



ประมวลองค์ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

โดย

นายแพทย์วิชัย เอกพลากร

นายแพทย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

แพทย์หญิงวิลาวัณย์ จิงประเสริฐ

นางธนพร เมธาวีกุล

ได้รับทุนอุดหนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

Executive summary

Preliminary review of health statistics against evidence from sporadic field surveys showed that non-injury occupational diseases such as pneumoconiosis, silicosis might have been under diagnosed and reported. Sporadic reports of workers' complaints on quality of diagnosis for occupation diseases by the press also raised a concern. Finally, complaints from officials of the Workmen Compensation Fund about over diagnosis leading to over claims of medical and sick benefits prompted a need to investigate the situation regarding medical diagnosis of occupational diseases.

This study is an attempt to address that need through documentary review, questionnaire survey on practitioners and interviewing stakeholders e.g., policy makers, technical experts and workers. The followings are key findings from the study :

- 1** Non-injury occupational diseases have been under reported in the existing health statistics i.e., disease surveillance system of the MOPH and claim reports of the Fund.
- 2** Factors related to the quality of medical diagnosis comprise
 - 2.1 Potential of physicians** Inadequate knowledge and unawareness of the conditions constituted the weakness of physicians. In addition, lack of impartiality due to the influence of payment mechanism biases the physicians' decision.
 - 2.2 Medical education** Under graduate medical education presents in a wide variety of curriculums in different medical schools. Only a short course training organised by the Department of Medical Services is available to the demand for post graduate continuing education. Yet, there has not been evidence proving that these educational systems could effectively meet the needs of the country.
 - 2.3 Laboratory supports and worksite investigation.** Although sophisticated equipments are available in all provincial hospitals under the MOPH, competent personnel to carry out the tests have been severely lacking. There has not been enough knowledge to assist in efficient allocation of human resources and hardware. Worksite investigations to provide information for clinical diagnosis are not available.
 - 2.4 Routine reporting system.** Compliance of physicians to the routine reporting system of the MOPH is very low as compared to that of the Fund. There has not been an attempt to synthesize the information of both systems into a coherent picture.
 - 2.5 Standard guidelines of diagnosis.** A standard guideline of diagnosis of occupational disease was produced and distributed to practitioners in all hospitals. However, it has not been widely recognized and used.
 - 2.6 Reactions of workers and employers.** Having vested interests in the outcomes of diagnosis, a number of workers and employers exert their influences on the diagnosis through provision of biased information and/or denials of the diagnosis. Lack of knowledge and low awareness of the workers also limit their access to diagnostic services.
 - 2.7 Payment mechanism.** Under the Workmen Compensation Fund and out-of-pocket payment, fee-for-service is the only mechanism of payment to health care providers which has led to over diagnosis and over treatment.
 - 2.8 Clinical auditing system.** Post audit is the only mechanism being used by the Fund to check and compensate the providers. Quality control of laboratory services has been very limited.
- 3 Policy implications**

- 3.1 Medical education.** Instead of focusing on content knowledge, under graduate medical education should try to focus on developing awareness and conceptual skills necessary for provision of occupational health care. Post graduate training should be organized in various forms tailoring to specific needs and ability to get access to information of particular groups of physicians. Priority should be given to those physicians serving factories throughout the country.
- 3.2 Routine reporting systems.** Given its purchasing power, the Workmen Compensation Fund in collaboration with the Social Security Scheme should demand for improvement of hospital information system to suit the need of occupational health.
- 3.3 Clinical auditing system.** Similarly, the Workmen Compensation Fund and the Social Security Scheme should exercise their purchasing power to setting up auditing system and quality control mechanism for clinical and laboratory performance of providers. In practice, they should provide guidance and financial support to the Hospital Accreditation Project initiated by the TRF and HSRI.

4 Research implications

- 4.1** Knowledge about the distribution of factories and workers by type of manufacturing and risk profiles are required in order to help planning for human resources development and investment in technology. In addition it will also be useful for clinical diagnosis by letting the physicians know about the prior probability of test.
- 4.2** Researchs are needed to improve payment mechanisms to providers so that quality of care and use of resources will be improved.
- 4.3** Loss compensation will be improved through a development of standard guidelines for assessing nature and severity of organ loss and disabilities.
- 4.4** Screening and monitoring for health risks and diseases prior to job assignment and during work will need thorough knowledge of potential work hazard; availability of cost-effective screening and monitoring tools; availability of treatments and total cost associated with provision of the services.
- 4.5** Knowledge of effective education systems for workers and people entering working age are needed to help preparing them to safely face with potential work hazards and available health services.

บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร

การทบทวนองค์ความรู้ที่ปรากฏผลในรายงานนี้มุ่งหวังที่จะประมวลสถานการณ์การวินิจฉัยโรคจากการทำงานในประเทศไทยและสากล เพื่อหาข้อสรุปและตั้งคำถามการวิจัยที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาระบบที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคจากการทำงานต่อไป

วิธีการทบทวนองค์ความรู้ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งเอกสารต่างๆ และสื่ออินเทอร์เน็ต การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ การสัมภาษณ์นักวิชาการต่างประเทศที่เข้ามาประชุมวิชาการในช่วงเวลาดำเนินการทบทวนองค์ความรู้ และการสำรวจความเห็นและประสบการณ์ของแพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทางและแพทย์ที่เคยผ่านการอบรมระยะสั้นสาขาอาชีวเวชศาสตร์

รายงานนี้ค้นพบว่า

1. โรคจากการทำงานที่ไม่ใช่การบาดเจ็บ เช่น silicosis หูตึง มีปรากฏในรายงานระบบปกติน้อยกว่าที่ค้นพบจากการสำรวจอย่างชัดเจน ในทางตรงกันข้าม การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่กองทุนเงินทดแทนแรงงาน กระทรวงแรงงาน และแพทย์ของคณะกรรมการแพทย์กองทุนเงินทดแทน พบว่า มีการวินิจฉัยโรคจากการทำงานที่เกินกว่าความเป็นจริงเพื่อหวังผลตอบแทน
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรค ได้แก่
 - a) ศักยภาพของแพทย์ กล่าวคือ แพทย์มีความรู้ไม่เพียงพอสำหรับการวินิจฉัยโรค ขาดความตระหนักเกี่ยวกับโรคจากการทำงาน แพทย์บางส่วนขาดอิสระในการตัดสินใจวินิจฉัยเนื่องจากมุ่งหวังผลตอบแทน
 - b) ระบบการผลิตและการศึกษาต่อเนื่อง มีความหลากหลายของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอาชีวเวชศาสตร์ ทั้งในด้านปริมาณเวลา ความลึกและกว้างของเนื้อหาสาระและวิธีการจัดประสบการณ์เรียนรู้ มีการฝึกอบรมหลังปริญญาและการผลิตแพทย์เฉพาะทางในบางสถาบันในกทม. อย่างไรก็ตามยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่า ระบบการผลิตและการศึกษาต่อเนื่องนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพของแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศเพียงพอ ระบบสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเองยังไม่เป็นรูปเป็นร่างแน่ชัด
 - c) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน และการตรวจทางสรีระ เพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจวินิจฉัยของแพทย์ มีอยู่ในระดับหนึ่ง ข้อจำกัดสำคัญคือ ขาดแคลนบุคลากรที่จะใช้เครื่องมือ และขาดความรู้ที่จำเป็นต่อการจัดหา และกระจายบริการตรวจพิเศษเหล่านี้ รวมทั้งการผลิตและกระจายบุคลากรให้เกิดความคุ้มค่า(cost effective)
 - d) ข้อจำกัดของระบบรายงานปกติคือ การไม่ได้รับรายงานจากแพทย์และโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะรายงานการเฝ้าระวังโรค และขาดการสังเคราะห์ข้อมูลจากสองแหล่งให้เป็นภาพรวมที่ช่วยการวินิจฉัยของแพทย์ และการกำหนดนโยบาย
 - e) แม้มีแนวทางวินิจฉัยโรคจากการทำงาน แต่ยังเป็นที่ยอมรับของแพทย์น้อยและมีการนำไปใช้ประโยชน์จำกัด ทั้งการรับรู้และการยอมรับของแพทย์ล้วนเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการใช้ประโยชน์จากแนวทางวินิจฉัยฯ

- f) ผลการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ขึ้นกับปฏิกิริยาของฝ่ายนายจ้างและฝ่ายลูกจ้าง(ในฐานะคนไข้) ฝ่ายแรกอาจไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจสภาพแวดล้อมของสถานประกอบการ หรือกดดันให้ลูกจ้างให้ข้อมูลเท็จกับแพทย์เพราะเกรงผลเสียต่อภาพพจน์ของกิจการ และอาจนำไปสู่การเพิ่มเบี้ยประกันความเสี่ยง ฝ่ายหลังอาจเข้าไม่ถึงบริการ หรือไม่ยอมรับบริการตรวจวินิจฉัยเพราะความไม่รู้ ความไม่ตระหนัก หรือเกรงผลเสียต่ออาชีพของตน
- g) ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการตามภาระงาน(fee for service) ชักนำไปเกิดการวินิจฉัยโรครุนแรงกว้างขวางเกินกว่าที่เป็นจริง แล้วเกิดการรักษาเกินจำเป็นจนนำไปสู่ผลแทรกซ้อนจากการรักษาและการสิ้นเปลืองทรัพยากรมากเกินไป
- h) ระบบตรวจสอบกระบวนการวินิจฉัยของแพทย์ บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่นๆโดยกลไกภายในและภายนอกสถานพยาบาลเป็นประโยชน์ต่อการยกระดับคุณภาพการวินิจฉัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. แพทยศาสตรศึกษา
 - a) ก่อนปริญญา ควรมุ่งเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักและวิธีคิดที่ถูกต้องสำหรับการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ตลอดจนทักษะในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง
 - b) หลังปริญญา ควรมุ่งเน้นการผลิตและกระจายสื่อสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง การฝึกอบรมระยะสั้นควรคำนึงถึงความต้องการและบริบทการทำงานของแพทย์ ควรให้ความสำคัญกับแพทย์ประจำโรงงานเป็นอันดับแรก
2. การรายงานโรคจากการทำงานเข้าสู่ระบบปกติมากขึ้น เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนในระดับมหภาค และการวินิจฉัยโรคในทางคลินิก จึงควรใช้อำนาจต่อรองของกองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคมในฐานะผู้ซื้อบริการสุขภาพให้แก่คนงาน ผลักดันให้มีการบันทึกและรายงานโรคและข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบต่อเนื่องสม่ำเสมอ
3. กองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคมในฐานะผู้ซื้อบริการสุขภาพให้แก่คนงาน ควรผลักดันและสนับสนุนการตรวจสอบคุณภาพของกระบวนการวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่นๆ โดยร่วมมือกับหน่วยงานวิชาการ เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โรงเรียนแพทย์
4. การสังเคราะห์ข้อมูลจากระบบรายงานปกติให้ได้ภาพรวมที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย และติดตามผลการดำเนินนโยบาย เป็นสิ่งจำเป็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมมือกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

สกว.ควรส่งเสริมการวิจัยหาความรู้เกี่ยวกับ

1. การกระจายของโรงงานและจำนวนคนงานตามประเภทการผลิตและระดับความเสี่ยง อันจะนำไปสู่การวางแผนการพัฒนา/กระจายกำลังคน การกระจายเทคโนโลยี ตลอดจนมาตรการป้องกันโรค และยังเป็นข้อมูลที่ช่วยการวินิจฉัยของแพทย์(knowledge of prior probability of test)

2. การจัดหา/กระจายเทคโนโลยีและการพัฒนา/กระจายกำลังคนด้านอาชีวเวชศาสตร์และสาขาที่เกี่ยวข้อง
3. การประเมินความสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย
4. การจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการเพื่อส่งเสริมความเป็นอิสระและความเป็นกลางของแพทย์ ตลอดจนประสิทธิภาพในการให้บริการซึ่งรวมการวินิจฉัยโรคจากการทำงานด้วย
5. การกำหนดประเภทของการคัดกรองก่อนเข้าทำงานและการตรวจสุขภาพเป็นระยะสำหรับสถานประกอบการประเภทต่างๆซึ่งมีประเภทและระดับความเสี่ยงแตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อผู้ให้สัมภาษณ์ ดังมีรายนามต่อไปนี้

1. นายแพทย์ปรจากรม วุฒิพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. นายแพทย์ ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. ศาสตราจารย์แพทย์หญิง มาลินี วงศ์พานิช ที่ปรึกษากรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
4. นายจำลอง ศรีประสารณ์ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม
5. นางอรพินท์ นุตะสาระ รองเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม
6. นายสิทธิพล รัตนกร ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม
7. ด็อกเตอร์ ชัยยุทธ ขวตินิกุล สถาบันความปลอดภัย กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม
8. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ศุภชัย รัตนมณีฉัตร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช
9. รองศาสตราจารย์นายแพทย์ สมมาตร แก้วโรจน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
10. ศาสตราจารย์นายแพทย์ สมิง เก่าเจริญ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
11. นายแพทย์ ประทีป โภคะกุล กรรมการ แพทย์กองทุนเงินทดแทน
12. รองศาสตราจารย์นายแพทย์ อุดม เอกตาแสง กรรมการแพทย์กองทุนเงินทดแทน
13. นายแพทย์ธีระพงษ์ สายเชื้อ กรรมการแพทย์กองทุนเงินทดแทน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
14. นายแพทย์ศุภ ชัย คุณารัตนพฤกษ์ เลขาธิการแพทยสภา
15. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
16. นายแพทย์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ แพทย์ประจำบริษัทลิเวอร์พูลเดอรั
17. นายแพทย์สวัสดิ์ เถกิงเดช สำนักพัฒนาวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
18. นายแพทย์ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข
19. นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
20. ดร. ทวีสุข พันธุ์เพ็ง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ สุนทร ศุภพงษ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
23. ดร. นวลตา ม่วงน้อยเจริญ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
24. นาย บัณฑิตย์ ธนชัยเศรษฐวุฒิ มูลนิธิอารมณ์ พงศ์พันธ์
25. นายอิศริม ทองน้ำตะโก กรรมการสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย ประธานคณะกรรมการฝ่ายบริหารแรงงาน
26. นายแพทย์ สนธยา พริ้งลำพู แพทย์โรงพยาบาลเอกชน, กรรมการแพทย์กองทุนเงินทดแทน
27. Dr. Jung Der Wang Director and Professor Institute of Occupational Medicine and Industrial Hygiene National, Taiwan University College of Public Health
28. Dr. KC Wan Chief Occupational Physician, Worksafe Western Australia
29. Dr. Gary R. Fujimoto Chairman Occupational Medicine, Stanford University Medical Center and the University of California Medical Center, S.F.
30. Dr. Chia Sin Eng, Senior Lecturer, Department of Community, Occupational and Family Medicine, National University of Singapore
31. คุณ พัชรินทร์ แก้วชนะ ระดับ 6 เขตพื้นที่ บางขุนเทียน
32. คุณ นิตนา ทองทรัพย์ หน. ฝ่ายประโยชน์ เขตพื้นที่ 3 รามอินทรา
33. นายบันลือ กฤตทองธนบดี สภาองค์กรลูกจ้างแรงงานแห่งประเทศไทย

34. นายพิชิต พระปัญญา สภาองค์การลูกจ้างแรงงานแห่งประเทศไทย

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้ นพ. สมเกียรติ ฉายาวงศ์ สำนักงานประกันสังคมและเจ้าหน้าที่สำนักงานกองทุนเงินทดแทน, นพ. ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ และเจ้าหน้าที่สำนักพัฒนาวิชาการ กรมการแพทย์, คุณ นิเวศน์ บัณฑิตชัย และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขภูมิภาค, เจ้าหน้าที่กองโรงพยาบาลภูมิภาค และคุณศิริวรรณ จันเจริญ ที่ช่วยเก็บข้อมูล หากไม่ได้ความร่วมมือจากท่านที่กล่าวมานี้ งานนี้คงมีอาจสำเร็จสมบูรณ์ได้ จึงขอขอบพระคุณทุกท่านด้วยความเคารพยิ่ง

สารบัญ

บทคัดย่อ

กิตติกรรมประกาศ

1. บทนำ.....	1
ความเป็นมา.....	1
วัตถุประสงค์ เพื่อ	2
2. วิธีการศึกษา.....	3
2.1 การสำรวจความคิดเห็นแพทย์	3
2.2 การสำรวจเชิงคุณภาพ	3
3. การการทบทวนวรรณกรรม	6
สถานการณ์ของโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน	6
ข้อมูลโรคจากการทำงาน กองระบาดวิทยา.....	6
สถิติจำนวนผู้รับทดแทนของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน	7
สถิติโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานในต่างประเทศ	10
ระบบการจ่ายเงินทดแทนและการวินิจฉัยโรคจากการทำงานในประเทศต่างๆ	13
ระบบการวินิจฉัยเพื่อการทดแทนในต่างประเทศ.....	34
ระบบการจ่ายเงินทดแทนและการวินิจฉัยโรคจากการทำงานในประเทศไทย.....	44
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน.....	50
ศักยภาพของแพทย์.....	51
แพทย์ที่ปรึกษา และระบบการส่งต่อ	56
ข้อมูลประกอบการวินิจฉัย	57
ความพร้อมของห้องปฏิบัติการ	57
ระบบข้อมูล	59
ปัญหาการรายงานโรค	60
คู่มือการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน	60
ประเด็นทางเศรษฐศาสตร์.....	61
แรงจูงใจ	61
นัยยะทางการเงินหลังการวินิจฉัย.....	62
จริยธรรม.....	62
ประเด็นด้านกฎหมาย	63
การตัดสินวินิจฉัยให้เงินทดแทน	63
ผู้มีส่วนได้เสียในระบบ	64
นายจ้าง	64
ลูกจ้าง.....	64

ความแยกส่วนของหน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบ	65
5. ข้อเสนอแนะการดำเนินการ	67
หลักสูตรอาชีวเวชศาสตร์ในโรงเรียนแพทย์	67
การศึกษาต่อเนื่อง	68
บทบาทของโรงเรียนแพทย์ต่อการบริการทางอาชีวเวชกรรม	69
ระบบแผนงานทั้งระบบ	70
การจัดบริการอาชีวเวชกรรม	70
คู่มือ และเกณฑ์มาตรฐาน	
หลักเกณฑ์มาตรฐานการวินิจฉัยของคณะกรรมการแพทย์	71
เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาตัดสินว่าโรคนั้นเกี่ยวเนื่องจากการทำงานหรือไม่ ของ NIOSH	72
การสนับสนุนข้อมูล	73
ฐานข้อมูล poison center	74
จริยธรรมแพทย์อาชีวเวชศาสตร์	74
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	74
ระบบการจัดเก็บข้อมูลทางอาชีวเวชศาสตร์	75
ข้อมูลสุขภาพคนงานในโรงงาน	75
ข้อมูลผู้ป่วยในสถานบริการ	75
ระบบข้อมูลในกองทุนเงินทดแทน	75
คณะกรรมการแพทย์กองทุนเงินทดแทน	76
การวินิจฉัยเงินทดแทนในส่วนภูมิภาค	78
นัยยะทางการเงิน	78
มาตรการดำเนินการกับพฤติกรรมกาให้บริการที่ไม่เหมาะสมของแพทย์	79
กฎหมาย	80
การตรวจสุขภาพ	81
การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้	83
เอกสารอ้างอิง	89
ภาคผนวก	91
ภาคผนวก 1 แบบสำรวจความคิดเห็นแพทย์	91
ภาคผนวก 2 ผลการสำรวจความคิดเห็นของแพทย์ต่อการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน	95
ภาคผนวก 3 วิชาอาชีวเวชศาสตร์ในหลักสูตรแพทย์	111
ภาคผนวก 4 ประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่อง กำหนดชนิดของโรคซึ่ง เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องมาจากการทำงาน	115
ภาคผนวก 5 โครงสร้างหน่วยงานทางอาชีวเวชกรรม	120

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 สถิติการประสบอันตรายในข่ายคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทน	8
ตารางที่ 2 สาเหตุการประสบอันตรายในปี 2539-2540.....	8
ตารางที่ 3 แสดงประเภทของโรคเนื่องจากการทำงาน ปี 2540.....	8
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยและตายจากโรคจากการทำงานในระบบการเฝ้าระวังของกองระบาดวิทยา ปี 2517-40.....	9
ตารางที่ 5 จำนวนโรงงานและจำนวนคนงานที่มีภาพถ่ายรังสีปอดผิดปกติแบบซิลิโคสิส ปี 2536	10
ตารางที่ 6 จำนวนการเจ็บป่วยจากการทำงานในประเทศต่างๆ	Error! Bookmark not defined.
ตารางที่ 7 ประเภทโรคจากการทำงานในประเทศญี่ปุ่น ปี 1995.....	11
ตารางที่ 8 ประเภทโรคจากการทำงานในประเทศสิงคโปร์ ปี 1995	12
ตารางที่ 9 ประเภทโรคจากการทำงานในประเทศออสเตรเลียตะวันตก 1995	12
ตารางที่ 10 ระบบการวินิจฉัยโรคจากการทำงานในประเทศต่างๆ.....	14
ตารางที่ 11 แสดงการวินิจฉัยเงินทดแทนเปรียบเทียบ ปี 2535 - 2540	24
ตารางที่ 12 รายการเงินทดแทนที่จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล, ค่าทดแทน, ค่าฟื้นฟู และค่าทำศพระหว่างปี 2537-40.....	30
ตารางที่ 13 เงินสมทบและจำนวนวินิจฉัยค่าทดแทน ระหว่างปี 2537-40	30
ตารางที่ 14 สิทธิประโยชน์ที่คนงานได้รับจากกองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคม	34

การศึกษาเรื่อง

ประมวลองค์ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

1. บทนำ

ความเป็นมา

ปัจจุบันประเทศไทยมีแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและภาคเกษตรกรรม อย่างละ 17 ล้านคนⁱ ปัญหาทางสุขภาพที่เกิดจากการทำงานที่ปรากฏรายงานส่วนใหญ่จากสถาบัน (institutional-based data) ในปัจจุบันคือการบาดเจ็บจากการทำงาน กองทุนเงินทดแทน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมซึ่งครอบคลุมคนงานที่อยู่ในข่ายคุ้มครอง 5.4 ล้านคน รายงานว่ามีคนงานบาดเจ็บเฉลี่ยวันละ 670 คน หรือปีละ 245,000 คน คิดเป็นอัตราการบาดเจ็บ ร้อยละ 4.6 ต่อปีⁱⁱ ส่วนโรคจากการทำงานอื่นๆที่ไม่ใช่การบาดเจ็บมีรายงานน้อยมาก เช่นเดียวกับการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพของกองระบาดวิทยาⁱⁱⁱ พบแต่ละปีมีผู้ป่วยพิษสารกำจัดศัตรูพืช 3,300 ราย พิษตะกั่วมี 4-50 ราย พิษจากสารทำลายลาย 68 ราย โรค caisson disease และ ปอดฝุ่นหิน (silicosis) อีกประปราย

แต่ผลจากการสำรวจโรงงานที่เสี่ยงต่อโรคจากการทำงานต่างๆที่ผ่านมาโดย กองอาชีวอนามัย^{iv} เมื่อปี 2536-38 พบว่าในโรงงานอย่างน้อย 6,712 แห่ง ซึ่งมีคนงาน 181,907 คน ที่สัมผัสต่อฝุ่น silica ปรากฏอัตราชุกของโรคปอดฝุ่นหินถึงร้อยละ 6.4 การสำรวจโรคปอดฝุ่นฝ้าย (byssinosis) พบว่ามีคนงานอย่างน้อย 151,600 คนในสถานประกอบการ 1,682 แห่งที่เสี่ยงต่อโรคดังกล่าว โดยพบอัตราชุกของโรคถึงร้อยละ 20 นอกจากโรคปอด การสำรวจโรงงานยังพบปัญหาประสาทรูเสื่อมจากการทำงานถึงร้อยละ 5 - 70 ของคนงาน

สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าโรคจากการทำงานที่ไม่ใช่การบาดเจ็บนั้นมียุ่จำนวนไม่น้อยแต่การตรวจวินิจฉัยในระบบปกติไม่สามารถค้นพบผู้ป่วยเหล่านี้ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ได้มาพบแพทย์ และที่มีอาการมาพบแพทย์ก็ไม่ได้รับการวินิจฉัย ขนาดของปัญหาโรคจากการทำงานดังกล่าวซึ่งได้จากการวินิจฉัยของแพทย์จึงน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงโดยเฉพาะโรคที่พบบ่อย เช่น โรคผิวหนังจากการทำงาน, โรคพิษจากสารเคมีเรื้อรัง, โรคปอดจากการทำงาน เป็นต้น

การวินิจฉัยโรคได้ต่ำกว่าความเป็นจริงย่อมมีผลเสียต่อสุขภาพคนงานที่ได้รับผลกระทบ ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องหรือทันเวลาที่ ทำให้โรครุนแรงมากขึ้นจนรักษาไม่ได้หรือรักษายากมากขึ้นจนเกิดความพิการรุนแรง เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเกินจำเป็นและเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร นอกจากนั้นคนงานที่เจ็บป่วยเหล่านี้ยังไม่ได้รับค่าทดแทนความเสียหายตามที่สมควรได้ตามกฎหมาย

ที่ผ่านมามีความพยายามในการแก้ปัญหาการวินิจฉัยดังกล่าวบ้าง ได้แก่ 1) การอบรมแพทย์ทางอาชีวเวชศาสตร์ โดยกรมการแพทย์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 หลักสูตรระยะสั้นจนถึงขณะนี้แพทย์ผ่านการ อบรม

รมไปทั้งสิ้น 8 รุ่น รวมประมาณ 180 คนกระจายอยู่ตามโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอบางแห่งทั่วประเทศ 2) กองอาชีวอนามัยได้จัดทำคู่มือการวินิจฉัยและการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพโดยความร่วมมือจากแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องและแพทย์ทางอาชีวเวชศาสตร์ ขึ้นมา 1 เล่ม ในปี พ.ศ. 2538 3) กรมการแพทย์ได้ดำเนินการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการทำงานเพิ่มขึ้น และ 4) มีการจัดหาและกระจายอุปกรณ์สนับสนุนการวินิจฉัยโดยกองอาชีวอนามัยไปยังโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 30 แห่ง อย่างไรก็ตามยังไม่มีแนวโน้มบ่งชี้อย่างชัดเจนว่ามีการตรวจพบปัญหาโรคจากการทำงานเพิ่มขึ้น

ดังนั้นจึงสมควรที่จะต้องมีการทบทวนองค์ความรู้และศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจพบและวินิจฉัยโรคจากการทำงาน เพื่อให้ทราบปัญหาอุปสรรคที่แท้จริงอย่างรอบด้านอันจะช่วยให้เกิดแนวทางในการกำหนดนโยบาย ทิศทางและแผน ตลอดจนนโยบายการวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ทบทวนองค์ความรู้และศึกษาสถานการณ์การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคจากการทำงานโดยแพทย์

2. วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมกับเชิงปริมาณ โดยการศึกษาจากเอกสาร การสัมภาษณ์บุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรค และการไปรบบแบบถามสอบแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1) การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคจากการทำงานโดยแพทย์และการวินิจฉัยให้เงินทดแทน จากหน่วยงานภาครัฐได้แก่กองทุนเงินทดแทน, กองอาชีวอนามัย, กองระบาดวิทยา, สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, กองสาธารณสุขภูมิภาค, กองโรงพยาบาลภูมิภาค

website ของหน่วยงานต่างประเทศ เช่น Work safe ของ ออสเตรเลียตะวันตก, Ministry of Manpower ประเทศสิงคโปร์, Bureau of Labor Statistics สหรัฐอเมริกา

2) สํารวจความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยจำแนกเป็น 2 รูปแบบดังนี้

2.1 การสำรวจความคิดเห็นแพทย์

เพื่อให้ทราบความคิดเห็นของแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวเวชศาสตร์ การศึกษานี้ได้สุ่มตัวอย่างแพทย์ผู้ทำงานในเขตที่มีโรงงานอุตสาหกรรม, แพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวเวชศาสตร์ ได้แก่ กลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่งคือ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี, โรงพยาบาลสมุทรปราการ และโรงพยาบาลนครปฐม โดยสุ่มตัวอย่างจากแพทย์ทุกแผนก, กลุ่มแพทย์ที่ผ่านการอบรม หลักสูตรอาชีวเวชศาสตร์ระยะสั้น รุ่นที่ 1-7 จัดโดยกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งวิทยากรของหลักสูตร และกลุ่มแพทย์ที่เคยวินิจฉัยโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานโดยได้รายชื่อแพทย์เหล่านี้จากสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม รวมทั้งสิ้นประมาณ 200 คน ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์และซ้ำอีก 1 รอบสำหรับรายที่ไม่ตอบสนองในรอบแรก (รายละเอียดแบบสอบถามดูที่ ภาคผนวก 1)

ประเด็นการสอบถาม ได้แก่ ประสบการณ์การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน, ปัญหา อุปสรรค ในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน, ปัจจัยที่ช่วยเสริมในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน และความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการวินิจฉัย

2.2 การสำรวจเชิงคุณภาพ

การศึกษานี้ได้เลือกสัมภาษณ์กลุ่มบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ในหน่วยงานต่างๆ จำนวน 34 ท่านดังนี้

- ผู้บริหารกระทรวงแรงงาน ได้แก่
- เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม
- รองเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม
- ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม
- ผู้เชี่ยวชาญกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

- แพทย์ของคณะกรรมการแพทย์กองทุนเงินทดแทน 3 ท่าน
- ผู้แทนฝ่ายนายจ้าง 1 ท่าน
- ผู้แทนฝ่ายลูกจ้าง 2 ท่าน
- แพทย์โรงพยาบาลเอกชน 1 ท่าน
- แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ประจำโรงงาน 1 ท่าน
- อาจารย์คณะแพทยศาสตร์ที่รับผิดชอบการสอนวิชาอาชีวเวชศาสตร์ 6 ท่าน
- ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านแรงงาน 1 ท่าน
- ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่
- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน
- เลขาธิการแพทยสภา
- ผู้แทนกรมอนามัย 2 ท่าน
- ผู้แทนกรมการแพทย์ 1 ท่าน
- ผู้แทนกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1 ท่าน
- ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข 1 ท่าน
- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนิติเวชวิทยา 1 ท่าน
- อดีตผู้อำนวยการกองอาชีวอนามัย 1 ท่าน

2. จัดกลุ่มสนทนา(focus group) กลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคจากการทำงาน

.... ครั้ง จำนวน คน

3. สัมภาษณ์ข้อมูลขั้นตอนการวินิจฉัยเงินทดแทนของต่างประเทศจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอาชีวเวชศาสตร์จาก 4 ประเทศที่มาร่วมวิชาการเชิงปฏิบัติการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคเนื่องจากการทำงานในประเทศไทย ระหว่างวันที่ 25-27 พฤษภาคม 2541 ณ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คือ Dr. KC Wan จาก ออสเตรเลียตะวันตก , Dr. Gary R. Fujimoto จาก สหรัฐอเมริกา, Chia Sin Eng จาก สิงคโปร์ และ Dr. Jung Der Wangจาก ไต้หวัน

4. รวบรวมข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูล สังเคราะห์ผลการทบทวนองค์ความรู้และการสัมภาษณ์/กลุ่มสนทนาเป็นเอกสารเชิงนโยบาย หลักการและเจตยวิจัย

5. สัมมนาผู้ที่เกี่ยวข้องของกลุ่มต่างๆเพื่อนำเสนอผลการสังเคราะห์ประเด็นคำถาม

สัมภาษณ์เชิงคุณภาพ ได้แก่ สถานการณ์ของโรคจากการทำงานและการวินิจฉัยของแพทย์, บทบาทในการวินิจฉัยโรคจากการทำงานควรเป็นของใคร แพทย์ทั่วไป, แพทย์เฉพาะทาง, แพทย์อาชีวกรรม, คณะกรรมการแพทย์ และควรมีระบบรองรับอย่างไร เช่นระบบปรึกษา, ส่งต่อ, ปัญหาอุปสรรคของการวินิจฉัยโรคจากการทำงานในปัจจุบัน, ความคาดหวังในบทบาทของแพทย์ในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน, บทบาทของ โรงเรียนแพทย์ต่อการผลิตแพทย์ที่มีความสามารถในการวินิจฉัยและการบริการทางอาชีวเวชกรรม, แรงจูงใจในทางบวก

และลบในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน เช่น ค่าตอบแทน, กฎหมาย, ข้อบังคับ, ความขัดแย้งทางวิชาการ, การตัดสินใจและผู้ตัดสินใจข้อพิพาทเมื่อมีความเห็นไม่ตรงกันในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน, ทำอย่างไรคู่มือแนวทางการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน จึงจะสนับสนุนการวินิจฉัยได้จริง, ความพร้อมของห้องปฏิบัติการที่ช่วยสนับสนุนในขณะนี้เป็นอย่างไ, โครงสร้างหน่วยงานอาชีวเวชกรรมและบทบาทของแพทย์ด้านอาชีวเวชศาสตร์, โครงสร้าง บทบาท หน้าที่ของแพทย์ที่ดำเนินงานทางอาชีวเวชกรรมควรเป็นอย่างไร, มาตรการใดที่ช่วยส่งผลต่อการเพิ่มการตรวจพบและวินิจฉัยโรคจากการทำงาน, นัยยะทางการเงิน(financial implication) ของระบบการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน,

เอกสารอ้างอิง

ⁱ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ภาวะเศรษฐกิจไทย ปี 2536 และแนวโน้ม ปี 2537.

ⁱⁱ เอกสารกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

ⁱⁱⁱ กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคปี 2537 กรุงเทพฯ มหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

^{iv} กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาอาชีวอนามัยในประเทศไทย พ.ศ. 2538 กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

^v กองอาชีวอนามัยกระทรวงสาธารณสุข คู่มือการวินิจฉัยและการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพ เล่ม 1 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2538

^{vi} กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เกณฑ์มาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2540

3. การทบทวนวรรณกรรม

สถานการณ์ของโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน

การพัฒนาอุตสาหกรรมได้นำไปสู่การเพิ่มจำนวนคนงานในภาคอุตสาหกรรมจาก 272,848 คนเป็น 5,825,821 คน ในเวลา 23 ปี นั่นคือเพิ่มขึ้น 21 เท่า อย่างไรก็ตามการเพิ่มขึ้นนี้ยังน้อยกว่าการเพิ่มจำนวนคนงานที่ประสบอันตรายซึ่งเพิ่มขึ้นถึง **72 เท่า** ในระยะเวลาเดียวกัน ความแตกต่างนี้ส่วนหนึ่งอธิบายได้จากความครอบคลุมของระบบรายงานที่ดีขึ้น แต่อีกส่วนหนึ่งก็คงปฏิเสธไม่ได้ว่า ความเสี่ยงต่ออันตรายก็เพิ่มขึ้นดังจะเห็นได้จากร้อยละของคนงานที่ประสบอันตรายก็เพิ่มขึ้น(ตารางที่ 1)

กองทุนเงินทดแทน กระทรวงแรงงานเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญหนึ่งในสองแหล่งที่มีรายงานการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน รายงานจากกองทุนเงินทดแทนแสดงให้เห็นว่าจำนวนคนงานประสบอันตรายสะสม เท่ากับ 18 ล้านรายในเวลา 23 ปีซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (20 ล้านคนในปี พ.ศ. 2538¹) (ตารางที่ 1) โดยปีล่าสุด (พ.ศ.2540) มีจำนวน 230,376 ราย

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาปริมาณการป่วยด้วยโรคจากการทำงานตามนิยามของกองทุนเงินทดแทนปรากฏว่ามีการรายงานไว้เพียง 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.04(ตารางที่ 2และ3) ถ้ารวมกลุ่มโรคจากการบาดเจ็บกล้ามเนื้อ การบาดเจ็บจากภาวะทางกายภาพ สารเคมีต่างๆ พบว่ามีจำนวน 27,663 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.0 (ตารางที่ 2)

ตัวเลขจากรายงานดังกล่าวสามารถสะท้อนขนาดปัญหาได้ใกล้เคียงความจริงเพียงใด อาจหาคำตอบได้จากการเทียบเคียงตัวเลขจากแหล่งอื่น ตัวอย่างเช่นเมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยโรคจากการทำงาน บางชนิดเช่นโรคปอด ซิลิโคสิส ในปี 2540 ปรากฏในรายงานของกองทุนเงินทดแทน 7 รายซึ่งนับว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยจากรายงานการสำรวจภาวะซิลิโคสิสทั่วประเทศในปี 2536 ของ กองอาชีวอนามัย ซึ่งพบความชุกของโรคสูงถึงร้อยละ 6.4 (N=2,601)⁴ เมื่อคูณด้วยจำนวนคนงานที่เสี่ยงต่อโรค 181,900ราย คาดว่าควรมีจำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 11,642 ราย จึงเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่รายงานโดยกองทุนเงินทดแทนน้อยกว่าที่คาดประมาณจากการสำรวจถึง 1600 เท่า!!! อีกตัวอย่างหนึ่งคือ จำนวนโรคหูตึงจากการทำงานสำรวจโดยกองอาชีวอนามัยระหว่างปี 2533-2536 พบจำนวนผู้สมรรถภาพการได้ยินผิดปกติ ร้อยละ 4.6-69.8 ราย(n=1,191ราย) ที่หูชั้นหูตึงมากมีร้อยละ 3.9 จำนวนโรงงานอุตสาหกรรมที่เข้าข่ายเสี่ยงต่อการก่อให้เกิดภาวะนี้มีจำนวน175 แห่งในปีพ.ศ.2526⁴ แต่จำนวนผู้ป่วยด้วยภาวะหูตึงที่รายงานโดยกองทุนเงินทดแทนมีเพียง22 ราย

แหล่งข้อมูลที่สำคัญอีกแหล่งคือ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข มีระบบการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานตามรายงาน 506 ⁱⁱⁱ โรคที่เฝ้าระวังได้แก่พิษสารกำจัดศัตรูพืช, พิษสารตะกั่ว, พิษตัวทำละลาย, พิษโลหะหนัก, พิษก๊าซและไอ, โรคปอดฝุ่นหิน(pneumoconiosis) และcaisson's disease ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นคนละกลุ่มโรคกับที่รายงานโดยกองทุนเงินทดแทน จำนวนผู้ป่วยที่ได้จากการเฝ้าระวังตามรายงาน 506ในแต่ละปี มีจำนวนระหว่าง 600 ถึง 4000 ราย(ตารางที่ 4) ส่วนใหญ่เป็นพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช ในปี 2540 มีจำนวนผู้ป่วยพิษสารกำจัดศัตรูพืช 3215 ราย (ร้อยละ 94ของทั้งหมด) แนวโน้มในระยะ 8 ปีที่ผ่านมาแสดงว่าจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้กำลังลดลง สำหรับโรคอื่นๆจำนวนผู้ป่วยที่ปรากฏในรายงานไม่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความตระหนักของคนงาน นายจ้าง และแพทย์ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย การเข้าถึงบริการทางห้องปฏิบัติการ ระดับความเสี่ยงของคนงาน เป็นต้น

การเปรียบเทียบอย่างหยาบระหว่างตัวเลขรายงานการป่วยด้วยสารเคมีจากสองแหล่งข้างต้นของปีพ.ศ.2539 และ2540จะเห็นว่าข้อมูลโรคจากการทำงานจากกองระบาดวิทยา ไม่สอดคล้องกับข้อมูลของกองทุนเงินทดแทน ซึ่งบ่งชี้ความแตกต่างของวิธีรายงาน ของกลุ่มประชากรเป้าหมาย และ/หรือเงื่อนไขอื่นๆที่ยังไม่กระจ่างชัด

