

รายงานผลการวิจัย

การทบทวนรูปแบบการทำงาน

ของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน
ของประเทศไทย และประเทศต่างๆ

REVIEW THE WORK OF THE WORKMEN'S COMPENSATION MEDICAL
COMMITTEE OF THAILAND AND OTHER COUNTRIES

รายงานผลการวิจัย

โดย

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พรชัย สิทธิศรัณย์กุล
อาจารย์ นายแพทย์ วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร

เสนอต่อสำนักงานกองทุนเงินทดแทน

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

โดยตามเห็นชอบสนับสนุนการวิจัยจากคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน

พ.ศ. 2542

๗
๑.๐3๐424
Social Security off.
PS:๐๙๐5๐3

๖๒๙๔๒

รายงานผลการวิจัย

การทบทวนรูปแบบการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน
ของประเทศไทย และประเทศต่าง ๆ

REVIEW THE WORK OF THE WORKMEN'S COMPENSATION MEDICAL
COMMITTEE OF THAILAND AND OTHER COUNTRIES

รายงานผลการวิจัย

โดย

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พรชัย สิริศรีธัญกุล
อาจารย์ นายแพทย์ วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร

เสนอต่อสำนักงานกองทุนเงินทดแทน

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

โดยความเห็นชอบสนับสนุนการวิจัยจากคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน

พ.ศ. 2542

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

"This document is the property of
Thailand Information Center (TIC),
Centers of Academic Resources and is to
be returned within two weeks to the
Thailand Information Center, Center of
Academic Resources, Chulalongkorn
University"

๒ ๒๒ ๓๖๗

B16349214
20552870
5648

คำนำ

กองทุนเงินทดแทนได้ก่อตั้งและดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 ตั้งแต่สังกัดกระทรวงมหาดไทย จนโอนมาสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ในปี พ.ศ. 2536 ปัจจุบันดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 การดำเนินงานกระทำโดยคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน โดยมีคณะกรรมการการแพทย์ดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์ (สมัยขึ้นกับกรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย คณะกรรมการชุดดังกล่าว มีชื่อว่า คณะกรรมการที่ปรึกษาพนักงานเงินทดแทน ตามประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103) คณะกรรมการการแพทย์ได้แต่งตั้งคณะกรรมการหลายชุดมาช่วยงานในด้านต่าง ๆ คณะกรรมการการแพทย์ชุดปัจจุบันนับเป็นชุดที่ 3 แล้ว แต่การดำเนินงานที่ผ่านมานับได้ว่ายังไม่ได้มีการประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร การศึกษานี้มีขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์จะค้นคว้ารายละเอียดการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ ของประเทศไทย เทียบกับของสหรัฐอเมริกา และสหราชอาณาจักร เพื่อสังเคราะห์เป็นข้อเสนอให้แก่คณะกรรมการการแพทย์ คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน และสำนักงานประกันสังคม ได้ใช้ประโยชน์ต่อไป

นายแพทย์ พรชัย สิทธีศรีณย์กุล

นายแพทย์วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร

มีนาคม 2543

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการวิจัย กองทุนเงินทดแทน และคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน ที่ให้ความเห็นชอบสนับสนุนการวิจัยนี้ และขอขอบคุณคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน คณะกรรมการการแพทย์และคณะกรรมการการแพทย์ทุกคณะ คณะอนุกรรมการพิจารณาอุทธรณ์เงินทดแทน (กรณีเกี่ยวกับการแพทย์) คณะอนุกรรมการพิจารณาอุทธรณ์เงินทดแทน (กรณีทั่วไป) และคณะอนุกรรมการวิจัย กองทุนเงินทดแทน ที่กรุณาให้ความเห็นและคำแนะนำต่อผลการวิจัยฉบับร่าง นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ ศ. พญ. มาลีณี วงศ์พานิช, พ.ต.ท. หญิง สุกัญญา ธรรมศรีวิทย์, คุณวณิชกิจ ศิริพานิช, และคุณนิสาชล มโหทาน ที่ได้กรุณาให้ข้อมูล และขอขอบคุณ คุณวิไลลักษณ์ สังฆเสถียร ที่ได้กรุณาจัดพิมพ์ต้นฉบับ

นายแพทย์ พรชัย สิทธิศรีธัญกุล

นายแพทย์วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร

มีนาคม 2543

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

Executive Summary

ความเป็นมาของปัญหาที่ทำการศึกษา

กองทุนเงินทดแทน ได้ดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 ภายใต้สังกัดกรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย ต่อมาได้โอนมาสังกัดสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ในปี พ.ศ. 2536 ปัจจุบันดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 และมีคณะกรรมการการแพทย์ มาแล้ว 2 ชุด โดยมีวาระชุดละ 2 ปี ปัจจุบันเป็นชุดที่ 3 (พ.ศ. 2541-2543) คณะกรรมการการแพทย์ได้แต่งตั้งคณะกรรมการหลายชุดมาช่วยดำเนินการพิจารณาเรื่องขอเงินทดแทนต่างๆ การตั้งคณะกรรมการส่วนใหญ่เป็นการแบ่งงานตามระบบอวัยวะ (organ-system-oriented sub-committee) 4 คณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ คณะอนุกรรมการระบบทางการหายใจ คณะอนุกรรมการระบบการมองเห็นและการได้ยิน คณะอนุกรรมการระบบผิวหนังและอวัยวะภายใน อย่างไรก็ตาม ก็มีคณะกรรมการตามลักษณะงาน 3 คณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน คณะอนุกรรมการพิจารณาค่ารักษาพยาบาล คณะอนุกรรมการมาตรฐานสถานพยาบาลกองทุนเงินทดแทน นอกจากนี้ยังมีคณะกรรมการระบบอวัยวะทั่วไป ที่สามารถพิจารณาเรื่องขอเงินทดแทนได้ทุกระบบอวัยวะ โดยพิจารณาเรื่องส่วนใหญ่จากจังหวัดสมุทรปราการ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คณะอนุกรรมการชุดนี้ทำงานในลักษณะงานตามพื้นที่ (regional sub-committee)

กล่าวได้ว่า จนถึงปัจจุบันนี้ ยังไม่มีการประเมินผลการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ และคณะกรรมการชุดต่างๆ อย่างเป็นระบบ ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ อีกทั้งในอนาคต จำนวนเรื่องที่ขอเงินทดแทนเข้ามาคงจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การกระจายอำนาจออกไป และทำงานในลักษณะของการมีคณะกรรมการในพื้นที่ (regional sub-committee) จะเหมาะสมสำหรับสถานการณ์ดังกล่าว มากกว่าการทำงานในลักษณะของการมีคณะกรรมการตามระบบอวัยวะหรือไม่ เหล่านี้เป็นคำถามที่ทีมผู้วิจัยประสงค์จะดำเนินการวิจัยเพื่อหาคำตอบ

ระบบเงินทดแทนในสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร ได้ดำเนินการมานาน และประเทศทั้งสองมีประวัติศาสตร์และประสบการณ์ในงานด้านนี้มาก การศึกษาทบทวนระบบของประเทศทั้งสอง แล้วนำมาเปรียบเทียบกับของประเทศไทย น่าจะช่วยให้ได้แนวทางที่เหมาะสมในการดำเนินงานต่อไป หรือได้แนวทางที่จะทำการวิจัยในเชิงลึกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General objective)

เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมของแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการการแพทย์ กอง
ทุนเงินทดแทน

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific objectives)

