณ์เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- วระเวศน์ สุวรรณระดา (2550) กองทุนสวัสดิการภาคประชาชนจังหวัดสงขลา รายงานฉบับสมบูรณ์
- ประสพโชค มั่งสวัสดิ์ (2556) รายงานผลการศึกษาระยะที่หนึ่ง เรื่อง การศึกษาศักยภาพและยั่งยืนของโครงการสวัสดิการสังคม เงินอุดหนุนงบประมาณแผ่นดินปี 2555 คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- สิริรัตน์ เกียรติปฐมชัย และสมบูรณ์ เจริญจิระตระกูล (2554) ปัญหาและความยั่งยืนของเครือข่ายสวัสดิการชุมชน กับระบบสวัสดิการชุมชน สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์การเกษตร คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี 2552 (<http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/>)
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2553) ทางเลือกของสวัสดิการสังคมสำหรับคนไทย รายงานที่ตีอาไรไอ ฉบับที่ 87 เดือนตุลาคม 2553
- อมรรัตน์ อภินันทมกุล (2556) รายงานผลการศึกษาระยะที่หนึ่ง เรื่อง ทุนทางสังคมกับการพัฒนาสังคมไทยที่สมดุลและยั่งยืน เงินอุดหนุนงบประมาณแผ่นดินปี 2555 สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- อมรรัตน์ อภินันทมกุล (2554) ความท้าทายและยั่งยืนของกองทุนการออมแห่งชาติ วารสารเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ ปีที่ 2 ฉบับที่ 4 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2554) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- Glaeser, E., D. Laibson, and B. Sacerdote (2000) “The Economic Approach to Social Capital” NBER Working Paper No. 7728, Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Holzmann, Robert, and Richanrd P. Hinz (2005) Old Age Income Support in the 21st Century: An International Perspective on Pension System and Reform, World Bank, Washington.
- Tiebout, Charles. (1956) A Pure Theory of Local Expenditure Journal of Public Economics 64 (1956): 416-24.