ตารางที่ 1 สถิติการประสบอันตรายในข่ายคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทน

ปี	จำนวนลูกจ้างในข่ายคุ้มครอง	จำนวนลูกจ้างประสบอันตราย	ร้อยละของการประสบ อันตราย
2517	272,848	3200	1.17
2518	349814	4605	1.32
2519	496700	10136	2.04
2520	570000	15335	2.69
2521	590640	19134	3.24
2522	659041	24370	3.70
2523	745513	25334	3.40
2524	797270	27723	3.48
2525	824565	28323	3.43
2526	873059	33213	3.80
2527	994190	39182	3.94
2528	1091318	39119	3.58
2529	1179812	37445	3.17
2530	1232555	42811	3.47
2531	1346203	48912	3.63
2532	1661651	62766	3.78
2533	1826995	79028	4.33
2534	2751868	102273	3.72
2535	3020415	131800	4.36
2536	3355805	156548	4.66
2537	4248414	186053	4.38
2538	4903736	216335	4.41
2539	5425422	245616	4.53
2540	5825821	230376	3.95

ที่มา : สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม

ตารางที่ 2 สาเหตุการประสบอันตรายในปี 2539-2540

สาเหตุการประสบอันตราย	พ.ศ. 2539 จำนวน(ร้อยละ)	พ.ศ. 2540 จำนวน(ร้อยละ)
กลุ่มการบาดเจ็บเฉียบพลัน		
บาดเจ็บจากวัตถุ	186,421(75.9)	170,974(74.2)
ตกจากที่สูง, หกล้ม	13,625(5.6)	13,858(6.0)
บาดเจ็บจากยานพาหนะ	6250(2.5)	5736(2.5)
ความร้อน, ความเย็น	4783(1.9)	5133(2.2)
ไฟฟ้าช็อต	1618(0.7)	1666(0.7)
อันตรายจากแสง	1523(0.6)	3188(1.4)
วัตถุระเบิด	809(0.3)	777(0.3)
ถูกทำร้ายร่างกาย	587(0.2)	715(0.3)
รวมการบาดเจ็บเฉียบพลัน	215,616(87.8)	202,047(87.7)
กลุ่มโรคจากการทำงาน		
ท่าทางการทำงาน	22132(9.0)	19795(8.6)
สัมผัสสิ่งมีพิษ, สารเคมี	5233(2.1)	5391(2.3)
แพ้ สัมผัสสิ่งของ	2475(1.0)	2387(1.0)
โรคเนื่องจากการทำงาน	21(0.01)	90(0.04)
รวมโรคจากการทำงาน	29,861(12.1)	27,663(12.0)
อื่นๆ	139(0.1)	666(0.3)
รวมทั้งหมด	245,616(100.0)	230,376(100)

ที่มา : กองทุนเงินทดแทน

ตารางที่ 3 แสดงประเภทของโรคเนื่องจากการทำงาน ปี 2540

โรค	จำนวน	ร้อยละ
พิษสารตะกั่ว	36	40.0
การได้ยิน	22	24.4
ปวด	16	17.8
อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ	6	6.7
ปวดหลัง ไหล่	6	6.7
ผิวหนัง	3	3.3
foreign body ที่เท้า	1	1.1
รวม	90	100

ที่มา : กองทุนเงินทดแทน

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยและตายจากโรคจากการทำงานในระบบการแผ่รังสีของกองระบาดวิทยา ปี 2517-40

ปี	พิษสารกำจัดศัตรูพืช		พิษสารตะกั่ว		พิษโลหะหนักอื่นๆ		พิษตัวทำละลาย		พิษแก๊สสารไอระเหย		pneumoconiosis		Caisson's disease	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
2516	529						11							
2517	725						21							
2518	518						29							
2519	860						32							
2520	1013						49							
2521	876						42							
2522	1835						33							
2523	1851						18							
2524	2159						14							
2525	2187						20							
2526	2353						2							
2527	3213						3							
2528	2600	27	17		10		7		44		12		-	
2529	3107	40	51		13		6		28		9		-	
2530	4633	44	51		22		13		32		8		-	
2531	4234	34	32		6		16		51		9		-	
2532	5348	39	18		11		23		43		-		-	
2533	4827	39	4		6		7		6		-		-	
2534	3828	51	25		10		25		51		-		-	
2535	3599	31	12		8		50		56		1		3	1
2536	3299	44	17	2	16		52		26		24		138	
2537	3165	39	20		14		51		21	1	10		61	1
2538	3398	21			36	1	65	1	32		11			
2539	3175	32			54		73	0	44		32			
2540	3215	34			37		115	1	40		22			

ที่มา : กองระบาดวิทยา

ดังนั้นจะเห็นว่าสถิติรายงานโรคจากการทำงานที่ปรากฏในรายงานของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะโรคจากการทำงานที่พบบ่อยบางโรคพบได้จากการสำรวจเช่น โรคซิลิโคสิส โรคหูตึงจากการทำงาน และโรคผิวหนังจากการทำงาน พบว่าโรคเหล่านี้มีแทบไม่มีการรายงานในระบบรายงานปกติ

สถานการณ์ของโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานในต่างประเทศ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนและอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บและของโรคจากการทำงานในประเทศไทยกับต่างประเทศ จะเห็นว่าในทุกประเทศการบาดเจ็บเป็นปัญหาสุขภาพที่มีสัดส่วนสูงกว่าโรคจากการทำงานระหว่าง 7-17 เท่า

ในประเทศสิงคโปร์และญี่ปุ่นอุบัติการณ์ของสองภาวะต่ำกว่าร้อยละ 1 ตัวเลขของประเทศไทยอยู่ระหว่างของสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลียตะวันตก

กรณีประเทศญี่ปุ่นการที่มีการบาดเจ็บและการป่วยด้วยโรคจากการทำงานน้อยมากอธิบายได้ว่าส่วนหนึ่งเป็นเพราะระบบข้อมูลในญี่ปุ่นแสดงเฉพาะผู้ป่วยจากงานที่ต้องหยุดงานเป็นเวลานานตั้งแต่ 4 วันขึ้นไป ดังนั้นจึงทำให้พบว่ามีอัตราการเจ็บป่วยจากงานต่ำ

สำหรับในสหรัฐอเมริกาอัตราการบาดเจ็บป่วยจากการทำงานได้มาจากการประมาณแทนที่จะเป็นระบบการรายงานเหมือนประเทศอื่นดังนั้นจึงอาจเปรียบเทียบข้อมูลกับประเทศอื่นได้ลำบาก ข้อมูลจาก Bureau Of Labor Statistics, U.S. Department of Labor ได้จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างและการประมาณภาพรวม โดยประมาณว่าในปี ค. ศ. 1996 ผู้ป่วยโรคจากการทำงานใหม่มีประมาณ 439,000 ราย ในอุตสาหกรรมการผลิตมีประมาณ 3 ใน 5 ส่วนของจำนวนทั้งหมด โรคจากการทำงานเหล่านี้ได้แก่ carpal tunnel syndrome, noise induced hearing loss มีประมาณร้อยละ 4 ของจำนวนการบาดเจ็บและป่วยจากการทำงานทั้งหมด 6.2 ล้านราย

ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการให้นิยามที่แตกต่างกัน ศักยภาพของระบบในการวินิจฉัยและรายงานแตกต่างกันและระดับความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมและระบบการทำงานที่ต่างกัน การกำหนดนิยามโรคที่ต่างกันอาจบ่งชี้บรรทัดฐานในการมองประเด็นปัญหาสุขภาพของคนงานที่ต่างกันในแต่ละประเทศ จะสังเกตได้ว่า ในบรรดาประเทศทั้ง 5 สิงคโปร์มีความหลากหลายของกลุ่มโรคน้อยที่สุด และผู้กำหนดกลุ่มโรคคือรัฐบาล โดยมีจุดมุ่งหมายที่การจัดสรรเงินทดแทนความสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เป็นที่ยอมรับกันว่าสิงคโปร์เป็นประเทศที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายของรัฐน้อยกว่าประเทศอื่นๆในระดับเดียวกัน ยิ่งแรงงานต่างชาติที่เข้าไปทำงานในสิงคโปร์ด้วยแล้วเสียงของพวกเขายังมีความหมายน้อย ดังนั้นจึงเชื่อว่าการกำหนดกลุ่มโรคให้แคบย่อมช่วยลดภาระของรัฐบาลในการจ่ายเงินทดแทนนั่นเอง ในทางตรงข้าม ออสเตรเลียเป็นตัวอย่างของประเทศที่ใช้มุมมองที่กว้างในการพิจารณาเรื่องเดียวกันนี้ ความแตกต่างที่เด่นชัดระหว่างออสเตรเลียกับสิงคโปร์อันเกี่ยวข้องกับการนิยามโรคจากการทำงานต่างกันคืออำนาจต่อรองทางการเมืองของคนทำงาน สหภาพแรงงานในออสเตรเลียมีอำนาจต่อรองทางการเมืองสูงถึงขั้นจัดตั้งพรรคการเมืองที่เคยชนะการเลือกตั้งหลายสมัย นี่คือตัวอย่างที่ชี้ให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ของแรงงานกับกลไกอื่นๆของสังคมเป็นเงื่อนไขประการหนึ่งในการกำหนดนิยามของการเจ็บป่วยจากการทำงาน

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของโรคจากการทำงาน(occupational diseases) และโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน(work-related diseases)ไว้ต่างกันดังนี้^{iv}

โรคจากการทำงานหมายถึง โรคที่เกิดกับคนงาน โดยที่ได้รับการยอมรับชัดเจนว่าสัมพันธ์กับสาเหตุเฉพาะในที่ทำงาน รวมทั้งสามารถค้นหา วัดและควบคุมสาเหตุนั้นได้ในที่สุด ที่ชัดตรงกันข้ามกับโรคกลุ่มนี้คือโรคที่เกิดกับคนงานโดยที่ความสัมพันธ์กับเงื่อนไขการทำงานไม่แน่นอน ไม่กระจ่างชัดและขนาดความสัมพันธ์น้อย

โรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน หมายถึง โรคที่อาจมีเหตุบางส่วนจากเงื่อนไขการทำงาน หรืออาจ กำเริบ(exacerbatedหรือ aggravated) หรือปรากฏอาการเร็วขึ้น(accelerated) ด้วยเงื่อนไขการทำงาน โรคนั้นอาจบั่นทอนผลิตภาพของคนงาน โรคกลุ่มนี้พบได้บ่อยกว่ากลุ่มแรกมาก

นิยามทั้งสองกลุ่มโรคแสดงให้เห็นว่า การจัดกลุ่มโรคขึ้นกับความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์อย่างเป็นเหตุเป็นผลระหว่างโรคกับปัจจัยเสี่ยง การทบทวนองค์ความรู้เช่นนี้เป็นระยะโดยคำนึงถึงลักษณะของประเภทงานต่างๆ(กระบวนการผลิต วัสดุดิบ และผลผลิต) ที่มีอยู่ในประเทศจึงจำเป็นต้องการกำหนดนิยามของโรค

ตารางที่ 5 จำนวนการบาดเจ็บและโรคจากการทำงานที่ไม่ใช่การบาดเจ็บ ของ 5 ประเทศ

	ไทย (1997)		สิงคโปร์ (1997)		ญี่ปุ่น (ปี 1995) ⁱⁱⁱ		สหรัฐอเมริกา ⁱⁱⁱ (1996)		ออสเตรเลียตะวันตก ^{iv} (1995/6)	
	202,713 ราย Incidence rate= 3.5	88.0 %	4,422 ราย Incidence rate = 0.64 % Frequency rate = 2.6 Severity rate= 462	80.7 %	167,316 ราย Incidence rate = 0.26 % Freq. Rate 1.89 Severity Rate 0.19	94.8 %	5.8 ล้านราย	92.9 %	27,337 ราย frequency rate = 26.2	93.4 %
โรคจากการทำงานที่ไม่ใช่การบาดเจ็บ	27,663 ราย Incidence rate = 0.5%	12.0 %	1054 ราย Incidence rate = 0.15 %	19.2 %	9,230 ราย rate= 0.2 /1,000	5.2 %	439,000 ราย	7.1%	LTI = 1,942 ราย	6.6 %
รวม	Incidence = 3.95 %	100 %	Incidence rate = 0.8 %	100 %	Incidence rate = 0.28 %	100 %	incidence rate 7.4 %	100 %	Incidence = 4.3 per 100	100 %

ตารางที่ 6 ประเภทของโรคจากการทำงานในประเทศญี่ปุ่น ปี 1995

ประเภทของโรค	จำนวน	%
การบาดเจ็บกล้ามเนื้อ	6451*	69.9
โรคจากสิ่งคุกคามกายภาพ(รังสี, ความดันอากาศ, ความร้อน-เย็นม เสียง ฯลฯ)	726	7.9
โรคจากรูปแบบการทำงาน, การยศาสตร์, ความล้นสะเทือน	290	3.1
โรคจากสารเคมี	311	3.4
โรคปอด pneumoconiosis	1326	14.4
โรคติดเชื้อ	92	1.0
อื่นๆ	34	0.4
รวม	9230	100

* ในจำนวนนี้เป็น โรคปอดหลัง 5,035 ราย

ตารางที่ 7 ประเภทโรคจากการทำงานในประเทศสิงคโปร์ ปี 1995

ประเภทของโรค	จำนวน	%
พิษสารเคมีและ ก๊าซ	80	5.9
โรคปอดจากการทำงาน(หอบหืด 9 ราย, ซิลิโคสิสและแอสเบสโตสิส อย่างละ 1 ราย)	9	0.7
โรคผิวหนังจากการทำงาน	175	13.0
โรคหูตึงจากการทำงาน	1081	80.4
รวม	1345	100

ตารางที่ 8 ประเภทโรคจากการทำงานในประเทศออสเตรเลียตะวันตก 1995

ประเภทของโรค	ชาย %	หญิง %
กล้ามเนื้อและโครงกระดูก	31.2	37.5
ประสาท	23.6	6.9
ไส้เลื่อน	18.5	2.7
สุขภาพจิต	13.9	34.9
ผิวหนัง	8.7	7.8
โรคติดเชื้อ	2.2	7.4
หัวใจและหลอดเลือด	1.1	0
ทางเดินหายใจ	0.7	2.5
เนื้องอก	0	0
ทางเดินอาหาร	0	0
อื่นๆ	0.1	0.3
รวม	100	100

เอกสารอ้างอิง

- ⁱ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน รายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทนปี 2540 สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม 2540
- ⁱⁱ สำนักงานนายกรัฐมนตรี สมุดสถิติรายปี ประเทศไทย บรรพ 43 2539 กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี
- ⁱⁱⁱ สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2538 กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- ^{iv} World Health Organization: Identification and Control of Work-related Diseases. Technical Report No. 174. Geneva: WHO, 1985.
- ^v แหล่งข้อมูล : กองทุนเงินทดแทน, (Definition : occupational disease รวม อันตรายจากท่าทางการทำงาน, สัมผัสสารเคมี, แพ้สัมผัสสิ่งของ และ โรคเนื่องจากการทำงาน)
- ^{vi} Key Industrial Safety Statistics. [Http://www.gov.sg/mol/dis/srtats.html](http://www.gov.sg/mol/dis/srtats.html) (Occupational diseases : รวม พิษสารเคมี , โรคปอด, โรคผิวหนัง, โรคหูตึง ไม่รวม การบาดเจ็บกล้ามเนื้อ)
- ^{vii} Japan Industrial Safety and Health Association. Present status of Japan Industrial safety and Health 1997 edition,
(Definition : No. occupational injuries = death and injuries requiring and absence of 4 days or more caused by industrial accident , Frequency rate = Occupational death and injuries*1,000,000 hours/ total working hours, Severity rate = lost work-days*1000/ total working hours, Occupational diseases รวมภาวะอันตรายที่เกิดจาก การบาดเจ็บกล้ามเนื้อ, สิ่งคุกคามกายภาพ; แสง,เสียง, ความร้อน-เย็น, เคมี, ชีวภาพ)
- ^{viii} <http://stats.bls.gov/news.release/osh.nws.htm>. Work[place Injury and Illness Summary (Definition : incidence rate = no. cases per 100 full-time workers)
- ^{ix} Summary WA 1995/1996 . <http://www.wt.com.au/safetyline/sowe/sowe30/sowe3001.htm>. (Defintion : Lost time injuries and disease = all workers' compensation claims involving one or more working days lost from work frequency rate per million hours, Occupational diseases รวม การบาดเจ็บกล้ามเนื้อ และการเจ็บป่วยที่ระบบอวัยวะต่างๆ)

ระบบการจ่ายเงินทดแทนและการวินิจฉัยโรคจากการทำงานในประเทศต่างๆ

ความรับผิดชอบด้านการเงินของนายจ้างต่อการช่วยเหลือคนงานที่ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตจากงานเริ่มมีขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1884 ที่ประเทศเยอรมนี และต่อมาในประเทศอังกฤษเมื่อปี ค.ศ. 1897 มีกฎหมายกำหนดให้นายจ้างต้องจ่ายเงินแก่คนงานเมื่อคนงานได้รับอันตรายจากการทำงานโดยไม่คำนึงว่าเป็นความผิดของใคร ดังนั้นการทดแทนเงินจึงเป็นการประนีประนอมระหว่างคนงานและเจ้าของสถานประกอบการโดย คนงานจะไม่ฟ้องโรงงาน จากการละเลยเพิกเฉย (negligence) เพื่อแลกกับเงินค่ารักษาและทดแทนเวลาที่ไม่สามารถทำงานได้จ่ายโดยนายจ้าง

โครงสร้างการบริหารจัดการกองทุนเงินทดแทน โครงสร้างพื้นฐาน มี 3 แบบ¹

1. กฎหมายหมายบังคับให้นายจ้างต้องประกันให้ลูกจ้าง โดยทำประกันกับบริษัทประกันซึ่งจะถูกควบคุมดูแลโดยหน่วยงานรัฐ บางประเทศจำกัดจำนวนบริษัทประกันไม่ให้มีมากเกินไป เมื่อมีปัญหาความขัดแย้งก็มีการตัดสินโดยศาลทั่วไป หรือ ระบบศาลแรงงาน
2. ระบบประกันสังคมที่ดำเนินการโดยรัฐ เช่น กระทรวงแรงงาน เมื่อมีข้อขัดแย้งเกี่ยวกับการจ่ายค่าตอบแทนจะมีระบบการทบทวนและการอุทธรณ์ จนถึงขั้นการตัดสินชี้ขาดในระดับศาลได้
3. ระบบที่ดำเนินการโดยหน่วยงานรัฐที่จัดตั้งในรูปกองทุนเงินทดแทน(workers' compensation fund) หน่วยงานนี้ดำเนินการโดยอิสระ ไม่อยู่ในการควบคุมของรัฐมนตรีเจ้ากระทรวง ขอบเขตการดำเนินงานครอบคลุมด้านการประสานความเสียหายจนถึงบริการการรักษา และการฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้ยังมีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยด้วย

บางประเทศการประกันความเสียหายอาจดำเนินการโดยบริษัทประกันเอกชน และกองทุนที่รัฐจัดตั้งขึ้น นอกจากนี้บางประเทศอนุญาตให้สถานประกอบการขนาดใหญ่สามารถจัดการประกันความเสียหายแก่คนงานของตนเองได้ เช่นบางรัฐในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

ไม่ว่าจะเป็นระบบใดข้างต้น เงื่อนไขที่คล้ายกันคือ เมื่อคนงานประสบอันตรายต้องรายงานแก่นายจ้าง นายประกันจะรับรายงานจากนายจ้าง, ผู้ขอรับประกัน และแพทย์ ถ้านายจ้างไม่รายงานจะมีผลผิดตามกฎหมาย ลูกจ้างผู้ประสบอันตรายก็ต้องแจ้งเช่นเดียวกัน ส่วนแพทย์มีหน้าที่ในการวินิจฉัย ให้ความเห็นเกี่ยวกับโรคว่ามีสาเหตุจากการทำงานหรือไม่ รวมทั้งการประเมินความสูญเสียสมรรถภาพของคนงาน

การยื่นขอรับเงินประกัน ส่วนใหญ่จะมีเวลากำหนดให้ยื่นเรื่อง การตัดสินครั้งแรก (Primary decision) ผู้ตัดสินให้เงินทดแทนอาจเป็นนายจ้าง หรือนายประกัน และเจ้าหน้าที่กองทุนเงินทดแทนผู้มีอำนาจ แต่ถ้ามีข้อขัดแย้งก็จะมีคณะกรรมการพิจารณา ถ้าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่ยอมรับการวินิจฉัยก็สามารถฟ้องร้องให้ศาลตัดสินได้ การตัดสินวินิจฉัยใช้เอกสารข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคนงาน ประวัติการทำงาน ซึ่งจะมีการกำหนดว่าจะมีเอกสารสำคัญอะไรบ้างโดยเฉพาะข้อมูลทางการแพทย์ซึ่งจะต้องมีรายละเอียดให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ, คณะกรรมการแพทย์ และศาลเพื่อเป็นพยานเอกสารประกอบการตัดสินวินิจฉัย

ต่อไปนี้จะกล่าวถึงระบบการวินิจฉัยและจ่ายค่าทดแทนของ 6 ประเทศ ได้แก่ ไต้หวัน ออสเตรเลียตะวันตก สหราชอาณาจักร สิงคโปร์ สหรัฐอเมริกา รัฐบริติชโคลัมเบีย และไทยตามลำดับ

ระบบการจ่ายเงินทดแทนและการวินิจฉัยโรคจากการทำงานในไต้หวัน

ไต้หวันมีกองทุนเงินทดแทนอยู่ภายใต้ Council Labour Affair เป็นหน่วยงานของรัฐบาลกรณีที่มีคนงานบาดเจ็บจากการทำงาน แพทย์ของ Labour Affair จะเป็นผู้วินิจฉัย รับรองและมีการจ่ายค่าทดแทนแต่ถ้าเป็นกรณีโรคจากการทำงานจะมีคณะกรรมการชุดหนึ่งเป็นผู้ตัดสิน (Compensation Board)

คณะกรรมการประกอบด้วยสมาชิก 15 คน ได้แก่ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 7 คน, แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่เกี่ยวข้อง 2 คน ตัวแทนจากหน่วยงาน ได้แก่ จากสหภาพแรงงาน 2 คน, ตัวแทนสมาคมผู้ประกอบการ 1 คน, นักกฎหมาย 1 คน และ นักสุขศาสตร์อุตสาหกรรม 2 คน

เมื่อมีการขอค่าทดแทนโรคจากการทำงานเกิดขึ้นเข้ามาในคณะกรรมการ workmen 's compensation จะขอข้อมูลทางการแพทย์จากโรงพยาบาล , แพทย์ และขอข้อมูลการสัมผัสสิ่งแวดล้อม, ข้อมูลการตรวจทางสิ่งแวดล้อมในโรงงานจากเจ้าหน้าที่ตรวจโรงงาน, บางครั้งมีรูปถ่ายหรือภาพถ่ายวิดีโอ เป็นหลักฐาน กรรมการที่เป็นแพทย์อาชีวเวชศาสตร์แต่ละคน จะให้ความเห็นว่าเป็นโรคจากการทำงานหรือไม่ หรือยังตัดสินไม่ได้ ถ้ามีผู้ลงความเห็นมากกว่า 5 ใน 7 คน ให้ลงความเห็นตามเสียงส่วนใหญ่ แต่ถ้ายังตัดสินไม่ได้ ก็จะมีการขอข้อมูลเพิ่มเติม แล้วมาตัดสินใหม่ ถ้ายังตัดสินไม่ได้ก็จะมีการขอข้อมูลเพิ่มเติมอีก ถ้ามีการเรียกข้อมูลเพิ่มเติมอีกแล้วยังไม่สามารถตัดสินได้ 3 ครั้ง ขึ้นต่อไปก็จะมีการเชิญตัวแทนคนงาน และตัวแทนนายจ้างมาให้ข้อมูลและตอบข้อซักถามของกรรมการ(บางครั้งก็จะเชิญแพทย์ด้วย แต่แพทย์ก็อาจจะไม่มากก็ได้เพราะไม่มีการบังคับ) หลังจากนั้นจะเชิญให้ตัวแทนทั้งสองฝ่ายออกไปจากที่ประชุม กรรมการทั้ง 15 คนจะปรึกษาและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน นักสุขศาสตร์อุตสาหกรรมจะให้ความเห็นด้านสิ่งแวดล้อม เมื่อมีการอธิบายเสร็จก็จะมีการลงมติว่าเป็นโรคจากการทำงานหรือไม่ โดยผู้ที่มีสิทธิในการออกความเห็นมีเพียง แพทย์ทั้ง 9 คน การตัดสินให้ถือจากการลงมติ 2 ใน 3 คือ 6 คนขึ้นไป

ถ้าผลการตัดสินของคณะกรรมการไม่เป็นที่พอใจของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ก็สามารถฟ้องร้องต่อศาลได้ต่อไป รายละเอียดดังแผนผังรูป

คู่มือแนวทางการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

ขณะนี้ในไต้หวันมีการจัดทำแนวทางการวินิจฉัยโรคจากการทำงานให้แก่แพทย์ทั่วไปในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ขณะนี้ดำเนินการแล้วเสร็จ 28 โรค โดยใช้แนวทางจาก Informative Notice on Diagnosis of Occupational Diseases ของกลุ่มประเทศ European Community(EU)

Dr. Jung De Wang ได้กล่าวถึงประสบการณ์ด้านอาชีวอนามัยในไต้หวันว่ายังมีปัญหาทางด้านโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานสูง เช่นเดียวกับประเทศไทย มีปัญหาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคจากการทำงานต่ำกว่าความเป็นจริง แพทย์ยังไม่ค่อยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคจากการทำงานเช่นเดียวกัน ในความเห็นของ Dr. Wang กล่าวว่าปัจจัยที่นำไปทำให้มีการวินิจฉัยโรคจากการทำงานเพิ่มขึ้น ที่มีผลมากที่สุดคือ การให้แรงจูงใจแก่แพทย์ในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ซึ่งในปัจจุบันในไต้หวันเองก็ยังไม่มีการให้แรงจูงใจแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน การให้ค่าตอบแทนเป็นเงินแก่แพทย์ที่ออกใบรับรองแก่คนงานที่ป่วยจากโรคจากการทำงานน่าจะช่วยสร้างความตระหนักและการวินิจฉัยโรคจากการทำงานมากขึ้น

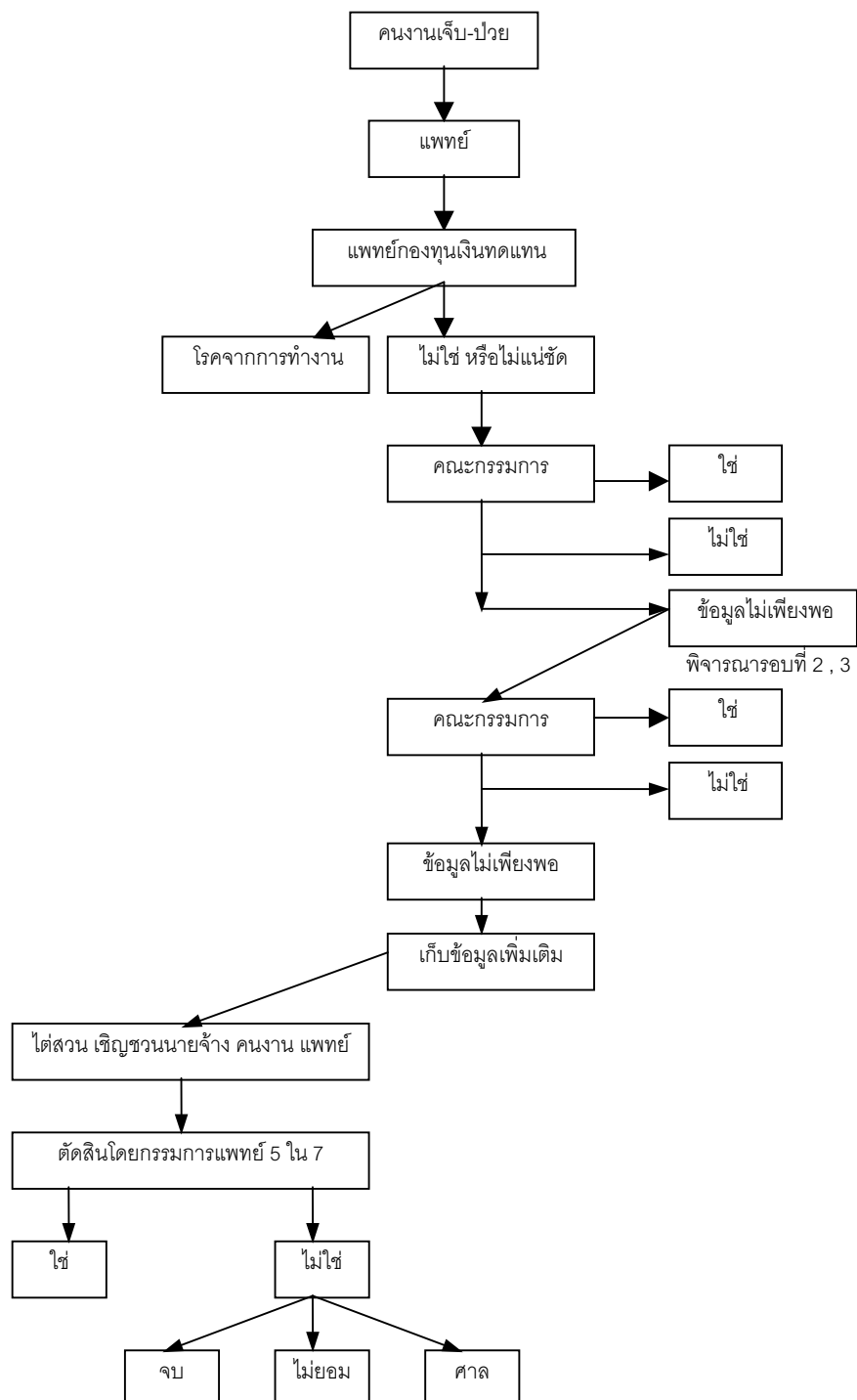
Dr. Jung ยังให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า อีกปัจจัยหนึ่งที่อาจเกื้อหนุนให้มีการตระหนักถึงโรคจากการทำงานคือ ระบบ No fault System แบบของ สหรัฐอเมริกา หมายความว่า ถ้าคนงานเข้าอยู่ในระบบของกองทุนเงินทดแทนแล้ว คนงานจะไม่มีสิทธิในการฟ้องร้องนายจ้างอีกต่อไป ซึ่งจะช่วยลดความกดดันต่อนายจ้าง อาจทำให้นาย

จ้างไม่ต่อต้านและยอมรับการมีโรคจากการทำงานมากขึ้น ซึ่งจะทำให้มีแรงกดดันต่อแพทย์น้อยลงด้วย แต่ในกรณีนี้ ฝ่ายที่ 3 เช่น สหภาพแรงงานยังสามารถฟ้องเอาผิดจากนายจ้างได้ แต่อย่างไรก็ดีความกดดันต่อนายจ้างก็จะไม่สูงมากนัก

สำหรับแนวทางที่คณะกรรมการแพทย์ในไต้หวันใช้ในการตัดสินวินิจฉัยนั้น ยึดถือตามหลักวินิจฉัยมีดังนี้คือ

๑) หลักฐานการเจ็บป่วย ๒) หลักฐานการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงและความเข้มข้นของปัจจัยเสี่ยง ๓) ลำดับเหตุการณ์ที่เหมาะสม ๔) ความสอดคล้องกับรายชื่อโรคจากการทำงานที่มีอยู่ ๕) สามารถ rule out โรคอื่นๆได้

ขั้นตอนการจ่ายเงินทดแทนและการวินิจฉัยโรคจากการทำงานของไต้หวัน



ระบบการจ่ายเงินทดแทนและการวินิจฉัยโรคจากการทำงานรัฐออสเตรเลียตะวันตก

ในรัฐออสเตรเลียตะวันตกมีสวัสดิการการคุ้มครองการเจ็บป่วยจากการทำงานของคนงานโดยนายจ้างต้องทำประกันเงินทดแทนกับบริษัทประกันให้แก่ลูกจ้าง การตัดสินใจวินิจฉัยนั้นในขั้นแรกบริษัทประกันเป็นผู้วินิจฉัยโดยอาศัยข้อมูลจากแพทย์ แต่ถ้ามีข้อขัดแย้งในความเห็นจะมีการตัดสินใจโดยหน่วยงานรัฐในกระทรวงแรงงาน ระบบการพิจารณาของคณะกรรมการแพทย์ แบ่งเป็น 2 ระบบ ตามประเภทของโรคดังนี้คือ 1. Selective panels สำหรับโรคจากการทำงานทั่วไป และ 2. Fixed panels สำหรับกลุ่มโรค pneumoconiosis

ขั้นตอนการตัดสินใจวินิจฉัย

เมื่อคนงานเจ็บป่วยจากการทำงานแพทย์จะให้ใบรับรองแพทย์ (First Medical Certificate) คนงานสามารถเลือกแพทย์ที่ตนเองต้องการ จากนั้นคนงานจะต้องกรอกแบบยื่นขอเงินทดแทนพร้อมใบรับรองแพทย์ให้แก่ นายจ้าง ตามกฎหมายนายจ้างจะต้องรีบส่งให้แก่บริษัทประกันภายใน 3 วันที่ได้รับจากลูกจ้าง บริษัทประกันต้องตอบภายใน 14 วัน ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย หลังจากได้รับเอกสารแล้ว(บริษัทประกันจะส่งข้อมูลให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอีก 1 คน ดูว่าเห็นด้วยกับการวินิจฉัยหรือไม่) ถ้ายังไม่สามารถตัดสินใจได้บริษัทประกันต้องรีบแจ้งให้นายจ้าง, คนงาน, และหน่วยงานของรัฐทราบ โดยต้องแจ้งเหตุผลประกอบด้วยว่าทำไมถึงไม่ยอมอนุมัติจ่าย และบริษัทประกันยังไม่อาจตัดสินใจภายใน 10 วันต่อมาถือว่ากรณีนั้นเป็นกรณีขัดแย้ง ต้องเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจจากคณะกรรมการต่อไป

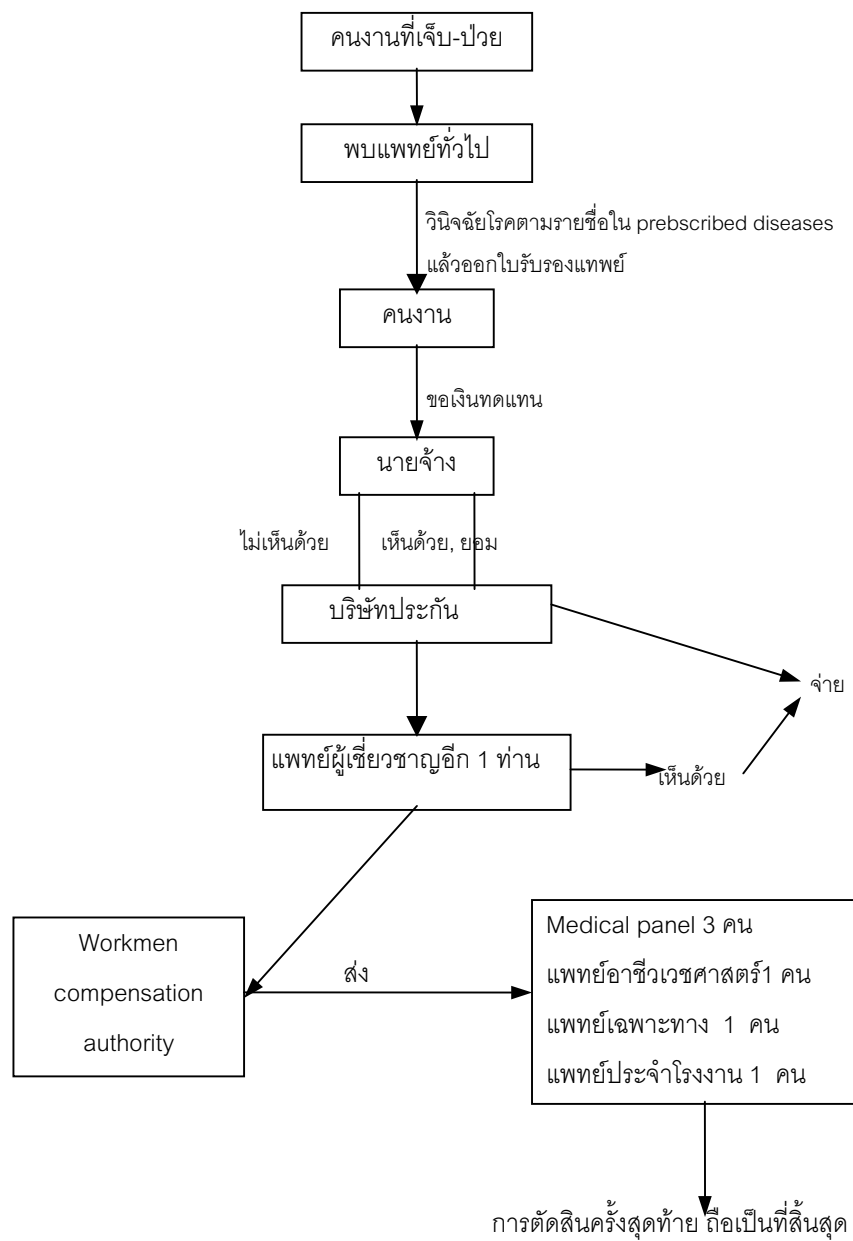
ถ้าการขอเงินทดแทนนั้นได้รับการยอมรับ(แพทย์อีกหนึ่งท่านของบริษัทประกันเห็นด้วย) นายจ้างต้องจ่ายค่าทดแทนไปก่อน แล้วเบิกคืนจากบริษัทประกันภายหลัง นอกจากนี้ลูกจ้างอาจขอค่าทดแทนอื่นๆ เช่น ค่ารักษา-ยา, ค่าเดินทาง, ค่าที่พักขณะรับการรักษา ค่าใช้จ่ายฟื้นฟูสุขภาพ ระหว่างที่พักรักษาตัวถ้ายังไม่สามารถไปทำงานเนื่องจากร่างกายยังไม่พร้อมกับการทำงานต้องให้แพทย์เขียนใบรับรองรายงาน เป็นระยะ(Progress Medical Certificate) โดยลูกจ้างส่งผ่านให้นายจ้าง และลูกจ้างสามารถกลับไปทำงานได้หลังฟื้นฟูสุขภาพหรือทุพพลภาพจะต้องมีใบรับรองสุดท้าย(Final Medical Certificate)จากแพทย์ส่งผ่านนายจ้างต่อไป แต่ถ้ามีภาวะสุขภาพเลวลงมีการสูญเสียทางสุขภาพมากขึ้น ลูกจ้างก็สามารถยื่นเรื่องขอเพิ่มเติมได้ แต่รวมแล้วต้องไม่เกินส่วนที่สมควรได้ถ้ามีการสูญเสียอย่างถาวร เช่น ไม่เกิน 100 %

กรณีขัดแย้ง ถ้าเป็นโรคจากการทำงานที่ระบุในกฎหมายทดแทนแต่ไม่ใช่โรค pneumoconiosis ทางหน่วยงานที่รับผิดชอบของรัฐตั้งคณะกรรมการขึ้น 1 ชุด ประกอบด้วยแพทย์ 3 คนประกอบด้วยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 1 คนเป็นประธาน, แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเกี่ยวข้อง 1 คน และแพทย์ประจำโรงงานอื่นที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคนั้น 1 คน การตัดสินใจนั้นถือเป็นสิ้นสุด