1. เพื่อทบทวนระบบการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน ของ
สหรัฐอเมริกา และ สหราชอาณาจักร
2. เพื่อทบทวนระบบการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน ของ
ประเทศไทย
3. เพื่อเปรียบเทียบการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน ของ
ประเทศไทย กับ สหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร ในแง่โครงสร้างคณะกรรมการ ความสัมพันธ์
กับหน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน หน้าที่ตามกฎหมาย ระบบบริหารจัดการ
การของคณะกรรมการ ระบบสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการ การประเมินผลการดำเนินงาน
และตัวชี้วัด (ถ้ามี)

วิธีการศึกษา (Methods)

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน
ของสหรัฐอเมริกา และ สหราชอาณาจักร
2. ทบทวนวรรณกรรมระบบการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน ของ
ประเทศไทย
3. เปรียบเทียบการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน ของประเทศไทย กับ
สหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร ในด้านโครงสร้างคณะกรรมการ ความสัมพันธ์กับหน่วยงาน
อื่นๆ รวมทั้งคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน หน้าที่ตามกฎหมาย ระบบบริหารจัดการของคณะ
กรรมการ ระบบสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการ การประเมินผลการดำเนินงาน และตัวชี้
วัด (ถ้ามี)
4. จัดทำข้อเสนอแนะเป็นร่างรูปแบบการดำเนินการของคณะกรรมการการแพทย์
5. ประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง วิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะต่อร่างดังกล่าว

ผลที่ได้ (Main Findings)

การดำเนินงานในระบบเงินทดแทนของไทยมีลักษณะใกล้เคียงกับของสหราชอาณาจักร
มากกว่าของสหรัฐอเมริกา กล่าวคือเป็นระบบที่แฝง (blend) ไปกับระบบประกันสังคมของรัฐบาล
ไม่ได้เกี่ยวข้องกับบริษัทประกันของเอกชนมากนักดังเช่นของสหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตามเมื่อ
วิเคราะห์ดูการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์แล้ว จะพบว่าประเทศไทยมีคณะกรรมการการ
แพทย์ (Medical Committee) ประกอบด้วยแพทย์ไม่เกิน 15 คน ช่วยพิจารณาประเด็นด้านการแพทย์

ให้แก่กองทุนเงินทดแทน ในขณะที่สหราชอาณาจักร เจ้าหน้าที่วินิจฉัย (เรียกว่า Decision maker) สามารถขอความเห็นจากแพทย์จาก Medical Board ของหน่วย Medical Services ใน Benefit Agency ใน Department of Social Security ได้ ในขณะที่สหรัฐอเมริกา ไม่มีคณะกรรมการการแพทย์ และรายละเอียดในการดำเนินการก็มีความแตกต่างกันมากพอควรในแต่ละมลรัฐ แต่แนวโน้มส่วนใหญ่จะเป็นการให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งไม่ใช่แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยนั้น ทำ IME (Independent Medical Evaluation) ซึ่งนับได้ว่าเป็น formal second opinion นั้นเอง แล้วนำความเห็นนั้นมาประกอบการพิจารณา

ในระบบของสหรัฐอเมริกานั้น ทัศนคติความเข้ามามีส่วนร่วมอย่างมากในกระบวนการเรียกร้องเงินทดแทนของแรงงาน หากพิจารณาในแง่ผลเสีย ก็คือจะทำให้เงินทดแทนเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายของระบบเงินทดแทนเพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของระบบบริการทางการแพทย์ของสหรัฐอเมริกาสูงขึ้นเป็นอย่างมากในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมา ทำให้สหรัฐอเมริกาต้องหันมาใช้ Health Care Reform ในช่วง 3-4 ปีหลัง ดังเป็นที่ทราบกันดีแล้ว แต่หากพิจารณาในแง่ผลดี ก็คือจะทำให้คนงานที่มักจะต้องการศึกษา เสียเปรียบนายจ้างและบริษัทประกัน ได้มีโอกาสได้เงินทดแทนที่เขาสมควรได้รับ

การวิจารณ์ผลที่ได้ (Conclusion)

ระบบเงินทดแทนของประเทศต่างๆ มีหลักการใหญ่ๆ ที่เหมือนกันคือ นายจ้างเป็นผู้ได้ประโยชน์จากการทำงานของลูกจ้าง จึงสมควรเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลและเงินทดแทนการบาดเจ็บ / บาดเจ็บ / สูญเสียสมรรถภาพ / ตาย ของลูกจ้าง ประเทศส่วนใหญ่ใช้หลักไม่เอาผิดกัน (no fault) หมายความว่า เมื่อลูกจ้างเรียกเงินทดแทนจากระบบเงินทดแทน ก็คือได้สิทธิที่จะฟ้องนายจ้างต่อศาล

ระบบเงินทดแทนของสหรัฐอเมริกา มีลักษณะพิเศษที่มีการใช้แพทย์ทำ IME, มีความแตกต่างระหว่างมลรัฐ, และทัศนคติความเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องมาก ข้อดีที่สำคัญคือ มีค่าใช้จ่ายสูงมาก ส่วนของสหราชอาณาจักร มีลักษณะเด่นที่มีการกำหนดโรค (Prescribed Diseases) และเงื่อนไขที่จะได้รับเงินทดแทนจากระบบเอาไว้ค่อนข้างละเอียด ในขณะที่ของไทย มีการใช้กรรมการการแพทย์ช่วยพิจารณาประเด็นทางการแพทย์ เช่น ค่ารักษาพยาบาล, ชนิดของโรคที่เกิดจากการทำงานหรือเกี่ยวเนื่องจากการทำงาน, การสูญเสียอวัยวะ, และทุพพลภาพ

มีบทเรียนและจุดเด่นหลายประการของสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร ที่น่าจะประยุกต์มาใช้กับไทยได้ โดยอาจจะต้องมีการปรึกษาหารือในหมู่ผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยรอบคอบก่อน หรือมีการวิจัยเชิงลึกมาสนับสนุน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะต่อกองทุนเงินทดแทน