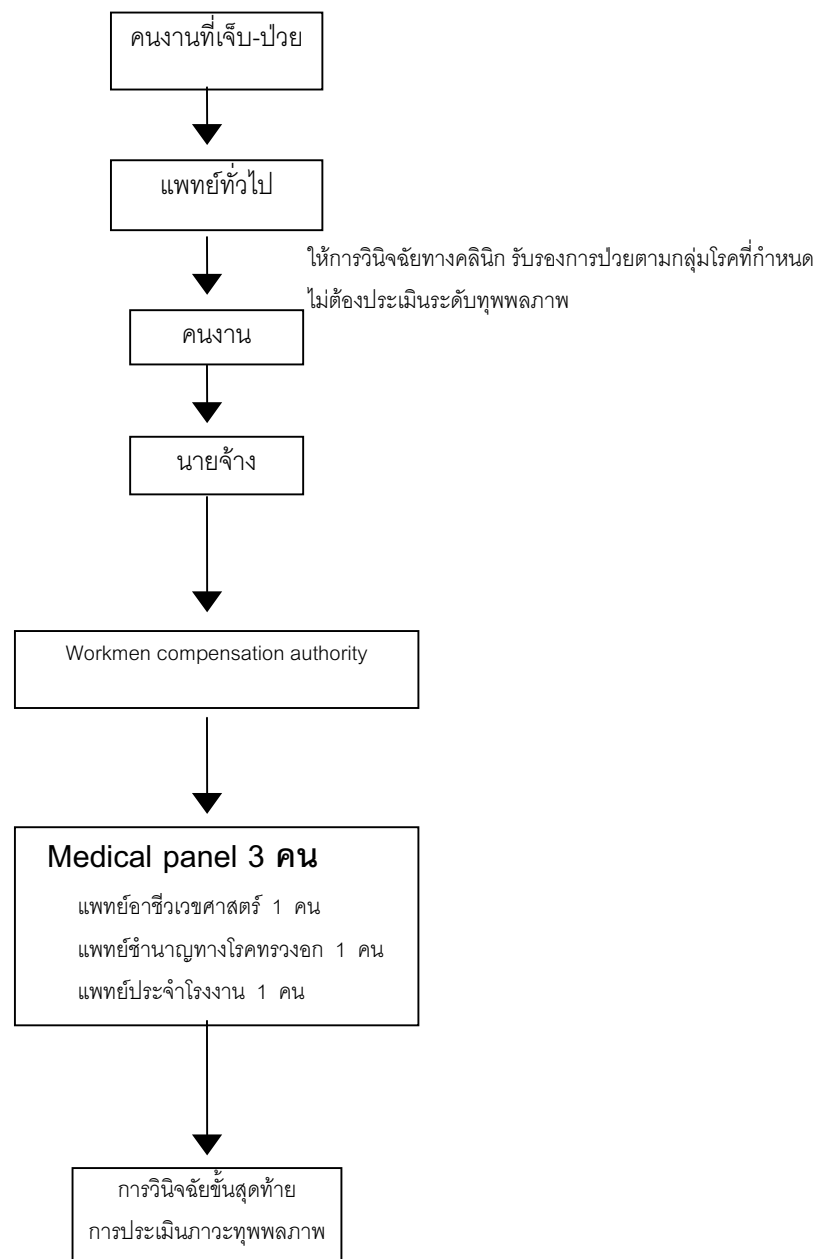
ส่วนกรณีที่เป็นกลุ่มโรค pneumoconiosis นั้นทุกราย ภายหลังจากที่ทางหน่วยงานที่รับผิดชอบของรัฐได้รับเรื่องจากนายจ้าง ก็จะนำเข้าสู่คณะกรรมการแพทย์เพื่อตัดสินใจทุกราย ประกอบด้วย แพทย์ 3 คนเป็นแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 1 คน แพทย์ทางออร์เวช 1 คน และแพทย์โรงงานอื่นอีก 1 คน การตัดสินใจถือเป็นสิ้นสุดเช่นเดียวกัน

ถ้าฝ่ายใดไม่พอใจสามารถขึ้นสู่ฟ้องร้องศาลได้ แต่เท่าที่ผ่านมามีน้อยมาก และถ้าภายหลังลูกจ้างได้เงินทดแทนแล้วยังไปฟ้องศาล(ต้องมีความสูญเสียมากกว่า 30 %) เป็นการใช้สิทธิตาม Common Law ให้ถือว่า การตัดสินใจของศาลถือเป็นสิ้นสุด และคนงานชนะหรือแพ้คดี อาจได้หรือไม่ได้ค่าทดแทนความเสียหาย แต่ต้องคืนเงินที่ได้จากการทดแทนที่ได้ในขั้นตอนแรก(การตัดสินใจของคณะกรรมการ)ให้แก่รัฐทั้งหมด

Selective panels สำหรับ โรคทั่วไปที่ไม่ใช่ Pneumoconiosis



ระบบ Fixed panels เฉพาะโรค Pneumoconiosis



หมายเหตุ

- ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่แพทย์ใช้ประกอบการวินิจฉัย ส่วนมากได้จากประวัติการทำงานเท่านั้น การขอเงินทดแทนนี้
ถือประโยชน์ต่อลูกจ้าง ดังนั้นถ้าไม่เป็นความจริงเป็นหน้าที่ของนายจ้างที่จะพิสูจน์โดยให้ข้อมูลว่าลูกจ้างไม่ได้
เป็นโรคจากการทำงาน
- ในระบบที่เป็น Fixed panel นั้น แพทย์ทั่วไปไม่มีแนวทาง หรือ เกณฑ์การวินิจฉัย แต่มีแนวทางการวินิจฉัยโรค
Silicosis, Asbestosis และ Byssinosis สำหรับคณะกรรมการแพทย์ ส่วนในระบบ Selective panel นั้น ไม่มี
แนวทางการวินิจฉัย หรือเกณฑ์การวินิจฉัยใดๆ นอกจากเกณฑ์การประเมินการสูญเสียเท่านั้น

- Medical panel จะพิจารณาเมื่อได้รวบรวมข้อมูลประกอบการตัดสินใจมาเรียบร้อยแล้ว โดยจะมีทั้งข้อมูลการสัมผัส, ข้อมูลการป่วย ได้แก่ ประวัติ อาการและอาการแสดง ถ้ายังไม่เพียงพอ อาจขอเพิ่มเติมจากแพทย์ หรือให้มีการตรวจเพิ่มเติมให้เรียบร้อยก่อน โดย แต่ละโรคมีการจัดแนวทางไว้ว่าต้องการข้อมูลเพิ่มเติมอะไรบ้าง
- คณะกรรมการแพทย์(Medical panel) ได้รับการแต่งตั้งจาก workmen compensation authority
- คนไข้จะต้องมาให้คณะกรรมการตรวจเพิ่มเติมในวันตัดสิน แพทย์อาจจะมาหรือไม่ก็ได้ แล้วแต่ว่าคณะกรรมการเรียกหรือไม่
- ระบบของออสเตรเลียที่ตัดสินโดยคณะกรรมการแพทย์ของรัฐเป็นระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (no fault compensation) แต่ถ้าลูกจ้างต้องการฟ้องร้องต่อศาลว่าเกิดจากความผิดพลาดของนายจ้างก็สามารถทำได้ ถือเป็นการใช้สิทธิตาม Common Law แต่กรณีนี้ต้องมีความสูญเสียรวมมากกว่า 30% ขึ้นไป หรือถ้าสูญเสียไม่เกิน 30% การเจ็บป่วยนั้นต้องเป็นเหตุให้ลูกจ้างสูญเสียเงินมากกว่า \$ 100,000 ขึ้นไป ลูกจ้างก็มีสิทธิฟ้องร้องตาม Common Law ได้เช่นกัน โดยปกติจะมี กรณีที่ต้องขึ้นสู่การตัดสินโดยศาลน้อยมาก เพราะจะสิ้นสุดที่ ความเห็นของ medical panel แต่การตัดสินของศาลถือเป็นสิ้นสุด และคนงานสามารถได้รับประโยชน์จากการตัดสินของศาลเท่านั้นส่วนที่ได้จากค่าทดแทนแต่แรกต้องสงคืน
- กรณีที่ผู้ป่วยเคยได้รับการประเมินการสูญเสียแล้วยังไม่ครบ 100 % ภายหลังจากที่ได้รับเงินทดแทนแล้วถ้าผู้ป่วยมีการสูญเสียมากขึ้นก็สามารถขอเงินทดแทนใหม่ได้ โดยเพิ่มเติมจากเดิมที่เคยมีการประเมินไว้
- ตามกฎหมาย โรงงานทุกแห่งอยู่ภายใต้กฎหมายประกันสังคมทั้งสิ้น ถ้าคนงานไม่ได้รับประกันจากนายจ้างเมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็สามารถยื่นเรื่องขอเงินทดแทนได้ โดยรัฐบาลจะจ่ายให้ก่อนหลังจากนั้นก็จะเรียกเก็บจากนายจ้างซึ่งถ้านายจ้างไม่ได้ทำประกันให้ลูกจ้างไว้ก็จะถูกปรับ

ระบบการขอเงินทดแทนและการวินิจฉัยโรคจากการทำงานในประเทศไทย

คนงานเมื่อได้รับอันตรายจากการทำงาน จะไปพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปก่อนซึ่งเป็นระบบสาธารณสุขพื้นฐานของประเทศ จากนั้น ถ้าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสงสัยว่าเป็นโรคจากการทำงาน ก็จะส่งต่อไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เป็นผู้ยืนยันการวินิจฉัยโรค จากนั้นคนงานสามารถขอเงินทดแทนจากระบบ ซึ่งในอังกฤษมี 3 ระบบ ดังนี้

1. Industrial Injuries Benefit

เป็นกองทุนที่ดำเนินการโดย Department of Social Security(DSS) คนงานที่ขอเงินทดแทนได้ต้องเป็นโรคตามที่กฎหมายกำหนด(กฎหมายระบุชื่อโรค และงานที่เกี่ยวข้อง) ขั้นตอนการขอเงินทดแทนคือ ผู้ประสบอันตรายจะกรอกแบบบันทึกตามที่ DSS กำหนด พร้อมทั้งให้นายจ้างลงชื่อกำกับว่าทำงานนั้นจริง หลังจากนั้น DSS จะพิจารณาว่ามีสิทธิ(ดูในหมายเหตุ)ที่จะได้รับทดแทนหรือไม่ ซึ่งจะมีคณะกรรมการแพทย์ของ DSS (Medical Board Doctors) 1-2 คน เป็นผู้พิจารณาขอข้อมูลทางการแพทย์จากโรงพยาบาลหรือแพทย์ที่เคยตรวจรักษาผู้ป่วยก่อนหน้านี้ และกรรมการแพทย์จะตรวจร่างกาย, วินิจฉัย พร้อมทั้งประเมินความสูญเสียความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยด้วย(ซึ่งต้องมากกว่า 14 % ขึ้นไปจึงจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน, ถ้าสูญเสียไม่ถึง 14 % มีสิทธิได้รับเบี้ยเลี้ยงชดเชยการขาดรายได้(Reduced Earnings Allowance)

ถ้าลูกจ้างไม่ประสบผลในการขอเงินทดแทน ซึ่งอาจเกิดจากเจ้าหน้าที่ตัดสิน(Adjudication officer) ของ DSS ว่าผู้ป่วยอาจไม่ได้สัมผัสกับสิ่งคุกคามในสิ่งแวดล้อมการทำงาน ลูกจ้างก็สามารถอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการอุทธรณ์(Social Securities Appeal Tribunal) และไปสู่การตัดสินของกรรมการใหญ่ในที่สุด(Social Securities Commissioner)

ถ้าผู้ป่วยไม่พอใจผลการวินิจฉัยของแพทย์หรือไม่พอใจในการประเมินการสูญเสียก็สามารถอุทธรณ์ได้ ซึ่งจะมีคณะกรรมการแพทย์ชุดใหม่เป็น แพทย์ 2 คน(two independent doctors) และ นักกฎหมาย 1 คนมาตรวจวินิจฉัยใหม่

สำหรับการวินิจฉัยโรคนั้นไม่มีเกณฑ์แน่นอน ยกเว้นในบางโรค ซึ่งอาจต้องมีข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น angiogram, ผลการตรวจเลือด เป็นต้น

2. Common Laws Claims

เป็นการดำเนินการในชั้นศาล ลูกจ้างสามารถฟ้องร้องนายจ้างว่าเป็นผู้ทำให้เกิดโรค ซึ่งลูกจ้างจะต้องพยายามพิสูจน์ว่าการป่วยนั้นเกิดจากการละเลยหรือไม่ดำเนินการใดๆของนายจ้างที่จะป้องกันลูกจ้างให้มีความปลอดภัยจากการเกิดโรค ลูกจ้างอาจได้รับการสนับสนุนจากสหภาพแรงงาน ลูกจ้างหรือทนายจะไปหาแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านโรคนั้นโดยตรง ซึ่งแพทย์ต้องให้การวินิจฉัยยืนยัน และต้องเป็นผู้ให้การในศาลด้วยตนเอง แพทย์จะคิดเงินค่าบริการจากผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคขึ้นกับความเห็นของแพทย์แต่ละคน ไม่มีเกณฑ์วินิจฉัยมาตรฐาน ผู้พิพากษาจะเป็นผู้ตัดสิน

วิธีการนี้เป็นระบบที่แพง ลูกจ้างต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก และขาดหลักประกันว่าลูกจ้างจะชนะความ ดังนั้นลูกจ้างจะต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนการเงินจากสหภาพแรงงาน ส่วนใหญ่นายจ้างจะไม่ได้เป็นผู้จ่ายแต่จะประกันไว้กับบริษัทประกัน

3. บริษัทประกันภัย(Insurance company)

หลักเกณฑ์คล้ายกับที่ดำเนินการโดยรัฐ รายละเอียดขึ้นกับแต่ละบริษัทประกัน บางบริษัทมีแพทย์ของตนเอง

หนึ่งคนงานที่ประสบอันตรายสามารถเรียกร้องค่าทดแทนจากทั้งสามระบบพร้อมกันได้

หมายเหตุ

คุณสมบัติผู้ที่จะได้ค่าทดแทนต้องเป็นบุคคลที่ทำงานตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม 1948 เป็นต้นไปและอยู่ในอาชีพที่ระบุไว้ในกฎหมาย(prescribed occupation)ความเจ็บป่วยนั้นเกิดจากโรคที่ระบุไว้ในกฎหมาย(prescribed disease) และมีการสูญเสียทางกายภาพหรือทางจิตใจจากภาวะโรคนั้นโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุมาจากอาชีพที่ระบุนั้น

ระบบการจ่ายเงินทดแทนและการวินิจฉัยโรคจากการทำงานในประเทศสิงคโปร์

หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านอาชีวอนามัยคือ Ministry of Manpower (เดิมคือ Ministry of Labour ได้เปลี่ยนชื่อตั้งแต่ 1 เมย. 2541 เป็นต้นมา) มีหน่วยงานที่รับผิดชอบคือ Department of Industrial Hygiene ซึ่งมีหน้าที่ดังนี้คือ

- ดูแลการจัดบริการทางสุขภาพของโรงงาน เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ตรวจวัด ทางอาชีวเวชศาสตร์ในโรงงานอุตสาหกรรม การสอบสวนโรคจากการทำงานที่ได้รับรายงาน (notification of occupational diseases) พิจารณารายงานการตรวจร่างกายคนงานตามกฎหมายที่ดำเนินการโดย designated factory doctor
- ให้บริการคำแนะนำแก่ คนงานและเจ้าของสถานประกอบการเกี่ยวกับการป้องกัน การดำเนินงานทางอาชีวอนามัยเช่น โครงการพิทักษ์การได้ยิน, การเฝ้าระวังทางสิ่งแวดล้อม
- ให้บริการคำปรึกษาทางอาชีวอนามัยแก่คนงาน สหภาพแรงงาน เจ้าของสถานประกอบการ และเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยของโรงงาน ให้บริการตรวจสิ่งแวดล้อม โดยเรียกเก็บค่าบริการ

แนวทางการพัฒนาแพทย์ประจำโรงงาน(Guidelines for Designated Factory Doctors)

ตามกฎหมาย The Factories(Medical Examinations) Regulations 1985 สิงคโปร์จะมีการฝึกอบรมแพทย์ประจำโรงงานและมีแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับแพทย์ด้วย ซึ่งประกอบด้วยแนวทางการตรวจร่างกาย แนวทางการตรวจทางสิ่งแวดล้อม ขณะนี้ในสิงคโปร์มีแพทย์ประจำโรงงาน กว่า 500 คน ที่ผ่านการอบรมและหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์นี้ได้ปรับเป็น Diploma degree เฉพาะแพทย์ที่จบหลักสูตรนี้เท่านั้นที่สามารถจะเป็นแพทย์ประจำโรงงานและทำ medical surveillance ได้ตามกฎหมาย อย่างไรก็ตามการตรวจวินิจฉัยโรคจากการทำงานนั้นแพทย์ทั่วไปมีสิทธิ์ในการวินิจฉัยโรคได้

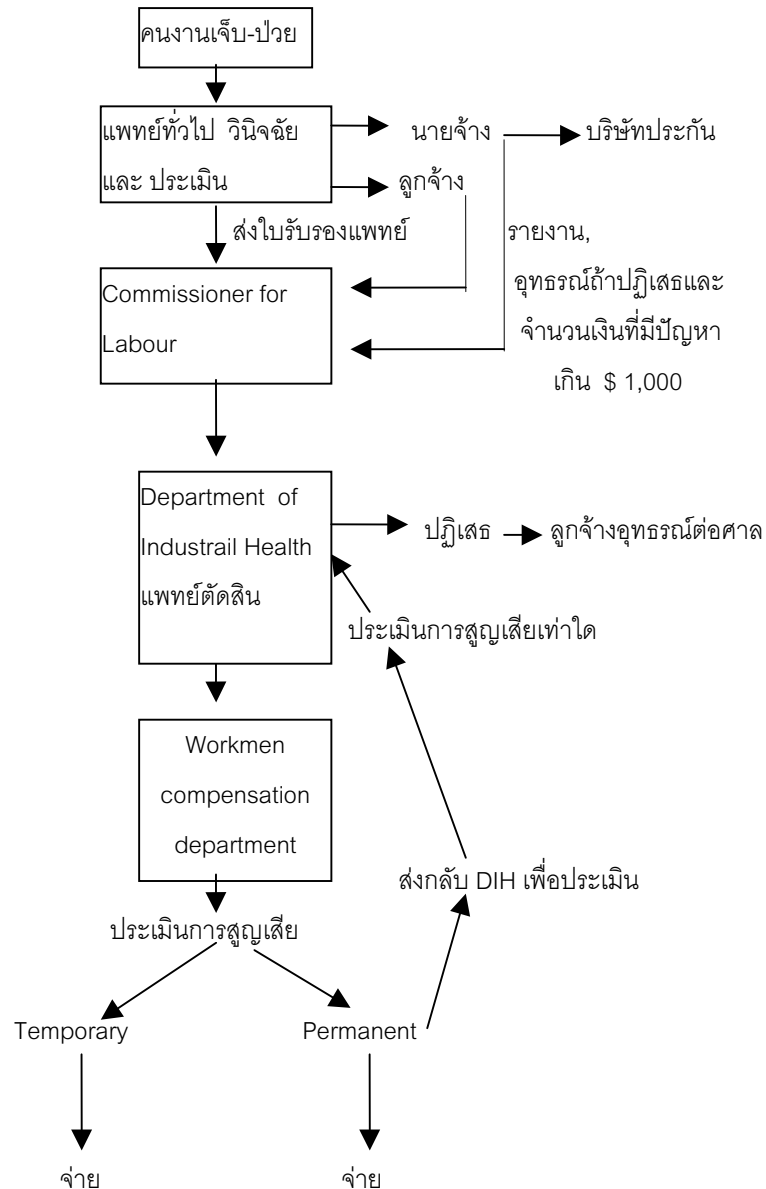
ขั้นตอนการจ่ายเงินทดแทนและการวินิจฉัยของประเทศสิงคโปร์

สิงคโปร์มีรายชื่อ โรคที่ให้เงินทดแทนตามกฎหมาย 16 โรค(ดูภาคผนวก) และมีเกณฑ์การวินิจฉัยเหล่านี้ อย่างชัดเจนไว้ในกฎหมาย การให้เงินทดแทนจะให้เฉพาะโรคที่มีในรายชื่อเท่านั้น นอกเหนือจากนั้นจะไม่มีการให้เงินทดแทน

เมื่อคนงานบาดเจ็บจากการทำงานที่อยู่ในรายชื่อโรคจากการทำงานที่ขอเงินทดแทนได้(เช่น silicosis, asbestosis, noise-induced deafness, industrial dermatitis เป็นต้น) คนงานสามารถ ขอเงินทดแทนได้ภายใน เวลา 12 เดือนหลังจากป่วย และภายใน 3 ปี หลังออกจากงานสำหรับโรค silicosis และ asbestosis คนงานต้องแจ้งแก่นายจ้าง คนงานไปพบแพทย์ จากนั้นนายจ้างต้องแจ้งต่อ Commissioner for Labour และ บริษัทประกัน เมื่อได้รับเรื่อง Commissioner ก็จะส่งเรื่องให้ Department of Industrial Health(DIH) เพื่อสอบสวนและยืนยันการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรคโดยแพทย์ของ DIH ถ้ายืนยันว่าสาเหตุจากการทำงาน ทาง Commissioner ก็จะส่งเรื่องกลับไปให้นายจ้างเพื่อส่งต่อให้ลูกจ้างและแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อไป ถ้าไม่มีแพทย์ดูแล Commissioner ก็จะมอบหมายแพทย์ที่เชี่ยวชาญโรคจากการทำงานเพื่อให้การรักษาแก่คนงาน คนงานที่ต้องการขอเงินทดแทนต้องกรอกแบบฟอร์มยื่นต่อ Commissioner พร้อมใบรับรองแพทย์ทาง Commissioner ประเมินจำนวนเงินทดแทนที่ลูกจ้างควรได้รับ แล้วส่งรายละเอียดไปให้นายจ้างและบริษัทประกันให้จ่ายเงินแก่ลูกจ้างภายใน 21 วัน ถ้านายจ้างไม่พอใจสามารถปฏิเสธได้โดยยื่นอุทธรณ์มาที่ Commissioner เพื่อตัดสินใหม่ภายใน

ใน 14 วัน Commissioner ก็จะจัดการไต่สวน ถ้าเรื่องนั้นไม่ขัดต่อกฎหมายหรือจำนวนเงินที่ขัดแย้งมากกว่า \$ 1,000 ก็จะไม่อนุญาตให้มีการอุทธรณ์ ส่วนถ้าลูกจ้างไม่พอใจก็สามารถอุทธรณ์ต่อศาลได้เช่นกัน

ขั้นตอนการขอเงินทดแทนของประเทศสิงคโปร์



อีกหนึ่งกลุ่มโรค Work-related diseases ไม่อยู่ในข่ายที่ให้ทดแทน

สิงคโปร์มีกฎหมายที่บังคับให้แพทย์ที่วินิจฉัยโรคจากการทำงานต้องมีการรายงานต่อกระทรวงแรงงานทุกราย ถ้าไม่รายงานจะมีความผิดตามกฎหมายถูกปรับ \$ 500 แต่ที่ผ่านมาก็ไม่มีการบังคับใช้อย่างจริงจัง สำหรับการประเมินการสูญเสียเพื่อคำนวณค่าทดแทนนั้น มีคณะกรรมการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆหลายชุดในการทำหน้าที่ประเมินการสูญเสียเท่านั้น

ระบบการขอเงินทดแทนและการวินิจฉัยโรคจากการทำงานในประเทศสหรัฐอเมริกา

ในสหรัฐอเมริกาเริ่มมีกฎหมายเงินทดแทนเมื่อปี ค.ศ. 1911 เช่นเดียวกับในประเทศอื่น เงินทดแทนถูกจ่ายในการประสบอันตรายที่บาดเจ็บจากการทำงาน แต่ที่เกิดจากโรคจากการทำงานนั้นยังมีน้อย

ระบบนี้ขึ้นกับ premise of liability without fault คือไม่ว่าผลการประสบอันตรายนั้นจะเกิดจากความผิดของพนักงาน หรือ นายจ้าง หรือไม่มีใครผิด นายจ้างต้องรับผิดชอบต่อค่ารักษาพยาบาลและ เงินทดแทนต่อพนักงานที่ประสบอันตราย ประเด็นนี้มีความแตกต่างจากกฎหมายไทยเพราะตามกฎหมายไทยพนักงานยังสามารถที่จะฟ้องร้องต่อศาลได้

สหรัฐอเมริกา มีกฎหมายระบบกองทุนเงินทดแทนบังคับใช้เกือบทุกรัฐโดยมีรายละเอียดแตกต่างกัน เกือบทุกรัฐนายจ้างต้องซื้อประกัน หรือจัดระบบประกันให้ลูกจ้างของตนเอง ส่วนใหญ่ นายจ้างจะทำประกันกับบริษัทเอกชน ส่วนบางรัฐจะจัดเป็นกองทุนเงินทดแทน ผู้บริหารรัฐเป็นผู้บริหารกองทุนนี้ เก็บค่าเบี้ยประกันจากนายจ้างและดำเนินการทดแทนแก่ลูกจ้าง ยกเว้น New Jersey, South Carolina และ Texas ซึ่งลูกจ้างต้องฟ้องร้องเรียกเงินทดแทนเป็นรายกรณี

Common Law Suit

เมื่อเข้าระบบเงินทดแทนแล้ว ลูกจ้างไม่สามารถที่จะฟ้องร้องนายจ้างได้อีกเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจากการทำงาน แต่ไม่ได้ห้ามในการฟ้องร้องบุคคลที่สาม ดังนั้นถ้าลูกจ้างเจ็บป่วยจากการทำงาน ลูกจ้างยังสามารถฟ้องศาลต่อผู้ผลิตเครื่องจักร เช่นพนักงานถ้าป่วยจาก asbestosis สามารถฟ้องบริษัทผลิต asbestos ได้ โดยลูกจ้างต้องพิสูจน์ว่ามีการเพิกเฉยในการป้องกัน เช่นไม่ได้มีการเตือนผู้ใช้เกี่ยวกับพิษของสารนั้น

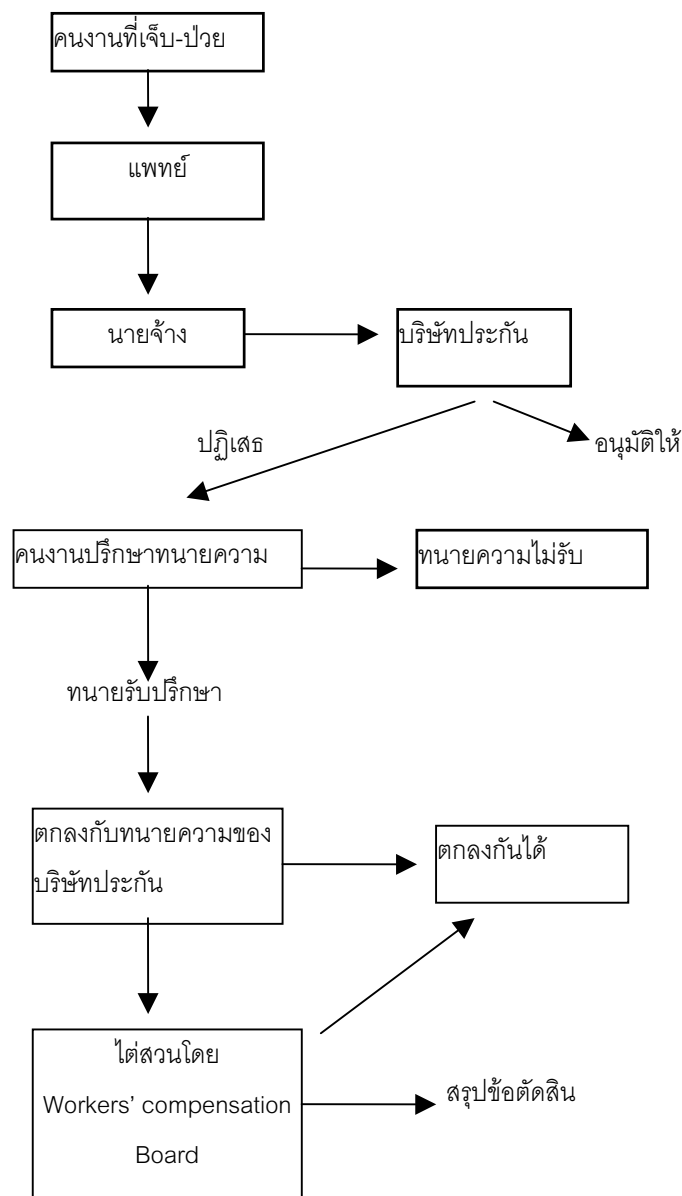
กฎหมายยกเว้นให้ พนักงานที่ไม่อยู่ในข่ายคุ้มครองได้แก่ ลูกจ้างตามบ้าน, พนักงานเกษตรกรรม, พนักงานในสถานประกอบการขนาดเล็ก และลูกจ้างของหน่วยงาน NGO รวมแล้วในอเมริกามีพนักงานประมาณร้อยละ 87 ที่อยู่ในข่ายคุ้มครองของระบบกองทุนเงินทดแทน

นายจ้างมีวิธีการให้การทดแทนแก่พนักงานได้ 3 วิธี

1. การประกันกับรัฐ (State insurance fund) บางรัฐกำหนดให้นายจ้างต้องประกันกับรัฐเท่านั้น ในบางรัฐ รัฐบาลรับประกันแข่งกับบริษัทเอกชน และมีเพียงบางรัฐที่ไม่อนุญาตให้นายจ้างประกันเอง
2. การประกันกับบริษัทเอกชน (Private insurance carriers) มีจุดประสงค์สองประการ
 - a) ให้ความมั่นใจว่านายจ้างมีระบบประกันจ่ายให้ลูกจ้าง
 - b) ให้ความมั่นใจว่าลูกจ้างจะได้รับการจ่ายตามกฎหมายค่าทดแทนเมื่อประสบอันตราย
3. การประกันโดยบริษัทของนายจ้างเอง (Self-insurance) บริษัทต้องแสดงหลักประกันทางการเงินต่อรัฐว่ามีความสามารถในการจ่ายทดแทนแก่พนักงานได้

โรงงานที่ไม่มีประกันเงินทดแทนแก่พนักงานจะถูกปรับและปราศสิทธิคุ้มครองโดย common law จึงต้องจ่ายค่าทดแทนมากกว่าปกติเนื่องจากเป็นคดี ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงโดยเฉพาะค่าทนายความ ค่าเสียหายที่เกิดขึ้น จำนวนมหาศาลอาจถึงล้มละลายได้

ตัวอย่างขั้นตอนการขอเงินทดแทนในสหรัฐอเมริกา



ขั้นตอนการขอเงินทดแทนและการตัดสินวินิจฉัย

ระบบขั้นตอนการวินิจฉัยตัดสินเงินทดแทนในสหรัฐอเมริกานั้นเป็นระบบทางกฎหมายไม่ใช่ระบบทางการแพทย์ แต่ก็มีมีความเกี่ยวข้องกับการแพทย์เพราะผู้วินิจฉัยใช้ข้อมูลทางแพทย์ประกอบในการให้เงินทดแทน ในสหรัฐอเมริกา มีระบบการตัดสินแตกต่างไประหว่างรัฐ แต่โดยส่วนใหญ่จะมีลักษณะดังนี้คือ การขอทดแทนเริ่มจากลูกจ้างที่เจ็บป่วยจากการทำงานแจ้งนายจ้างเพื่อขอเงินทดแทน นายจ้างก็จะส่งเรื่องให้ผู้รับประกัน(บริษัทประกัน หรือ บริษัทรับประกันเอง) เพื่อตัดสิน ถ้า การขอทดแทนถูกปฏิเสธโดยผู้รับประกัน ลูกจ้างต้องหาทนาย เพื่อทำความตกลงกับทนายของบริษัทประกัน ถ้าสามารถตกลงกันได้ ลูกจ้างก็จะได้รับการจ่าย แต่ถ้าตกลงกันไม่ได้ เรื่องก็จะไปถึง คณะกรรมการตัดสินของรัฐ โดยจัดการไต่สวนคนงาน, แพทย์อาจถูกเรียกมาให้ปากคำเป็นพยาน การพิจารณาอาจไม่ได้แตกต่างไปกว่าในศาล พยานต้องมีการสาบาน ไต่สวนตามข้อเท็จจริง บันทึกคำให้การ

กระบวนการทางกฎหมายนี้มักมีประเด็นเกี่ยวกับการแพทย์ซึ่งมีเห็นขัดแย้งกัน ได้แก่ ความรุนแรงของการสูญเสีย, คนงานจะกลับทำงานได้เมื่อไหร่ หรือว่าการเจ็บป่วยนั้นเกี่ยวเนื่องจากงานหรือไม่ ในการตัดสินประเด็นเหล่านี้อาจเรียกแพทย์ไปให้ปากคำ ซึ่งแพทย์มักจะไม่ชอบไปให้ปากคำในการไต่สวนแบบนี้ เพราะแพทย์มักจะได้เรียนมาเพื่อการให้การแบบนี้

ส่วนใหญ่แล้วการขอทดแทนจะจบลงด้วยการตกลงระหว่างทนายของลูกจ้างและนายจ้างเพราะการไต่สวนจะเป็นเรื่องที่ช้า ดังนั้นจึงมักมีการตกลงกันได้ โดยจำนวนเงินทดแทนก็จะอยู่ระหว่างจำนวนที่ลูกจ้างเรียกร้องกับจำนวนที่จำนวนต่ำสุดที่ลูกจ้างอาจจะได้ โดยทนายจะได้ส่วนแบ่งสัดส่วนสูงอาจจะประมาณ 25% เมื่อมีการตกลงยอมกันแล้วหากภายหลังการเจ็บป่วยนั้นทำให้ลูกจ้างมีการสูญเสียสมรรถภาพมากขึ้น นายจ้างไม่ต้องรับผิดชอบต่อความสูญเสียหรือพิการที่เกิดขึ้นมาในภายหลังแต่อย่างใด

องค์กรที่ทำหน้าที่ตัดสินพิจารณาความขัดแย้งนี้มีความแตกต่างระหว่างรัฐ ทั้งหมดมี 3 แบบ คือ

- The Court-Administered system ระบบนี้เหมือนกับระบบศาลทั่วไป การใช้ระบบนี้เนื่องจากสมมติฐานที่เชื่อว่ามีคุณธรรมมากกว่าการใช้ตัดสินในรูปคณะกรรมการ
- The Wholly Administrative system มีการตัดสินในรูปคณะกรรมการ
- The Combination system มีการตัดสินผสมทั้งสองแบบคือแบบศาลและคณะกรรมการ

ภายใต้ระบบทั้งสามแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ต้องเข้าใจกฎหมายเงินทดแทน และให้บริการแก่คนงานที่ประสบอันตรายได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย

ระบบเงินทดแทนของรัฐ British Columbia ประเทศแคนาดา

ระบบการทดแทนในแคนาดานั้นบริหารโดยจังหวัด ระบบการบริหารเงินทดแทนใน British Columbia คล้ายกับมลรัฐของอเมริกาที่มีการบริหารโดยกองทุนรัฐ ภายใต้ Workers' Compensation Board(WCB) สิทธิประโยชน์ที่คนงานเจ็บป่วยจากการทำงานได้รับนั้นคล้ายกับในสหรัฐอเมริกา ได้แก่ การชดเชยภาวะทุพพลภาพชั่วคราวและถาวร ค่าทดแทนการตาย ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ

องค์กร 4 หน่วยในกระทรวงแรงงาน รับผิดชอบเกี่ยวกับกฎหมายเงินทดแทน ได้แก่ WCB บริหารจัดการด้านการจ่ายเงินทดแทน Workers' Compensation Review Board(WCRB) ทำหน้าที่ตัดสินกรณีขัดแย้ง(คล้าย Workers' compensation commission และ industrial accident board ในสหรัฐอเมริกา) ในแคนาดายังมีอีก 2 องค์กรที่ไม่มีในสหรัฐ ได้แก่ Workers' Adviser Service(WAS) ทำหน้าที่ช่วยคนงานในการขอเงินทดแทนหรือเป็นตัวแทนคนงานต่อการยื่นเรื่องต่อ WCB และ WCRB นอกจากนี้ WAS ยังทำหน้าที่เกี่ยวกับการฝึกอบรมให้ความรู้แก่คนงาน และสมาชิกเพื่อเป็นตัวแทนในการขอเงินทดแทน นอกจากนี้มีหน่วยงาน Employers' Adviser Service (EAS) ให้บริการแบบเดียวกันกับ WAS แก่นายจ้าง เมื่อเปรียบเทียบกับระบบในสหรัฐอเมริกาแล้วใน แคนาดา มีการขออุทธรณ์น้อยกว่าในสหรัฐ ในปี 1990 มีการอุทธรณ์จากนายจ้างและลูกจ้างรวม 3.1 % ส่วนในสหรัฐอเมริกาสองเท่านี้ เช่นที่ North Carolina 10 %, Pennsylvania 19%, Georgia 25% และ Missouri 45%

นอกจากนี้ ตัวแทนคนงานที่ทำหน้าที่ตกลงนั้น ในแคนาดาใช้ หนาย เพียงร้อยละ 12 , ร้อยละ 30 ไม่ต้องใช้ตัวแทน, ร้อยละ 5 มี WAS เป็นตัวแทน, ร้อยละ 26 มีสหภาพแรงงานเป็นตัวแทน ส่วนในสหรัฐนั้นส่วนใหญ่จะมีทนายเป็นตัวแทนจัดการให้ ดังนั้นระบบในแคนาดาที่แตกต่างจากในสหรัฐคือการที่มีองค์กร WAS และ EAS ช่วยเหลือ

ที่น่าสนใจอีกอย่างของระบบในรัฐBritish Columbia คือ คณะกรรมการแพทย์(Medical /Review Panel, MRP) กรณีที่มีความขัดแย้งประเด็นทางการแพทย์ ทั้งลูกจ้างและนายจ้างมีสิทธิในการอุทธรณ์ไปที่ คณะกรรมการแพทย์ รัฐบาลระดับจังหวัด(โดยข้อเสนอแนะจาก British Columbia College of Physician and Surgeons) มีรายชื่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากเอกชนจำนวน 14 คนที่สามารถเป็นประธานในคณะกรรมการโดยพลัดกันตามลำดับ เมื่อถึงเวลาการเป็นประธาน ประธานก็จะส่งรายชื่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางสาขาที่เกี่ยวข้องให้แก่ ลูกจ้างและนายจ้าง เพื่อให้เลือกตัวแทนมาฝ่ายละ 1 คน ดังนั้นกรรมการมี 3 คน มีหน้าที่ตรวจสอบคนงานที่เจ็บป่วย พิจารณาข้อมูลทางการแพทย์ อาจสั่งการตรวจทางการแพทย์เพิ่มเติม ข้อสรุปที่ได้จากกรรมการแพทย์ชุดนี้ถือเป็นยุติ ไม่สามารถอุทธรณ์ได้ (แต่ในสหรัฐอเมริกา มีการรวมการลักษณะนี้ที่ Massachusettes แต่ข้อตัดสินของกรรมการแพทย์อาจถูกพิจารณาใหม่ในชั้นศาลได้ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในรัฐBritish Columbia นั้นต่ำกว่าในสหรัฐมาก ในปี 1989 ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในแคนาดาเป็นเพียง 40 % ของในสหรัฐ สาเหตุเพราะอะไรยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด ในรัฐ British Columbia หน่วยงานที่ดูแลกองทุนเงินทดแทนมีบทบาทหน้าที่และอำนาจ ในการควบคุมกำกับความปลอดภัยและกฎหมายด้านสุขภาพในโรงงาน เจ้าหน้าที่ที่ตรวจจาก WCBสามารถสั่งให้โรงงานปรับปรุงแก้ไขกระบวนการทำงาน ให้บทลงโทษ หรือปิดโรงงานภายใน 24 ชั่วโมงได้ถ้าเห็นว่าปล่อยไว้จะมีอันตราย

ระบบการจ่ายเงินทดแทนและการวินิจฉัยโรคจากการทำงานในประเทศไทย

กองทุนเงินทดแทนในประเทศไทยตั้งขึ้นตั้งแต่ พ.ศ.2517 ตามประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนในการจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้แก่ นายจ้าง การจ่ายเงินดังกล่าวเป็นการจ่ายแทนนายจ้าง เพราะกฎหมายกำหนดให้นายจ้างทุกคนต้องรับผิดชอบต่อลูกจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานโดยให้นายจ้างจ่ายเงินทดแทน และเพื่อเป็นหลักประกันว่าลูกจ้างจะได้รับเงินทดแทนด้วยความสะดวกรวดเร็ว กฎหมายจึงกำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนขึ้น และกำหนดให้นายจ้างเป็นผู้มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน

ในระยะเริ่มแรกของการก่อตั้งกองทุนเงินทดแทน กฎหมายยังไม่ได้ใช้บังคับกับนายจ้างทั่วประเทศ เฉพาะกรุงเทพมหานครที่เริ่มมีผลบังคับใช้ จากนั้นได้ขยายขอบเขตการบังคับใช้ออกไป จนกระทั่งมีผลใช้บังคับทุกจังหวัดทั่วประเทศ เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2531 โดยครอบคลุมเฉพาะนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ต่อมาเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2538 ได้ขยายขอบเขตการบังคับใช้ให้ นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ต้องมีหน้าที่ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทนด้วย ซึ่งปัจจุบันยังคงขอบเขตการบังคับใช้อยู่ที่นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปอยู่

ดังนั้น เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ลูกจ้างมีสิทธิได้รับเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทน ส่วนลูกจ้างของนายจ้างที่กฎหมายไม่ได้บังคับให้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน เมื่อมีการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน นายจ้างนั้น ๆ จะต้องรับผิดชอบจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างเอง

ต่อมาเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2537 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537 แทนประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515(สาระสำคัญที่แตกต่างคืออะไร)

การบริหารกองทุนเงินทดแทน

กองทุนเงินทดแทนมีสำนักงานกองทุนเงินทดแทนซึ่งเป็นหน่วยงานราชการในสังกัดสำนักงานประกันสังคม มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน” ประกอบด้วย เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม เป็นประธานกรรมการ และผู้ทรงคุณวุฒิไม่เกินหกคน กับผู้แทนนายจ้างและผู้แทนลูกจ้างฝ่ายละสามคน ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมแต่งตั้งเป็นกรรมการ และผู้แทนสำนักงานประกันสังคมเป็นกรรมการและเลขานุการ

สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิแต่งตั้งจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในทางแพทยศาสตร์ นิติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ การคลัง ประกันสังคม หรือประกันภัย

คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

1. เสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายการบริหารกองทุนและการจ่าย เงินสมทบ
2. พิจารณาให้ความเห็นต่อรัฐมนตรีในการออกกฎระเบียบต่าง ๆ
3. วางระเบียบโดยความเห็นชอบของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน การจัดหาผลประโยชน์ของกองทุน
4. พิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์
5. ให้คำปรึกษาและแนะนำแก่สำนักงานประกันสังคม ในการดำเนินการตามกฎหมายเงินทดแทน และปฏิบัติการอื่นตามที่รัฐมนตรีมอบหมาย

นอกจากนี้กองทุนเงินทดแทนยังมีคณะกรรมการการแพทย์คณะหนึ่ง ประกอบด้วยประธานกรรมการ และกรรมการอื่น มีจำนวนรวมกันไม่เกินสิบห้าคน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่าง ๆ โดยให้ข้าราชการของสำนักงานประกันสังคมเป็นกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการการแพทย์มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนเกี่ยวกับการดำเนินงานในการให้บริการทางการแพทย์
2. ให้คำปรึกษาแนะนำในทางการแพทย์แก่คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนและสำนักงานประกันสังคม
3. ให้ความเห็นทางการแพทย์ต่อสำนักงานในการออกกฎกระทรวง และประกาศ

กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

4. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมายจากรัฐมนตรี หรือคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน

คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน และคณะกรรมการการแพทย์อยู่ในตำแหน่งคราวละสองปี อาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ แต่จะแต่งตั้งติดต่อกันเกิน 2 วาระไม่ได้

คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน และคณะกรรมการการแพทย์จะแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใด ตามที่คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนและคณะกรรมการการแพทย์มอบหมายก็ได้ ซึ่งปัจจุบันในส่วนของคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ 4 คณะ ได้แก่

1. คณะอนุกรรมการตรวจรับงานวิจัย
2. คณะอนุกรรมการพิจารณาอุทธรณ์เงินทดแทน (กรณีทั่วไป)
3. คณะอนุกรรมการพิจารณาอุทธรณ์เงินทดแทน (กรณีเกี่ยวกับการแพทย์)
4. คณะอนุกรรมการพิจารณาอุทธรณ์เงินสมทบ

และคณะกรรมการการแพทย์ มีคณะอนุกรรมการการแพทย์ 9 คณะ ได้แก่

1. คณะอนุกรรมการการแพทย์ระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ
2. คณะอนุกรรมการการแพทย์ระบบสมองและจิตใจ
3. คณะอนุกรรมการการแพทย์พิจารณาโรคปอดจากการประกอบอาชีพ
4. คณะอนุกรรมการการแพทย์ระบบการมองเห็นและการได้ยิน
5. คณะอนุกรรมการการแพทย์พิจารณาค่ารักษาพยาบาลเกิน 35,000 บาท
6. คณะอนุกรรมการการแพทย์ระบบผิวหนังและอวัยวะภายใน
7. คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน
8. คณะอนุกรรมการการแพทย์ประเมินการสูญเสีย
9. คณะอนุกรรมการกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลกองทุนเงินทดแทน

คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน คณะกรรมการการแพทย์ และคณะอนุกรรมการการแพทย์มีอำนาจสั่งให้บุคคลที่เกี่ยวข้องส่งเอกสาร สิ่งของ หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาพิจารณาได้ หรือจะสั่งให้บุคคลที่เกี่ยวข้องมาชี้แจงก็ได้

เงินสมทบกองทุนเงินทดแทน

นายจ้างเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทนเพียงฝ่ายเดียว โดยกฎหมายกำหนดให้จ่ายปีละ 1 ครั้ง อัตราเงินสมทบหลักกำหนดให้เก็บได้ไม่เกินร้อยละ 5 ของค่าจ้างที่นายจ้างจ่ายแต่ละปี ซึ่งอัตราเงินสมทบแตกต่างกันตามสภาพความเสี่ยงในการทำงานของแต่ละกิจการ ปัจจุบันอัตราเงินสมทบสูงสุดคือร้อยละ 1 ของค่าจ้าง อัตราเงินสมทบต่ำสุดคือร้อยละ 0.2 ของค่าจ้าง การคำนวณเงินสมทบคำนวณจากค่าจ้างที่นายจ้างจ่ายให้แก่ลูกจ้างทุกคนรวมทั้งปี

นอกจากนี้ เพื่อส่งเสริมให้นายจ้างให้ความสำคัญต่อการจัดระบบความปลอดภัยให้แก่ลูกจ้าง จึงมีการใช้อัตราเงินสมทบตามค่าประสบการณ์อีกด้วย กล่าวคือ เมื่อนายจ้างจ่ายเงินสมทบครบ 4 ปี จะมีการนำจำนวนเงินทดแทน 3 ปีย้อนหลังที่ได้จ่ายให้แก่ลูกจ้างของนายจ้างนั้นมาคำนวณหาอัตราสูญเสีย และนำไปพิจารณาปรับลดหรือเพิ่มอัตราเงินสมทบของนายจ้าง

เงินทดแทน

เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ลูกจ้างมีสิทธิได้รับ เงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทน ซึ่งประกอบด้วย

1. ค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 35,000 บาท และจ่ายเพิ่มอีกได้ไม่เกิน 50,000 บาท กรณีการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรัง ตาม หลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

2. ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 20,000 บาท และกรณีมีการผ่าตัดเพื่อประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จ่ายเพิ่มอีกได้ไม่เกิน 20,000 บาท ตามที่คณะกรรมการการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานกำหนด

3. ค่าทดแทนรายเดือนร้อยละหกสิบของค่าจ้างรายเดือน แต่ต้องไม่น้อยกว่า ค่าทดแทนรายเดือนต่ำสุด และไม่มากกว่าค่าทดแทนรายเดือนสูงสุด ตามที่กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมประกาศกำหนด สำหรับกรณีดังต่อไปนี้

(1) ค่าทดแทนรายเดือนกรณีไม่สามารถทำงานติดต่อกันได้เกินสามวัน โดยจะจ่ายให้เป็นระยะเวลารวมไม่เกินหนึ่งปี

(2) ค่าทดแทนรายเดือนกรณีสูญเสียอวัยวะบางส่วนของร่างกาย โดยจ่ายตามประเภทของการสูญเสีย นั้น และตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ แต่ไม่เกินสิบปี

(3) ค่าทดแทนรายเดือนกรณีทุพพลภาพ เป็นเวลาไม่เกินสิบห้าปี

(4) ค่าทดแทนรายเดือนกรณีถึงแก่ความตาย เป็นเวลาแปดปี

4. ค่าทำศพ จำนวนหนึ่งร้อยละห้าของอัตราสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวัน ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน

การพิจารณาวินิจฉัย

เมื่อมีการแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย หรือมีการยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน หรือความปรากฏแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคม ว่าลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายจากการทำงาน พนักงานเจ้าหน้าที่จะต้องสอบสวน และวินิจฉัย เงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิ โดยไม่ชักช้า

ในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจในการมีหนังสือ สอบถาม หรือเรียกบุคคลที่เกี่ยวข้อง มาให้ถ้อยคำหรือให้เอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง หรือสิ่งอื่น ที่จำเป็นมาเพื่อประกอบการพิจารณา และในการปฏิบัติการของพนักงานเจ้าหน้าที่ บุคคลอื่นซึ่ง เกี่ยวข้องต้องอำนวยความสะดวกให้ตามควรแก่กรณี

ในการดำเนินการพิจารณาวินิจฉัยเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างนั้น มีแนวทางการดำเนินการดังนี้

1. กรณีการประสบอันตรายที่ชัดเจน เช่น ลูกจ้างเป็นกรรมกรก่อสร้าง ถูกเหล็กบาดขณะทำงานก่อสร้าง หรือลูกจ้างเป็นพนักงานปั๊มโลหะ ถูกเครื่องปั๊มโลหะกระแทกมือขณะทำงาน หรือคนงานก่อสร้างเดินเหยียบตะปูในขณะทำงาน เป็นต้น กรณีการประสบอันตรายที่ชัดเจนเหล่านี้ เมื่อได้รับการแจ้งเรื่องการประสบอันตราย พนักงานเจ้าหน้าที่สามารถมีคำวินิจฉัยได้ทันที โดยใช้ข้อมูลตามเอกสารการแจ้งเรื่อง ส่วนกรณีการประสบอันตรายที่ไม่ชัดเจน เช่น อุบัติเหตุ ยานยนต์นอกสถานที่ทำงาน หรือนอกเวลางาน หรือกรณีถูกทำร้ายร่างกาย เมื่อได้รับการแจ้งเรื่องพนักงานเจ้าหน้าที่ต้องพิจารณาสอบสวนข้อเท็จจริงให้ได้ความชัดเจน ว่าเป็นการประสบอันตรายจากการทำงานจริงเสียก่อน แล้วจึงมีคำวินิจฉัย

2. กรณีเจ็บป่วย เช่น ผื่นหนังอักเสบจากสารเคมี แผลพุพอง หายใจไม่สะดวก หรือปวดศีรษะจากการสูดดมสารเคมี กรณีเหล่านี้ต้องสอบสวนข้อเท็จจริงจนแน่ชัดว่าเกิดจากการทำงาน เช่น สอบสวนเกี่ยวกับประเภทและพิษภัยของสารเคมี ลักษณะงานเกี่ยวข้องกับสารเคมีอย่างไร มีผู้ร่วมงานคนอื่นของลูกจ้างเจ็บป่วยหรือไม่ เป็นต้น ถ้าหากได้ข้อเท็จจริงแล้ว เชื่อได้ว่าอาการเจ็บป่วยของลูกจ้างเกิดจากการทำงาน ก็สามารถมีคำวินิจฉัยได้ทันที

3. กรณีโรค เช่น โรคปอดหลัง โรคซิลิโคสิส โรคบิสซิโนสิส เป็นต้น กรณีเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ดังนั้น เมื่อได้รับเรื่องต้องสอบสวน ข้อเท็จจริงโดยละเอียด และรวบรวมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง แล้วเทียบเคียงกับแนวมติคณะกรรมการการแพทย์ หรือคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน แล้วแต่กรณี หรือส่งหรือคณะกรรมการการแพทย์โดยการพิจารณาส่งหรือจะส่งเฉพาะเรื่องที่จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น ทั้งนี้เพื่อให้การวินิจฉัยเรื่องล้าช้าออกไป

ระบบการวินิจฉัยจ่ายเงินทดแทน

เมื่อมีคำวินิจฉัยว่าลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ลูกจ้างของนายจ้างที่มีหน้าที่ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทนมีสิทธิได้รับเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทน

สำหรับรายละเอียดการวินิจฉัยจ่ายเงินทดแทนแต่ละกรณีมีดังนี้

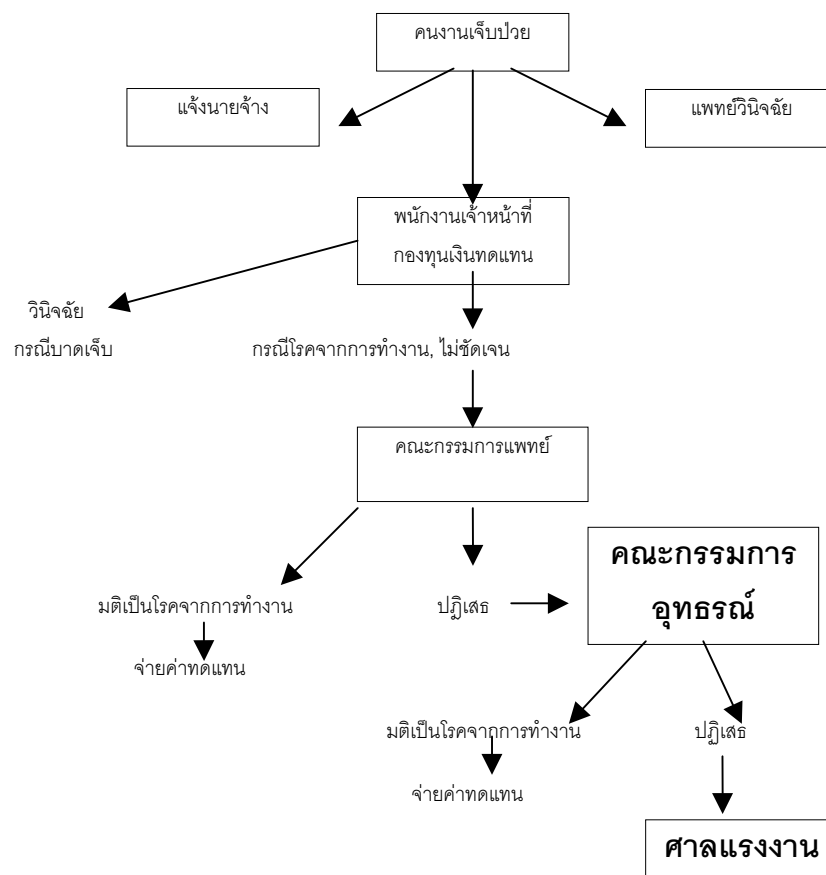
1. การวินิจฉัยจ่ายค่ารักษาพยาบาล

กฎหมายกำหนดว่า เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน นายจ้างต้องจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงหรือระบบ Fee For Services และการจ่ายตามความจำเป็นในวงเงินที่กำหนดไว้มีจุดประสงค์ ดังนี้

(1) การจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง เพื่อให้ลูกจ้างสามารถเข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลใดก็ได้ เมื่อมีค่ารักษาพยาบาลเกิดขึ้นสามารถนำไปเบิกคืนจากนายจ้างหรือกองทุนเงินทดแทนได้เท่าที่ได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลไปจริง

ขั้นตอนการวินิจฉัยเงินทดแทนในประเทศไทย



(2) การจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามความจำเป็น เนื่องจากกฎหมายเงินทดแทนมาจากหลักการที่ว่า การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของลูกจ้างไม่ได้เกิดขึ้นจากความผิดของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง รวมทั้งไม่ใช่ความผิดของนายจ้าง แต่นายจ้างถูกกำหนดให้ต้องรับผิดชอบ โดยการจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้าง เพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น ดังนั้นการจ่ายค่ารักษาพยาบาลจึงให้จ่ายเท่าที่จำเป็น แต่ถ้าลูกจ้างพิสูจน์ได้ว่าการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของตนเกิดจากความผิดของนายจ้าง กฎหมายเงินทดแทนไม่ตัดสิทธิของลูกจ้างที่จะเรียกร้องความรับผิดชอบตามกฎหมายอื่นจากนายจ้างได้อีก

(3) การจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่เกินวงเงินที่กำหนด มีที่มาจากเหตุผลเดียวกันคือนายจ้างต้องรับผิดชอบโดยที่ไม่ได้ทำผิด ดังนั้นความรับผิดชอบจึงต้องมีขอบเขตจำกัดอยู่ในวงเงินที่กำหนด

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทนต้องมีหลักฐาน คือใบเสร็จรับเงิน โดยใช้ควบคู่กับใบรับรองแพทย์ เพื่อจะได้ทราบว่าเป็นค่ารักษาพยาบาลสำหรับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานตามที่ได้มีค่าวินิจฉัยไว้จริง เมื่อได้รับใบเสร็จรับเงินแล้ว ก่อนจ่ายต้องพิจารณาค่ารักษาพยาบาลแต่ละรายการว่าเหมาะสมกับอาการเจ็บป่วยตามใบรับรองแพทย์หรือไม่ ถ้าเหมาะสมก็สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลคืนให้นายจ้าง หรือลูกจ้างผู้นำใบเสร็จไปเบิกเงินคืนจากกองทุนเงินทดแทนได้ แต่ถ้าหากรายการใดไม่เหมาะสมหรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับ ค่ารักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่อาจพิจารณาขอคำชี้แจงหรือคำอธิบายจากแพทย์ผู้รักษาหรือโรงพยาบาล หรือบางกรณีอาจขอเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับการตรวจรักษามาประกอบการพิจารณา ซึ่งบางกรณีอาจต้องหารือคณะกรรมการการแพทย์เพื่อขอคำแนะนำด้วย

สำหรับใบรับรองแพทย์ ตามปกติสำนักงานประกันสังคมจะได้รับพร้อมเอกสารแจ้งการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของลูกจ้างตั้งแต่ออกมีค่าวินิจฉัย ซึ่งในกรณีที่ไม่มีข้อสงสัยจะไม่ขอใบรับรองแพทย์ในการพิจารณาจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ใหม่อีก การขอใบรับรองแพทย์ใหม่มักจะขอกรณีที่เป็นการรักษาอาการเจ็บป่วยต่อเนื่องที่ทิ้งช่วงจากการรักษาครั้งก่อนเป็นเวลานาน ๆ เมื่อมีใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลเกิดขึ้น เจ้าหน้าที่ต้องขอใบรับรองแพทย์ประกอบการจ่าย เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นการรักษาเรื่องเดียวกัน นอกจากนี้การขอใบรับรองแพทย์บางกรณีเพื่อผลประโยชน์ของลูกค้า เช่น การคิดค่าหยุดพักรักษาตัวเพิ่มเติมจากใบรับรองแพทย์เดิม เป็นต้น

การจ่ายค่ารักษาพยาบาลของกองทุนเงินทดแทน ทำได้ 2 วิธี คือ

(1) จ่ายให้นายจ้างหรือลูกจ้างตามหลักฐานใบเสร็จรับเงิน ภายหลังจากที่ได้พิจารณาแล้วว่าเป็นการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมตามความจำเป็น

(2) จ่ายให้แก่สถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน เนื่องจากสำนักงานกองทุนเงินทดแทนพิจารณาเห็นว่ากรณีที่นายจ้าง ลูกจ้าง ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนเป็นการเดือดร้อนและไม่สะดวก จึงได้หาทางบรรเทาความเดือดร้อนและอำนวยความสะดวกให้ โดยการทำความตกลงกับสถานพยาบาลต่าง ๆ ให้ทำการรักษาลูกจ้างไปก่อน แล้วส่ง ใบเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลไปเรียกเก็บเงินจากกองทุนเงินทดแทน ซึ่งวิธีนี้นายจ้างจะต้องส่งหนังสือส่งตัวลูกจ้าง (กท.44) ไปให้สถานพยาบาล เพื่อให้คำรับรองว่าถ้าสถานพยาบาลเรียกเก็บเงินจากกองทุนเงินทดแทนไม่ได้ นายจ้างจะรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในวงเงินที่กฎหมายกำหนด

2. การวินิจฉัยจ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน

กฎหมายกำหนดว่า กรณีลูกจ้างจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานภายหลังการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานของลูกจ้างตามความจำเป็น ตามหลักเกณฑ์วิธีการและอัตราที่กำหนด

ระบบการจ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานนั้น เป็นระบบเดียวกับระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาล คือ จ่ายเท่าที่จ่ายจริงโดยพิจารณาตามความจำเป็นไม่เกินวงเงินที่กำหนด แต่มีข้อแตกต่างตรงที่ในการพิจารณาความจำเป็นนั้นกฎหมายให้อำนาจแก่คณะกรรมการการแพทย์หรือคณะอนุกรรมการการแพทย์ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ในทางปฏิบัติกองทุนเงินทดแทนมีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานอยู่ 1 แห่ง ลูกจ้างสามารถเข้าไปอยู่ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานและรับการฟื้นฟูตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์

3. การวินิจฉัยจ่ายค่าทดแทนการขาดรายได้และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การจ่ายค่าทดแทนเป็นไปตามหลักกฎหมายเงินทดแทน คือ ไม่ได้จ่ายเท่ากับการจ่ายค่าจ้าง แต่จ่ายในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือน เนื่องจากการที่ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ลูกจ้างไม่สามารถทำงานได้ ลูกจ้างเดือดร้อนเพราะขาดรายได้และภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น ส่วนนายจ้างได้รับความเดือดร้อนเนื่องจากสูญเสียผลผลิตในส่วนของลูกจ้างคนนั้นไป และเมื่อมีความเดือดร้อนเกิดขึ้น จำเป็นต้องมีการบรรเทาความเดือดร้อน ซึ่งจากสภาพความเป็นจริงของสังคม ลูกจ้างได้รับความเดือดร้อนมากกว่า ดังนั้น หลักกฎหมายเงินทดแทนจึงกำหนดให้นายจ้างเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบรรเทาความเดือดร้อน โดยให้จ่ายค่าทดแทนเป็น รายเดือนในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือน สำหรับกรณีต่าง ๆ ดังนี้

(1) ค่าทดแทนรายเดือนกรณีลูกจ้างไม่สามารถทำงานได้ติดต่อกันตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป การจ่ายต้องจ่ายตลอดระยะเวลาที่ไม่สามารถทำงานได้ แต่รวมแล้วไม่เกิน 1 ปี

ในการพิจารณาวินิจฉัยจ่ายค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานได้นั้น ต้องมีความเห็นของคนกลางว่าจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยครั้งนั้น ๆ ลูกจ้างสมควรหยุดพักรักษาตัวนานกี่วัน ซึ่งคนกลางดังกล่าวต้องเป็นผู้รู้เรื่องสภาพความเจ็บป่วยของคน รวมถึงมีหลักวิชาการเกี่ยวกับการหยุดพักรักษาตัวของคนเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ที่เป็นผู้รู้สภาพและหลักวิชาการต่างๆ เหล่านั้นดี คือแพทย์ผู้รักษา ดังนั้นจึงต้องมีใบรับรองแพทย์เป็นส่วนประกอบในการคิดค่าทดแทน

นอกจากนี้ ในทางปฏิบัติ เจ้าหน้าที่จะตรวจสอบการหยุดงานจริงของลูกจ้างด้วย เช่น ใบรับรองแพทย์ ระบุให้ลูกจ้างหยุดพักรักษาตัวนาน 3 เดือน แต่ลูกจ้างหยุดงานจริง 2 เดือน พอขึ้นเดือนที่ 3 ลูกจ้างสามารถกลับเข้าทำงานได้ กรณีเช่นนี้ จะจ่ายค่าทดแทนจากกองทุน เงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างเพียง 2 เดือน ส่วนเดือนที่ 3 ลูกจ้างกลับเข้าทำงานได้แล้ว ถือว่าไม่มีความเดือดร้อนจากการขาดรายได้แล้ว จึงไม่ต้องจ่ายค่าทดแทน

(2) ค่าทดแทนรายเดือนกรณีสูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะ กฎหมาย กำหนดให้จ่ายตามประเภทของการสูญเสียอวัยวะและตามระยะเวลาที่ต้องจ่ายให้ตามที่กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ประกาศกำหนด แต่ไม่เกิน 10 ปี

กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมประกาศเรื่องกำหนดระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนฯ ไว้ โดยได้ กำหนดประเภทของการสูญเสียอวัยวะ ระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนตามประเภทของการสูญเสียอวัยวะ การสูญเสียอวัยวะ ที่ถือว่าเป็นกรณีทุพพลภาพฯ ซึ่งระบบการคิดค่าทดแทนการสูญเสียอวัยวะดังกล่าวเป็นการคิดตามระบบ Organ loss เช่น กำหนดว่าแขนขาดข้างหนึ่ง หมายความว่าขาดตั้งแต่ข้อศอกขึ้นมา มีระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทน 10 ปี เป็นต้น

นอกจากประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่องกำหนดระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนฯ แล้ว ในการ ประเมินการสูญเสียอวัยวะบางส่วนของร่างกายหรือสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย ยังมีเอกสารที่ใช้ประกอบในการพิจารณา อีกอย่างหนึ่ง คือคู่มือกำหนดแนวทางประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายและจิต ซึ่งจัดทำโดยคณะกรรมการที่ปรึกษา พนักงานเงินทดแทน กรมแรงงาน ซึ่งปัจจุบันคณะกรรมการการแพทย์และคณะกรรมการการแพทย์ยังใช้คู่มือเป็นแนวทาง ในการประเมินการสูญเสียฯ อยู่ ซึ่งระบบการคิดค่าทดแทนการสูญเสียอวัยวะตามคู่มือกำหนดแนวทางประเมินการสูญเสีย สมรรถภาพทางกายและจิต ผลที่ได้จะเป็นอัตราร้อยละของอวัยวะนั้น ๆ หรือของทั้งร่างกายในสภาพปกติ โดยไม่คำนึงถึงข้อ ปลีกย่อย เช่น อายุ อาชีพ การศึกษา ฯลฯ

(3) ค่าทดแทนรายเดือนกรณีทุพพลภาพ

เนื่องจากกฎหมายได้กำหนดประเภทของการสูญเสียอวัยวะต่าง ๆ ที่ถือว่าเป็นกรณีลูกจ้างทุพพลภาพไว้ เช่น ขาขาดทั้ง 2 ข้าง หรือมือขาดทั้ง 2 ข้าง เป็นต้น ทำให้การพิจารณาจ่ายค่าทดแทนกรณีลูกจ้างทุพพลภาพทำได้ไม่ยาก ส่วนกรณีที่ไม่ชัดเจน เช่น กรณีสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะ นอกเหนือจากที่กฎหมาย กำหนดไว้ ให้คณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยว่าทุพพลภาพ

(4) ค่าทดแทนรายเดือนกรณีลูกจ้างถึงแก่ความตาย

กฎหมายกำหนดให้จ่ายให้แก่ผู้มีสิทธิเป็นระยะเวลา 8 ปี โดยจ่ายกรณีลูกจ้างถึงแก่ความตาย รวมถึง กรณีลูกจ้างสูญหายไประหว่างทำงาน หรือในระหว่างเดินทางไปทำงานให้นายจ้าง โดยมีเหตุอันควรเชื่อได้ว่าลูกจ้างถึงแก่ ความตาย

การวินิจฉัยจ่ายค่าทดแทนให้แก่ผู้มีสิทธินั้น ถ้ามีผู้มีสิทธิหลายคน จะต้องนำค่าทดแทนรายเดือนของลูกจ้างนั้นมา เฉลี่ยเป็นส่วน ๆ ส่วนละเท่า ๆ กัน ตามจำนวนผู้มีสิทธิ แล้วจ่ายเป็นรายเดือน และถ้าหากผู้มีสิทธิรายใดมีอันต้องหมดสิทธิไป ก่อนที่จะได้รับค่าทดแทนครบถ้วน เช่น ตาย หรือสามีหรือภรรยาของลูกจ้างสมรสใหม่ ต้องนำสิทธิส่วนนั้นไปเฉลี่ยให้ผู้มีสิทธิ รายอื่นที่ยังเหลืออยู่

ผู้มีสิทธิกรณีลูกจ้างถึงแก่ความตายหรือสูญหาย ได้แก่

- บิดา มารดา
- สามี หรือภรรยา
- บุตร อายุต่ำกว่า 18 ปี

- บุตร อายุครบ 18 ปี และทุพพลภาพ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

กรณีไม่มีผู้มีสิทธิเลย ให้พิจารณาจ่ายค่าทดแทนแก่ผู้อยู่ในอุปการะของ ลูกจ้างก่อนลูกจ้างถึงแก่ความตาย และต้องเดือดร้อนเพราะขาดอุปการะจากลูกจ้างผู้ตาย

สำหรับการจ่ายค่าทดแทนทั้ง 4 กรณี กฎหมายกำหนดว่าถ้าเป็นทีตกลงกัน สามารถจ่ายค่าทดแทนในคราวเดียว เต็มจำนวน หรือเป็นระยะเวลอย่างอื่นก็ได้ แต่จะหักส่วนลดเกินร้อยละ 2 ต่อปีไม่ได้

(5) การจ่ายค่าทำศพ

การจ่ายค่าทำศพให้แก่ผู้จัดการศพ ซึ่งในทบทปฏิบัติการจะพิจารณาผู้จัดการศพที่เป็นผู้มีสิทธิก่อน ทั้งนี้เพื่อตัดปัญหาข้อยุ่งยากในการพิจารณา เช่น บางกรณีมีผู้ร่วมกันจัดการศพหลายราย

กรณีไม่มีผู้จัดการศพ นายจ้างต้องจัดการศพให้แก่ลูกจ้างไปพลางก่อนจนกว่าผู้มีสิทธิจะมาขอเป็นผู้จัดการศพ แต่นายจ้างจะใช้ค่าทำศพเกิน 1 ใน 3 ของค่าทำศพไม่ได้ แต่ถ้าครบ 72 ชั่วโมงแล้ว ยังไม่มีผู้มีสิทธิมาขอเป็นผู้จัดการศพ ให้นายจ้างจัดการศพตามประเพณีทางศาสนาของลูกจ้าง หรือตามประเพณีแห่งท้องถิ่น โดยคำนึงถึงฐานะทางสังคมของลูกจ้าง ในการนี้นายจ้างสามารถใช้ค่าทำศพส่วนที่เหลือได้

การอุทธรณ์

ในกรณีที่นายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิของลูกจ้างซึ่งได้รับคำสั่งคำวินิจฉัย หรือการประเมินเงินสมทบของพนักงานเจ้าหน้าที่แล้วไม่พอใจ มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนได้ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่ง คำวินิจฉัย หรือการประเมิน เงินสมทบ และหากผู้อุทธรณ์ไม่พอใจคำวินิจฉัยของคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน มีสิทธินำคดีไปสู่ศาลแรงงานภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำวินิจฉัย

ข้อดีของการมีกองทุนเงินทดแทน

ถึงแม้กฎหมายเงินทดแทนจะได้อำหนดให้เป็นหน้าที่ของนายจ้าง ที่จะต้องจ่าย เงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างแล้วก็ตาม แต่ปรากฏว่ายังมีลูกจ้างเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้รับความคุ้มครองอย่างเพียงพอ เพราะนายจ้างบางส่วนพยายามหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบด้วยวิธีการต่าง ๆ ทำให้ ลูกจ้างไม่ได้รับสิทธิที่ควรจะได้รับ หรือว่าจะได้รับก็ต้องเรียกร้องหรือต้องใช้เวลา นาน ลูกจ้าง บางคนไม่กล้าเรียกร้องสิทธิของตนเอง เพราะไม่ต้องการมีปัญหาขัดแย้งกับนายจ้าง ซึ่งอาจหมายถึงตนเองต้อง ถูกออกจากการงานได้ ดังนั้น เมื่อมีการจัดตั้งกองทุนเงินทดแทนขึ้นทำหน้าที่ให้ความ คุ้มครองโดยการจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูก จ้างแทนนายจ้าง จึงเป็นการช่วยลดปัญหาความไม่แน่นอนและความล่าช้าในการได้รับเงินทดแทนได้ อีกทั้งยังเป็นการช่วย ลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างนายจ้างและลูกจ้างได้อีกทางหนึ่งด้วย จึงเป็นการส่งเสริมแรงงานสัมพันธ์ นอกจากนี้การ ดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน เมื่อบรรลุปเป้าหมายในเรื่องการช่วยเหลือบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ลูกจ้างแล้ว ยังสามารถ ช่วยส่งเสริมหรือป้องกันเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานและการบำบัดรักษาและ ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพในการ ทำงานของลูกจ้าง ซึ่งปัจจุบันกองทุนเงินทดแทนได้ให้ความคุ้มครองในเรื่องต่างๆ ดังกล่าวแก่ลูกจ้างอย่างครอบคลุมและมีประ สิทธิภาพ โดยเรื่องที่มีการแจ้ง ขอรับเงินทดแทน ส่วนใหญ่คือประมาณร้อยละ 98.5 ได้รับการวินิจฉัยจ่ายเงินทดแทน(ตารางที่ 9) ส่วนเรื่อง อีกประมาณร้อยละ 1.5 ที่มีการปฏิเสธการจ่ายเงินทดแทนนั้น ส่วนใหญ่เป็นเรื่องความเข้าใจผิด เช่นเรื่องอุบัติเหตุ จากยานพาหนะในช่วงเวลาการเดินทางจากบ้านไปทำงาน หรือจากที่ทำงานกลับบ้าน ซึ่งผู้ยื่นคำร้องเข้าใจว่าเป็นการ ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน แต่เมื่อได้รับการปฏิเสธจาก กองทุนเงินทดแทน ก็สามารถไปยื่นขอรับประโยชน์ทดแทน จากกองทุนประกันสังคมได้ เป็นต้น

ตารางที่ 9 แสดงการวินิจฉัยเงินทดแทนเปรียบเทียบ ปี 2535 - 2540

ปี พ.ศ.	จำนวนการวินิจฉัย	จ่าย		ไม่จ่าย	
		จำนวน	%	จำนวน	%

2535	130,452	128,992	98.88	1,460	1.12
2536	159,107	157,303	98.86	1,804	1.14
2537	195,655	193,287	98.78	2,368	1.22
2538	224,478	220,972	98.43	3,506	1.57
2539	249,358	245,616	98.49	3,742	1.51
2540	234,829	230,295	98.07	4,534	1.93

ปัญหาในการปฏิบัติงานของกระบวนการวินิจจฉัยเงินทดแทนในปัจจุบัน

1. กองทุนเงินทดแทนมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนในการจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้แก่นายจ้าง ดังนั้นก่อนการจ่ายเงินจากกองทุนเงินทดแทนต้องมีการวินิจจฉัยว่าเป็นการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน

กฎหมายกำหนดให้การวินิจจฉัยเงินทดแทน เป็นหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเงินทดแทน

ตามหลักการที่ถูกต้องและเป็นธรรม ไม่ว่าลูกจ้างจะทำงานอยู่ที่ใดในประเทศไทย ถ้าประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานแล้ว ต้องได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเงินทดแทนเท่าเทียมกัน

แต่ในทางปฏิบัติ การวินิจจฉัยเงินทดแทนของพนักงานเจ้าหน้าที่ มีปัจจัยที่ เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น

(1) ความสามารถในการรวบรวมข้อเท็จจริง

พนักงานเจ้าหน้าที่แต่ละคน มีความสามารถ เทคนิค และวิธีการในการ รวบรวมข้อเท็จจริงได้ไม่เท่าเทียมกัน

(2) ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายเงินทดแทน และความรู้รอบตัว

พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความใส่ใจในความรู้เกี่ยวกับกฎหมายเงินทดแทน และความรู้รอบตัวต่าง ๆ ตลอดจนมีความสามารถในการนำความรู้ที่มีอยู่ไปใช้ได้ไม่เหมือนกัน

(3) ประสบการณ์ในการทำงาน

การวินิจจฉัยเงินทดแทน จำเป็นต้องใช้ประสบการณ์ในการทำงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย

(4) ทักษะ

การได้เห็นและได้ตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ จำนวนมาก ทำให้เกิดทักษะความชำนาญ สามารถเข้าใจประเด็นต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

(5) วิจารณ์ญาณของเจ้าหน้าที่

ระดับการใช้วิจารณ์ญาณของเจ้าหน้าที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับการสั่งสมประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งมีผลต่อการพิจารณาวินิจจฉัยเงินทดแทน

(6) ปัจจัยอื่น ๆ

ปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการวินิจจฉัยของพนักงานเจ้าหน้าที่ เช่น ทักษะของผู้บังคับบัญชา กลุ่มอิทธิพล การข่มขู่ การร้องเรียน เป็นต้น

ดังนั้นการวินิจฉัยเงินทดแทนทั่วประเทศอาจไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันได้ เช่น การประสบอันตรายที่มีลักษณะเหมือนกันในจังหวัดหนึ่งมีคำวินิจฉัยว่าเป็นการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน ขณะที่อีกจังหวัดหนึ่งมีคำวินิจฉัยว่าเป็นการประสบอันตรายที่ไม่เนื่องจากการทำงาน ทำให้ลูกจ้างอาจไม่ได้รับสิทธิอย่างเท่าเทียมกันได้

2. การวินิจฉัยจ่ายค่าทดแทนต้องอาศัยความเห็นของแพทย์

(1) การวินิจฉัยจ่ายค่าทดแทนกรณีลูกจ้างไม่สามารถทำงานได้

ในการวินิจฉัยจ่ายค่าทดแทนกรณีลูกจ้างไม่สามารถทำงานได้นั้น สำนักงานกองทุนเงินทดแทนพิจารณาองค์ประกอบ 2 ประการ คือ

- ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัวตามความเห็นของแพทย์ผู้รักษา
- ระยะเวลาที่ลูกจ้างหยุดงานจริง