1. พัฒนากลไกควบคุมค่าใช้จ่าย (cost containment) โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพด้วย (cost effective)
2. มี benchmarking ทั้ง internal (ระหว่างจังหวัด) และ external (กับต่างประเทศ)
3. พิจารณาให้มีระบบผู้จัดการ case (case manager) ดูแลตั้งแต่ เริ่มต้นส่งเรื่องเข้ากองทุนเงินทดแทน จนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการ (ได้รับการรักษา, ได้รับเงินทดแทน, ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและอาชีพ, กลับไปทำงาน, จบกระบวนการอุทธรณ์, จบกระบวนการศาลแรงงาน, ฯลฯ แล้วแต่กรณี)
4. ใช้คอมพิวเตอร์ให้มากขึ้น ในงานเอกสารต่างๆ ของกองทุนเงินทดแทน, การติดตาม (trace) case ด้วยรหัสหมายเลขเรื่องที่ file เข้ากองทุน, การค้นหาประวัติ file ครึ่งก่อนของรายเดียวกัน, การรับเรื่องราว (case) ต่างๆ ฯลฯ จะช่วยให้งานเอกสารต่างๆ รวดเร็วขึ้น
5. merge งานบางส่วนของกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนเข้าด้วยกัน (มี controversy น้อยกว่าการรวมกองทุนทั้งสองเข้าด้วยกัน) โดยเฉพาะการให้บริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วย ควรมีระบบที่ให้บริการ 24 ชั่วโมง (24-hour coverage) ไม่ว่าคนงานจะเจ็บป่วย/บาดเจ็บเนื่องจากงานหรือไม่เนื่องจากงาน (สำนักงานประกันสังคมได้เริ่มทำแล้ว เช่น มาตรฐานของสถานพยาบาลคู่สัญญา)
6. พัฒนากลไกควบคุมและตรวจสอบการเบิกเงินของโรงพยาบาล
7. ควรดำเนินมาตรการทั้งในเชิงบวกและเชิงลบในการจัดการการทุจริตการเบิกเงินจากกองทุนเงินทดแทน มาตรการเชิงบวก ได้แก่ การประชาสัมพันธ์และทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายว่า กองทุนเงินทดแทนเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ ถ้ากองทุนมีค่าใช้จ่ายสูง ระบบบริการดังกล่าวก็ย่อมมีค่าใช้จ่ายสูงตามไปด้วย ทุกคนก็จะต้องบริโภคบริการทางการแพทย์ในราคาที่สูงขึ้น อีกประการหนึ่งคือ เงินสมทบที่นายจ้างจ่ายเข้ากองทุนเงินทดแทนนั้น นายจ้างก็ย่อมต้องถือว่าเงินนั้นเป็นส่วนหนึ่งของต้นทุนการประกอบการ นั่นคือเขาย่อมต้องบวกส่วนนี้เข้าไปในราคาสินค้าที่มาถึงมือผู้บริโภคทุกคนด้วย หมายความว่าถ้ากองทุนเงินทดแทนมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ก็ย่อมต้องเรียกเงินสมทบจากนายจ้างเพิ่มขึ้น นายจ้างก็มีต้นทุนสูงขึ้น ขายสินค้าในราคาที่สูงขึ้น และผู้บริโภคทุกคนก็ต้องบริโภคสินค้าและบริการที่แพงขึ้นด้วย มาตรการเชิงลบ ได้แก่ การกำหนดทำที่ที่ชัดเจนว่า กองทุนจะถือว่าการทุจริตในการเบิกเงินจากกองทุนเงินทดแทนนั้นมีความผิดตามกฎหมาย และดำเนินการลงโทษรายที่มีความผิดชัดเจน เพื่อเป็นการปราบปราม นอกจากนี้ ก็ดำเนินการในลักษณะของการป้องปราม เช่น เชิญผู้บริหารโรงพยาบาลมาพบเพื่อชี้แจงข้อสงสัยบางประการ ออกตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลทั้งโดยมีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และ โดยไม่มีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน

1. impartial คือเป็นกลางในการพิจารณา case ต่างๆ และไม่มี conflict of interest
2. up date ข้อมูลและความรู้ทางวิชาการอยู่เสมอ
3. ทำงานทั้งในลักษณะของ reactive ดังที่เคยทำ (พิจารณาเรื่องที่ส่งเข้าหารือ) บวกกับการทำงานในลักษณะของ proactive (เช่น การออกกระเปาะปฏิบัติสำหรับการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน กรณีที่เป็นการรักษาเพื่อหวังผลในการป้องกัน [Post-exposure prophylaxis])
4. มี regional committee หรือคณะกรรมการการแพทย์ในภาคต่างๆ ผู้วิจัยเคยเสนอความเห็นนี้ในที่ประชุมคณะกรรมการการแพทย์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ปัจจุบันคณะกรรมการการแพทย์ได้แต่งตั้งคณะกรรมการระบบอวัยวะทั่วไป ดำเนินงานที่สมุทรปราการ (ซึ่งยังไม่มีการประชุม) และเพิ่มคณะกรรมการระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ เป็น 2 ชุด (มีกลไกการประชุมร่วมของทั้งสองชุด ซึ่งน่าจะช่วยให้มี consistency แต่ยังไม่มีการประชุมเช่นกัน) น่าจะได้มีการประชุมดังกล่าวก่อนพิจารณาปรับปรุง/ขยายต่อไป หากการมี regional committee เป็นไปได้ยาก อาจพิจารณาพัฒนาให้มี regional medical consultants ให้แก่เจ้าหน้าที่วินิจฉัยในภาคต่างๆ
5. พิจารณาความเหมาะสมของการใช้ระบบ IME (independent medical examination / evaluation) โดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ให้ formal second opinion จากการตรวจและประเมินผู้ถูกตรวจ (examinee) โดยไม่รักษาและไม่ให้คำแนะนำใดๆ แล้วให้ความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษรต่อประเด็นต่างๆ เช่น การวินิจฉัยโรค, การเกี่ยวข้องกับการทำงานหรือไม่, การสูญเสียสมรรถภาพ, ฯลฯ (ในสหรัฐอเมริกาถือว่า การทำเช่นนี้ ไม่มีความสัมพันธ์ฉันแพทย์-ผู้ป่วย [doctor-patient relationship] เกิดขึ้น และผู้ถูกตรวจยอมให้แพทย์ให้ความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษร ดังนั้นจึงไม่เป็นการเปิดเผยความลับของผู้ถูกตรวจ) ทั้งนี้ต้องมีการเตรียมความพร้อมของระบบและของแพทย์ผู้ทำ IME ด้วย
6. ร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง พัฒนากลไกตรวจสอบการวินิจฉัยและรักษาของแพทย์
7. สำนักงานกองทุนเงินทดแทนควรให้การศึกษา (continuing education) และให้ข้อมูลต่อเนื่อง (continuously inform) ให้แก่เจ้าหน้าที่วินิจฉัย ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความมั่นใจและสามารถให้การวินิจฉัย case ส่วนใหญ่ได้ และเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ ประกาศ ระเบียบ และแนวทางการปฏิบัติต่างๆ ที่กองทุนออกมา ก็ควรมีการทำทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่วินิจฉัยด้วย
8. สำนักงานกองทุนเงินทดแทนควรลด case ที่อุทธรณ์ลงเท่าที่จะทำได้ นอกจากการปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันของเจ้าหน้าที่ทั่วประเทศแล้ว การให้คำอธิบายแก่คนงานด้วยความเต็มใจด้วยท่าทีเข้าใจและเห็นใจ ก็น่าจะช่วยลด case อุทธรณ์ลงได้มาก อาจให้มีแบบฟอร์มการร้องขอให้อธิบาย (explanation) กล่าวอีกนัยหนึ่ง ก็คือการเปลี่ยน formal appeal ซึ่งมีขั้นตอนมาก

เพิ่มงาน และเสียเวลา มาเป็น informal appeal ซึ่งมีขั้นตอนน้อยกว่า ลดงานที่เข้ามายังกองทุน และประหยัดเวลา อีกทั้งยังน่าจะเป็นผลดีต่อภาพพจน์ของกองทุนเงินทดแทนในสายตาของ นายจ้างและลูกจ้างด้วย

9. การกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน เป็นระดับต้น/ระดับสูง นั้น น่าจะเป็นผลดี ช่วยให้การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเร็วขึ้น แต่จะต้องมีระบบตรวจสอบ กำกับ ควบคุม และลงโทษ ที่เหมาะสม และควรพิจารณาคำเนิการประสานไปกับโรงพยาบาลคู่สัญญาของกองทุนประกันสังคม (ซึ่งแบ่งสถานพยาบาลเป็น subcontractor/ main contractor เป็นต้น) และอาจประสานไปกับการรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาล (Hospital Accreditation)
10. กองทุนเงินทดแทนควรประสานกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง กำหนดมาตรฐานการรักษาพยาบาล เช่น Practice Guidelines ต่างๆ และ enforce โดยผนวกเข้าเป็นเงื่อนไขการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน
11. กองทุนเงินทดแทนควรประสานกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง กำหนดราคากลางของยา และค่ารักษาพยาบาล ให้สอดคล้องกับ Practice Guidelines และ DRGs (Diagnostic Related Groups)
12. พัฒนางานของคณะกรรมการการแพทย์ ลดจำนวน case ที่ค้างค้าง พัฒนาเจ้าหน้าที่วินิจฉัยตามทีระบุนข้อ 7 และประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจอันดีกับนายจ้าง ลูกจ้าง และสถานพยาบาล (รวมทั้งแพทย์ในสถานประกอบการนั้น) ให้ทราบถึงเงื่อนไข และเอกสาร/หลักฐานที่ต้องใช้ประกอบการส่งเรื่องเข้ากองทุนเงินทดแทน ซึ่งจะช่วยลด case ที่กรรมการต้องขอเอกสาร/หลักฐานเพิ่มเติม การพิจารณา case แต่ละรายก็จะรวดเร็วขึ้นด้วย

สถาบันวิทยบริการ
 าลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญเรื่อง

	หน้า
คำนำ	(1)
กิตติกรรมประกาศ	(2)
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	(3)
สารบัญเรื่อง	(9)
สารบัญตาราง	(11)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญและปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
1.3 ขอบเขตของการวิจัย	2
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	3
2.1 บทนำ : การเปลี่ยนแปลงของแรงงานในอนาคต	3
2.2 พื้นฐานทางด้านกฎหมายของระบบเงินทดแทน	4
2.3 การเริ่มต้นของระบบเงินทดแทน	5
2.4 แพทย์กับระบบเงินทดแทน	9
2.5 ระบบเงินทดแทนของประเทศต่าง ๆ	10
2.6 ขั้นตอนการพิจารณาเงินทดแทน	15
2.7 การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ	16
2.8 การจัดการทางด้านสุขภาพในระบบเงินทดแทน	24
2.9 ใครเป็นผู้สูญเสีย	25
2.10 กลยุทธ์นำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายและลดการเจ็บปวดทรมานของพนักงาน	26
2.11 บทบาทของทนาย	30
บทที่ 3 กรอบแนวคิดและระเบียบวิธีการวิจัย	32
บทที่ 4 ผลการศึกษา	34
ระบบเงินทดแทนของประเทศไทย	34
ระบบเงินทดแทนของประเทศสหรัฐอเมริกา	39
ระบบเงินทดแทนของสหราชอาณาจักร	49
บทที่ 5 สรุปและเสนอแนะ	54
เครื่องชี้วัด	55
ข้อเสนอแนะต่อกองทุนเงินทดแทน	59

ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน	60
ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับงานวิจัยที่ควรดำเนินการต่อไป	61
บรรณานุกรม	63
ภาคผนวก : โรคที่สพระราชอาณาจักรกำหนดเป็น Prescribed Diseases และเงื่อนไข เกี่ยวกับงานในแต่ละกลุ่มโรค	65
ประวัติผู้วิจัย	87



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	ชื่อ	หน้า
1	ตารางแสดง major types of Workers' Compensation (WC) Systems ของประเทศต่าง ๆ	11
2	ตารางแสดงร้อยละความพิการและเงินทดแทนที่จะได้รับ ในสหราชอาณาจักร	51
3	แสดงการเปรียบเทียบแพทย์ผู้ให้ความเห็นในระบบเงินทดแทนของ สหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร และคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทนของประเทศไทย	56
4	เครื่องชี้วัดงานของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน	58



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและปัญหา

กองทุนเงินทดแทน ได้ดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 ภายใต้สังกัดกรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย โดยอาศัยประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน ซึ่งจัดตั้งขึ้นในปี 2515 ต่อมาในปี 2517 จึงได้ก่อตั้งกองทุนเงินทดแทนขึ้น เพื่อทำหน้าที่จ่ายเงินทดแทน แทนนายจ้าง โดยในระยะแรกบังคับใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คน ขึ้นไป ต่อมาได้โอนมาสังกัดสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ในปี พ.ศ. 2536 ปัจจุบันดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 และมีคณะกรรมการการแพทย์ มาแล้ว 2 ชุด โดยมีวาระชุดละ 2 ปี ปัจจุบันเป็นชุดที่ 3 (พ.ศ. 2541-2543) คณะกรรมการการแพทย์ได้แต่งตั้งคณะกรรมการหลายชุดมาช่วยดำเนินการพิจารณาเรื่องขอเงินทดแทนต่างๆ การตั้งคณะกรรมการส่วนใหญ่เป็นการแบ่งงานตามระบบอวัยวะ (organ-system-oriented sub-committee) 4 คณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ คณะอนุกรรมการระบบทางกายหายใจ คณะอนุกรรมการระบบการมองเห็นและการได้ยิน คณะอนุกรรมการระบบผิวหนังและอวัยวะภายใน อย่างไรก็ตาม ก็มีคณะกรรมการตามลักษณะงาน 3 คณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน คณะอนุกรรมการพิจารณาค่ารักษาพยาบาล คณะอนุกรรมการมาตรฐานสถานพยาบาลกองทุนเงินทดแทน นอกจากนี้ยังมีคณะกรรมการระบบอวัยวะทั่วไป ที่สามารถพิจารณาเรื่องขอเงินทดแทนได้ทุกระบบอวัยวะ โดยพิจารณาเรื่องส่วนใหญ่จากจังหวัดสมุทรปราการ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คณะอนุกรรมการชุดนี้ทำงานในลักษณะงานตามพื้นที่ (regional sub-committee)

กล่าวได้ว่า จนถึงปัจจุบันนี้ ยังไม่มีการประเมินผลการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ และคณะกรรมการชุดต่างๆ อย่างเป็นระบบ ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ อีกทั้งในอนาคต จำนวนเรื่องที่ขอเงินทดแทนเข้ามาคงจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การกระจายอำนาจออกไป และทำงานในลักษณะของการมีคณะกรรมการในพื้นที่ (regional sub-committee) จะเหมาะสมสำหรับสถานการณ์ดังกล่าว มากกว่าการทำงานในลักษณะของการมีคณะกรรมการตามระบบอวัยวะหรือไม่ เหล่านี้เป็นคำถามที่ทีมผู้วิจัยประสงค์จะดำเนินการวิจัยเพื่อหาคำตอบ

ระบบเงินทดแทนในสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร ได้ดำเนินการมานาน และประเทศทั้งสองมีประวัติศาสตร์และประสบการณ์ในงานด้านนี้มามาก การศึกษาทบทวนระบบของประเทศทั้งสอง แล้วนำมาเปรียบเทียบกับของประเทศไทย น่าจะช่วยให้ได้แนวทางที่เหมาะสมในการดำเนินงานต่อไป หรือได้แนวทางที่จะทำการวิจัยในเชิงลึกต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General objective)

เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมของแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific objectives)

1. เพื่อทบทวนระบบการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน ของสหรัฐอเมริกา และ สหราชอาณาจักร
2. เพื่อทบทวนระบบการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน ของประเทศไทย
3. เพื่อเปรียบเทียบการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน ของประเทศไทย กับ สหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร ในแง่โครงสร้างคณะกรรมการ ความสัมพันธ์กับหน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน หน้าที่ตามกฎหมาย ระบบบริหารจัดการของคณะกรรมการ ระบบสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการ การประเมินผลการดำเนินงาน และตัวชี้วัด (ถ้ามี)

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) และเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ดำเนินการโดยการค้นคว้าเอกสาร (Extensive document review) แล้วนำมาเปรียบเทียบและสังเคราะห์เป็นข้อเสนอ

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สำนักงานประกันสังคมได้ข้อเสนอรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน และคณะกรรมการชุดต่างๆ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 บทนำ : การเปลี่ยนแปลงของแรงงานในอนาคต

ในด้านของแรงงาน มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงหลายด้านในอนาคต ดังต่อไปนี้