เหตุผลที่ใช้องค์ประกอบเรื่องระยะเวลาหยุดพักรักษาตัวตามความเห็นของแพทย์ผู้รักษา เนื่องจากสำนักงานกองทุนเงินทดแทนมีสมมติฐานที่ว่า แพทย์มีความเป็นกลาง และเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย และระยะเวลาที่ผู้เจ็บป่วยสมควรหยุดพักรักษาตัว เพื่อให้สภาพร่างกายกลับฟื้นคืนสภาพเดิมโดยเร็ว ดังนั้นเพื่อให้เกิดความยุติธรรมแก่ทั้งฝ่ายนายจ้างผู้มี หน้าที่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน และฝ่ายลูกจ้างซึ่งสมควรได้รับค่าทดแทนเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น จึงอาศัยความเห็นของแพทย์ผู้รักษาที่ระบุระยะเวลาหยุดพักรักษาตัวเป็นองค์ประกอบในการวินิจฉัยจ่ายค่าทดแทนกรณีดังกล่าว

ในทางปฏิบัติพบว่า บางกรณีทำให้เกิดความสงสัยว่าระยะเวลาที่แพทย์ผู้รักษาระบุให้ลูกจ้างหยุดพักรักษาตัวนั้น มีความเหมาะสมหรือไม่ เพราะบางครั้งพบว่าลูกจ้างได้รับความเห็นให้หยุดพักรักษาตัวน้อยเกินไป จนต้องแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อขอใบรับรองแพทย์มาเพิ่มเติม หรือบางครั้งลูกจ้างได้รับใบรับรองแพทย์ให้หยุดพักรักษาตัวมากเกินไป ทั้งที่อาการเจ็บป่วยจริงอาจไม่จำเป็นต้องหยุดพักรักษาตัวยาวนานตามระยะเวลาในใบรับรองแพทย์ นอกจากนี้จากการสังเกตเปรียบเทียบระยะเวลาในการให้ผู้ป่วยหยุดพักรักษาตัวของแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐบาลกับแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มว่าแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐบาลกำหนดระยะเวลาในการหยุดพักรักษาตัวต่ำกว่าแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชน และในขณะเดียวกันบางครั้งแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐบาลด้วยกันเองก็มีการกำหนดระยะเวลาในการหยุดพักรักษาตัวให้แก่ผู้ป่วยไม่สอดคล้องกัน เช่น ในผู้ป่วยโรคบิดสโกลีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ ได้รับใบรับรองแพทย์ให้หยุดพักรักษาตัว ครั้งละ 2-3 เดือน ในขณะที่ผู้ป่วยโรคบิดสโกลีจากโรงงานเดียวกัน เข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐบาลอีกแห่งหนึ่ง สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ได้รับใบรับรองแพทย์ให้หยุดพักรักษาตัว ครั้งละ 7-14 วัน เป็นต้น

ส่วนเหตุผลในการใช้องค์ประกอบเรื่องระยะเวลาที่ลูกจ้างหยุดงานจริง เนื่องจากเจตนารมณ์ของกฎหมายเงินทดแทน คือช่วยเหลือบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ซึ่งต้องได้รับความเดือดร้อนในเรื่องต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่องการขาดรายได้ หากต่อมาลูกจ้างกลับเข้าทำงานได้ ความเดือดร้อนในเรื่องการขาดรายได้ย่อมหมดสิ้นไป จึงไม่ต้องบรรเทาความเดือดร้อนให้อีก

(2) การวินิจฉัยจ่ายค่าทดแทนกรณีลูกจ้างสูญเสียอวัยวะ หรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะยังต้องอาศัยความเห็นของแพทย์

ปัจจุบันการประเมินการสูญเสียอวัยวะบางส่วนของร่างกายเป็นไปตามประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่องกำหนดระยะเวลาจ่ายค่าทดแทนฯ ซึ่งได้กำหนดประเภทของการสูญเสียอวัยวะและกำหนดระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนตามประเภทของการสูญเสียอวัยวะไว้ แต่เนื่องจากอวัยวะบางอย่างยังไม่สามารถกำหนดระยะเวลาได้ชัดเจน เช่น อวัยวะภายในร่างกาย ประกาศฯ ดังกล่าวจึงกำหนดว่า การสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะส่วนอื่นนอกจาก

ที่ระบุไว้ ให้มีระยะเวลาการจ่ายตามที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม หรือคณะกรรมการการแพทย์กำหนด แต่ไม่เกิน 5 ปี แต่ถ้าสูญเสียฯ หลายส่วนให้คำนวณกำหนดระยะเวลารวมกัน แต่ไม่เกิน 10 ปี

ลักษณะการออกประกาศกระทรวงฯ ดังกล่าว เป็นการเปิดกว้างไว้ โดยมีเจตนารมณ์เพื่อให้การประเมินการสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะของลูกจ้างเป็นไปด้วยความสะดวก เนื่องจากมีลูกจ้างอยู่ทั่วประเทศ หากกำหนดให้ต้องได้รับการประเมินการ สูญเสียฯ จากคณะกรรมการการแพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ย่อมเป็นการไม่สะดวก เพราะคณะกรรมการการแพทย์มีอยู่เฉพาะในส่วนกลาง และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางยังไม่มีกระจายครบถ้วนทุกจังหวัด

ในทางปฏิบัติ สำนักงานกองทุนเงินทดแทนพบว่าการออกประกาศฯ ตามเจตนารมณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหา เพราะทั้งกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมและกระทรวงสาธารณสุขต่างไม่มีหลักเกณฑ์การประเมินการสูญเสียอวัยวะที่จะให้แพทย์ทุกคนใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันได้ ทำให้ลูกจ้างได้รับการประเมินการสูญเสียของอวัยวะหรือการสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะจากหลักเกณฑ์ที่แตกต่างกัน เกิดความเหลื่อมล้ำไม่เสมอภาค เช่น ลูกจ้างเจ็บป่วยเป็นโรค บิสลินิลิส ผลการตรวจสมรรถภาพ มีค่า FEV₁ เท่ากับร้อยละ 60 ซึ่งตามแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพของคณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย กำหนดว่าเป็นการสูญเสียสมรรถภาพการทำงานของระบบการหายใจอย่างถาวรร้อยละ 30 ของทั้งร่างกาย

ตัวอย่าง การวินิจฉัยระดับการสูญเสีย

แพทย์คนที่ 1 : จำนวนจากระยะเวลาของชีวิตที่ยังเหลืออยู่ของลูกจ้าง เช่น ลูกจ้างเป็นหญิง อายุ 32 ปี (โดยมีสมมติฐานว่า อายุเฉลี่ยของหญิงไทยคือ 72 ปี) ดังนั้น ชีวิตที่ยังเหลืออยู่ของลูกจ้างคือ 40 ปี เมื่อมีการสูญเสีย 30% ของทั้งร่างกาย ก็ได้นำ 30% คูณด้วย 40 ปี ออกมาจะเป็นระยะเวลาการสูญเสีย คือ 12 ปี

แพทย์คนที่ 2 : จำนวนจากระยะเวลาที่กฎหมายกำหนดสำหรับอวัยวะส่วนอื่น 1 อวัยวะ คือมีกำหนดไม่เกิน 5 ปี ดังนั้น เมื่อมีการสูญเสีย 30% ของทั้งร่างกาย ซึ่งก็คือปอด ถือเป็น 1 อวัยวะ จึงนำ 30% คูณด้วย 5 ปี ออกมาจะเป็นระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทน 1 ปี 6 เดือน

3. ปัญหาการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

เนื่องจากตามกฎหมายเงินทดแทนกำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นผู้มีหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยเงินทดแทน ไม่ว่าจะเป็นกรณีการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยรวมถึงกรณีโรคจากการทำงาน ซึ่งกรณีของโรคจากการทำงาน กฎหมายได้ประกาศกำหนดชนิดของโรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงานไว้ จำนวน 32 โรค เช่น โรคจากสารตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว โรคจากแมงกานีสหรือสารประกอบของแมงกานีส โดยโรคสุดท้ายคือโรคอื่น ๆ ซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน เป็นการกำหนดเปิดกว้างไว้ให้สามารถพิจารณาได้ครอบคลุมครบทุกโรคได้

นอกจากนี้กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมยังได้ออกประกาศกำหนดเรื่องหลักเกณฑ์การวินิจฉัยและการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยหรือบาดเจ็บด้วยโรคจากการทำงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์ได้ใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยและประเมินการ สูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วย ซึ่งกำหนดว่า การวินิจฉัยโรคจากการทำงานให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เช่น ต้องมีหลักฐานทางการแพทย์แสดงการเจ็บป่วย มีการวินิจฉัยแยกจากสาเหตุอื่น ๆ มีประวัติหรือหลักฐานแสดงถึงสิ่งคุกคามทั้งในงานและนอกงาน และมีอาการหรืออาการแสดงครั้งแรกเกิดหลังจากสัมผัส และมีระยะเวลาก่อโรครายบุคคล เป็นต้น

ในทางปฏิบัติ พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเงินทดแทนจะนำเรื่องเข้าหาหรือคณะกรรมการการแพทย์หรือคณะกรรมการการแพทย์แล้วแต่กรณี หรืออย่างน้อยที่สุดก็จะพิจารณาเทียบเคียงกับแนวมติของคณะกรรมการฯ ซึ่งการส่งเรื่อง

เข้าหาหรือคณะกรรมการฯ ดังกล่าว พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องรวบรวมเอกสารหลักฐานต่าง ๆ เช่น รายละเอียดการตรวจรักษา การสอบสวนข้อเท็จจริงเพิ่มเติมเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย สาเหตุและผลการเจ็บป่วย รายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะงาน สภาพการทำงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน ฯลฯ หรือบางกรณีต้องเชิญลูกจ้างไปพบคณะกรรมการการแพทย์หรือคณะกรรมการการแพทย์ด้วย

การส่งเรื่องเข้าหาหรือคณะกรรมการฯ ก่อนมีคำวินิจฉัย มีผลกระทบดังนี้

- (1) การวินิจฉัยเรื่องของลูกจ้างล่าช้าออกไป
- (2) บางกรณีนายจ้าง ลูกจ้าง เกิดความไม่พอใจที่ต้องมีการขอเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมหรือต้องถูกเชิญไปพบพนักงานเจ้าหน้าที่หรือคณะกรรมการฯ
- (3) บางเรื่องเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน คณะกรรมการฯ จึงไม่ให้ความเห็น ทำให้พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องปฏิเสธการจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้าง
- (4) มีการไม่ยอมรับการวินิจฉัยตามคำแนะนำของคณะกรรมการฯ อยู่บ้าง ซึ่งนายจ้าง ลูกจ้าง สามารถยื่นอุทธรณ์ได้ แต่กรณีการไม่ยอมรับของนายจ้างหรือ ลูกจ้างมีปริมาณไม่มาก แต่ผู้ไม่ยอมรับส่วนหนึ่งคือ แพทย์ผู้ตรวจรักษา เพราะต้องถูกตรวจสอบผลการตรวจรักษาที่ได้ทำได้

4. ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของกองทุนเงินทดแทนมุ่งให้ประโยชน์และความสะดวกแก่นายจ้าง ลูกจ้าง แต่ไม่มีมาตรการควบคุมการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่รัดกุม

ตามกฎหมายกำหนดให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาในสถานพยาบาลใดก็ได้ทันทีที่มีการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย โดยนายจ้าง ลูกจ้างออกเงินค่ารักษาพยาบาลไปก่อน แล้วนำไปเสริมรับเงินไปขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลคืนจากกองทุนเงินทดแทน ซึ่งวิธีการดังกล่าว ทำให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลได้ทันที และสะดวก เพราะไม่จำกัดว่าจะต้องเป็นโรงพยาบาลเท่านั้น แม้เป็นคลินิกก็สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ มีปัญหาแต่เพียงว่าต้องมีการจ่ายเงินไปก่อน ซึ่งบางครั้งนายจ้างหรือลูกจ้างไม่มีเงินเพียงพอที่จะสำรองจ่าย

เพื่อแก้ไขปัญหาในเรื่องการจ่ายเงินดังกล่าว สำนักงานกองทุนเงินทดแทนจึงหาวิธีอำนวยความสะดวกให้แก่ นายจ้าง ลูกจ้างเพิ่มขึ้น โดยการทำความตกลงกับโรงพยาบาลให้ทำการรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างไปก่อน แล้วเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลได้จากกองทุนเงินทดแทน ซึ่งวิธีการนี้มุ่งประโยชน์ในเรื่องความสะดวกสบายแก่ลูกจ้างมาก

ในทางปฏิบัติพบว่า ปัจจุบันภาระในความตกลงของกองทุนเงินทดแทนมีเป็นจำนวนมาก และมีการเบิกค่ารักษาพยาบาลในอัตราที่สูงกว่าการรักษาพยาบาลกรณีทั่ว ๆ ไป จากข้อมูลของกองทุนเงินทดแทนพบว่า โรงพยาบาลบางแห่งยังมีพฤติการณ์ให้การรักษายาพยาบาลแก่ลูกจ้างเกินความจำเป็น หรือไม่ตรงกับอาการที่เจ็บป่วยจริง ซึ่งการตรวจสอบควบคุมกระทำได้ค่อนข้างยาก

นอกจากนี้ยังพบว่า โรงพยาบาลจำนวนมาก โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนได้ให้การรักษายาพยาบาลแก่ลูกจ้าง ที่ให้ข้อมูลว่าประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานทันที โดยไม่คำนึงถึงว่า กรณีดังกล่าวมีการส่งตัวจากนายจ้างหรือไม่ ทำให้มีปัญหามาเมื่อบางครั้งนายจ้างไม่ทราบเรื่องการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของลูกจ้าง และเกิดข้อโต้แย้งตามมา โดยโรงพยาบาลอ้างว่าเพื่อช่วยเหลือให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันที ไม่สามารถรอหลักฐานเอกสารจาก นายจ้างตามขั้นตอนได้ ซึ่งบางรายปรากฏข้อเท็จจริงภายหลังว่าไม่ใช่การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน ที่ผ่านมาสักงานประกันสังคมเป็นตัวอย่างใกล้เคียงระหว่างโรงพยาบาลกับนายจ้างอยู่บ่อยครั้ง โดยหลักเกณฑ์ โรงพยาบาลจะให้การรักษาค่าลูกจ้างโดยไม่เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ต้องมีหนังสือส่งตัวจากนายจ้าง (กท.44) หรือ มิฉะนั้นโรงพยาบาลต้องเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล แล้วออกไปเสริมรับเงินให้แก่ นายจ้าง หรือลูกจ้าง(ซึ่งนายจ้างอาจไม่ยอมจ่ายโดยอ้างว่าการเจ็บป่วยไม่ได้เกิด

จากงาน) และทั้งนายจ้างหรือลูกจ้างต้องแจ้งการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยต่อสำนักงานประกันสังคม ภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด ดังนั้นโรงพยาบาลก็จะเรียกเก็บจากกองทุนเงินทดแทนซึ่งไม่สามารถจ่ายให้ได้ถ้าไม่ใช้การเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน นอกจากนี้ยังมีปัญหาการเรียกเก็บเงินจากกองทุนเงินทดแทนมากเกินไปด้วย

นอกจากนี้แนวโน้มของสัดส่วนค่ารักษาพยาบาลในรายจ่ายที่กองทุนเงินทดแทนจ่ายออกไปเพิ่มขึ้นทุกปี จากปี 2537 ค่ารักษาพยาบาลเป็นร้อยละ 33.0 ของเงินที่กองทุนเงินทดแทนจ่ายออกไป สัดส่วนนี้เพิ่มเป็น 35 % ในปี 2538 และเป็น 37.4 % ในปี 2539 และคงอยู่ที่ 36.6 % ในปี 2540 ซึ่งสัดส่วนนี้คงต้องมีการเฝ้าระวังต่อไป(ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 รายการเงินทดแทนที่จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล, ค่าทดแทน, ค่าฟื้นฟู และค่าทำศพ ระหว่างปี 2537-40

รายการ	2537	2538	2539	2540
ค่ารักษาพยาบาล	385.51(33.0%)	479.89(35.0%)	601.75(37.4%)	726.52(36.6%)
ค่าทดแทน	350.13	548.71	647.68	764.47
ค่าฟื้นฟู	1.18	1.53	1.73	2.39
ค่าทำศพ	8.80	13.09	14.12	16.22
รวม	745.62	1043.22	1265.28	1509.60

เมื่อพิจารณาเงินสมทบที่เก็บได้ในแต่ละปีพบว่าเมื่อคิดเฉลี่ยต่อหัวคนงานมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกจาก 265 บาทคนงาน 1 คน ในปี 2537 เป็น 386.3 บาทต่อหัวคนงานในปี 2540 ส่วนเงินทดแทนที่ต้องจ่ายออกไปเฉลี่ยต่อหัวคนงานทั้งหมดในข่ายคุ้มครอง พบว่าเท่ากับ 275 บาท ในปี 2537 เพิ่มเป็น 340 บาท ในปี 2540 เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะผู้ที่ประสบอันตรายพบว่าเฉลี่ยจ่ายค่าทดแทนต่อหัว 6285.3 บาทต่อคนในปี 2537 เพิ่มเป็น 8622.8 บาท (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 เงินสมทบและจำนวนวินิจัยค่าทดแทน ระหว่างปี 2537-40

รายการ	2537	2538	2539	2540
จำนวนนายจ้าง (ราย)	41,690	49,860	58,129	61,533
จำนวนลูกจ้าง (คน)	4,248,414	4,903,736	5,425,422	5,825,821
เก็บเงินสมทบได้(ล้านบาท)	1,126.35	1,397.81	1,837.50	2,235.25
เฉลี่ยเก็บเงินสมทบได้ต่อคนงาน 1 คน(บาท)	265.12	285.05	338.69	383.68
วินิจัยส่งจ่าย(ราย)				
ลูกจ้างในข่ายกองทุนเงินทดแทน	186,053	216,335	245,616	230,376
ลูกจ้างนอกข่ายกองทุนเงินทดแทน	341	190	200	90
จ่ายทดแทน(ล้านบาท)				
กองทุนฯ จ่าย	1,169.39	1,370.03	1,609.50	1,986.48
เฉลี่ยกองทุนฯจ่ายต่อคนงาน 1 คน (บาท)	275.25	279.38	296.66	340.98
เฉลี่ยกองทุนฯจ่ายต่อคนงานที่เจ็บป่วย	6285.25	6332.91	6552.91	8622.77
1 คน (บาท)				
จำนวนเรื่องที่คณะกรรมการแพทย์พิจารณา	5,141	9,074	9,761	7,899

จากการเก็บข้อมูลค่ารักษาพยาบาลในปี 2538 พบว่า ร้อยละ 30-40 ของค่ารักษาพยาบาลที่กองทุนเงินทดแทนจ่ายออกไปนั้น ถูกจ่ายเป็นค่าธรรมเนียมแพทย์

ผลจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเกินความจำเป็น ส่งผลกระทบถึงหลายฝ่ายดังนี้

(1) นายจ้าง เนื่องจากกฎหมายเงินทดแทนกำหนดให้นายจ้างต้องรับผิดชอบในการจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้แก่ นายจ้าง และให้มีกองทุนเงินทดแทนโดยกำหนดให้เป็นหน้าที่ของนายจ้างฝ่ายเดียวในการส่งเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน โดยมีอัตราเงินสมทบหลักจำแนกตามประเภทกิจการ นอกจากนั้นยังมีอัตราเงินสมทบตามค่าประสบการณ์ ซึ่งต้องนำจำนวนเงินทดแทนที่กองทุนเงินทดแทนจ่ายออกไปให้แก่ลูกจ้างของนายจ้างนั้น ๆ มาคำนวณหาอัตราการสูญเสีย ถ้ามีการเรียกร้องเงินทดแทนมาก อัตราเงินสมทบตามค่าประสบการณ์จะเพิ่มขึ้น ทำให้นายจ้างต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่มขึ้น

(2) ลูกจ้าง เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลที่กฎหมายกำหนดไว้มีวงเงินจำกัด ดังนั้น ถ้าหากลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลในช่วงแรกเกินความจำเป็น เมื่อหมดวงเงินกฎหมายไม่ได้กำหนดว่านายจ้างจะต้องรับผิดชอบ ดังนั้น หากจำเป็นต้องมีการรักษาพยาบาลต่อไป ลูกจ้างต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลเอง

นอกจากนี้ยังอาจมีผลกระทบต่อลูกจ้างคนอื่นด้วย กล่าวคือหากการใช้จ่ายเงินกองทุนเงินทดแทนเป็นไปอย่างถูกต้องรัดกุม ฐานะการเงินของกองทุนเงินทดแทนมั่นคง ย่อมเป็นโอกาสให้มีการพัฒนาปรับปรุงสิทธิประโยชน์ของลูกจ้างโดยรวมได้ ทำให้อัตราเงินได้ของลูกจ้างได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น

รายชื่อ 1

ลูกจ้างเพศชาย อายุ 30 ปี ทำงานอยู่บริษัท ซึ่งมีประเภทกิจการผลิตวงจรจํานวนยนต์ ทำงานมานาน 3 ปีเศษ ลูกจ้างทำงานแผนกช่าง ลักษณะการทำงานมีหน้าที่นำวงจรจํานวนยนต์ประมาณ 3-4 ล้อ มาติดบนไม้จิก เมื่อติดล้อแล้วจะมีน้ำหนักรวมประมาณ 15.6-18 กิโลกรัม แล้วยกเข้าคอลเวเยอร์ (รางส่งชิ้นงาน) กับแองเกอร์หน้าเครื่องเพื่อนำไปชุบโครเมียมระยะห่าง 3 เมตร โดยยกกับเพื่อนร่วมงาน (ยก 30 นาที พัก 30 นาที) จะยกวันละประมาณ 2,000-4,000 ล้อ ต้องยืนก้ม ๆ เงย ๆ ทำงานลักษณะนี้เป็นประจำทุกวัน และยังมีหน้าที่ยกนิเกิ้ล (ตีนกุ่มัด) ซึ่งใช้ในการชุบ บรจุกล่อละประมาณ 50 กิโลกรัม โดยต้องก้มยกจากพื้นสโระเช้นขึ้นลิฟท์เพื่อลากไปยังบ่อชุบ ซึ่งต้องทำอาทิตย์ละ 1 ครั้ง

ประมาณเดือนพฤศจิกายน 2539 ขณะปฏิบัติงานยกไม้จิกจากคอลเวเยอร์ ได้เอี้ยวตัวกลับอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดที่หลัง ไม่ได้พบแพทย์ แต่รับยาจากห้องพยาบาลของบริษัท มารับประทาน อาการไม่ดีขึ้น ต้นเดือนมกราคม 2540 เริ่มมีอาการปวดหลังมาก วันที่ 5 มกราคม 2540 เข้ารักษาที่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ แพทย์รับไว้ตรวจรักษาโดยให้ยารับประทานและยาทา (ไม่มีใบรับรองแพทย์ ลูกจ้างแจ้งว่าแพทย์ไม่ได้ส่งตรวจเอกซเรย์ และไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด) แต่อาการไม่ดีขึ้น

วันพุธที่ 29 มกราคม 2540 ขณะยกไม้จิกจับวงล้อหน้าเครื่องชุบ มีอาการปวดหลังขาไปที่ขาขวา เข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งไม่ใช่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์ ฉีดยาสีเข้าไขสันหลัง และลงความเห็นว่ามีหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทให้การรักษาโดยการผ่าตัดหมอนรองกระดูกส่วนที่กดทับเส้นประสาท เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2540 ให้หยุดพักรักษาตัว 44 วัน ตั้งแต่วันที่ 30 มกราคม 2540 หลังการผ่าตัดอาการ ปวดหลังยังไม่หายเป็นปกติ มีอาการขาบริเวณขาขวา ปัจจุบันได้เปลี่ยนหน้าที่มาทำแผนกซ่อมไม้จิก

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดวิญญัตตามมติของคณะอนุกรรมการ การแพทย์ระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ว่าอาการปวดหลังของลูกจ้างไม่ได้เกิดเนื่องจากการทำงาน

ลูกจ้างอุทธรณ์ว่าการประสบอันตรายครั้งนี้เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน และหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังน่าจะมีการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของหลัง

คณะอนุกรรมการพิจารณาอุทธรณ์เงินทดแทน พิจารณาจากเวชระเบียน และภาพถ่ายรังสีบริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอวพบว่ามียโรคที่เรียกว่า SPONDYLOLYSIS L₅ โรคดังกล่าวจะมีพยาธิสภาพอยู่ที่ตำแหน่ง PARS INTERARTICULARIS ของกระดูกสันหลัง พยาธิสภาพดังกล่าวนี้ทำให้ลูกจ้างมีอาการปวดหลังได้ ส่วนใหญ่พยาธิสภาพดังกล่าวจะเกิดขึ้นเป็นเวลหลายปีแล้ว การยกของหนักอาจทำให้อาการปวดหลังกำเริบขึ้น มาได้ ดังนั้นลูกจ้างที่มีพยาธิสภาพดังกล่าวนี้ไม่ควรทำงานยกของหนัก อย่างไรก็ตามการยกของหนักไม่ใช่สาเหตุของอาการนี้ แต่อย่างใด คณะอนุกรรมการฯ จึงมีมติว่าอาการปวดหลังของลูกจ้างรายนี้เกิดจากโรค SPONDYLOLYSIS ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากพยาธิสภาพของลูกจ้างเอง และไม่ได้มีสาเหตุจากการทำงาน

อนึ่ง ตามที่แพทย์ผู้รักษาลงความเห็นในใบรับรองแพทย์ว่ามีหมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาทนั้น คณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณาจากภาพถ่ายรังสีพิเศษโดยการฉีด สารทึบแสงเข้าไขสันหลัง (LUMBAR MYELOGRAPHY) ไม่พบว่าหมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาทแต่อย่างใด ดังนั้นการรักษาโดยวิธีผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกออกจึงเป็นการรักษาที่ไม่ตรงกับโรคที่ลูกจ้างเป็นอยู่ เพราะไม่ได้ผ่าตัดแก้ไขโรค SPONDYLOLYSIS ของลูกจ้าง จะเห็นได้ จากเมื่อต้นลูกจ้างมาตรวจ ลูกจ้างมีอาการปวดหลังระดับเอวมากกว่าเดิมและยังคงปวดขาขวาอยู่เหมือนเดิม

คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนเห็นชอบตามมติคณะอนุกรรมการพิจารณาอุทธรณ์เงินทดแทนว่า อาการปวดหลังของลูกจ้างรายนี้เกิดจากโรค Spondylolysis ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากพยาธิสภาพของลูกจ้างเอง และไม่ได้มีสาเหตุจากการทำงาน

รายชื่อ 2

ลูกจ้างเพศหญิง อายุ 39 ปี ทำงานอยู่บริษัทที่มีประเภทกิจการผลิตสี กาว ทำงานมานานประมาณ 3 ปี ลูกจ้างทำงานแผนกบรรจุสีที่บ้าน มีหน้าที่บรรจุสีใส่กระป๋องและถัง ลักษณะงานต้องลากกระบะมารองสีจากถังใหญ่เพื่อนำมากรอกใส่ถังและกระป๋อง เมื่อบรรจุเสร็จจะทำการปิดฝาโดยใช้เหล็กหนีบน้ำหนักประมาณ 11 กิโลกรัม เพื่อปิดฝาให้แน่น จากนั้นจะใช้มือทั้ง 2 ข้างหัวถึงส้นน้ำหนักประมาณ 27 กิโลกรัม ตั้งข้อกันแถวละ 3 ถังบนพาเลท ระยะทางที่ยกห่างประมาณ 1 เมตร เมื่อสีหมดลูกจ้างต้องขึ้นไปยกถังผสมสีเอียงไปข้างหลังโดยจะนำเหล็กทรงข้างหน้าเพื่อเสถียรกระบะสี จะยกเพียงคนเดียว และนอกจากนี้ลูกจ้างยังมีหน้าที่ยกกล่อบรรจุกระป๋องสี ซึ่งส่งมาจากแผนกอื่นวางซ้อนบนพาเลท ต้องทำงานลักษณะนี้เป็นประจำทุกวัน ๆ ละ 8 ชั่วโมง ทำให้มีอาการปวดหลัง (ลูกจ้างมีน้ำหนักตัว 55 กิโลกรัม มีโรคประจำตัวคือโรคกระเพาะอาหารอักเสบ)

วันศุกร์ที่ 14 มีนาคม 2540 ลูกจ้างมีอาการปวดหลังมากจึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์ และลงความเห็นว่ามีกล้ามเนื้อหลังอักเสบ ข้อต่อกระดูกซี่โครงอักเสบ (เส้นเอ็นฉีก) รักษาโดยให้ยารับประทานและทำกายภาพบำบัดแต่อาการไม่ดีขึ้น

วันที่ 28 มีนาคม 2540 ผู้ป่วยได้เข้ารักษาที่โรงพยาบาลเดิมอีก แพทย์ส่งเอ็กซเรย์ ซิตัสเข้าไขสันหลังและลงความเห็นว่ามีหนองกระดูกสันหลังแตกทับเส้นประสาท รักษาโดยการผ่าตัดเมื่อวันที่ 23 เมษายน 2540 ให้อยู่พักรักษาตัวรวม 1 เดือน 19 วัน

วันที่ 8 พฤษภาคม 2540 หลังจากสิ้นสุดการรักษาแล้ว แพทย์ได้ลงความเห็นว่าคุณจ้างสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานอย่างถาวร 5% ของร่างกาย

ลูกจ้างแจ้งว่าเพื่อนร่วมงานในแผนกไม่มีใครมีอาการปวดหลัง ปัจจุบันได้เปลี่ยนหน้าที่มาทำแผนกพิมพ์กล่องและกระป๋อง

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดวินิจฉัยตามมติคณะอนุกรรมการการแพทย์ระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ว่าอาการเจ็บป่วยของลูกจ้างไม่เกิดเนื่องจากการทำงาน เนื่องจาก ไม่มีหลักฐานประวัติการตรวจร่างกายหรือภาพเอ็กซเรย์พิเศษเพียงพอในการวินิจฉัยว่าเป็น หนองกระดูกกดทับเส้นประสาท

ลูกจ้างอุทธรณ์ว่าการประสบอันตรายครั้งนี้จะเกิดจากการทำงาน

คณะอนุกรรมการพิจารณาอุทธรณ์เงินทดแทนพิจารณาจากเวชระเบียน ลูกจ้างรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหนองกระดูกสันหลังแตกทับเส้นประสาท แต่เมื่อคณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณาจากรายละเอียดของข้อมูลในเวชระเบียนทั้งการตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษโดยการฉีดสารทึบแสงเข้าไขสันหลัง ไม่ปรากฏว่ามีหนองกระดูกสันหลังแตกทับเส้นประสาทแต่อย่างใด คณะอนุกรรมการฯ จึงมีความเห็นว่าอาการปวดหลังของลูกจ้างรายนี้ไม่น่าจะมีสาเหตุมาจากภาวะดังกล่าว เนื่องจากไม่มีหลักฐานทางการแพทย์ที่ชัดเจนที่จะยืนยันอาการดังกล่าว

เมื่อพิจารณาจากลักษณะงานของลูกจ้างรายนี้ ลูกจ้างต้องทำงานของหนักเป็นประจำทุกวันเป็นเวลานานถึง 3 ปี ลักษณะงานดังกล่าวอาจจะทำให้ลูกจ้างเกิดอาการปวดหลังจากกล้ามเนื้อหลังอักเสบ (BACK STRAIN) จากการทำงานได้ ซึ่งการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหลังอักเสบดังกล่าวไม่จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยการผ่าตัด เพียงแต่ให้ยา กายภาพบำบัด และให้ลูกจ้างหยุดพักรักษาก็น่าจะเป็นการเพียงพอ

คณะอนุกรรมการฯ จึงมีมติดังนี้

- (1) ลูกจ้างรายนี้ปวดหลังจากการทำงานให้ได้รับเงินทดแทนตามสิทธิ
- (2) ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามสิทธิ ยกเว้นค่ารักษาพยาบาลที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากเป็นการรักษาที่นอกเหนือ

ความจำเป็น

คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนเห็นชอบตามมติคณะอนุกรรมการพิจารณาอุทธรณ์เงินทดแทนจึงสั่งให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัดดำเนินการตามมติของคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน

ข้อสังเกต คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนมีข้อสังเกตว่า มีกรณีเรื่อง เกี่ยวกับการรักษาที่นอกเหนือความจำเป็นอุทธรณ์เข้ามา และคณะอนุกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ เงินทดแทนพิจารณาวินิจฉัยเบื้องต้นแล้ว ต่อไปสำนักงานประกันสังคมควรมีมาตรการดำเนินการ แก่แพทย์เหล่านี้โดยทางสำนักงานกองทุนเงินทดแทนน่าจะตั้งกรรมการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญเข้ามาเพื่อพิจารณากลับกรองหาข้อเท็จจริงให้แน่ชัดก่อนนำเสนอแพทย์สภาเพื่อพิจารณาลงโทษต่อไป

สิทธิประโยชน์ของลูกจ้างได้รับจากกองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคม

ปัจจุบันลูกจ้างได้รับความคุ้มครองจากกองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคมซึ่งมีสิทธิประโยชน์และข้อกำหนดแตกต่างกัน รวมทั้งส่งผลกระทบต่อส่วนที่เกี่ยวข้องไม่เฉพาะลูกจ้างแต่มีผลต่อนายจ้าง สถานบริการให้การรักษา และกองทุน ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 สิทธิประโยชน์ที่คนงานได้รับจากกองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคม

ประเด็น	กองทุนเงินทดแทน	กองทุนประกันสังคม	ผลกระทบ
ค่ารักษาพยาบาล	เบิกได้ไม่เกิน 35,000 บาท เจ็บป่วยเรื้อรังสามารถเบิกได้อีกไม่เกิน 50,000 บาท	ไม่จำกัดวงเงิน	คนงานในข่ายประกันสังคมได้รับ understandard treatment, ส่วนคนงานเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงานได้รับ overinvestigation, over treatment
ประโยชน์ทดแทน	ถ้าหยุด > 3 วันติดต่อกันได้เงินทดแทน 60% ของเงินเดือน	ได้เงิน 50% ของเงินเดือน	
กรณีสูญเสียอวัยวะ	ได้รับเงินทดแทน ร้อยละ 60 ของเงินเดือนตามประเภทอวัยวะที่สูญเสีย ไม่เกิน 10 ปี	ได้เฉพาะค่าอวัยวะเทียมหรือค่าอุปกรณ์การบำบัดรักษาโรคตามประเภทราคาที่กำหนด	
กรณีฟื้นฟูสมรรถภาพ	ฟื้นฟูที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ เบิกค่าฟื้นฟูเท่าจ่ายจริงไม่เกิน 20000 บาท ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดไม่เกิน 20000 บาท	ไม่มีสิทธิ์ ยกเว้นกรณีทุพพลภาพ เบิกได้ไม่เกินเดือนละ 2000 บาท	สถานบริการใช้สิทธิ์เบิกจ่ายค่าฟื้นฟู
กรณีทุพพลภาพ	ได้เงินทดแทนร้อยละ 60 ของเงินเดือน ไม่เกิน 15 ปี	ได้จากค่ารักษาไม่เกินเดือนละ 2000 บาท ได้เงินทดแทนร้อยละ 50 ของค่าจ้างตลอดชีวิต	
กรณีเสียชีวิต	ค่าทำศพ 100 เท่าอัตราสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวัน ค่าทดแทนรายเดือนร้อยละ 60 ของเงินเดือน 8 ปี	ค่าทำศพ 20,000 บาท เงินสงเคราะห์ทายาทร้อยละ 50 รายเดือน คุณ 3 (จ่ายเงินสมทบ 36 เดือน-10 ปี) และร้อยละ 50 คุณ 10 (จ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป)	

บทสรุปการวินิจฉัยเพื่อจ่ายค่าทดแทน

ตารางที่ 13 สรุปโครงสร้างการตัดสินใจชดเชยค่าเสียหายด้วยโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานในประเทศไทย, สิงคโปร์ อังกฤษ, สหรัฐอเมริกา, ออสเตรเลีย และไต้หวัน ทุกประเทศมีแพทย์ทั่วไปเป็นผู้วินิจฉัยโรคจากการทำงาน และอาจส่งต่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในกรณีของประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกา การบริหารกองทุนในทุกประเทศมีรัฐเป็นผู้ควบคุมผ่านหน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานในกำกับของรัฐ ทุกประเทศมีคณะกรรมการแพทย์ซึ่งมีองค์ประกอบแตกต่างกัน, สำหรับเกณฑ์มาตรฐานการวินิจฉัยโรคนั้น มีเฉพาะสิงคโปร์ (กำหนดเป็นกฎหมาย) ไต้หวันมีแนวทางการวินิจฉัยโรค ส่วนออสเตรเลียมีเฉพาะโรค pneumoconiosis สหรัฐอเมริกาและอังกฤษไม่มีการทำเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยเฉพาะโรค

ตารางที่ 13 แสดงระบบการวินิจฉัยโรคจากการทำงานในประเทศต่าง ๆ

ประเทศ	ไทย	สิงคโปร์ ^{vi}	อังกฤษ ^v	สหรัฐอเมริกา ^v	ออสเตรเลีย ^{vi}	ไต้หวัน ^{vi}
ผู้นิจฉัย	แพทย์ทั่วไป	แพทย์ทั่วไป	แพทย์ทั่วไป ส่งต่อให้ แพทย์เฉพาะทาง	แพทย์ทั่วไป ส่งต่อให้ แพทย์เฉพาะทาง	แพทย์ทั่วไป	แพทย์ทั่วไป
ผู้บริหารจัดการกองทุน	- รัฐ - กองทุนเงินทดแทน	รัฐ, บริษัทประกันดูแลโดยรัฐ	- รัฐ - Industrial injuries benefit -Common laws claims	- รัฐ - บริษัทประกันดูแลโดยรัฐ	บริษัทประกันดูแลโดยรัฐ	รัฐ
กรรมการแพทย์ผู้ตัดสิน	กรรมการแพทย์ที่ปรึกษากองทุน	กรรมการแพทย์	- บริษัทประกัน - Medical Board doctor	- แตกต่างกันไปตามรัฐ - medical review panel (ประธานเลือกโดยรัฐ แพทย์อีก 2 คน คนที่ 1 เลือกโดยนายจ้าง คนที่ 2 โดยลูกจ้าง)	กรรมการแพทย์ 3 คน	กรรมการแพทย์

ประเทศ	ไทย	สิงคโปร์	อังกฤษ ^{vii}	สหรัฐอเมริกา ^x	ออสเตรเลีย	ไต้หวัน
แนวทางการตัดสินของกรรมการแพทย์เป็นลายลักษณ์อักษร	?		ไม่มี	มี	มีแนวทางสำหรับคณะกรรมการแพทย์ในกลุ่ม pneumoconiosis แต่สำหรับโรคอื่น ๆ ยังไม่มี	มี
มีคู่มือแนวทางการวินิจฉัยสำหรับแพทย์	มี	มี criteria for diagnosis สำหรับโรคที่เกิดจากกลุ่ม สารเคมี 16 ชนิด ที่ขอเงินทดแทนได้	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	มีเป็นแนวทางคล้าย information notice for diagnosis of Occupational diseases ของ EU
ระบบบริการ	?	มี	มี	มี	มี	มี



เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของการวินิจฉัยเพื่อจ่ายค่าทดแทนระหว่างประเทศที่ยกตัวอย่างมา พบว่า