1. ด้านเศรษฐกิจกำลังเปลี่ยนแปลง เศรษฐกิจของโลกกำลังมีการเปลี่ยนแปลงและแข่งขันกันสูงขึ้น การถกเถียงทางการค้าระหว่างประเทศ หรือการรวมตัวกันเพื่ออำนาจต่อรองทางเศรษฐกิจของภูมิภาคต่าง ๆ รวมทั้งองค์กรอย่างเช่น ธนาคารโลกและองค์การการค้าโลก ก็จะมีบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจโลก ในสหรัฐอเมริกาและแคนาดาก็มีแนวโน้มที่ธุรกิจจะเปลี่ยนจากการผลิตสินค้ามาเป็นการให้บริการเพิ่มขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงของสถานประกอบการ งานที่ไม่เป็นรูปแบบจะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะงานบริการที่กระทำโดยวัยรุ่นและผู้หญิง เช่น รับประทานอาหารที่บ้าน หรือทำงานเป็นบางส่วนของเวลา (part-time) เป็นต้น

3. ลักษณะของการทำธุรกิจด้วยตัวเองในธุรกิจขนาดเล็ก จะมีเพิ่มขึ้น

4. จะมีระบบการทำงาน กำหนดเวลา หรือสัปดาห์ของการทำงานที่ไม่เป็นไปอย่างที่เคยเป็นที่เรียกว่า Non - standard work week

5. การเปลี่ยนแปลงของตัวแรงงาน ได้แก่ แรงงานมีอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มที่จะอ่านออกเขียนได้น้อยกว่าคนงานหนุ่มสาว และพวกเหล่านี้จะเป็นพวกที่มีปัญหาถ้าถูกปลดหรือให้ออกจากงาน จะหางานใหม่ทำได้ยากกว่าคนหนุ่มสาว

6. สัดส่วนของแรงงานที่จะเปลี่ยน ก็คือแรงงานหญิงจะมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานเพิ่มขึ้น ในขณะที่สัดส่วนแรงงานชายจะลดลง

7. ระดับการศึกษาของแรงงานจะสูงขึ้น

8. หน่วยงานขนาดใหญ่มีแนวโน้มจะรวมตัวกัน เพื่ออำนาจทางธุรกิจที่เพิ่มขึ้นและแข่งขันกับคู่แข่งได้มากขึ้น

ในสหรัฐอเมริกา องค์กรขนาดใหญ่มีจำนวนเพียง 12% ของสถานประกอบการทั้งหมด แต่จ่ายเงินสมทบเข้าระบบเงินทดแทนถึง 80% และเรียกเงินทดแทนไปจากระบบเงินทดแทนประมาณ 80% ในขณะที่สถานประกอบการขนาดเล็กรวมกันแล้วเป็นจำนวนมากกว่าในธุรกิจคือประมาณ 88% แต่รวมกันแล้วจ่ายเงินสมทบเพียง 20% และเรียกเงินจากกองทุนเงินทดแทนเพียงประมาณ 15 - 20% เท่านั้น ความต้องการของกลุ่มสถานประกอบการขนาดเล็กนี้แตกต่างจากสถานประกอบการขนาดใหญ่ค่อนข้างมาก ต้องการเพียงการครอบคลุมตามเงื่อนไขต่ำของการประกัน

เท่านั้น และต้องการการบริหารจัดการที่ง่าย ๆ ขบวนการไม่ซับซ้อน ตรงไปตรงมา ในขณะที่สถานประกอบการขนาดใหญ่ต้องการคุณภาพที่ดีและการประกันที่ครอบคลุมกว้างขวาง

2.2 พื้นฐานทางด้านกฎหมายของระบบเงินทดแทน

ระบบเงินทดแทนเป็นระบบที่เป็นการประนีประนอมกัน ก่อนที่จะนำระบบนี้มาใช้ คนงานที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานจะได้รับเงินทดแทนก็ต่อเมื่อเขาได้ฟ้องร้องในชั้นศาล และสามารถแสดงให้เห็นได้ว่านายจ้างของเขาละเลยมีความผิด ทำให้เขาได้รับบาดเจ็บ และตัวเขาไม่ได้มีส่วนกระทำให้เกิดการบาดเจ็บนั้น และถ้าลูกจ้างขณะคดีนั้นก็จะสามารถเรียกเงินทดแทนตามที่คณะลูกขุนจะพิจารณา รวมทั้งการทดแทนความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และการสูญเสียความรื่นเริงในชีวิต

ในประเทศสหรัฐอเมริกากล่าวได้ว่าระบบเงินทดแทนเริ่มต้นที่มลรัฐ Wisconsin ในปี ค.ศ. 1911 หลังจากนั้นแพร่ไปเกือบทั่วทุกมลรัฐในเวลาอันรวดเร็ว เมื่อนำระบบเงินทดแทนมาใช้ซึ่งเรียกว่าระบบที่ไม่เอาผิดฟ้องร้องซึ่งกันและกัน สิ่งที่คนงานจะได้ลดลงเป็นเพียงเงินทดแทน ค่ารักษาพยาบาล การสูญเสียอวัยวะ และความสามารถในการทำงาน จะไม่ได้รับเงินทดแทนความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน การสูญเสียความรื่นเริงในชีวิต ประเด็นที่จะได้เงินทดแทน ค่ารักษาพยาบาล การบาดเจ็บ โรคนั้นจะต้องเกิดขึ้นจากและในกระบวนการทำงาน (arise out of and in the course of the employment) in the course ก็หมายความว่าบาดเจ็บ หรือโรคนั้นต้องเกิดขึ้นระหว่างที่ลูกจ้างอยู่ในที่ทำงาน ไม่ได้อยู่ที่บ้านหรือทำกิจกรรมเพื่อสันตนาการ ส่วน arise out of หมายความว่างานนั้นจะต้องมีส่วนก่อให้เกิดความเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือพิการ โรคหรือภาวะที่เป็นอยู่ก่อนแล้วในบางมลรัฐไม่เป็นเหตุให้ปฏิเสธการจ่ายเงินกองทุนเงินทดแทน แต่เงินทดแทนที่ได้อาจจะลดลงตามส่วน ถ้ามีโรคอยู่ก่อน หรือมีส่วนทำให้เกิดโรค หรือความพิการ หรือทุพพลภาพของคนงาน

มลรัฐส่วนใหญ่ให้การบังคับในลักษณะเดียวกันว่าจะได้รับเงินทดแทนการบาดเจ็บนั้นจะต้องเป็นอุบัติเหตุ เงื่อนไขนี้ภายหลังได้ลดความสำคัญลงไปแล้ว ปัจจุบันเพียงแต่มีข้อมูลเพียงพอว่าสาเหตุของการบาดเจ็บ หรือผลของเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่ได้คาดหมายมาก่อนก็เพียงพอแล้วที่ทำให้คนงานนั้นเจ็บปวดหรือได้รับบาดเจ็บ ดังเช่นถ้าคนงานที่ได้รับบาดเจ็บจากการยกของในการทำงานปกติ อาจจะพูดได้ว่าการยกของไม่ใช่อุบัติเหตุแต่การบาดเจ็บนั้นเป็นผลจากอุบัติเหตุจากการยกของนั้นเพื่อเป็นการชักจูงให้นายจ้างว่าจ้างคนงานที่พิการเช่น สูญเสียแขนขา หรืออวัยวะบางอย่าง บางมลรัฐได้กำหนดหรือตั้งกองทุนที่เรียกว่า Second Injury Fund ขึ้น โดยมีหลักการถ้าคนงานที่เสียอวัยวะที่หนึ่ง เสียอวัยวะที่สอง คนงานจะได้รับการทดแทนสำหรับ 2 อวัยวะที่สูญเสีย แต่กองทุนนี้ช่วยนายจ้างจ่ายค่าทดแทนดังกล่าว ความพิการบางอย่างที่เกิดเกี่ยวเนื่องจากการทำงานไม่ได้เป็นอุบัติเหตุ หรือบาดเจ็บ แต่เป็นผลจากโรคจากการทำงาน ความพิการเหล่านี้ปัจจุบันจะครอบคลุมโดยกองทุนเงินทดแทนเกือบทุกแห่งของทุกมลรัฐ แต่ก็ไม่แน่เสมอไปบางกรณีโรคจากการทำงานจะได้รับพิจารณาพิเศษแยกออกไปจากการบาดเจ็บจากการทำงาน

2.3 การเริ่มต้นของระบบเงินทดแทน

ระบบเงินทดแทนเริ่มต้นขึ้นในประเทศเยอรมัน เมื่อปี ค.ศ. 1878 โดย เคาทท์ ออทโด้ วอน บิสมาร์ค (Count Otto von Bismarck) เป็นผู้เสนอกฎหมายที่เรียกว่าการประกันทางด้านอุตสาหกรรม สำหรับคนงานเหมืองแร่และครอบครัวในหุบเขารูห์ (Industrial Insurance for Miners and Their Families in the Ruhr Valley) ขึ้น เนื่องจากการปฏิวัติอุตสาหกรรมในคริสต์ศตวรรษที่ 18 และ 19 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสถานประกอบการไปในทางที่แย่ง นายจ้างหรือผู้ประกอบการ ให้ความสนใจเพียงเล็กน้อยกับสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของลูกจ้าง คือการที่จะดูแลสิ่ง คุกคามสุขภาพอนามัยในที่ทำงาน ลูกจ้างจำนวนมากถูกทิ้งให้เจ็บป่วยและพิการ โดยได้เงินทดแทน เพียงเล็กน้อยหรือไม่ได้เลย ยิ่งไปกว่านั้น ผู้พิการมักจะเป็นคนหนุ่มคนสาว หรือเพียงจะมีครอบครัวที่ จะต้องให้การเลี้ยงดู การพึ่งพิงการช่วยเหลือทางการเงินจากญาติพี่น้อง ทางศาสนา หรือองค์กรการ กุศลต่าง ๆ ก็ไม่แน่นอน เป็นที่น่าสนใจว่าระบบเงินทดแทนเริ่มต้นด้วยความคิดของฝ่ายนายทุน (บิสมาร์ค) ซึ่งมองเห็นถึงความจำเป็นของสังคมสำหรับคนงานที่ได้รับบาดเจ็บ สรุปแล้วก็คือ นายจ้างควรเป็นผู้จ่ายเงินเข้าสู่ระบบการจ่ายเงินทดแทน ค่าสูญเสียรายได้ของคนงานที่ได้รับบาดเจ็บจาก การทำงาน เพราะนายจ้างเป็นผู้ที่ควบคุมสถานประกอบการและเป็นผู้ที่ได้ผลประโยชน์จากการ ทำงานของลูกจ้าง

ก่อนหน้านั้นในปี ค.ศ. 1854 ได้มีการกำหนดให้นายจ้างและสถานประกอบการบางประเภท จ่ายเงินสมทบเข้าสู่กองทุนอุบัติเหตุซึ่งบริหารจัดการโดยองค์กรที่ตั้งขึ้นตามกฎหมาย ต่อมาได้ผ่าน เป็นกฎหมายเรียกว่า Voluntary Insurance Act แต่ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากมีจุดอ่อนและข้อ บกพร่องมากมายในระบบและในกฎหมายนั่นเอง ต่อมาบิสมาร์คได้ตัดสินใจใช้ระบบบังคับที่เรียก ว่า Mutual Liability Concept ซึ่งเยอรมันใช้เป็นกฎหมายบังคับในปี ค.ศ. 1878

ส่วนในประเทศอังกฤษการดำเนินงานของรัฐสภาอังกฤษขึ้นกับนายทุนเป็นส่วนใหญ่ กฎหมายที่ผ่านออกมาในปี ค.ศ. 1880 ที่เรียกว่า Employer Liability Act ได้อนุญาตให้ลูกจ้างที่ได้รับ บาดเจ็บจากการทำงานสามารถฟ้องเอาค่าจ้าง 3 ปี ได้จากนายจ้าง แต่มีเงื่อนไขข้อจำกัดจำนวนมาก มี ลูกจ้างจำนวนไม่มากนักที่ยื่นฟ้องตามเงื่อนไขของกฎหมายฉบับนี้ และลูกจ้างสามารถสละสิทธิ์ที่จะ ได้ตามข้อฟ้องร้องนี้ได้ หากถูกกระตุ้นหรือชักชวนโดยนายจ้างที่จะจ่ายเงินเป็นก้อนให้ก่อนที่จะถูก ลูกจ้างฟ้อง

กฎหมายคล้าย ๆ กันนี้ถูกบังคับในหลาย ๆ มลรัฐในสหรัฐอเมริกา ในช่วงแรก ๆ ซึ่งได้รับ การพิสูจน์ในเวลาต่อมาว่าเป็นการประนีประนอมที่ไม่ค่อยได้ผล ยังมีความจริงของความเหลื่อมล้ำ ระหว่างนายจ้างกับลูกจ้าง ส่งผลให้หลายฝ่ายเห็นความจำเป็นที่จะต้องพัฒนากฎหมายที่เบ็ดเสร็จ ครบวงจรที่จะช่วยคนงานลูกจ้างในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน

ในค.ศ. 1897 Employers Liability Act ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในหลาย ๆ ประเทศ ประเทศ อังกฤษผ่านกฎหมายเงินทดแทนในปี ค.ศ. 1897 และ แก้ไขในปี ค.ศ. 1906 ซึ่งมีลักษณะต่างไปจาก

ของเยอรมันที่เป็น mutual liability โดยที่ อังกฤษเป็นระบบแบบ Individual liability นายจ้างจะต้องซื้อประกันเองหรืออาจจะมีฐานะเป็นผู้ประกันตนเอง หรือถ้าไม่มีประกันก็อาจจะถูกฟ้องเป็นราย ๆ ไป แต่ถ้าเขาชนะ ลูกจ้างที่ได้รับบาดเจ็บก็อาจจะไม่ได้อะไรเป็นการทดแทนเลย

ในปี ค.ศ. 1911 หลายมลรัฐในสหรัฐอเมริกาได้ผ่านกฎหมายที่เรียกว่าไม่เอาผิดหรือลักษณะบังคับให้นายจ้างจ่ายเงินสมทบเข้าระบบเงินทดแทน ตามแนวความคิดค่าสูญเสียรายได้ตามแบบของอังกฤษที่เป็นการรับผิดชอบบุคคล หรือรายองค์กร มีเพียงมลรัฐวอชิงตันที่ผ่านกฎหมายที่ออกมาในลักษณะใกล้เคียงกันกับเยอรมันที่เรียกว่า Collective liability โดยแบ่งอุตสาหกรรมเป็นกลุ่ม ๆ และอุตสาหกรรมในแต่ละกลุ่มนั้นรับผิดชอบร่วมกันในค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในการให้ทดแทนแก่ลูกจ้างในอุตสาหกรรมประเภทนั้นๆ ในทางปฏิบัติก็เป็นระบบที่บังคับให้ทำประกันภายใต้การบริหารจัดการของรัฐนั่นเอง ซึ่งนับว่าแตกต่างจากมลรัฐอื่น จากปีนั้นเป็นต้นมาก็มีความขัดแย้งในข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับรัฐธรรมนูญสหรัฐอเมริกา โดยปัญหาพื้นฐานก็คือนายจ้างจะเสียเงินในลักษณะที่รับผิดชอบโดยที่ไม่มีกระบวนการในชั้นศาล เช่นนี้จะถูกต้องตามรัฐธรรมนูญหรือ