1. การกำหนดรายการกลุ่มโรคและ/หรือลักษณะงานที่อยู่ในข่ายอันพึงมีสิทธิได้รับเงินทดแทน เป็นกลไกในการจำกัดขอบเขตของการจ่ายค่าทดแทนให้ชัดเจน จุดเด่นคือ ก) ทำให้ลดความซับซ้อนในการดำเนินงาน ที่เด่นชัดคือทำให้สามารถพัฒนาแนวทางมาตรฐานการวินิจฉัยได้ง่าย ข) ช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบได้ระดับหนึ่ง จุดด้อยคือ ถ้าขอบเขตแคบเกินไปย่อมเป็นการลดรอนสิทธิของคนงานที่จะได้รับการคุ้มครอง ถ้ากว้างเกินไปก็ทำให้การดำเนินการยุ่งยากมากขึ้น เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่มากเกินไปกว่าระบบเศรษฐกิจจะรับได้ เพื่อความเป็นธรรมและประโยชน์สูงสุดต่อส่วนรวม การกำหนดรายการกลุ่มโรคและ/หรือลักษณะงานควรให้ทุกฝ่ายที่มีส่วนได้เสียมีโอกาสร่วมกันกำหนดบนฐานความรู้ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสาธารณสุขและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
2. การกลั่นกรองผลการวินิจฉัยของแพทย์คนแรก อันประกอบด้วย
 - 2.1.1. คณะกรรมการซึ่งอย่างน้อยมีแพทย์เฉพาะทาง แพทย์อาชีวเวชศาสตร์หรือแพทย์ประจำโรงงาน บางประเทศมีนักวิทยาศาสตร์อุตสาหกรรม ตัวแทนนายจ้าง ตัวแทนลูกจ้าง และนักกฎหมายเข้ามาด้วย
 - 2.1.2. ขั้นตอนดำเนินการที่แน่นอน ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันในหมู่ผู้มีส่วนได้เสีย
 - 2.1.3. เกณฑ์การวินิจฉัย เพื่อใช้อ้างอิงร่วมกันในบางประเทศ

การกลั่นกรองเป็นกลไกที่ช่วยพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัยและป้องกันการฉ้อฉล แต่ถ้ามีขั้นตอนที่ยุ่งยากเกินไป จะทำให้ต้นทุนดำเนินการมากเกินไป เกิดความล่าช้าที่เป็นผลเสียโดยเฉพาะต่อลูกจ้างและ/หรือผู้ให้บริการรักษาพยาบาล ความกลางของกลไกการกลั่นกรองเป็นอีกเงื่อนไขที่ขาดเสียมิได้ถ้าระบบจะได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนได้เสีย

3. ระบบ no fault system ที่ไม่คำนึงว่าใครผิดใครถูก แต่ให้นายจ้างรับผิดชอบภาระค่าทดแทนในรูปของเบี้ยประกันที่จ่ายให้หน่วยงานรัฐดูแลหรือบริษัทประกันภัยดูแล โดยไม่เปิดโอกาสที่ลูกจ้างจะใช้สิทธิฟ้องร้องทางศาลเมื่อถึงที่สุดของขั้นตอนวินิจฉัยตัดสิน ยกเว้นบางรัฐในสหรัฐอเมริกาที่เปิดโอกาสให้ลูกจ้างใช้การฟ้องร้องนายจ้างทางศาลเป็นกลไกเดียวในการเรียกร้องค่าทดแทน ทำให้ค่าใช้จ่ายของสูงกว่าระบบ no fault system เพราะต้องเสียค่าทนาย ในระบบเช่นนี้นายจ้างอาจได้เปรียบลูกจ้างเพราะมีเงินจ้างทนายสู้ความมากกว่าลูกจ้าง ในแง่แรงงานสัมพันธ์ อาจเป็นการส่งเสริมทางอ้อมให้เกิดการเผชิญหน้ากันระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง จึงไม่เป็นผลดีต่อการพัฒนาประเทศ ข้อดีของระบบ no fault system ต่อการวินิจฉัยโรคจากการทำงานคือ ช่วยลดแรงกดดันต่อนายจ้างในการพยายามอำพรางข้อมูลประกอบการวินิจฉัยเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกฟ้องร้องและการจ่ายค่าทดแทนบวกค่าทนาย

บทเรียนสำหรับประเทศไทย

เมื่อเปรียบเทียบประสบการณ์ ของประเทศไทยกับอีก 5 ประเทศที่กล่าวมา อาจกล่าวได้ว่าในเชิงโครงสร้างระบบของไทยคล้ายคลึงกับนานาชาติ ที่สำคัญคือเป็นระบบ no fault system ซึ่งเหมาะสมแล้ว ปัญหาของเราคือความหลากหลายในการวินิจฉัยอันนำไปสู่การความไม่เป็นธรรมในการจ่ายค่าทดแทน และการวินิจฉัยเกินกว่าเหตุอันนำไปสู่การรักษา, ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่มากเกินไป ที่มาของปัญหา ได้แก่

1. วิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์หรือสถานพยาบาลแบบ fee for service ซึ่งสร้างแรงจูงใจให้เกิดการวินิจฉัยและรักษาเกินจำเป็น เงื่อนไขนี้เป็นแรงผลักดันที่สำคัญที่สุด จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างการดำเนินการวิจัยและจัดทำข้อเสนอแนะโดยทีมที่ปรึกษาทางวิชาการภายใต้โครงการเงินกู้ของธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชีย ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ คาดว่าจะนำไปสู่การเสนอระบบจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการคนไข้นอก และแบบอิงกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับคนไข้ใน
2. การขาดความชัดเจนในการประเมินความสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะภายใน เช่น ปอด ทำให้มีความหลากหลายในผลการประเมิน จึงควรมีกำหนดให้แน่ชัดด้วยการทบทวนองค์ความรู้หรือการวิจัย
3. การสุ่มตรวจสอบกระบวนการวินิจฉัยเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับผิดชอบใช้ความระมัดระวังมากขึ้นในการตัดสินใจ ที่สำคัญคือต้องตัดสินวินิจฉัยโดยอิงหลักฐานที่ตรวจสอบได้ ทั้งนี้ให้โยงการตรวจสอบเข้ากับเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์และรพ.
4. การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่กองทุนเงินทดแทนเพื่อเพิ่มทักษะ ความรู้และประสบการณ์ให้มากขึ้น
5. สำหรับภาวะพิการหรือการสูญเสียสมรรถภาพที่พบบ่อยและชัดเจน ควรพัฒนาคู่มือหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยประเมินเพื่อลดความคลาดเคลื่อนอันเนื่องมาจากตัวบุคคล

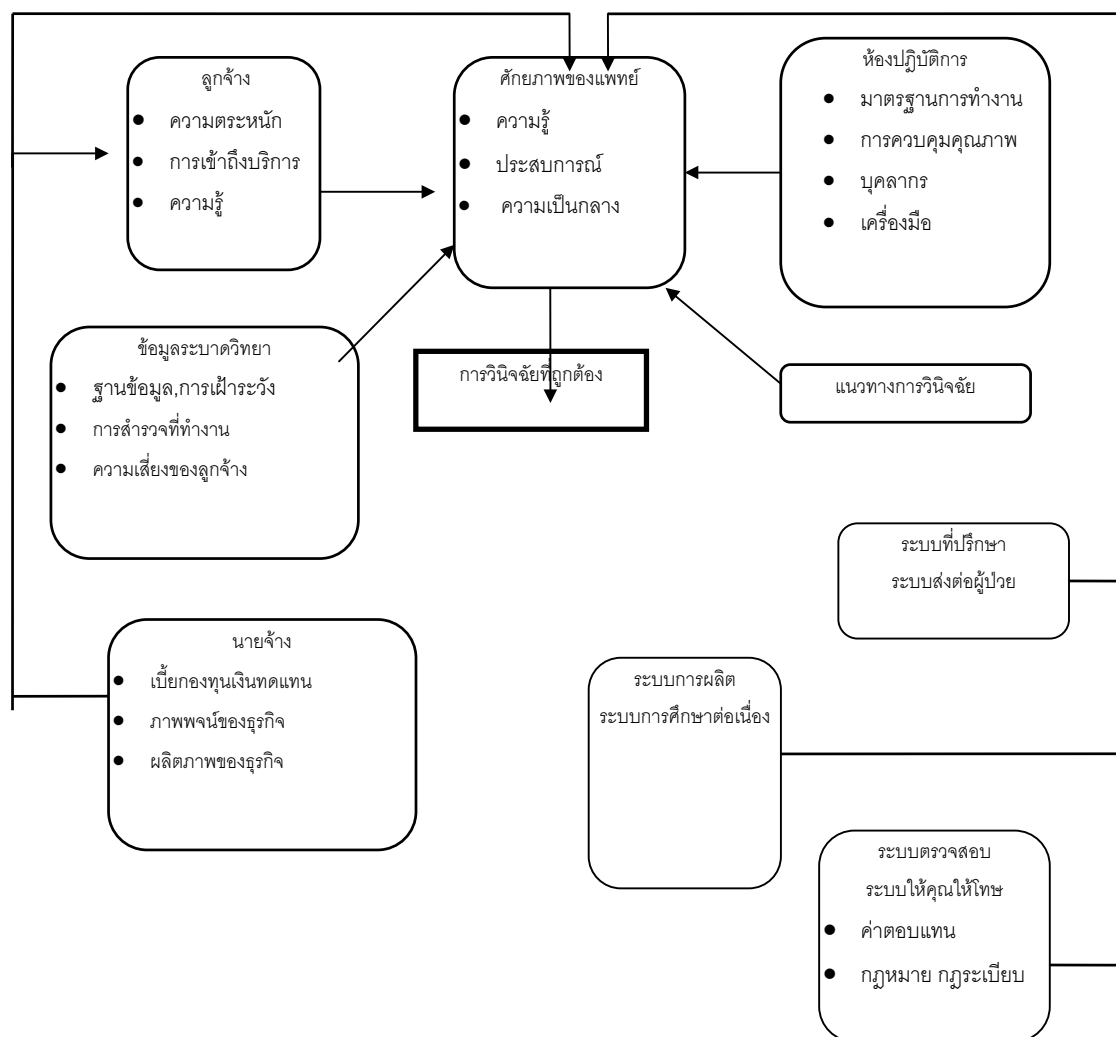
บทเรียนจากต่างประเทศ

- ที่ควรหลีกเลี่ยงคือ การใช้กระบวนการตุลาการแบบเบ็ดเสร็จในการตัดสินวินิจฉัยการจ่ายค่าทดแทน ดังปรากฏในบางมลรัฐของสหรัฐอเมริกา เพราะมันทอนความสัมพันธ์อันดีระหว่างนายจ้างกับลูกจ้าง เป็นกระบวนการที่ใช้เวลายาวนานและค่าใช้จ่ายสูงเกินจำเป็น
- ที่ควรนำมาปรับใช้คือ ๑) การสร้างแนวทางวินิจฉัยโรค เพราะช่วยให้มีบรรทัดฐานอ้างอิงร่วมกันในระดับหนึ่ง อันจะนำไปสู่การลดความขัดแย้ง และช่วยให้กระบวนการตรวจสอบคุณภาพการวินิจฉัยชัดเจนขึ้น ๒) การให้นายจ้างและลูกจ้างมีส่วนร่วมในการคัดเลือกแพทย์เป็นกรรมการตัดสินการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายในระดับจังหวัด ช่วยให้เกิดการถ่วงดุลย์แห่งอำนาจและกระจายกลไกดุติข้อขัดแย้งไปสู่พื้นที่มากขึ้น สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศที่ส่งเสริมการกระจายอำนาจ อย่างไรก็ตามในระยะสั้นอาจปฏิบัติไม่ได้เพราะขาดผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้องในหลายจังหวัดของประเทศ

เอกสารอ้างอิง

- ⁱ Ison TG. Workers' Compensation Systems, Overview in Encyclopedia of Occupational Health and Safety, 1988 ; 25.3-25.4.
- ⁱⁱ Guidelines for Designated Factory Doctors(Third Edition) 1997. The factories (Medical Examinations) Regulation. Department of Industrial Health, Ministry of Man Power , Singapore
- ⁱⁱⁱ [Http://www.gov.sg/mom/](http://www.gov.sg/mom/) และข้อมูลจาก Dr. Chia Sin-Eng Senior lecturer Faculty of Medicine, The National University of Singapore
- ^{iv} รายงานการศึกษาดูงานด้านความปลอดภัยในการทำงานและการบริหารกองทุนเงินทดแทน ของคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนและข้าราชการที่เกี่ยวข้อง ณ ประเทศอังกฤษ และ ฟินแลนด์ 18-27 พฤศจิกายน 2537 (Report of a Study Visit on Occupational Safety and Health and Workmen's Compensation Administration of WCF Committee and concerned SSO's Officials in the United Kingdom and Finland 18-27 November 1994.)คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กุมภาพันธ์ 2538
- ^v รายงานการศึกษาดูงานการบริหารกองทุนเงินทดแทน ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศ แคนาดา 28 ตุลาคม - 6 พฤศจิกายน 2538 กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม
- ^{vi} A Medical Practitioner's Guide to the Western Australian Workers' Compensation & Rehabilitation Systemc และข้อมูลจาก Dr. KC Wan Chief Occupational Health Physician, Work Safe Western Australia
- ^{vii} ได้ข้อมูลจาก Dr. Jung De Wan, National Taiwan University College of Public Health
- ^{viii} รายงานการศึกษาดูงานด้านความปลอดภัยในการทำงานและการบริหารกองทุนเงินทดแทน ของคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนและข้าราชการที่เกี่ยวข้อง ณ ประเทศอังกฤษ และ ฟินแลนด์ 18-27 พฤศจิกายน 2537 (Report of a Study Visit on Occupational Safety and Health and Workmen's Compensation Administration of WCF Committee and concerned SSO's Officials in the United Kingdom and Finland 18-27 November 1994.)คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กุมภาพันธ์ 2538
- ^{ix} รายงานการศึกษาดูงานการบริหารกองทุนเงินทดแทน ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศ แคนาดา 28 ตุลาคม - 6 พฤศจิกายน 2538 กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน



การวินิจฉัยโรคเป็นภาระกิจหลักประการหนึ่งของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย ศักยภาพของแพทย์จึงเป็นตัวแปรสำคัญต่อความถูกต้องแม่นยำของผลการวินิจฉัย ในขณะเดียวกัน ศักยภาพของแพทย์ขึ้นกับตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ ก) ลูกจ้างหรือผู้ป่วยซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลหลัก ข) นายจ้างซึ่งมีอิทธิพลต่อลูกจ้างและแพทย์ ค) ห้องปฏิบัติการที่จะวิเคราะห์ตัวอย่างชีววัตถุจากลูกจ้าง ทดสอบสมรรถภาพของอวัยวะ และวิเคราะห์ตัวอย่างสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน ง) แนวทางการวินิจฉัยที่แพทย์จะใช้เป็นกรอบสำหรับการทำงาน จ) ข้อมูลระบาดวิทยา ฉ) ระบบการผลิตและระบบการศึกษาต่อเนื่องที่จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและเจตคติที่จำเป็นให้แก่ แพทย์ ช) ระบบที่ปรึกษาและระบบส่งต่อผู้ป่วย และซ) ระบบตรวจสอบ/ระบบให้ทุนให้โทษแก่แพทย์

กรอบความคิดข้างต้นแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของตัวแปรต่างๆ ซึ่งจะได้ขยายความที่ละตัวแปรดังต่อไปนี้

ศักยภาพของแพทย์

การสอบถามแพทย์จำนวน 222 รายพบว่า ร้อยละ 81.5 เห็นว่าแพทย์มีความรู้ไม่เพียงพอ(ภาคผนวก 2 ตารางที่ 8) ประเด็นที่ผู้ตอบสนใจคือการประเมินความสูญเสียของอวัยวะจากการสำรวจพบว่าแพทย์ร้อยละ 58.6 เห็นว่าการประเมินการสูญเสียนั้นเป็นเรื่องยาก(ภาคผนวก 2 ตารางที่ 8) จึงมีแพทย์จำนวนไม่น้อย(ร้อยละ 41.3)ที่เห็นว่าผู้ที่เหมาะสมที่จะวินิจฉัยโรคกลุ่มนี้ควรเป็นแพทย์ที่เคยผ่านการอบรมสาขานี้มาระดับหนึ่ง และ ร้อยละ 17.9 เห็นว่าควรเป็นแพทย์เชี่ยวชาญสาขาอชีวเวชศาสตร์ (ภาคผนวก 2 ตารางที่ 11) ในความเห็นของผู้เชี่ยวชาญพบว่าทั้งหมดเห็นว่าแพทย์ส่วนใหญ่ขาดความรู้ด้านนี้ นอกจากนี้ยังเห็นว่าระบบการเรียนการสอนปัจจุบันไม่ได้ทำให้แพทย์สนใจในการวินิจฉัยหาสาเหตุของสาเหตุการป่วย

ความเป็นอิสระและเป็นกลางของแพทย์เป็นอีกคุณสมบัติหนึ่งที่จะทำให้แพทย์สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล คุณสมบัตินี้อาจถูกกระทบโดยเงื่อนไขสองประการได้แก่ การที่แพทย์เองหวังผลตอบแทนจากการวินิจฉัย เพราะการวินิจฉัยโรคจากการทำงานทำให้สามารถเบิกค่าบริการจากกองทุนทดแทนแรงงานได้ตามภาระงาน(fee for service) หรือการที่แพทย์ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะลูกจ้างคือแพทย์ประจำโรงงาน

ระบบการผลิตและการศึกษาต่อเนื่อง

จากการสำรวจสอบถามแพทย์พบว่าร้อยละ 21.2 เห็นว่าควรมีการสอนเพิ่มเติมในหลักสูตรแพทย์ ร้อยละ 39.6 เห็นว่าควรมีการเรียนเพิ่มเติมหลังจบแพทย์ และร้อยละ 25.7 เห็นว่าควรมีการสอนเพิ่มเติมทั้งในหลักสูตรแพทย์และหลังปริญญา(ภาคผนวก 2 ตารางที่ 9) จากการสำรวจหลักสูตรการสอนวิชาที่เกี่ยวข้องกับอชีวเวชศาสตร์และสิ่งแวดล้อมในคณะแพทยศาสตร์ต่างๆ จำนวน 9 แห่งในปัจจุบัน พบว่ามีชั่วโมงการสอนในช่วงการเรียนแพทย์ปีที่ 3-5 โดยมีชั่วโมงการเรียนแตกต่างกัน กล่าวคือในด้านเวลาสำหรับการเรียนการสอนความรู้ด้านอชีวเวชศาสตร์ พบว่าตลอดหลักสูตรแพทย์ใช้เวลาเฉลี่ย 16 ชั่วโมง(รวมภาคทฤษฎีและปฏิบัติ) น้อยที่สุด 2 ชั่วโมง และมากที่สุด 51 ชั่วโมง(รายละเอียดในภาคผนวก 3 ตารางที่ 15) ในด้านสาระแต่ละหลักสูตรมีระดับความลึกและกว้างต่างกัน และวิธีการสอนมีทั้ง การบรรยาย การดูงาน การอภิปรายในห้องเรียน ส่วนใหญ่ผสมผสานหลายวิธีเข้าด้วยกัน การประเมินผลเน้นการวัดความรู้เป็นหลัก

คำถามคือ ลักษณะหลักสูตรที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

การตอบคำถามนี้ต้องวิเคราะห์หลักสูตรแพทยศาสตร์ทั้งหมด ปัจจุบันหลักสูตรแพทยศาสตร์ได้ให้ความรู้ เจตคติ และทักษะที่สามารถประยุกต์สำหรับการวินิจฉัยโรคจากการทำงานได้ในระดับหนึ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงได้แก่ความรู้ทางอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์และออร์โธปิดิกส์ ช่วยให้แพทย์สามารถ

วินิจฉัยโรคซึ่งบ่งชี้ immediate causes ได้ เช่น การเป็นพิษ(poisoning) ผื่นแพ้สัมผัสและการบาดเจ็บ เป็นต้น ความรู้ทางเวชศาสตร์ชุมชนและสาขาอื่นก็เตรียมความคิดและความตระหนักเรื่องการมองสุขภาพแบบองค์รวม แต่การวินิจฉัยถึงสาเหตุที่อยู่ในเงื่อนไขของการทำงาน ไม่ควรเป็นความรับผิดชอบของแพทย์โดยลำพัง เนื่องจากในหลายกรณีที่ไม่ตรงไปตรงมา ต้องอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์จากการสำรวจสถานที่ทำงานอันเป็นบทบาทของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอย่างเช่น นักสุขศาสตร์อุตสาหกรรม นักระบาดวิทยา แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ เป็นต้น

การทบทวนสถานการณ์โรคจากการทำงานที่กล่าวถึงในบทที่ 3 แสดงให้เห็นว่าโรคจากการทำงานส่วนใหญ่คือ การบาดเจ็บจากการทำงาน อยู่ในวิสัยที่แพทย์ทั่วไปสามารถวินิจฉัยได้ ที่ยากคือประเภทที่มีความซุกต่ำ ซึ่งก็เหมือนกับโรคในสาขาวิชาอื่นที่ต้องการแพทย์เฉพาะทางให้การวินิจฉัย อีกประเภทคือชนิดที่มีระยะฟักตัวของโรคยาวนาน เช่น silicosis mesothelioma arsenic poisoning การเชื่อมโยงโรคกับสาเหตุค่อนข้างยาก การวินิจฉัยต้องการความรู้ที่สะสมไว้จากการศึกษาเฉพาะ ดังนั้นการเรียนรู้ในระดับก่อนปริญญาจึงไม่ควรเน้นที่เนื้อหาความรู้ แต่ควรเน้นที่วิธีคิด(conceptual skills) และความสามารถในการสืบค้นรายละเอียดด้วยตนเองเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาในอนาคต ที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าคือ การพัฒนาเจตคติหรือความตระหนักต่อโรคในกลุ่มนี้

ในระดับหลังปริญญา การฝึกอบรมควรมุ่งให้เกิดความรู้และทักษะที่สอดคล้องกับบริบทของเวชปฏิบัติในแต่ละพื้นที่ การวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับประเภทของอุตสาหกรรม การกระจายตัวของประชาชนกลุ่มอาชีพต่างๆ ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรค รายงานของกองทุนเงินทดแทน(กท 16) ตลอดจนการวิจัยทางระบาดวิทยาและสาขาที่เกี่ยวข้องจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างหลักสูตรดังกล่าว นอกจากการฝึกอบรมในสถาบัน สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองจะช่วยให้แพทย์ติดตามความรู้ได้อย่างต่อเนื่อง หน่วยงานผู้ให้บริการ สถาบันผลิตแพทย์และบัณฑิตที่สาขาที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานวิชาการอื่นๆเช่น กองอาชีวอนามัย และสมาคมวิชาชีพควรร่วมกันพัฒนาและเผยแพร่สื่อให้ทั่วถึง สำหรับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง สมควรมีการวิจัยประเมินความต้องการของประเทศทั้งในระยะกลางและระยะยาวโดยคำนึงถึง ภาระงาน การกระจายแพทย์เฉพาะทาง การกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์ แนวโน้มการเติบโตของภาคการผลิตทั้งเกษตรและอุตสาหกรรม

ที่ปรึกษา และระบบการส่งต่อผู้ป่วย

แม้ว่าในระบบบริการสาธารณสุขจะมีระบบส่งต่อผู้ป่วย แต่การที่ร้อยละ 68 ของแพทย์ที่สำรวจในรายงานนี้เห็นว่าปัจจุบันขาดแพทย์ที่ปรึกษา (ภาคผนวก 2 ตารางที่ 8) เกี่ยวกับโรคจากการทำงาน ในด้านหนึ่งอาจจะสะท้อนให้เห็นจุดอ่อนของระบบส่งต่อผู้ป่วย ที่ไม่มีการกระจายแพทย์เฉพาะทางรวมทั้งบุคลากรในสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม หรือขาดระบบที่เหมาะสมในการกระจายข้อมูลให้แพทย์ที่ต้องการคำปรึกษาได้รับรู้แหล่งที่จะขอความช่วยเหลือ แต่ในอีกด้านหนึ่งสะท้อนถึงขีดจำกัดในการแสวงหาความรู้ของแพทย์เอง อันที่จริงด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารในปัจจุบัน โอกาสที่แพทย์จากทุกแห่งหนจะเข้าถึงที่ปรึกษาควรจะสะดวกมากกว่าในอดีต การฝึกอบรมให้แพทย์มีทักษะในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเองจากสื่อบนอินเทอร์เน็ต หรือแหล่งอื่นๆเช่น วารสารคลินิก ศูนย์พิษวิทยา คณะแพทยศาสตร์พ.รามาธิบดี น่าจะเป็นทางออกที่ยั่งยืน หน่วยงานวิชาการอย่างเช่น กองอาชีวอนามัย

สถาบันความปลอดภัยในการทำงาน ควรร่วมกันรวบรวมและเผยแพร่แหล่งที่ปรึกษา ผ่านสื่อกลาง อย่างเช่น อินเทอร์เน็ต

ข้อมูลประกอบการวินิจฉัย

ผลการตรวจร่างกายก่อนเข้างาน และผลการตรวจร่างกายเป็นระยะ การสรุปวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคจากการทำงาน ในปัจจุบันนั้นถ้ามีหลักฐานการตรวจร่างกายก่อนเข้างานว่าขณะเมื่อเริ่มเข้างานมีพยาธิสภาพในร่างกายหรือไม่ ถ้าความผิดปกติที่เกิดขึ้นเกิดมาหลังจากการทำงานแล้วก็จะ เป็นหลักฐานสำคัญในการสรุปวินิจฉัย แต่สภาพความจริงโรงงานส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพของคนงานอยู่โดยเฉพาะในโรงงานขนาดกลางและโรงงานขนาดเล็ก และในส่วนที่มีการตรวจร่างกายบางประเภทก็ไม่สอดคล้องกับความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงาน เช่นโรงงานที่มีฝุ่นไม่ได้มีการฉายภาพรังสีด้วยฟิล์มมาตรฐานขนาดใหญ่ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม มาตรา 107 ในพรบ.คุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 ได้ให้นายจ้างจัดให้มีการตรวจสุขภาพของลูกจ้างและส่งผลการตรวจให้แก่พนักงานตรวจแรงงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง¹ จึงเป็นโอกาสที่จะกำหนดสาระในกฎกระทรวงให้มีการตรวจสุขภาพก่อนเข้างาน และต่อเนื่องเป็นระยะ ตามสภาพความเสี่ยงของลูกจ้างของสถานประกอบการแต่ละประเภท ซึ่งจะได้จากการทบทวนองค์ความรู้หรือการวิจัยเพิ่มเติม

การขาดข้อมูลการตรวจทางสิ่งแวดล้อมเพื่อยืนยัน แพทย์ร้อยละ 80.6 เห็นด้วยว่าขาดข้อมูลทางสิ่งแวดล้อมประกอบการวินิจฉัย แม้ว่าในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้จัดงบประมาณในปี 2538-41 เพื่อจัดซื้อครุภัณฑ์ตรวจสิ่งแวดล้อมในการทำงาน(ได้แก่ เครื่องวัดแสง, เครื่องวัดความร้อน, เครื่องวัดปริมาณออกซิเจน, เครื่องวัดเสียง)เพื่อแจกจ่ายไปยังโรงพยาบาลทั่วไป(โรงพยาบาล 96 แห่งได้รับการจัดสรรโดยกองอาชีวอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน 22 แห่งได้รับการจัดสรรโดยกองสาธารณสุขภูมิภาค)(รายละเอียดดูภาคผนวก 5) แต่เครื่องมือเหล่านี้เหมาะในการสำรวจภาคตัดขวางตามโรงงานต่างๆ แต่อาจไม่เพียงพอในการตรวจติดตามโรงงานเดิมเป็นระยะ อย่างไรก็ตามเครื่องมือเหล่านี้ก็มีส่วนช่วยได้บ้างในการสอบสวนเพื่อหาสาเหตุของบางโรคเช่น โรคหูตึงจากการทำงาน แต่ก็ไม่อาจครอบคลุมโรคอื่นอีกหลายโรค เช่น พิษสารเคมี เป็นต้น

ขีดความสามารถในการตรวจสมรรถภาพของอวัยวะ เช่น เครื่องวัดสมรรถภาพปอด, เครื่องวัดสมรรถภาพการได้ยิน, เครื่องตรวจสมรรถภาพการมองเห็น ปัจจุบัน โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งและโรงพยาบาล 22 แห่งมีเครื่องมือเหล่านี้แล้ว ความท้าทายอยู่ที่การบริหารจัดการให้เกิดการใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า ซึ่งต้องคำนึงถึงความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย(ลักษณะอาชีพ, สภาพแวดล้อมการทำงาน, ลักษณะการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยง) ระบบการคลังสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนอย่างเหมาะสม วิธีการจัดบริการให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

ขีดความสามารถในการตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ จากการสอบถามแพทย์ร้อยละ 59.0 เห็นว่าปัจจุบันยังขาดความพร้อมทางห้องปฏิบัติการ การศึกษานี้พบว่าปัจจุบันมีอยู่หลายหน่วยงานที่ให้บริการ ได้แก่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหารบก, ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 12 แห่ง, มหาวิทยาลัยต่างๆ, กองอาชีวอนามัย โรงพยาบาลต่างๆ และห้องปฏิบัติการของเอกชน ฯลฯ แต่ขีดความสามารถในการตรวจตัวอย่างในหน่วยงานรัฐส่วนใหญ่มีจำกัด คือส่วน

มากจะมีบทบาทหลักในการวิจัย มากกว่าการบริการ ดังนั้น ขณะนี้บทบาทในการตรวจเพื่อการบริการ จะเป็นบทบาทของหน่วยงานเอกชน

2-3 ปีมานี้ มีความพยายามเพิ่มขีดความสามารถทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล โดย กองอาชีวอนามัยได้จัดสรรงบประมาณซื้อครุภัณฑ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการให้โรงพยาบาลทั่วไป 32 แห่ง(ภาคผนวก 5) ครุภัณฑ์เหล่านั้นได้แก่เครื่องตรวจวัดธาตุโดยการดูดกลืนแสงของอะตอม ซึ่งเป็นเครื่องตรวจโลหะหนัก เช่นตะกั่ว, เครื่องแยกและตรวจหาปริมาณสารโดยใช้ก๊าซเป็นตัวพา และ เครื่องแยกและหาปริมาณสารโดยใช้ของเหลวเป็นตัวพา ซึ่งเหมาะในการตรวจ หาก๊าซ และสารทำละลาย (solvent) แต่ปัญหาในขณะนี้คือโรงพยาบาลเหล่านี้ยังไม่มีบุคลากรที่สามารถใช้เครื่องมือดังกล่าวได้

นอกจากปัญหาด้านความขาดแคลนบุคลากร ยังขาดเครือข่ายอย่างเป็นทางการระหว่างห้องปฏิบัติของหน่วยงานต่างๆที่มีขีดความสามารถต่างกัน ทำให้การใช้ทรัพยากรไม่เกิดประโยชน์คุ้มค่าเท่าที่ควร

ประเด็นถัดไปคือการควบคุมคุณภาพ ปัจจุบันกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้ดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการตรวจตะกั่วในเลือด มีสมาชิก 35 โรงพยาบาล โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นแกนประสานการเตรียมตัวอย่างและส่งตัวอย่างทดสอบกระจายให้แก่สมาชิก และเทียบตัวอย่างกับสถาบันต่างประเทศ เช่น มหาวิทยาลัยเซอเร ประเทศอังกฤษที่กำลังพัฒนาเพิ่มเติมคือ มาตรฐานการตรวจ โลหะหนักชนิดอื่นได้แก่ แคดเมียม สังกะสี ทองแดง และปรอท อย่างไรก็ตามขอบเขตของการควบคุมคุณภาพยังครอบคลุมไม่ถึงภาคเอกชน

3 ประเด็นหลังที่กล่าวมาข้างต้น บ่งชี้ความจำเป็นที่จะต้องสร้างความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดสรรเทคโนโลยีและบุคลากรที่จะใช้เทคโนโลยีให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสม

ข้อมูลระบาดวิทยา ความถูกต้องแม่นยำของการวินิจฉัยไม่ได้ขึ้นกับความไวและความจำเพาะของการวินิจฉัยเท่านั้น หากยังขึ้นกับความชุกของโรคที่จะกำหนด positive predictive value ความรู้เกี่ยวกับความชุกของโรคมีที่มาสองทางคือ การสำรวจชุมชนเป้าหมาย หรือการรายงานจากสถานพยาบาล ต้นทุนต่อหน่วยของวิธีแรกค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับวิธีที่สอง และแปรผกผันกับความชุกของโรค ทำให้การสำรวจดำเนินการได้จำกัด แต่มีข้อดีตรงที่สามารถให้ข้อมูลสำหรับโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มาใช้บริการในระบบปกติ

ปัญหาของระบบเฝ้าระวังและระบบรายงานกท.16 คือ ๑) แพทย์จำนวนมากยังไม่รายงานผลการวินิจฉัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง(ตารางที่ 4 ภาคผนวก 2) และ ๒) ขาดการประสานเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งต่างกันในประชากรกลุ่มเดียวกันให้ได้ภาพรวมที่เป็นเอกภาพ ครอบคลุม ถูกต้องและทันสมัย

ปัญหาของการสำรวจในระดับสถานประกอบการ การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องและบทวนเอกสารⁱⁱ พบว่าที่ผ่านมาทั้งสองหน่วยงานหลักที่ดำเนินการคือ กองอาชีวอนามัยและกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข การสำรวจถูกกำหนดโดยความสนใจของผู้วิจัย รายงานผู้ป่วย ลักษณะและขนาดของสถานประกอบการโดยพิจารณาและดำเนินการกันเป็นครั้งคราว ไม่ได้มีการวางแผนระยะยาวอย่างเป็นระบบ ทำให้ความรู้ที่ได้เป็นส่วนๆและไม่ได้ภาพรวมที่ต่อเนื่องและครอบคลุมในระดับประเทศและระดับภาค การสำรวจโดยหน่วยงานทั้งสองมุ่งที่การค้นหาโรค สำหรับการสำรวจเพื่อประเมินลักษณะและระดับความเสี่ยงของสถานประกอบการยังไม่ปรากฏหลักฐานว่ามีการดำเนินการหรือไม่ แต่แพทย์ส่วนใหญ่(ร้อยละ81)ระบุว่า การขาดข้อมูลสิ่งแวดล้อมเป็นอุปสรรคต่อการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน(ตารางที่ 8 ภาคผนวก 2)

ถ้าระบบการเฝ้าระวังโรคและการสำรวจสภาพแวดล้อม/ผลกระทบต่อสุขภาพแรงงาน จะเกิดประโยชน์สูงสุด จำเป็นต้องมีการจัดระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลมาอย่างครอบคลุมทุกสถานพยาบาล มีรายละเอียดที่มากพอและมีคุณภาพ ผู้ใช้ข้อมูลสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก เนื่องจากระบบการจัดบริการสุขภาพแรงงาน มีกองทุนทดแทนแรงงานและกองทุนประกันสังคมเป็นผู้ซื้อรายใหญ่ที่สุด จึงมีอำนาจต่อรองกับผู้ให้บริการ การจัดระบบที่กล่าวถึงจึงควรอาศัยอำนาจต่อรองนี้ผลักดันให้เกิดความร่วมมือจากแพทย์และสถานพยาบาลทุกแห่ง นั่นคือให้การรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังโรคเป็นเงื่อนไขในการรับค่าตอบแทนเช่นเดียวกับการรายงานให้กองทุนทดแทนแรงงานตามแบบกท.16 สำหรับการพัฒนาระบบการสำรวจควรมีการวางแผนร่วมกันระหว่างกองอาชีวอนามัย กองระบาดวิทยา กองทุนทั้งสอง กรมโรงงานอุตสาหกรรม การนิคมอุตสาหกรรม และบริษัทที่ปรึกษาเอกชนเพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรค และการกระจายของประเภทสถานประกอบการตลอดจนจำนวนคนงาน

แนวทางมาตรฐานการตรวจวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพและประเมินความสูญเสียสมรรถภาพ

แนวทางมาตรฐานเป็นเครื่องมือสำคัญประการหนึ่งในการประกันคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานใกล้เคียงกัน ลดปัญหาข้อโต้แย้งที่สืบเนื่องจากความเห็นส่วนตัว หลักการนี้ได้รับการสนับสนุนจากแพทย์ เวชปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยสำรวจพบว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคจากการทำงานเกือบทุกราย(93%) (ตารางที่ 8 ภาคผนวก2)และผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน เห็นว่าควรมีเกณฑ์มาตรฐานการตรวจวินิจฉัยฯ

อย่างไรก็ตามคู่มือแนวทางมาตรฐานที่จัดพิมพ์โดยกองอาชีวอนามัยเป็นที่รับรู้ของแพทย์กลุ่มนี้เพียงครั้งเดียวและถูกนำไปใช้งานจริงโดยแพทย์เพียงครั้งหนึ่งของที่รับรู้(ตารางที่ 10 ภาคผนวก2) หลักฐานนี้บ่งชี้ว่า เครื่องมือสำคัญชิ้นนี้ยังไม่แพร่หลายและไม่ได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์เท่าที่ควร

สถานการณ์นี้คล้ายคลึงกับการพัฒนาแนวทางมาตรฐานในการวินิจฉัยและรักษาโรคอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันเลือดสูง หัวใจสำคัญของการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคือการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ อันเป็นกระบวนการที่ถูกมองข้ามโดยผู้เกี่ยวข้อง การบริหารจัดการที่เหมาะสมเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นในการนำไปสู่การมีส่วนร่วม วิธีบริหารจัดการแบบ total quality management(TQM) เป็นรูปแบบที่ได้

รับการพิสูจน์มาในหลายประเทศและหลายสาขาอาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคธุรกิจว่าก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง¹⁸

หน่วยงานที่เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพคนงานคือกองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคม สามารถผนวกการใช้แนวทางมาตรฐานในการวินิจฉัยเข้ากับเงื่อนไขการซื้อบริการ

ความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้าง ลูกจ้างและแพทย์

มีคำกล่าวว่า กว่าครึ่งของโรคทั้งหลายสามารถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติ และตรวจร่างกาย ข้อความนี้แสดงให้เห็นว่า ลูกจ้างคือแหล่งข้อมูลอันอุดมสำหรับการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ความอุดมสมบูรณ์ของแหล่งนี้ขึ้นกับความตระหนักและความรู้ของลูกจ้างต่อความเสี่ยงและบริการสุขภาพ อันจะนำไปสู่การแสวงหาบริการ การให้ข้อมูลแก่แพทย์ ความเห็นของตัวแทนสหภาพแรงงานที่ให้สัมภาษณ์แก่ทีมวิจัยยืนยันความเชื่อที่ว่าลูกจ้างจำนวนมากยังใส่ใจและมีความรู้ด้านสุขภาพน้อยเกินไป เนื่องจากการศึกษาน้อย จึงมองเห็นเฉพาะผลประโยชน์เฉพาะหน้าคือค่าตอบแทน นอกจากนั้นกลไกและกระบวนการที่จะพัฒนาความตระหนักและความรู้ดังกล่าวก็จำกัดมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานประกอบการขนาดเล็กที่มักมีความเสี่ยงสูงควบคู่ด้วย

เมื่อมาถึงมือแพทย์ ลูกจ้างจะให้ข้อมูลที่มีอยู่แก่แพทย์อย่างไร ขึ้นกับเจตคติที่เขามีต่อแพทย์และความคาดหวังต่อผลการวินิจฉัย ในชีวิตจริงมีหลักฐานที่บ่งชี้เจตคติด้านลบของลูกจ้างต่อแพทย์ นั่นคือความเคลือบแคลงของฝ่ายแรงงานที่ปรากฏเป็นข่าวในสื่อมวลชน และเชื่อมโยงเป็นประเด็นทางการเมืองเป็นครั้งคราว เพื่อการเรียกร้องขอความเป็นธรรมในการรับค่าชดเชยจากการสูญเสียชีวิต หรือสมรรถภาพจากโรคที่สืบเนื่องจากการทำงาน ดังเช่น กรณีเรียกร้องของสมาชิกคนหนึ่งที่เสียชีวิตไปถึงขั้นเรียกร้องให้แพทย์สกลางโทะ คณะแพทย์ที่มีหน้าที่สืบสวนสาเหตุการเสียชีวิตของคนงานย่านอุตสาหกรรมจังหวัดลำพูน สถานการณ์นี้แสดงให้เห็นว่า การวินิจฉัยโรคจากการทำงานกระทบสวัสดิภาพแรงงาน และก่อให้เกิดปฏิกิริยาสะท้อนกลับมาสู่กระบวนการวินิจฉัยและตัวแพทย์เอง การสำรวจความเห็นของแพทย์พบว่าร้อยละ 37 ของแพทย์รู้สึกว่าการวินิจฉัยไม่ยอมรับผลการวินิจฉัย(ตารางที่ 8 ภาคผนวก 2)

ทำนองเดียวกันฝ่ายนายจ้างก็อาจมีอิทธิพลต่อกระบวนการวินิจฉัยของแพทย์โดยตรงหรือผ่านลูกจ้างเนื่องจากความต้องการลดภาระเบี่ยงประกันความเสี่ยงที่จ่ายให้กองทุนทดแทนแรงงาน หรือความต้องการหลีกเลี่ยงการถูกฟ้องร้องเรียกค่าชดเชยผ่านกระบวนการยุติธรรม ทางด้านลูกจ้างการสัมภาษณ์เจาะลึกแพทย์พบว่า ลูกจ้างอาจได้รับการบอกกล่าวจากนายจ้างให้รายงานแพทย์ว่าการเจ็บป่วยไม่ได้เกิดขึ้นในเวลาทำงานเพื่อที่แพทย์จะได้ไม่วินิจฉัยว่าเป็นโรคจากการทำงาน ทางด้านแพทย์แพทย์ประจำโรงงานซึ่งรับค่าตอบแทนจากนายจ้างมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยงการวินิจฉัยที่กระทบนายจ้าง นอกจากนี้การสำรวจสภาพแวดล้อมโรงงาน อันจะทำให้แพทย์ได้ข้อมูลสำคัญเพื่อประกอบการวินิจฉัยก็อาจถูกนายจ้างกีดกันหรือพยายามปกปิดการสืบค้นหลักฐานที่บ่งชี้ความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยกับเงื่อนไขการทำงาน การสำรวจความเห็นของแพทย์พบว่าร้อยละ 58 ของแพทย์รู้สึกว่าการวินิจฉัยไม่ยอมรับผลการวินิจฉัย(ตารางที่ 8 ภาคผนวก 2)

ภายใต้บริบทดังกล่าว ด้านหนึ่งทำให้แพทย์หันเหต่อการวินิจฉัยโรคกลุ่มนี้ เพราะเกรงว่าจะถูกฟ้องร้อง หรือกดดัน ผลการสำรวจแพทย์พบว่า ประมาณ 70%ของแพทย์หยิบยกเรื่องกรณีปัญหาต้องขึ้นศาลเป็นอุปสรรคต่อการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ในอีกด้านหนึ่งทำให้แพทย์ไม่ได้รับข้อเท็จจริงที่ตรงไปตรงมาอันจำเป็นต่อการวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องแม่นยำ

เป้าหมายสูงสุดของการวินิจฉัยโรคจากการทำงานคือ การรักษา การป้องกัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ ลูกจ้าง และนายจ้างดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการบรรลุเป้าหมายนี้ต้องการความไว้วางใจซึ่งกันและกันของทั้งสามฝ่าย ทำอย่างไรจึงจะจัดความสัมพันธ์ให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์นี้ได้จริง ในเชิงหลักการคงกล่าวได้ว่า เงื่อนไขที่ทุกฝ่ายได้ประโยชน์ร่วมกัน (win-win situation) นั้นแหละคือทางออก ตรงนี้เป็นบทบาทที่รัฐต้องยื่นมือเข้ามาจัดการ โดยใช้คณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมอันประกอบด้วยตัวแทน 3 ฝ่ายดังกล่าวซึ่งได้บัญญัติไว้ในพรบ.คุ้มครองแรงงาน¹ เป็นเวทีกำหนดกติการ่วมกัน ในเรื่องต่อไปนี ๑) การพัฒนาเกณฑ์ตัดสินวินิจฉัยโรคและประเมินความสูญเสียตลอดจนค่าทดแทน ๒) อัตราเบี้ยประกันที่นายจ้างต้องจ่ายเข้ากองทุนเงินทดแทน ๓) วิธีการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ และสถานพยาบาล

ระบบตรวจสอบและระบบให้คืนให้โทษ

ความไม่เท่าเทียมในการครอบครองข้อมูล (information asymmetry) เป็นเอกลักษณ์ของระบบบริการสาธารณสุข ที่เปิดช่องให้แพทย์หรือผู้ให้บริการซึ่งมีความได้เปรียบเหนือผู้เกี่ยวข้องอื่นๆแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ การตรวจสอบจึงเป็นกลไกที่เข้ามาถ่วงดุลย์อำนาจทางข้อมูลสนเทษของแพทย์

ในทางปฏิบัติ นอกจากการตรวจสอบโดยคณะกรรมการแพทย์ของกองทุนเงินทดแทนสำหรับการวินิจฉัยโรคจากการทำงานดังกล่าวข้างต้นแล้ว ไม่มีกลไกอื่นใดอีก ทั้งๆที่มีกลไกนี้อยู่ การฉ้อฉลก็ไม่ได้หมดไป อย่างไรก็ตามไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าขนาดของการฉ้อฉลลดลงหรือไม่

เมื่อค้นพบการฉ้อฉล มาตรการโต้ตอบคือการปฏิเสธการจ่ายเป็นรายกรณี นอกจากนั้นยังไม่มีมาตรการอื่นใดเสริม การสัมภาษณ์ผู้อำนวยการธุรกิจประกันสุขภาพแห่งหนึ่งที่มีรพ.เอกชนอยู่ในเครือเดียวกัน ทำให้ได้บทเรียนว่า ขอบเขตและความรุนแรงของมาตรการมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ มาตรการในเชิงบวกที่ธุรกิจประกันชีวิตเอกชนแห่งหนึ่งใช้กับผู้ให้บริการคือ การจ่ายค่าตอบแทนเร็วขึ้นให้แก่รพ.ที่มีระบบตรวจสอบภายในที่รัดกุม กล่าวคือ มีฐานข้อมูลทางการแพทย์ที่ละเอียด เข้าถึงได้ง่าย มีมาตรการควบคุมค่าตอบแทนแพทย์ให้สมเหตุสมผล และมีมาตรการลงโทษแพทย์ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎกติกา ในทางตรงกันข้ามรพ.ที่ไม่มีระบบเช่นนี้จะได้รับค่าตอบแทนช้า หรืออาจถึงขั้นถูกคว่ำบาตรถ้ามีการประพฤติไม่เหมาะสมอยู่เนืองๆหลังจากถูกเตือนแล้ว

กลไกการตรวจสอบ(ภายในรพ.และภายนอกรพ.) ร่วมกับมาตรการสืบเนื่องทั้งด้านบวกและด้านลบดังกล่าวเป็นกรณีศึกษาที่กองทุนทดแทนแรงงานควรนำไปทดลองใช้

สรุป

คุณภาพของงานวิจัยโรคจากการทำงาน ขึ้นกับศักยภาพของแพทย์และปัจจัยแวดล้อม การพัฒนาจึงต้องมุ่งที่ประเด็นต่อไปนี้

1. ระบบการผลิตและการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ โดยที่
 - a) ระดับก่อนปริญญา ควรเน้นที่การสร้างวิธีคิด ทักษะในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเองและเจตคติที่เหมาะสม
 - b) ระดับหลังปริญญา ควรเน้นที่การสร้างความรู้และทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละพื้นที่ การผลิตและเผยแพร่สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง สำหรับการผลิตแพทย์เฉพาะทางจำเป็นต้องศึกษาวิจัยเพื่อประเมินความต้องการของประเทศให้ชัดเจน เพื่อกำหนดทิศทางและแผนการผลิต การกระจายอย่างเหมาะสม
2. ควรวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนระบบการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ ไปสู่ทิศทางที่จะดำรงความเป็นอิสระและความเป็นกลางของแพทย์
3. ที่ปรึกษาและระบบส่งต่อผู้ป่วย ควรได้รับการพัฒนาให้ผู้ไข้เข้าถึงได้ง่ายโดยการรวบรวมและเผยแพร่แหล่งที่ปรึกษาผ่านสื่อกลางอย่างเช่น อินเทอร์เน็ต
4. ข้อมูลประกอบการวิจัย เพื่อให้แพทย์ได้เข้าถึงข้อมูลนี้ ควรมีการพัฒนา
 - a) เกณฑ์การตรวจสุขภาพคนงานก่อนเข้างานและต่อเนื่องเป็นระยะตามสภาพความเสี่ยงของงาน โดยการทบทวนองค์ความรู้หรือการวิจัย ให้รู้แน่ชัดว่ามีวิธีคัดกรองโรคหรือความเสี่ยงอะไรบ้างที่คุ้มค่า ตามสภาพของสถานประกอบการแต่ละประเภท
 - b) การจัดหาและกระจายเทคโนโลยีด้านห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์ตรวจวัดสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ตรวจวัดสมรรถภาพร่างกายอย่างเหมาะสม ด้วยการวิจัยและวางแผนร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชน
 - c) การผลิตและกระจายกำลังคนด้านที่เกี่ยวข้องกับข้อ a) ด้วยการวิจัยและวางแผนร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชน
 - d) ระบบเฝ้าระวังโรคและระบบรายงานกท.16 ให้สามารถครอบคลุมทุกสถานพยาบาล โดยมีรายละเอียดที่มากและมีคุณภาพเพียงพอโดยอาศัยอำนาจต่อรองของผู้ใช้บริการได้แก่กองทุนทดแทนแรงงานและกองทุนประกันสังคม
 - e) แนวทางมาตรฐานการตรวจวินิจฉัยและการประเมินความสูญเสียสมรรถภาพ โดยให้ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา อันจะนำไปสู่การยอมรับและใช้ประโยชน์อย่างจริงจัง
 - f) ความรู้ที่จะนำไปสู่การปรับความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้าง ลูกจ้างและผู้ให้บริการสุขภาพ บนฐานความไว้วางใจซึ่งกันและกัน อย่างเท่าเทียม

g) ระบบตรวจสอบกระบวนการวินิจฉัยด้วยกลไกภายในและภายนอก โดยผูกโยงกับระบบการให้คุณให้โทษกับผู้ให้บริการ

h) ระบบการสำรวจและรายงานผลการประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน โดยพัฒนาต่อไปนี้เป็น แพทย์ประจำโรงงาน เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำโรงงาน และ บริษัทที่ปรึกษาด้านอาชีวอนามัย

5. กระทรวงแรงงานฯ ควรใช้คณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมเป็นเวทีกำหนดแนวทางสำหรับพัฒนาเกณฑ์วินิจฉัยโรคและความสูญเสีย เกณฑ์จ่ายค่าทดแทน วิธีการจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการและ อัตราเบี้ยประกันความเสี่ยงของสถานประกอบการ

ⁱ พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 115 ตอนที่ 8 ก วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2541 หน้า 26

ⁱⁱ กองอาชีวอนามัย สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาอาชีวอนามัยในประเทศไทย พ.ศ. 2538 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ISBN 974-7995-63-8

ภาคผนวก 1 สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม

แบบสอบถามแพทย์ เกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความเห็นของแพทย์ต่อการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ความคิดเห็นของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อนำไปประกอบการวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์แนวทางการวินิจฉัยโรคจากการทำงานในปัจจุบันว่ามีปัญหา, อุปสรรคใดบ้างที่ควรได้รับการแก้ไข ผลจากการสำรวจนี้จะนำไปสู่การนำเสนอทางนโยบายเพื่อให้มีการปรับปรุงระบบที่เกื้อหนุนการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน โดยหวังว่าจะช่วยลดอุปสรรคในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน และช่วยให้การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนต่อไป

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งในความร่วมมือของท่าน

กรุณา ตอบคำถามในช่องว่าง และ ขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ท่านเห็นด้วยมากที่สุด

ข้อมูลทั่วไป

ID □□□

1. ท่านทำงานอยู่แผนก(หรือ ฝ่าย).....		
2. ท่านเป็นแพทย์ สาขาใด		
1.ทั่วไป	2.อายุรกรรม	3.ศัลยกรรมกระดูก 4.ศัลยกรรม..... 5. สูตินารีเวช
6. เวชกรรมป้องกัน 7. อื่นๆ.....		
3. ท่านเคยได้รับการอบรมหรือศึกษาด้านอาชีวเวชศาสตร์ มาหรือไม่		
1. ไม่เคย 2. อบรมระยะสั้นหลักสูตรอาชีวเวชศาสตร์ ของ กรมการแพทย์		
3. ศึกษาระดับปริญญาโทด้านอาชีวเวชศาสตร์หรืออาชีวอนามัย 4. อื่นๆ ระบุ.....		
4. ท่านเคยวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานหรือไม่		
1. เคย	2. ไม่เคย	3. ไม่แน่ใจ
ก. ถ้าเคยวินิจฉัย ใน 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยวินิจฉัยครั้ง		
ครั้งสุดท้ายท่านวินิจฉัยโรค.....		
ข. ท่านมีความมั่นใจมากน้อยเพียงไร		
1. ส่วนใหญ่มั่นใจมาก	2. มั่นใจบ้าง	3. ส่วนใหญ่ไม่มั่นใจ
ค. ท่านเคยรายงานผู้ป่วยเหล่านี้ไปยังหน่วยงานต่อไปนี้หรือไม่		
1. กองระบาดวิทยา	1. เคย	2. ไม่เคย 3. ไม่ทราบ
2. กองอาชีวอนามัย	1. เคย	2. ไม่เคย 3. ไม่ทราบ
3. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน	1. เคย	2. ไม่เคย 3. ไม่ทราบ
กระทรวงแรงงานฯ		
5. ท่านมีความพร้อมในการวินิจฉัยโรคจากการทำงานมากเพียงใด		1. มากที่สุด 2. ปานกลาง เพราะ..... 3., น้อยที่สุด เพราะ.....

6. ท่านคิดเห็นว่า**อุปสรรค**สำคัญของการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน คือ

1) แพทย์ทั่วไปยังมีความรู้ด้านอาชีวเวชศาสตร์ไม่เพียงพอ	1. เห็นด้วย	2. ไม่เห็นด้วย	3. ไม่แน่ใจ
2) ขาดแพทย์เฉพาะทางอาชีวเวชศาสตร์ที่ให้บริการทางอาชีวเวชกรรมโดยตรง	1. เห็นด้วย	2. ไม่เห็นด้วย	3. ไม่แน่ใจ
3.) ขาดทีมงานด้านอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล	1. เห็นด้วย	2. ไม่เห็นด้วย	3. ไม่แน่ใจ
4). ขาดความพร้อมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการชีวภาพ	1. เห็นด้วย	2. ไม่เห็นด้วย	3. ไม่แน่ใจ
5). ขาดข้อมูลการตรวจทางสิ่งแวดล้อมการทำงาน	1. เห็นด้วย	2. ไม่เห็นด้วย	3. ไม่แน่ใจ
6). ความไม่ยุติธรรมในการวินิจฉัยของกองทุนเงินทดแทน	1. เห็นด้วย	2. ไม่เห็นด้วย	3. ไม่แน่ใจ
7). การไม่ยอมรับความจริงของนายจ้าง	1. เห็นด้วย	2. ไม่เห็นด้วย	3. ไม่แน่ใจ
8). การไม่ยอมรับความจริงของลูกจ้าง	1. เห็นด้วย	2. ไม่เห็นด้วย	3. ไม่แน่ใจ
9). การไม่ยอมรับของแพทย์ประจำโรงงาน	1. เห็นด้วย	2. ไม่เห็นด้วย	3. ไม่แน่ใจ
10). ขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อได้เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและตรวจรักษา	1. เห็นด้วย	2. ไม่เห็นด้วย	3. ไม่แน่ใจ
11). ขาดแรงจูงใจในเรื่องค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่วินิจฉัย	1. เห็นด้วย	2. ไม่เห็นด้วย	3. ไม่แน่ใจ
12). อาจมีปัญหาทางกฎหมายเป็นคติความทำให้แพทย์ต้องขึ้นศาล	1. เห็นด้วย	2. ไม่เห็นด้วย	3. ไม่แน่ใจ
13). การประเมินความสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะเป็นเรื่องยาก	1. เห็นด้วย	2. ไม่เห็นด้วย	3. ไม่แน่ใจ
14). ปัจจัยอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน.....			

7. ความรู้เท่าที่ได้จากหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตที่ท่านเรียนมาคิดว่าเพียงพอสำหรับการวินิจฉัยโรคจากการทำงานหรือไม่(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	1. ไม่เพียงพอ, น่าจะมีการสอนเพิ่มเติมในหลักสูตรแพทย์ 2. ไม่เพียงพอ, ควรมีการอบรมเพิ่มเติมภายหลังปริญญา 3.. เหมาะสมอยู่แล้ว 4. อื่นๆ.....
--	---

8. ท่านรู้จักคู่มือการวินิจฉัยและการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพ(โดยกองอาชีวอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) หรือไม่	1. รู้จัก, ทราบ ↓ ไปข้อ 9. 2. ไม่ทราบ 3. ไม่แน่ใจ ↓ ไปข้อ 11.
9. ถ้ารู้จัก ท่านเคยใช้คู่มือดังกล่าว ช่วยในการวินิจฉัยหรือไม่	1. เคย ↓ ไปข้อ 12. 2. ไม่เคย ↓ ไป ข้อ 13.
10. การใช้คู่มือนี้นี้ช่วยให้ท่านวินิจฉัยโรคได้ดีขึ้นหรือไม่	1. ดีขึ้น เหตุผล..... 2. ไม่ดีขึ้น 3. ไม่แน่ใจ

11. ท่านคิดว่าอย่างน้อยที่สุดควรเป็นแพทย์ระดับใดที่สามารถเป็นผู้วินิจฉัยโรคจากการทำงานได้	1. แพทย์ทั่วไป 2. แพทย์ทั่วไปที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ระยะสั้น 3. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์หรือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้อง 4. อื่นๆ.....
12. ถ้ามี computer Software เป็นฐานข้อมูลที่จะช่วยในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ท่านคิดว่าจะช่วยให้มีการวินิจฉัยโรคดีขึ้น	1. เห็นด้วย 2. ไม่เห็นด้วย 3. ไม่แน่ใจ

13. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า ควรมีเกณฑ์มาตรฐานการวินิจฉัยโรค จากการทำงาน	1. เห็นด้วย 2. ไม่เห็นด้วย 3.ไม่แน่ใจ
14. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า ถ้ามี เกณฑ์มาตรฐานการวินิจฉัยโรค จากการทำงานจะช่วยให้มี จำนวน การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน เพิ่มขึ้น กว่าที่เป็นอยู่	1. เห็นด้วย 2. ไม่เห็นด้วย 3.ไม่แน่ใจ
15. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า ถ้ามี เกณฑ์มาตรฐานการวินิจฉัยโรค จากการทำงานจะช่วยให้มีการวินิจฉัยโรคได้ ถูกต้อง มากขึ้น	1. เห็นด้วย 2. ไม่เห็นด้วย 3.ไม่แน่ใจ
16. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า ควรมีการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ เมื่อมีการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน	1. เห็นด้วย 2. ไม่เห็นด้วย 3.ไม่แน่ใจ
17. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า ควรมีเกณฑ์มาตรฐานการรักษา โรคจากการทำงาน	1. เห็นด้วย 2. ไม่เห็นด้วย 3.ไม่แน่ใจ
18. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า ถ้าจะมี องค์กรอิสระที่เป็นกลางและมีเครดิตทางวิชาการเข้ามาตรวจสอบประเมินคุณภาพ บริการด้านอาชีวเวชกรรมของแพทย์และโรงพยาบาลทุก 5 ปี(เป็นระยะเวลาที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ)	1. เห็นด้วย 2. ไม่เห็นด้วย 3.ไม่แน่ใจ
19. ท่านทราบหรือไม่ว่า ผลจากการวินิจฉัยโรค จากการทำงานจะทำให้ ลูกจ้างได้สิทธิประโยชน์ จากกองทุนเงินทดแทนอย่างไรบ้าง	1. ทราบ 2. ทราบบ้าง 3. ไม่ทราบ
20. ท่านทราบเกี่ยวกับ ขั้นตอนการวินิจฉัย ให้เงินทดแทนของกองทุนเงินทดแทนหรือไม่	1. ทราบ 2.ทราบบ้าง 3. ไม่ทราบ
21. ท่านทราบ ที่มาของคณะกรรมการแพทย์ ของกองทุนเงินทดแทนหรือไม่	1. ทราบ 2. ทราบบ้าง 3. ไม่ทราบ
22. ท่านทราบ บทบาทหน้าที่ ของคณะกรรมการแพทย์ของกองทุนเงินทดแทนหรือไม่	1. ทราบ 2. ทราบบ้าง 3.ไม่ทราบ
23. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า คณะกรรมการแพทย์ของกองทุนเงินทดแทนสามารถ เข้าถึงข้อมูลการแพทย์ ที่จำเป็นของผู้ป่วยโดยขอจากสถานพยาบาลหรือแพทย์ผู้รักษาเพื่อมาประกอบการให้คำปรึกษาแก่กองทุนเงินทดแทนในการวินิจฉัยให้เงินทดแทนได้ โดยไม่มีข้อยกเว้น	1. เห็นด้วย 2. ไม่เห็นด้วย เหตุผล..... 3. ไม่แน่ใจ เหตุผล.....
24. ท่านคิดว่า ที่มาของคณะกรรมการแพทย์ของกองทุนเงินทดแทน ควรมาจากการเลือกตั้ง ในหมู่แพทย์หรือไม่	1. ควร เพราะ..... 2. ไม่ควร เพราะ..... 3. ไม่แน่ใจ เพราะ.....

ข้อมูลส่วนตัว

25. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี			
26. เพศ	1. ชาย	2. หญิง	
27. จบแพทย์เมื่อปี พ.ศ 25.....			
28. สถานที่ทำงานปัจจุบัน	1. โรงพยาบาลรัฐบาล	2. โรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน	3. ทั้งข้อ 1 และ 2
จังหวัด.....			

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความร่วมมือของท่าน โปรดส่งแบบสอบถามนี้กลับ สำนักงานประกันสังคม โดยใส่ในซองที่แนบมา

ภาคผนวก 2 ผลการสำรวจความคิดเห็นของแพทย์ต่อการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

จากการส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ทั้งสิ้น 420 ฉบับ มีผู้ตอบกลับ 222 ฉบับคิดเป็น อัตราการ ตอบกลับร้อยละ 52.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แพทย์กลุ่มเป้าหมายในการสำรวจและอัตราการตอบกลับ

แพทย์	จำนวนที่ส่งไป	ตอบกลับ(%)
ที่ได้รับการอบรมหลักสูตร แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ กรรมการแพทย์ รุ่นที่ 1-7	159	94(59.1)
ที่เคยวินิจฉัยและได้ส่งใบรับ รองแพทย์ไปกองทุนเงินทด แทน	182	95(52.2)
แพทย์โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง(นพรัตนราชธานี, สมุทรปราการ, นครปฐม)	79	33(41.7)
รวม	420	222(52.8)

จำนวนผู้ตอบกลับแบบสอบถามทั้งสิ้น 222 ราย เป็นกลุ่มแพทย์ที่เคยได้รับการอบรมหลักสูตร อาชีวเวชศาสตร์, หลักสูตรระยะสั้น และผู้ที่เคยศึกษาระดับปริญญาเกี่ยวกับสาขาอาชีวเวชศาสตร์ หรืออาชีวอนามัย จำนวน 103 ราย สำหรับแพทย์ที่ยังไม่เคยได้รับการอบรมวิชาเกี่ยวกับอาชีวเวช ศาสตร์และวิชาที่เกี่ยวข้องมาก่อนจำนวน 119 ราย ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นชาย ร้อยละ 83.0 และหญิงร้อยละ 17.0 กลุ่มอายุที่มีมากที่สุดคือ 30-39 ปี มีร้อยละ 42.4 รองลงมาคือ 40-49, 50-59 เท่ากับร้อยละ 38.2 และ 11.1 ตามลำดับ อายุน้อยที่สุด 25 ปี และมากที่สุด 70 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาแพทย์มาได้ 11-20 ปี มีร้อยละ 45.5 รองลงมาคือ 1-10 ปี ,21-30 ปี มีร้อยละ 27.9 และ 19.4 ตามลำดับ(ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่อยูในการสำรวจ

แพทย์สาขา	เคยรับกา รอบรม (n=103) ร้อยละ	ไม่เคยรับ การอบรม (n=119) ร้อยละ	รวม ร้อย ละ
เพศ			
ชาย	80.2	85.5	83.0
หญิง	19.8	14.5	17.0
กลุ่มอายุ			
20-29	2.0	7.7	5.1
30-39	46.0	39.3	42.4
40-49	33.0	42.7	38.2
50-59	16.0	6.8	11.1
60-69	3.0	2.6	2.8
70-79	0	0.9	0.5
ระยะเวลาหลังสำเร็จการ ศึกษา(ปี)			
41-50	0	0.8	0.5
31-40	2.9	4.2	3.6
21-30	19.4	19.3	19.4
11-20	49.5	42.0	45.5
1-10	24.3	31.9	28.4
ไม่ทราบ	3.9	1.7	2.7

ประสบการณ์การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

สัดส่วนของแพทย์สาขาต่างๆดังตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาโดยรวม เป็นแพทย์ทั่วไปร้อยละ 23.0 รองลงมาเป็นแพทย์สาขาอื่นๆ(จักษุ, ผิวหนัง, หูคอจมูก ฯลฯ) ร้อยละ 20 ศัลยกรรมทั่วไปและ ศัลยกรรมกระดูกรวมมีร้อยละ 35.6 กลุ่มแพทย์ที่เคยผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรีมีสัดส่วนของแพทย์ทั่วไปมากที่สุด(ร้อยละ 31.1) รองลงมาเป็นแพทย์ทางศัลยกรรมร้อยละ 14.6 ในขณะที่กลุ่มแพทย์ที่ไม่เคยผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.8 เป็นแพทย์ทางศัลยกรรมกระดูกและศัลยกรรมสาขาอื่นๆ รองลงมาคือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ(จักษุ, ผิวหนัง, หูคอจมูก) ร้อยละ 19.3 แพทย์ทั่วไป (ร้อยละ 16.0) และอายุรศาสตร์(ร้อยละ 8.4) สัดส่วนของแพทย์ในกลุ่มศัลยกรรมมีมากกว่ากลุ่มอื่นๆ แสดงให้เห็นว่าลักษณะปัญหาการเจ็บป่วยของคนงานเกิดจากการบาดเจ็บสูง

ตารางที่ 3 ลักษณะตัวอย่างแพทย์ที่อยู่ในกลุ่มสำรวจ

แพทย์สาขา	เคยรับกา รอบรม (n=103) ร้อยละ	ไม่เคยรับ การอบรม (n=119) ร้อยละ	รวม (n=222) ร้อยละ
ทั่วไป	31.1	16.0	23.0
อายุรศาสตร์	3.9	8.4	6.3
ศัลยศาสตร์กระดูก	6.8	26.9	17.6
ศัลยศาสตร์สาขาอื่นๆ	7.8	26.9	18.0
สูติศาสตร์	4.9	2.5	3.6
เวชกรรมป้องกัน	24.3	0	11.3
อื่นๆ(จักษุ, ผิวหนัง, หูคอจมูก ฯลฯ)	21.4	19.3	20.3
รวม	46.4	53.6	100

* การอบรมอาชีวเวชศาสตร์, ปริญญาโทอาชีวเวชศาสตร์หรือหลักสูตรอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับอาชีวเวชศาสตร์

สัดส่วนของผู้ที่เคยวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

พบ ว่าร้อยละ 75.2 ของกลุ่มตัวอย่างเคยวินิจฉัยโรคจากการทำงาน : กลุ่มแพทย์ที่เคยผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรี เคยวินิจฉัยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน ร้อยละ 68.0 ส่วนแพทย์ที่ไม่เคยผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรีเคยวินิจฉัยโรคและการบาดเจ็บร้อยละ 81.5 (ตารางที่ 4)

ความมั่นใจในการวินิจฉัยโรคจากการทำงานและการรายงานข้อมูล

ในส่วนของผู้ที่เคยวินิจฉัยโรคจากการทำงานมีร้อยละ 61.1 มีความมั่นใจในการวินิจฉัยของตนเอง แต่อัตราการรายงานข้อมูลเข้ากองทุนเงินทดแทนมีเพียงร้อยละ 56.9 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ร้อยละของประสบการณ์การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

ประสบการณ์	เคยรับการรักษา (n=103) ร้อยละ	ไม่เคยรับ การรักษา (n=119) ร้อยละ	รวม (n=222) ร้อยละ
เคยวินิจฉัยโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงาน	68.0	81.5	75.2*
มีความมั่นใจในการวินิจฉัย (n=167)	54.3	66.0	61.1*
เคยรายงานกองระบาดวิทยา	5.7	2.1	3.6
เคยรายงานกองอาชีวอนามัย	7.1	2.1	4.2
เคยรายงานกองทุนเงินทดแทน	48.6	62.9	56.9**

*, ** สัดส่วนมีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดย chi-square test ที่ p-value < 0.05, < 0.01 ตามลำดับ

ภาวะโรคและการบาดเจ็บที่เคยวินิจฉัย

ในจำนวนผู้ตอบว่าที่เคยวินิจฉัยโรคและการบาดเจ็บในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 129 ราย พบเป็นการวินิจฉัย การบาดเจ็บเฉียบพลันสูงสุดร้อยละ 62.0 รองลงมาคือ การบาดเจ็บกล้ามเนื้อโครงร่างกระดูก เช่นปวดหลัง, โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม ร้อยละ 16.3 โรคผิวหนังจากการทำงาน ร้อยละ 11.6 โรคปอดจากการทำงาน (byssinosis, silicosis) ร้อยละ 3.9 , โรคพิษสารเคมี (4.6%) และ โรคหูตึงจากการทำงาน (1.5%) กลุ่มที่เคยรับการอบรมวินิจฉัยโรคที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บ

เจ็บ (รวม โรคผิวหนัง, โรคปวด, พิษสารเคมี เท่ากับ ร้อยละ 33.4) ในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยอบรม(13.4 %, ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ภาวะที่เคยวินิจฉัยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

ภาวะโรค/การบาดเจ็บที่ วินิจฉัย	เคยรับกา รอบรม (n=54) ร้อยละ	ไม่เคยรับ การอบรม (n=72) ร้อยละ	รวม (n= 126) ร้อยละ
การบาดเจ็บเฉียบพลัน	28(51.8)	52(69.3)	80(62.0)
การบาดเจ็บเรื้อรังของกล้ามเนื้อ	8(14.8)	13(17.3)	21(16.3)
โรคผิวหนัง	8(14.8)	7(9.3)	15(11.6)
โรคปวดจากการทำงาน	4(7.4)	1(1.3)	5(3.9)
พิษสารเคมี	4(7.4)	2(2.7)	6(4.6)
โรคหูตึงจากการทำงาน	2(3.7)	0	2(1.5)
รวม	54(100)	75(100)	129(100)

กลุ่มแพทย์ทำงานในสถานบริการเอกชนที่เคยวินิจฉัยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน มีสัดส่วนในการรายงานเข้ากองทุนเงินทดแทนสูงสุดเท่ากับร้อยละ 69.7 รองลงมาคือกลุ่มที่ทำงานทั้งในภาครัฐและเอกชน(57.1 %) และ ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลรัฐมีอัตราการรายงานต่ำสุด(40.0 % , ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ร้อยละของการรายงานไปกองทุนเงินทดแทนในผู้ที่เคยวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

สถานที่ทำงานของแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลรัฐ(n=60)	24	40
โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก เอกชน(n=66)	46	69.7
ทำงานทั้งรัฐและเอกชน (n=35)	20	57.1
รวม(161)	90	55.9

ความพร้อมในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

มีเพียงร้อยละ 22.1 ที่มีความพร้อมมากในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ร้อยละ 60.4 มีความพร้อมปานกลาง และ ร้อยละ 17.6 มีความพร้อมน้อย (ตารางที่ 7)

เหตุผลเกี่ยวกับความพร้อมในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

ส่วนที่ตอบว่ามีความพร้อมมากหมายถึงพร้อมในการวินิจฉัยเฉพาะโรคสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญอยู่ เช่น ส่วนใหญ่โรคที่วินิจฉัยจะเป็นการบาดเจ็บจากการทำงาน ทางด้านศัลยกรรมกระดูก, มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคทางตา หรือโรคผิวหนัง

ส่วนที่มีความพร้อมปานกลางนั้น ขึ้นกับชนิดของโรค บางโรคชัดเจนเช่นการบาดเจ็บ บางโรคก็กำกวมตัดสินยาก เช่น back pain , บางคนมีความรู้ด้านอายุรกรรม โดยเฉพาะเกี่ยวกับสารพิษ, โรคที่ไม่ใช่การบาดเจ็บนั้นวินิจฉัยยาก, บางครั้งไม่ทราบที่เกิดจากงานหรือไม่, ไม่ได้ออกตรวจผู้ป่วยบ่อย, ไม่เคยได้รับการอบรม, ยังไม่ค่อยมีประสบการณ์ กระบวนการวินิจฉัยยุ่งยาก

ส่วนที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยน้อย เนื่องจากขาดประวัติที่ละเอียด, ขาดเกณฑ์วินิจฉัยที่แน่นอน, และขาดความชำนาญ, ไม่มีความรู้เพียงพอไม่มีการสอนในอายุรศาสตร์, ไม่มีความชำนาญ โดยเฉพาะโรคจากสารเคมี, ไม่ชำนาญสาขาอื่นๆ, ไม่ได้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับด้านโรคที่เกิดจากการทำงาน

จะสังเกตเห็นว่ากลุ่มที่ไม่เคยรับการอบรมมีสัดส่วนของผู้ที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยโรคและการบาดเจ็บมาก เพราะสัดส่วนของแพทย์ทางศัลยกรรมมีมากกว่า ซึ่งผู้ป่วยจากการบาดเจ็บนั้นแพทย์สามารถวินิจฉัยได้โดยไม่ต้องผ่านมาอบรมอาชีวเวชศาสตร์

ตารางที่ 7 ความพร้อมในการวินิจฉัยโรคจากการทำงานมีมากเพียงใด

ความพร้อมในการวินิจฉัยโรค จากการทำงาน	เคยรับกา รอบรม (n=103) ร้อยละ	ไม่เคยรับ การอบรม (n=119) ร้อยละ	รวม ร้อย ละ
มาก	13.6	29.4	22.1**
ปานกลาง	69.9	52.1	60.4
น้อย	16.5	18.5	17.6

** สัดส่วนมีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดย chi-square test ที่ p-value <0.01

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

ร้อยละ 81.5 เห็นว่าแพทย์ยังมีความรู้ไม่เพียงพอในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน, ขาดข้อมูลทางสิ่งแวดล้อม(80.6%), ขาดแพทย์ที่ปรึกษา(68.0%), อาจมีปัญหาต้อขึ้นศาล(68.5%), ขาดความพร้อมทางห้องปฏิบัติการ(59.0%), การประเมินความสูญเสียเป็นเรื่องยาก(58.6%), ความไม่ยอมรับของนายจ้าง(57.7%) ส่วนที่มีอุปสรรคน้อยได้แก่ ความไม่ยอมรับของลูกจ้าง (36.5%), แพทย์ขาดแรงจูงใจ(37.8%), ความไม่ยุติธรรมของแพทย์กองทุน (23.0%), ความไม่ยอมรับของแพทย์โรงงาน(15.8%, ตารางที่ 8)

นอกจากนี้มีความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการวินิจฉัยโรคจากการทำงานดังนี้ ได้แก่

1. เป็นลักษณะเฉพาะของโรคจากการทำงาน บางโรควินิจฉัยยาก เช่น การปวดหลัง , โรคจากการทำงานบางโรคพบน้อย ดังนั้นแพทย์จึงมีประสบการณ์น้อยมาก
2. แพทย์ขาดทักษะ, ขาดหน่วยงานที่ให้คำปรึกษา, น่าจะมี hotline ให้คำปรึกษาแพทย์
3. ขาดการอบรมอย่างต่อเนื่อง, ขาดแพทย์ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการวินิจฉัยโรค
4. ขาดเกณฑ์มาตรฐานที่ทุกคนยอมรับ ไม่เคยทราบว่ามีเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินการสูญเสียหรือไม่, ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้,

5. รูปแบบการดำเนินงานและกรอบอัตรากำลัง ยังไม่ชัดเจน ผู้บริหารของแต่ละหน่วยงานยัง
ไม่มีความรู้และไม่ทราบแนวทางทิศทางของอาชีพเวชศาสตร์อย่างชัดเจน, ขาดการสนับสนุนจากผู้
บริหาร ผู้บริหารไม่รู้จักคำว่าอาชีพเวชศาสตร์, จ่ายค่าตอบแทนน้อย

6. ระบบบริการ ไม่มีคลินิกเฉพาะโรค, ขาดทีมงาน, ขาดเครือข่ายของระบบการปรึกษาและ
ส่งต่อ, โรงเรียนแพทย์ขาดผู้เชี่ยวชาญทางอาชีพเวชศาสตร์

7. แพทย์ผู้วินิจฉัยโรคขาดข้อมูลเกี่ยวกับการลักษณะการทำงานและสิ่งแวดล้อมการ
ทำงาน, ไม่ทราบว่าคนงานสัมผัสสารใดบ้าง, เนื่องจากขาดข้อมูลการตรวจร่างกายก่อนเข้างาน,
ขาดแนวทางการตรวจ biological indicator ที่เป็นมาตรฐานชัดเจน, ขาดความพร้อมทางห้องปฏิบัติ
การ, ขาดข้อมูลสารเคมีในโรงงาน ลูกจ้าง ก็ไม่ทราบว่าเป็นสารอะไร

8. นายจ้างแจ้งไม่ตรงกับความจริง นายจ้างบอกให้ลูกจ้างแจ้งว่าไม่ได้เกิดจากการทำงาน

9. ผู้ป่วยบางครั้งอาจให้ประวัติไม่จริง malingering, ไม่มา follow up, ลูกจ้างหวังผลตอบแทน
ให้ข้อมูลไม่จริงเพื่อให้แพทย์วินิจฉัยโรคจากการทำงาน, ควรมีพยานบุคคลด้วยขณะเกิดเหตุ

10. ลูกจ้างและนายจ้างในสถานประกอบการบางส่วนไม่มีความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากสิ่ง
คุกคามในสิ่งแวดล้อมการทำงาน