ในระยะแรกก็มีทั้งปัญหาและอุปสรรคหลายประการที่ทำให้ระบบเงินทดแทนมีพัฒนาการช้าลงไป อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการปรับปรุงข้อได้แย้งในกฎหมายรัฐธรรมนูญ ในปี ค.ศ. 1920 เกือบทุกมลรัฐได้ผ่านกฎหมายระบบเงินทดแทนของมลรัฐตัวเอง ในระบบของแคนาดานายจ้างและลูกจ้างทุกคนจะไม่ถูกฟ้องทางแพ่งอีกถ้าเกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บจากการทำงาน ซึ่งตรงนี้ต่างจากระบบของสหรัฐอเมริกา ที่เฉพาะนายจ้างเท่านั้นที่จะไม่ถูกฟ้อง ถ้าลูกจ้างเลือกรับเงินจากระบบเงินทดแทน ในประเด็นนี้มีผู้วิจารณ์ว่าเป็นสาเหตุของความสำเร็จของระบบนี้ในแคนาดา และเป็นจุดอ่อนของระบบนี้ในสหรัฐอเมริกา เนื่องจากระบบสหรัฐอเมริกา บุคคลที่ 3 (Third party) เช่น เพื่อนคนงานที่มีส่วนทำให้คนงานได้รับบาดเจ็บ บริษัทผู้ผลิตสารเคมีที่ทำให้ลูกจ้างได้รับอันตรายจากสารเคมีนั้น ก็มีสิทธิถูกฟ้องได้ ประโยชน์ที่สังคมจะได้จากการที่ไม่มีใครถูกฟ้องนั้นมีอยู่ชัดเจน เพราะค่าใช้จ่ายจากระบบเงินทดแทนนั้นจะถูกส่งต่อไปยังสังคมให้แบกรับในรูปของมูลค่าสินค้าและบริการที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นทุกคนจ่ายและทุกคนได้ประโยชน์จากระบบที่ไม่มีใครถูกฟ้องที่เรียกว่าความรับผิดชอบร่วมกันและความปกป้องร่วมกันที่ทุกคนจะได้และทุกคนต้องจ่าย ระบบที่ต่างกันนี้ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน กองทุนเงินทดแทนในสหรัฐอเมริกาแพงกว่าในแคนาดามาก ในขณะที่คนงานที่พิการได้เงินน้อยกว่า

เป็นที่เข้าใจได้ไม่ยากว่าเหตุใดลูกจ้างส่วนใหญ่จึงไม่ฟ้องนายจ้าง เพราะในช่วงแรกนั้นมีการช่วยเหลือในเชิงสวัสดิการสังคมเพียงเล็กน้อยที่ให้กับลูกจ้างและมีเงื่อนไขค่อนข้างมาก แม้ลูกจ้างยังอาจจะฟ้องนายจ้างได้ถ้าเพิกเฉยละเลย หรือหลีกเลี่ยง ฝ่าฝืนกฎหมาย แต่ลูกจ้างจะต้องพิสูจน์ให้ผู้พิพากษาหรือคณะลูกขุนเห็นว่า นายจ้างนั้นมีความผิดและความผิดนั้นส่งผลให้เกิดความบาดเจ็บดังกล่าวต่อลูกจ้าง

ในอคิต ข้อต่อสู้ของนายจ้างก็คือ 1. เป็นการละเลยของเพื่อนร่วมงาน นายจ้างไม่ได้มีความผิด นี้เรียกว่ากฎของความผิดของเพื่อนร่วมงาน (fellow servant rule) 2. ถ้าลูกจ้างตกลงที่จะทำงานเสี่ยงนั่นเอง นายจ้างก็ไม่ต้องรับผิด นี้เรียกว่าการยอมรับความเสี่ยง (assumption of risk) 3. ถ้าลูกจ้างมีส่วนแม้เพียงเล็กน้อยที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บนั้นนายจ้างไม่ต้องรับผิด นี้เรียกว่าการที่ลูกจ้างมีส่วนร่วมละเลย (contributory negligence) กฎ 3 ข้อนี้ เป็นที่รู้จักกันในนาม Unholy trinity หมายถึง เป็นสิ่งเลวร้าย 3 ประการที่นายจ้างสามารถนำมาเป็นข้อต่อสู้ในชั้นศาล และทำให้ลูกจ้างจำนวนมากแพคดีไป นอกจากกฎ 3 ประการนี้แล้ว ลูกจ้างยังต้องต่อสู้กับข้อโต้แย้งของนายจ้างอีกจำนวนมาก ซึ่งบางอย่างก็ดำรงมาจนปัจจุบันเช่น การกระทำของพระเจ้า (acts of God) การกระทำของบุคคลที่ 3 (acts of a third party) อุบัติเหตุที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (inevitable accident) ยินยอมเอง (consent) ไม่มีส่วนรับผิดชอบ (no duty of care) ไม่มีเหตุผล (no proximate cause) ปกป้องกันตัวเอง (self-defense) ความยากในการระบุและหาตัวนายจ้าง (difficulty in determining or accessing defendants เช่น เป็นงานรับเหมาช่วงมาหลายทอด ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเมื่อนายจ้างปิดกิจการไปแล้ว เป็นต้น) และการขาดพยานหลักฐาน (lack of evidence) เป็นต้น

ในสหรัฐอเมริกา บางรัฐกฎหมายเงินทดแทนก็รวมไปในกฎหมายอื่น ๆ บางรัฐก็แยกออกไปต่างหาก รวมทั้งกระบวนการอุทธรณ์ ในกรณีนี้ผู้พิพากษาหรือผู้ทำหน้าที่กึ่งผู้พิพากษา จะดำเนินการโดยฟังความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์สาขาต่าง ๆ เงินทดแทนจะได้มาก็ต่อเมื่อมีการร้องขอ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดแทนค่าจ้างหรือรายได้ที่สูญเสียไปของลูกจ้าง และกระจายค่าใช้จ่ายส่วนนี้ไปยังผู้บริโภคในภาพรวมในรูปของราคาสินค้าและบริการ

ตรงนี้สามารถวิเคราะห์ได้ว่าระบบกองทุนเงินทดแทนนั้นเริ่มต้นด้วยการจ่ายเงินทดแทนเฉพาะการสูญเสียรายได้ที่เรียกว่า wage loss replacement ต่อมาได้ขยายไปครอบคลุมการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานหรือความพิการ ซึ่งถ้าประเมินในทางการแพทย์เรียกว่า Impairment ซึ่งไม่ได้พิจารณาถึงความสามารถในการทำงานหรือประกอบอาชีพ ตรงนี้เป็นความสับสนของคนจำนวนมากที่ยังไม่เข้าใจว่า Impairment กับ Disability ต่างกันอย่างไร ทำให้คำว่า Impairment ถูกนำมาใช้ในความหมายที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ ที่ระบบเงินทดแทนจ่ายให้แก่ความพิการที่กำหนดในกฎหมายว่า ผู้มีอำนาจพิจารณาเงินทดแทนจะต้องคาดประมาณการสูญเสียสมรรถภาพในการหารายได้ (loss of wage-earning capacity) ของคนงานจากลักษณะของงานและความพิการที่มี ซึ่งอันที่จริงต้องใช้คำว่า การสูญเสียความสามารถในการทำงาน เพราะการสูญเสียสมรรถภาพหรืออวัยวะ อาจจะไม่มีความสัมพันธ์ไม่มากนักกับการสูญเสียความสามารถในการทำงาน

มีข้อพิจารณาว่า เนื่องจากการจ่ายเงินทดแทนเป็นระบบที่จะไม่ฟ้องร้องเอาผิดกัน จึงน่าจะ ไม่เหมาะสมที่จะได้เต็ม 100% ของรายได้ หรือค่าจ้าง เนื่องจากลูกจ้างบางคนก็มีส่วนทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บเหล่านั้นด้วย นายจ้างจึงไม่ควรจะจ่ายเต็มจำนวน ในข้อเท็จจริงมีสถิติชี้ให้เห็นว่านายจ้าง หรือเพื่อนร่วมงานมีส่วนก่อให้เกิดอุบัติเหตุบางส่วนเพียง 25% ของอุบัติเหตุทั้งหมดเท่า