11. ขาดการประชาสัมพันธ์ต่อนายจ้าง, ลูกจ้าง, และแพทย์ให้ตระหนักถึงโรคจากการทำงาน

12. เป็นปัญหาที่กองทุนเงินทดแทน, ไม่ได้ความรู้ที่ถูกต้องจากแพทย์ผู้พิจารณาวินิจฉัยเงิน
ทดแทน, ขาดการ feedback จากกองทุนเงินทดแทนกรณีที่ไม่เห็นด้วย, สงสัยว่าทำไมคณะกรรมการ
แพทย์ไม่ได้เป็นคนตรวจคนไข้แต่กลับรู้ดีกว่าแพทย์ผู้รักษา,

13. กรณีที่มีความขัดแย้งระหว่างลูกจ้างและนายจ้างทำให้แพทย์ทำงานลำบาก, ไม่อยากเข้า
ไปยุ่งเกี่ยว

14. เอกสารและขั้นตอนของประกันสังคมยุ่งยากมาก, กลัวจะต้องไปเกี่ยวข้องกับคดีความ

15. ขาดข้อมูล medical record ของคนงานตั้งแต่แรกเข้างาน, ระบบสารสนเทศไม่ดีพอ
ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง, ผู้ป่วยบางรายเป็นโรคพื้นฐานอยู่ก่อนทำให้วินิจฉัยยากว่าเกิดจากงาน
หรือไม่ เช่น spondylolithesis อาจเป็นมาก่อนมาทำงาน

ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยกับปัญหาอุปสรรคต่อการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

ความคิดเห็นต่ออุปสรรคในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน	เคยรับทราบ รอบรม (n=103) เห็นด้วย ร้อยละ	ไม่เคยรับ ทราบรอบรม (n=119) เห็นด้วย ร้อยละ	รวม (n=222) ร้อยละ
แพทย์มีความรู้ไม่พอเพียง	90.3	73.9	81.5**
ขาดแคลนแพทย์อาชีวเวชศาสตร์	75.7	64.7	69.8
ขาดความพร้อมทางห้องปฏิบัติการ	68.9	50.4	59.0**
ขาดข้อมูลสิ่งแวดล้อม	88.3	73.9	80.6**
ความไม่ยุติธรรมของแพทย์กองทุน	19.4	26.1	23.0
ความไม่ยอมรับของนายจ้าง	53.4	61.3	57.7
ความไม่ยอมรับของลูกจ้าง	35.0	37.8	36.5
ความไม่ยอมรับของแพทย์โรงงาน	15.5	16.0	15.8
ขาดแพทย์ที่ปรึกษา	68.0	68.1	68.0
ขาดแรงจูงใจ	38.8	37.0	37.8
มีปัญหาต้องขึ้นศาล	75.7	62.2	68.5*
การประเมินการสูญเสียเป็น เรื่องยาก	49.5	66.4	58.6*

*, ** สัดส่วนมีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดย chi-square test ที่ p-value < 0.05, < 0.01 ตามลำดับ

ความเห็นเกี่ยวกับหลักสูตรการสอนอาชีวเวชศาสตร์ในโรงเรียนแพทย์

มีผู้เห็นว่าไม่เพียงพอควรมีการอบรมเพิ่มเติมหลังปริญญามากที่สุดคือร้อยละ 39.6 รองลงมาคือ เพิ่มทั้งในหลักสูตรแพทย์และการอบรมหลังปริญญา (25.7%), การเพิ่มเติมในหลักสูตรแพทย์ (21.2 %) ส่วนที่เห็นว่าในหลักสูตรปกติเพียงพอแล้วมีเพียงร้อยละ 5.9 และร้อยละ 6.3 เห็นว่าขึ้นกับความสนใจของแพทย์, และการมีคู่มือจะช่วยมากกว่า (6.3%, ตารางที่ 9)

ในส่วนที่ตอบว่าไม่จำเป็นต้องมีการสอนเพิ่มเติมในหลักสูตร ให้เหตุผลว่า อาจไม่จำเป็นต้องสอนเพิ่ม ขึ้นกับความสนใจอ่านเพิ่มเติมเอง เนื่องจากคนไข้พวกนี้มันน้อย แพทย์จึงลืมหลักทฤษฎี, แต่โรคที่มีบ่อยมีไม่มากถ้าแพทย์ไม่ลืมแพทย์ทั่วไปจึงควรสามารถวินิจฉัยได้, นอกจากนี้กำลังมีแพทย์เฉพาะทางที่รับผิดชอบทางด้านนี้คงจะช่วยได้มากขึ้น

นศพ. มีวิชาอื่นเรียนมากอยู่แล้ว, เรียนพอแล้วดูในคู่มือการวินิจฉัยโรคได้, ควรมีคู่มือ การอบรมแพทย์ทั้งหมดคงเป็นเรื่องยาก, ควรมีเอกสารเรื่องความรู้ด้านนี้เป็นรายเดือนให้แพทย์ได้อ่าน แพทย์คงอ่านเพราะจะได้นำไปใช้, ขึ้นกับความสนใจของแพทย์ แพทย์ที่สนใจควรได้รับการอบรม

การอบรมควรอบรมเจ้าหน้าที่เป็นทีมงานในจังหวัดที่กลุ่มเสี่ยงสูงไม่ใช่อบรมแยกแต่ละวิชา ชีพกลับไปก็ทำอะไรไม่ได้, ควรมีการประชุมสัมมนาเป็นระยะๆ เป็น continuing education นอกจากนี้แพทย์แต่ละคนอาจมีพื้นฐานไม่เท่ากัน ขึ้นกับหลักสูตรที่เรียนว่าเป็นอย่างไรในขณะนั้น

ตารางที่ 9 ความคิดเห็นเกี่ยวกับหลักสูตรการสอนอาชีวเวชศาสตร์ในโรงเรียนแพทย์

ความคิดเห็นว่าหลักสูตรการ เรียนอาชีวเวชศาสตร์ในโรง เรียนแพทย์เพียงพอหรือไม่	เคยรับกา รอบรม (n=78) ร้อยละ	ไม่เคยรับ การอบรม (n=97) ร้อยละ	รวม ร้อย ละ
ไม่เพียงพอ ควรสอนเพิ่มใน หลักสูตรแพทย์	24.3	18.5	21.2
ไม่เพียงพอควรอบรมเพิ่มหลัง จบ พบ.	35.9	42.9	39.6
ควรเพิ่มทั้งในหลักสูตรแพทย์ และอบรมเพิ่มหลังปริญญา	33.0	19.3	25.7

พอเพียงแล้ว	1.0	10.1	5.9
อื่นๆ (ควรมีคู่มือแนวทาง, ขึ้นกับความสนใจ,	3.9	8.4	6.3

คู่มือการเฝ้าระวังและวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

ครึ่งหนึ่งเคย รู้จักคู่มือการวินิจฉัยโรคของกองอาชีวอนามัย และในส่วนที่รู้จัก กันนั้นเมื่อครั้งหนึ่งที่เคยใช้คู่มือ(ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ความเห็นต่อคู่มือการวินิจฉัยโรคและการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานของกองอาชีวอนามัย

ความเห็นต่อคู่มือการวินิจฉัยและการเฝ้าระวังโรคของกองอาชีวอนามัย	เคยรับกา รอบรม (n=103) ร้อยละ	เคยรับกา รอบรม (n=119) ร้อยละ	รวม ร้อย ละ
รู้จัก	78.6	23.5	49.1*
เคยใช้คู่มือ(n=81, 28)	53.1	39.3	49.5*

* สัดส่วนมีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดย chi-square test ที่ p-value< 0.05

แพทย์ที่วินิจฉัยโรคจากการทำงานควรเป็นระดับใด

ร้อยละ 41.3 เห็นว่าแพทย์ที่วินิจฉัยโรคจากการทำงานควรเป็นแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้น รองลงมาคือแพทย์ทั่วไปร้อยละ 33.1, ร้อยละ 17.9 เห็นว่าควรเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางบอชีวเวชศาสตร์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และ ร้อยละ 7.6 เห็นว่าควรวินิจฉัยร่วมกัน(ตารางที่ 11)

เหตุผลอื่นได้แก่ ควรมีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเมื่อมีปัญหา, แล้วแต่ความยากของโรค ถ้าไม่แน่ใจให้ส่งต่อ , ควรมีการวินิจฉัยร่วมกัน, บางครั้งควรทำในรูปของคณะกรรมการมีแพทย์เฉพาะทางร่วมด้วยว่าเกิดจากการทำงานหรือไม่

ตารางที่ 11 แพทย์ที่วินิจฉัยโรคจากการทำงานควรเป็นแพทย์ระดับใด

แพทย์ที่วินิจฉัยโรคจากการ ทำงานควรเป็นแพทย์ระดับใด	เคยรับกา รอบรม (n=103) ร้อยละ	ไม่เคยรับ การอบรม (n=119) ร้อยละ	รวม ร้อย ละ
แพทย์ทั่วไป	29.2	35.7	33.1
แพทย์ที่ผ่านการอบรมหลัก สูตรระยะสั้น	54.2	33.0	41.3
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอาชีพ เวชศาสตร์หรือแพทย์ผู้เชี่ยว ชาญเฉพาะสาขาที่เกี่ยวข้อง	9.7	23.2	17.9
อื่นๆ(มีระบบส่งต่อ, ร่วมกัน วินิจฉัย, ขึ้นกับโรคนั้นมีความ ยากหรือง่าย,)	7.0	8.1	7.6

ปัจจัยที่ช่วยให้มีการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

กว่าร้อยละ 92.8 เห็นว่าควรมีคู่มือเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจากการทำงานช่วยแพทย์ในการวินิจฉัย, เกณฑ์วินิจฉัยโรคช่วยให้การวินิจฉัยมีความถูกต้องมากขึ้น(85.1%) แต่ผู้เห็นว่าการมีเกณฑ์วินิจฉัยช่วยให้มีการวินิจฉัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 67.1 ปัจจัยอื่นๆที่ช่วยการวินิจฉัยได้แก่ การมี computer software(59.5%), การจ่ายค่าตอบแทนให้แพทย์(45.5 %)

ค่าตอบแทนแพทย์เมื่อวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

ส่วนที่เห็นด้วยเพราะแพทย์, พยาบาลที่ทำงานด้านนี้ไม่มีแรงจูงใจ, ทำแล้วไม่มีรายได้ แต่ส่วนที่ไม่เห็นด้วยให้เหตุผลว่าเพราะแพทย์ได้ค่าตรวจอยู่แล้ว

การประเมินคุณภาพบริการ

มีผู้เห็นด้วยกับการตรวจสอบประเมินคุณภาพบริการของแพทย์และโรงพยาบาลทุก 5 ปี(ตารางที่ 12) และให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า องค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบต้องมีความเป็นอิสระ ยุติธรรม มีความรู้วิชาการความสามารถดี มีจริยธรรม การควบคุมควรให้วิธีการทางบวกมากกว่าการลงโทษ ให้ incentive แก่โรงพยาบาลที่ปฏิบัติดี

ส่วนที่ไม่เห็นด้วยนั้นไม่เชื่อว่าจะมีองค์กรอิสระ สามารถประเมินได้จริง, ไม่แน่ใจว่ามีความยุติ

ธรรม

ตารางที่ 12 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

ปัจจัยที่ช่วยให้มีการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน	เคยรับการอบรม (n=78) เห็นด้วยร้อยละ	ไม่เคยรับการอบรม (n=97) เห็นด้วยร้อยละ	รวม ร้อยละ
ถ้ามีคอมพิวเตอร์ software ทำให้การวินิจฉัยดีขึ้น	64.1	55.5	59.5
ควรมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน	95.1	90.8	92.8
เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจากการทำงานทำให้มีการวินิจฉัยเพิ่มขึ้น	71.8	63.0	67.1
เกณฑ์การวินิจฉัยทำให้การวินิจฉัยถูกต้องมากขึ้น	90.3	80.7	85.1
ควรมีเกณฑ์การรักษาโรคจากการทำงาน	76.7	87.4	82.4
ควรจ่ายค่าตอบแทนให้แพทย์เมื่อวินิจฉัยโรคจากการทำงาน	40.8	49.6	45.5
ควรมีการตรวจสอบประเมินคุณภาพบริการของแพทย์และโรงพยาบาลทุก 5 ปี	67.0	67.2	67.1

ความรู้เกี่ยวกับการทดแทน

การที่แพทย์ทราบเกี่ยวกับสิทธิการได้รับทดแทนของลูกจ้างน่าจะช่วยให้มีความตระหนักในการวินิจฉัยโรคจากการทำงานมากขึ้น จากการสำรวจพบว่ามีเพียงครึ่งหนึ่งของแพทย์ที่ทราบเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่ลูกจ้างได้รับเมื่อเจ็บป่วยจากการทำงาน และหนึ่งในห้าทราบขั้นตอนการวินิจฉัยเงินทดแทน ในจำนวนนี้ผู้ที่เคยผ่านการอบรมจะทราบสิทธิประโยชน์ และทราบขั้นตอนการวินิจฉัยทดแทน ร้อยละ 78.6 และ 41.7 ส่วนกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการอบรมจะทราบสิทธิประโยชน์ และขั้นตอนดังกล่าวเพียงร้อยละ 32.8 และ 3.4 ตามลำดับ(ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 ความรู้เกี่ยวกับระบบกองทุนเงินทดแทน

ความรู้	เคยรับกา รอบรม (n=78) ร้อยละ	ไม่เคยรับ การอบรม (n=97) ร้อยละ	รวม ร้อย ละ
ทราบเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่ลูก จ้างจะได้รับเมื่อเจ็บป่วยด้วย โรคจากการทำงาน	78.6	32.8	54.1***
ทราบขั้นตอนการวินิจฉัยให้ เงินทดแทน	41.7	3.4	21.2***

*** สัดส่วนมีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดย chi-square test ที่ p-value< 0.001

คณะกรรมการแพทย์กองทุนเงินทดแทน

แพทย์ที่ผ่านการอบรมจะทราบเกี่ยวกับที่มาของแพทย์กองทุนเงินทดแทนมากกว่าแพทย์ที่ไม่เคยผ่านการอบรม(32.0% vs 2.5%) และทราบบทบาทแพทย์กองทุนมากกว่าเช่นกัน(35.0% vs 5.0%)

การขอหลักฐานการแพทย์จากผู้ป่วยโดยแพทย์กองทุนเงินทดแทนโดยไม่มีข้อยกเว้น

ส่วนความเห็นเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยที่คณะกรรมการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยไม่มีข้อยกเว้น(68.0%) ส่วนที่ไม่เห็นด้วยให้เหตุผลว่าควรได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยก่อน, ควรให้แพทย์เจ้าของคนไข้ยินยอมด้วย, กรรมการอาจมีอำนาจมากเกินไป, บางครั้งข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเรียกเงินทดแทนก็ควรจะปกปิด และน่าจะมีขอบเขตแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องนี้ให้ชัดเจน

การเลือกกรรมการกองทุน

ร้อยละ 37.8 เห็นด้วยว่าแพทย์กองทุนอาจมาจากการเลือกตั้งในหมู่แพทย์(ตารางที่ 14) เพราะจะได้กรรมการเป็นกลาง, จะได้เข้าใจเรื่องการรักษา, เพื่อให้ได้คนที่มีความสามารถและยุติธรรม, ถ้ามีการเลือกตั้งควรกำหนดคุณสมบัติของคณะกรรมการให้ทราบ, ควรเลือกจากแพทย์ที่มีความชำนาญทางด้านนี้, กระบวนการเลือกมีความโปร่งใสและเป็นกลาง, จะได้ประเมิณผลงานได้, ควรเลือกจากภาคเอกชนด้วย

ส่วนที่ไม่เห็นด้วยเพราะไม่ทราบว่าควรมีหลักเกณฑ์การเลือกคุณสมบัติอย่างไร, ควรให้หน่วยงานเลือกจากผู้ทรงคุณวุฒิทางวิชาการเอง, แพทย์ที่ไม่เกี่ยวข้องไม่ทราบว่าจะไปเลือกทำไม, แพทย์ทั่วไปไม่ทราบว่าบุคคลใดเหมาะสม, ควรเป็นหน้าที่ของประกันสังคมที่จะหาแพทย์มาช่วยโดยปรึกษาไปยังแพทย์สภาหรือกระทรวงสาธารณสุข, แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของกรรมการ ไม่อยากจะยุ่ง คิดว่าไม่มีคนไปใช้สิทธิ์

ส่วนที่ไม่แน่ใจว่าควรมีการเลือกตั้งในหมู่แพทย์ เห็นว่าควรได้จากการเลือกตั้งส่วนหนึ่งและแต่งตั้งส่วนหนึ่ง, ยังไม่ทราบว่าใครมีความรู้ทางด้านนี้, ไม่แน่ใจว่าจะได้คนที่มีความรู้จริง, น่าจะขอผู้เชี่ยวชาญจากราชวิทยาลัยต่างๆอยู่เป็นวาระๆ, ยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของกรรมการ, ไม่แน่ใจว่าจะมีคนสนใจ, การเลือกตั้งไม่จำเป็นน่าจะหาคนที่สมัครใจดีกว่า, ขึ้นกับกระบวนการเลือกตั้งว่าเป็นอย่างไร, คนที่ไม่มีความรู้อาจได้รับเลือกเข้าไปได้เพราะรู้จักแพทย์มาก, ไม่รู้ว่าคนที่มาให้เลือกเก่งด้านไหน

มีผู้เห็นว่ากรรมการชุดนี้ควรมีบุคลากรสาขาอื่นด้วย เช่น นักกฎหมาย, ควรเลือกมาจากคนที่มีความรู้ทางด้านนี้, ควรเลือกจากรัฐ องค์กรนายจ้าง ลูกจ้าง,

นอกจากนี้ยังมีความเห็นว่าคณะกรรมการมีผลกระทบกว้างกว่าวงการแพทย์จึงควรให้นายจ้าง และลูกจ้างควรมีส่วนร่วมในการเลือกด้วย

ตารางที่ 14 ความคิดเห็นเกี่ยวกับคณะกรรมการแพทย์กองทุนเงินทดแทน

ความคิดเห็นเกี่ยวกับแพทย์ ของกองทุนเงินทดแทน	เคยรับกา รอบรม (n=78) ร้อยละ	ไม่เคยรับ การอบรม (n=97) ร้อยละ	รวม ร้อย ละ
ทราบที่มาของคณะกรรมการ แพทย์ของกองทุนเงินทดแทน	32.0	2.5	16.2***
ทราบบทบาทหน้าที่ของคณะ กรรมการแพทย์กองทุนเงินทด แทน	35.0	5.0	18.9***
คณะกรรมการแพทย์สามารถ เข้าถึงข้อมูลได้โดยไม่มีข้อก เว้น	68.9	67.2	68.0
แพทย์ที่ปรึกษากองทุนควรมา จากการเลือกตั้ง	35.9	39.5	37.8

*** สัดส่วนมีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดย chi-square test ที่ p-value < 0.001

ความคิดเห็นอื่นๆ

กองทุนเงินทดแทนควรจะใช้เงินในการป้องกันโรคจากการทำงานด้วย จะคุ้มค่ามากกว่ามาให้เงินในการรักษาเมื่อปัญหาเกิดขึ้นแล้ว นอกจากนี้กรรมการแพทย์ควรดูคนไข้ด้วยไม่ใช่ดูแต่ข้อมูลเอกสารในกระดาษเท่านั้น

ภาคผนวก 3 วิชาอาชีวเวชศาสตร์ในหลักสูตรแพทย์

ตารางที่ 15 จำนวนชั่วโมงและหัวข้อวิชาอาชีวเวชศาสตร์และสิ่งแวดล้อมที่สอนในหลักสูตรแพทย์ตามคณะแพทย์ต่างๆ ปี 2541

คณะแพทย์	ชั้นปี	หัวข้อวิชา	ชม.	ผู้สอน
ม. สงขลานครินทร์	2	Environmental health	4	อ. ณรงค์ ณ เชียงใหม่
	3	Occupational Health	4	อ. พญ. พิษญา ตันติเศรณี
	3	Environmental health	4	อ. ณรงค์ ณ เชียงใหม่
ม. ขอนแก่น	4	Introduction to Occupational health (บรรยาย)	3	ผศ. นพ. พิเศษฐ์ ใจทัยกิจ
	4	การดูงานในโรงงาน, walk through survey	2.30	
ม. รังสิต	3	Environmental medicine	4	ผ.ศ. เนาวรัตน์ เจริญค้าฮาร์แมน
	3	การประเมินด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม, กฎหมายระเบียบมาตรฐานว่าด้วยสิ่งแวดล้อม	2	นายอดิสรพันธ์ กาญจนเรขา
	3	อาชีวอนามัย	1	นายวิกรม เสงี่ยมศิริ
	3	สิ่งคุกคามการทำงาน	1	น.ส. รัชนิกร ชมสวน
	3	โรคจากการประกอบอาชีพและการป้องกัน	1	พ.ญ. วิลาวัณย์ จึ่งประเสริฐ
	3	การจัดสภาพงานให้เหมาะกับคนงาน	1	ดร. สลิธร เสงี่ยมศิริ
	3	กฎหมายความปลอดภัย	1	นายวิกรม เสงี่ยมศิริ
	3	การบริการอาชีวอนามัยในโรงงาน และการดำเนินงานระดับท้องถิ่น	2	นายวิกรม เสงี่ยมศิริ
	3	พระราชบัญญัติประกันสังคม	2	นพ. วันชาติ ศุภจัตุรัส

	3	เวชศาสตร์การbin	2	นาวาเอก นพ. ทศพล สง่าเนตร
ม. เชียงใหม่	2	Environmental Health	3	อ. บุญต่วน แก้วปิ่นตา
	4	Environmental health	1.3	ร.ศ. พัฒน์ สุจํานงค์ อ. บุญต่วน แก้วปิ่นตา
	4	Medical waste management	2.3	ร.ศ. พัฒน์ สุจํานงค์ อ. บุญต่วน แก้วปิ่นตา
	4	Visit medical waste treatment	4	ร.ศ. พัฒน์ สุจํานงค์ อ. บุญต่วน แก้วปิ่นตา
	4	Visit sewage treatment plant	4	ร.ศ. พัฒน์ สุจํานงค์ อ. บุญต่วน แก้วปิ่นตา
	4	Discussion Environmental health	2.3	ร.ศ. พัฒน์ สุจํานงค์ อ. บุญต่วน แก้วปิ่นตา
	4	Occupational Health	2.3	อ. ธารทิพย์ พรหมขัติ แก้ว ผศ. นพ. สุวัฒน์ จริยา เลิศศักดิ์ อ. จิราพร สุวรรณธีราง กูร
	4	Field visit to Occupational Health	4	อ. ธารทิพย์ พรหมขัติ แก้ว ผศ. นพ. สุวัฒน์ จริยา เลิศศักดิ์
	4	Discussion on Occupational health	2.3	อ. ธารทิพย์ พรหมขัติ แก้ว ผศ. นพ. สุวัฒน์ จริยา เลิศศักดิ์
รามธิบดี ม. มหาดล	4	อาชีพเวชศาสตร์	2	รศ. พ.ญ. สมจิต พุก ษะรัตนนท์ ผศ. นพ. รพีพัฒน์ ชัดต

				ประกาศ
	4	สำรวจโรงงาน	3	
	4	งานอาชีวอนามัย	3	
	4	อภิปรายการสำรวจโรงงาน	1..30	
	5	อาชีวเวชศาสตร์	2	ผศ. นพ. วิชัย เอกพลากร
วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า	3	Environmental medicine - มลพิษในแวดล้อม	8	ผศ. พท. หญิงคุณหญิง เวณิกา ทวีชัยการ
	4	ความปลอดภัยในอาชีพทหาร	1	ผศ. พท. หญิงคุณหญิง เวณิกา ทวีชัยการ
	4	Introduction to Occupational Medicine	1	พญ. อรพรรณ เมธา ดิลกกุล
	4	Introduction to Occupational disease	1	พญ. อรพรรณ เมธา ดิลกกุล
	4	การวางแผนแก้ปัญหาทาง Occupational Medicine	1	พญ. อรพรรณ เมธา ดิลกกุล
	4	อุบัติเหตุและอุบัติภัยในการ ทำงาน	2	พ.ท. ศเชนทร์ ปิ่น สุวรรณ
	4	สถานการณ์การใช้สารเคมีใน การอุตสาหกรรมและเกษตร	1	ผศ. พท. หญิงคุณหญิง เวณิกา ทวีชัยการ
	4	โรคตาจากการประกอบอาชีพ	1	พ.อ. วิชาล ศรีโพธิ์ทอง นาค
	4	Noise induced hearing loss	1	พล.ต. ชชาญ ชรากร
	4	Heat stroke	1	พ.ท. หญิงพรรณนุภา ชูวิเชียร
	4	Electrical injury and burns	1	พ.ท. อติสร วงษา
	4	Occupational Lung Disease	1	ร.อ. วุฒิชัย วิสุทธิธวิล
	5	คุณภาพอากาศในอาคาร	4	ผศ. พท. หญิงคุณหญิง เวณิกา ทวีชัยการ
	5	ความปลอดภัยในโรงพยาบาล	4	ผศ. พท. หญิงคุณหญิง

				เวณิกา ทวีชัยการ
ม.นเรศวร	5	อาชีพเวชศาสตร์(อยู่ระหว่าง การร่างหลักสูตร)	2	
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	3	อาชีพอนามัย(1 สัปดาห์)	ทฤษฎี 11	ผศ. นพ. พรชัย ลิทธิศ รันย์กุล, ผศ. นพ. สุนทร ศุภพงษ์ ผศ. นพ. สุชัย สุ เทพารักษ์
	3	อนามัยสิ่งแวดล้อม(1 สัปดาห์)	ทฤษฎี 10 นำเสนอ 8	รศ. นพ. บดี ธีระมัน รศ. สมเกียรติ วงษ์ทิม
	5	หลักการสำรวจโรงงาน	.30	
	5	ดูงานศูนย์อนามัย	3	
	5	ดูงานโรงงาน	3	
	5	นิสิตนำเสนอการศึกษาอุบัติเหตุ เหตุในสถานประกอบการ	1.30	
	5	นิสิตนำเสนอ lead poisoning	2	
	5	ดูงานระบบกำจัดน้ำเสีย	3	
	5	ดูงานการจัดการอุบัติเหตุภัยหมู่ ของเทศบาลแหลมฉบัง	3	
	5	ดูงานอาชีพอนามัยร.พ. อ่าว อุดม	1.30	
	5	ดูงานสุขาภิบาลร.พ. อ่าวอุดม	3	
	5	ดูงานศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อม เขตชลบุรี	1.30	
คณะแพทยศาสตร์ศิริ ราช(ข้อมูลปี 2538)	3	Disesases caused by environmental and chemical factors(บรรยาย)	2	

	4	Toxicology(อภิปรายกลุ่มย่อย)	2	
	4	Occupational diseases(heavy metal, Pb, Mn, Lung diseases)	2	
	4	Occupational carcinogens	1	
	4	Work compensation and rehabilitation	1	
	4	Chemical environment: agriculture	1	
	4	Physical environment	1	
	4	ดูงาน Occupational/environmental problem	3	
	4	Discussion หลังการดูงาน	3	

ภาคผนวก 4

ประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่อง กำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องมาจากการทำงาน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 6 และมาตรา 14 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมจึงประกาศกำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องมาจากการทำงานไว้ ดังต่อไปนี้

1. โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว
2. โรคจากแมงกานีสหรือสารประกอบของแมงกานีส
3. โรคจากสารหนูหรือสารประกอบของสารหนู
4. โรคจากเบอริลเลียมหรือสารประกอบของเบอริลเลียม
5. โรคจากปรอทหรือสารประกอบของปรอท
6. โรคจากโครเมียมหรือสารประกอบของโครเมียม

7. โรคจากนิเกิ้ลหรือสารประกอบของนิเกิ้ล
8. โรคจากสังกะสีหรือสารประกอบของสังกะสี
9. โรคจากแคดเมียมหรือสารประกอบของแคดเมียม
10. โรคจากฟอสฟอรัสหรือสารประกอบของฟอสฟอรัส
11. โรคจากคาร์บอนไดซัลไฟด์
12. โรคจากไฮโดรคาร์บอน
13. โรคจากซิลิโคนไดออกไซด์หรือกรดซิลิฟิวริก
14. โรคจากไนโตรเจนไดออกไซด์หรือไนตริก
15. โรคแอมโมเนีย
16. โรคจากคลอรีนหรือสารประกอบของคลอรีน
17. โรคจากคาร์บอนมอนอกไซด์
18. โรคจากเบนซีนหรือสารประกอบของเบนซีน
19. โรคจากฮาโลเจนซึ่งเป็นอนุพันธ์ของไฮโดรเจนกลุ่มน้ำมัน
20. โรคจากสารกำจัดศัตรูพืช
21. โรคจากสารเคมีอื่นหรือสารประกอบของสารเคมีอื่น
22. โรคจากเสียง
23. โรคจากความร้อน
24. โรคจากความเย็น
25. โรคจากความสั่นสะเทือน
26. โรคจากความกดดันอากาศ
27. โรคจากรังสีไม่แตกตัว
28. โรคจากรังสีแตกตัว
29. โรคจากแสงหรือคลื่นแม่เหล็ก-ไฟฟ้าอื่นๆ
30. โรคจากฝุ่น

31. โรคติดต่อจากการทำงาน

32. โรคอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน

ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2538

รายชื่อ Notifiable Industrial Diseases โรคเหล่านี้ แพทย์ผู้ดูแลต้องรายงานแก่ หัวหน้าตรวจ
สอบโรงงาน ของประเทศสิงคโปร์

1. Aniline Poisoning
2. Anthrax
3. Arsenical Poisoning
4. Asbestosis
5. Barotrauma
6. Beryllium Poisoning
7. Byssinosis
8. Cadmium Poisoning
9. Carbamate Poisoning
10. Carbon Bisulfide Poisoning
11. Chrome Ulceration
12. Chronic Benzene Poisoning
13. Compressed Air illness
14. Cyanide Poisoning
15. Epitheliomatous Ulceration (due to tar, pitch, bitumen, mineral oil or paraffin or any compound product or residue of any such substance)
16. Hydrogen Sulfide Poisoning
17. Industrial Dermatitis
18. Lead Poisoning

- 19.Liver Angiosarcoma
- 20.Manganese Poisoning
- 21.Mercurial Poisoning
- 22.Mesothelioma
- 23.Noise Induced Deafness
- 24.Occupational Asthma
- 25.Organophosphate Poisoning
- 26.Phosphorus Poisoning
- 27.Poisoning from Halogen Derivatives of Hydrocarbons
- 28.Repetitive Strain Disorder of Upper Limb
- 29.Silicosis
- 30.Toxic Anemia
- 31.Toxic Hepatitis

โรคเหล่านี้ต้องมีการรายงานโดยแบบรายงานโดยแพทย์และผู้ดูแลโรงงาน

List of Compensable Occupational Diseases in the second schedule of the workmen's Compensation Act

1. Anthrax
2. Asbestosis
3. Barotrauma
4. Byssinosis
5. Cataract(heat related)
6. Chrome ulceration
7. Compressed air illness and its sequelae
8. Epitheliomatous cancer or ulceration of the skin, Localised new growth of the skin,
Ulceration of the cornea
9. Glanders
10. Industrial dermatitis
11. Repetitive strain disorder of the upper limb
12. Inflammation, ulceration or malignant disease of the skin or subcutaneous tissues or of
the bones, or leukemia or anemia of the aplastic type (radiation related)
13. Leptospirosis or its sequelae
14. Liver angiosarcoma
15. Mesothelioma
16. Noise-induced deafness
17. Occupational asthma
18. Poisoning by:
 - a. Arsenic
 - b. Benzene or homologue
 - c. Cadmium
 - d. Carbamate
 - e. Carbon disulfide

- f. Carbon dioxide gas
- g. Carbon monoxide
- h. Cyanide
- i. Halogen derivatives of hydrocarbons of the aliphatic series
- j. Hydrogen sulfide
- k. Lead
- l. Manganese
- m. Mercury
- n. Nitrous fumes
- o. Organophosphate
- p. Phosphorus

19. Silicosis

20. Toxic hepatitis

21. Tuberculosis(health-care worker)

ภาคผนวก 5 โครงสร้างหน่วยงานทางอาชีพเวชกรรม

กรอบอัตรากำลังรอบที่ 3 ปี 2538-40 เริ่มกำหนดให้ทีมงานอาชีพเวชกรรมอยู่ภายใต้กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ได้แก่

1. นนทบุรี	16. เพชรบุรี
2. ปทุมธานี	17. นครราชสีมา
3. พระนครศรีอยุธยา	18. ขอนแก่น
4. อ่างทอง	19. อุบลราชธานี
5. สมุทรปราการ	20. ตาก
6. สระบุรี	21. กำแพงเพชร
7. สุพรรณบุรี	22. นครสวรรค์
8. ระยอง	23. พิษณุโลก
9. ชลบุรี	24. ลำปาง
10. ฉะเชิงเทรา	25. เชียงใหม่
11. ปราจีนบุรี	26. สุราษฎร์ธานี
12. นครปฐม	27. นครศรีธรรมราช
13. ราชบุรี	28. กระบี่
14. สมุทรสาคร	29. ภูเก็ต
15. สมุทรสงคราม	30. สงขลา

โรงพยาบาลเหล่านี้เป็นโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป มีงานอาชีพเวชกรรมอยู่ในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม หน้าที่ผิดชอบประกอบด้วย

1. งานบริการเชิงรับ ได้แก่ การเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและการตรวจสุขภาพประจำปี
2. งานบริการเชิงรุก ได้แก่ การจัดบริการด้านสาธารณสุขในโรงงาน(ส่งเสริมป้องกัน รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ)
3. งานสาธารณสุขมูลฐานในโรงงาน

ตำแหน่งรับผิดชอบงาน พยาบาลวิชาชีพ 3-5 หรือ 6 ว หรือ 7 จำนวน 2 ตำแหน่ง

นักวิชาการสาธารณสุข 3-5 หรือ 6 ว หรือ 7 จำนวน 1 ตำแหน่ง

นักวิชาการควบคุมโรค 3-5 หรือ 6 ว หรือ 7 จำนวน 1 ตำแหน่ง

ในกรอบอัตราค่าจ้างรอบ 4 ปี 2541-2545 งานอาชีพเวชกรรมได้ปรับโครงสร้างใหม่เป็นกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม แยกเป็น 3 งานคือ

1. งานอาชีพเวชกรรมคลินิก รับผิดชอบ

- 1.) คลินิกตรวจสุขภาพในโรงพยาบาล
- 2.) คลินิกอาชีพเวชกรรม
- 3.) ตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือทางอาชีพเวชกรรม
- 4.) รับการส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยโรคจากการประกอบอาชีพ
- 5.) ส่งต่อผู้ป่วยจากการประกอบอาชีพที่มีปัญหาเฉพาะด้าน
- 6.) จัดซ่อมแผนรับอุบัติเหตุหมู่และภัยพิบัติจากโรงงาน

2. งานอาชีพป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

- 1.) จัดบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่
- 2.) จัดบริการอนามัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- 3.) จัดงานเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
- 4.) สอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
- 5.) ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม

3. งานพิษวิทยาและพัฒนาวิชาการ

- 1.) เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและอุบัติเหตุจากการทำงานในจังหวัด
- 2.) เป็นศูนย์ข้อมูลสารเคมีอันตรายในจังหวัดและศูนย์ข้อมูลพิษวิทยา
- 3.) วิเคราะห์หาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม
- 4.) ศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาการวินิจฉัยโรค รักษา ส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค
- 5.) พัฒนากลวิธีที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัย รักษา ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 6.) ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์
- 7.) การจัดระบบบันทึกทางการแพทย์
- 8.) ให้คำปรึกษาและแนะนำการดำเนินการเกี่ยวกับปัญหา โรคจากการทำงาน โรคจากสิ่งแวดล้อมรวมทั้งกฎหมายแก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง
- 9.) วางแผนดำเนินงาน ควบคุมกำกับ ประเมินและรายงาน

กรอบอัตรากำลัง สำหรับ รพศ./รพท. ในเขต 15 คน(รพ.ที่อยู่ในเขตอุตสาหกรรมและเขตเศรษฐกิจใหม่) และรพศ./รพท. นอกเขต 9 คน(รพ.ที่อยู่นอกเขตอุตสาหกรรมและเขตเศรษฐกิจใหม่)

บุคลากรผู้รับผิดชอบ

แพทย์ 2-4 คน

งานอาชีพเวชกรรม พยาบาล 2-4 คน

งานอาชีพเวชป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ พยาบาล 3-4 คน

งานพิษวิทยาและพัฒนานาวิชาการ พยาบาล 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1-2 คน

ครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์การแพทย์ประเภทเครื่องมือที่ใช้ตรวจร่างกายทางอาชีพเวชศาสตร์ รายงานประจำปีงบประมาณ 2538

โรงพยาบาล	ครุภัณฑ์ที่ได้รับ
1. โรงพยาบาลปทุมธานี	1. เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด
2. โรงพยาบาลสมุทรปราการ	2. เครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน
3. โรงพยาบาลสระบุรี	3. เครื่องตรวจสมรรถภาพการมองเห็น
4. โรงพยาบาลพระพุทธบาท	4. ชุดเครื่องมือทดสอบสมรรถภาพทางกาย
5. โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา	
6. โรงพยาบาลชลบุรี	
7. โรงพยาบาลระยอง	
8. โรงพยาบาลนครปฐม	

รายชื่อครุภัณฑ์

1. เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด
2. เครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน
3. เครื่องตรวจสมรรถภาพการมองเห็น
4. ชุดเครื่องมือทดสอบสมรรถภาพทางกาย
5. ชุดวัดระดับความดันและวิเคราะห์ความเสี่ยง
6. เครื่องวัดแสง
7. ชุดวัดความร้อน

8. เครื่องวัดปริมาณออกซิเจน
9. เครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับการประมวลผลทั่วไป
10. เครื่องพิมพ์ความเร็วไม่ต่ำกว่า 200 ตัวอักษร/วินาที
11. เครื่องวัดปริมาณธาตุโดยการดูดกลืนแสงของอะตอม
12. เครื่องแยกและหาปริมาณสารโดยใช้ก๊าซเป็นตัวพา
13. เครื่องแยกและหาปริมาณสารโดยใช้ของเหลวเป็นตัวพา

ปี 2540 โรงพยาบาลทั่วไป 96 แห่งทั่วประเทศได้รับจัดสรรเครื่องมือรายการที่ ซึ่งในจำนวนนี้มี 32 แห่งมีครุภัณฑ์รายการที่ 11-13 ด้วย ได้แก่

1. โรงพยาบาลปทุมธานี	17. โรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. โรงพยาบาลสมุทรปราการ	18. โรงพยาบาลมหาราช
3. โรงพยาบาลสระบุรี	19. โรงพยาบาลขอนแก่น
4. โรงพยาบาลพระพุทธบาท	20. โรงพยาบาลอุดรธานี
5. โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา	21. โรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์
6. โรงพยาบาลชลบุรี	22. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
7. โรงพยาบาลระยอง	23. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสิน
8. โรงพยาบาลนครปฐม	24. โรงพยาบาลพระพุทธชินราช
9. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	25. โรงพยาบาลนครพิง
10. โรงพยาบาลอ่างทอง	26. โรงพยาบาลเขียวรายประชานุเคราะห์
11. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช	27. โรงพยาบาลลำปาง
12. โรงพยาบาลพระปกเกล้า	28. โรงพยาบาลมหาราช
13. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์	29. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
14. โรงพยาบาลราชบุรี	30. โรงพยาบาลหาดใหญ่
15. โรงพยาบาลพระจอมเกล้า	31. โรงพยาบาลยะลา
16. โรงพยาบาลสมุทรสงคราม	32. โรงพยาบาลลำพูน

ที่มา กองอาชีวอนามัย กระทรวงสาธารณสุข