นั้น เป็นการไม่ยุติธรรมในระบบที่ไม่ฟ้องร้องเอาผิดกัน ที่จะให้ค่าใช้จ่ายทั้งหมดเป็นของนายจ้าง ควรมีการแบ่งความรับผิดชอบร่วมกันในทางการเงินในกลุ่มนายจ้างและลูกจ้าง ซึ่งเป็น 2 ส่วนสำคัญของสวัสดิ-คการสังคม นอกจากนี้การจ่ายให้น้อยกว่าค่าจ้างเต็มน่าจะเอื้อให้คนงานกลับไปทำงานเร็วขึ้น

เงินทดแทนที่จ่ายให้แก่ลูกจ้างที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในหลาย ๆ ปี ที่ผ่านมา ในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก เช่น จาก 50% เป็น 90% ของค่าจ้างในบางมตรัฐในแคนาดา ในสหรัฐอเมริกาคนงานจะได้รับประมาณ 2 ใน 3 ของรายได้ ของไทยได้รับ 60% ของค่าจ้าง เป็นต้น เนื่องจากเงินทดแทนตั้งขึ้นในระบบที่ไม่ฟ้องร้องเอาผิดกันและเงินทั้งหมดจ่ายโดยนายจ้าง ดังนั้นในระยะแรกที่มีระบบกองทุนเงินทดแทน ความสูญเสียบางอย่าง ความเจ็บปวด ความทนทุกข์ทรมาน ความสูญเสียความสนุกสนานในชีวิต การสูญเสียโอกาสในอนาคตของลูกจ้างนั้นจึงไม่ได้มีการคำนึงถึง ประเด็นนี้ได้เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง ดังจะเห็นได้ว่า นอกจากปัจจัยเรื่องค่าเงินที่เล็กกลง ทำให้มีการปรับตามค่าครองชีพเป็นครั้งคราวเพื่อให้เป็นไปตามอัตราเงินเฟ้อแล้ว หลายประเทศยังพิจารณารวมไปถึงการขยายเงินทดแทนไปให้ครอบคลุมความสูญเสียทางจิตใจ การฟื้นฟูทางจิตและทางกาย ทัศนคติรรม ค่าพยาบาล ค่าดูแลสุขภาพที่บ้านและค่าฟื้นฟูอาชีพ รวมทั้งความช่วยเหลือทางธุรกิจ การฝึกอาชีพให้ใหม่และประโยชน์ทดแทนอื่น ๆ เป็นต้น

ปัจจุบันบริษัทประกันภัยหลายแห่ง และเจ้าหน้าที่ของระบบเงินทดแทนก็เห็นและตระหนักว่าการลดอุบัติเหตุและการป้องกันอุบัติเหตุมีผลในการลดค่าใช้จ่ายเป็นอย่างมาก จึงพยายามหันมาสนใจเรื่องนี้เพิ่มขึ้น โดยการเห็นประโยชน์ผลได้ในเชิงตัวเงินจากการลดอุบัติเหตุและพัฒนาการในการจัดการในเรื่องความพิการ แต่ถ้าจะให้เกิดผลในวงกว้าง พระราชบัญญัติหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการพิจารณาปรับปรุงแก้ไขจากฝ่ายนิติบัญญัติเสียก่อน

โดยภาพรวม กองทุนเงินทดแทนใช้ระบบที่เรียกว่าไม่เอาผิดกัน (No-fault system) โดยมีหลักการว่าให้คนงานผู้ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการรักษา ได้เงินทดแทนและการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม ในขณะที่ผู้จ่ายเงินมีเพียงนายจ้างเท่านั้น ระบบเงินทดแทนอาจกล่าวได้ว่ามีที่มาจาก 4 ประเด็นด้วยกันคือ

1. การพัฒนาอุตสาหกรรมและความเป็นเมืองที่เริ่มต้นเป็นอย่างมากช่วงทศวรรษที่ 1800 ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งในเชิงอุตสาหกรรมและสังคม
2. ข้อมูลที่บ่งถึงปัญหาที่เกิดขึ้นต่อนื่องตามกันต่อคนงานที่ได้รับบาดเจ็บในงานอุตสาหกรรม และความล้มเหลวของระบบกฎหมายที่มีอยู่ขณะนั้น ที่จะให้ความช่วยเหลือและทดแทนแก่คนงานที่ได้รับบาดเจ็บ
3. ความล้มเหลวของระบบประกันสุขภาพภาคเอกชนที่จะให้บริการ หรือให้ความคุ้มครองครอบคลุมแก่นายจ้างและลูกจ้างในราคาที่เหมาะสม

4. ค่าใช้จ่ายในด้านสวัสดิการสังคมและขั้นตอนตามกฎหมายและชั้นศาลต่าง ๆ ซึ่งแพงมากในการที่ลูกจ้างแต่ละคนจะต่อสู้คดีด้วยตนเอง

ในสหรัฐอเมริกา การเปลี่ยนแปลงของกระบวนการยุติธรรมในกรณีของระบบเงินทดแทน มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ช่วงต้น ค.ศ. 1900 เริ่มใช้กฎหมายที่เรียกว่าความรับผิดชอบของนายจ้าง (Employer Liability) ซึ่งครอบคลุมเฉพาะอุตสาหกรรมที่อันตรายและจัดการปัญหาเพียงบางส่วนของ การฟ้องร้องกันในชั้นศาลเท่านั้น ฝ่ายนายจ้างก็เริ่มสนับสนุนความคิดที่ว่าน่าจะมีการจ่ายเงินไปโดยอัตโนมัติสำหรับการบาดเจ็บหรือการตายที่เกิดจากการทำงาน ในขณะที่ฝ่ายลูกจ้างก็เริ่มเห็นว่าระบบที่ให้นายจ้างจ่ายแบบที่มีอยู่นั้น ไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาทั้งหมดได้ เนื่องจากต้องมีขั้นตอนของการฟ้องร้องเสียเวลานานและเสียค่าใช้จ่ายมาก ดังนั้นจึงนำมาซึ่งการจัดตั้งเป็นระบบที่ไม่เอาผิดกันในเรื่องของการจ่ายค่าทดแทน

2.4 แพทย์กับระบบเงินทดแทน

การประกอบวิชาชีพเวชกรรมทางด้านอาชีวเวชศาสตร์นั้นเกี่ยวข้องกับสถาบัน 3 ส่วนด้วยกัน

1. ระบบเงินทดแทน
2. หน่วยงานที่ควบคุมกำกับด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
3. บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่นายจ้างเป็นผู้จ่าย เช่น บริการที่ให้โดยคลินิก โรงพยาบาล หรือบริษัทที่ให้บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ หรือบริการที่จัดให้มีในสถานประกอบการ เป็นต้น

งานที่แพทย์เกี่ยวข้องกับกองทุนเงินทดแทนนั้นนับได้ว่าเป็นปลายทางของงานอาชีวเวชศาสตร์ กล่าวคือ คนงานได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยไปแล้ว นั่นเอง แต่เป็นงานที่มีความสำคัญและมีประวัติศาสตร์ที่ยาวนาน โดยทั่วไปแพทย์อาจเข้าไปเกี่ยวข้องกับระบบเงินทดแทนใน 4 ลักษณะด้วยกัน

1. เป็นแพทย์ผู้รักษาคงงานผู้บาดเจ็บ/ป่วย
2. เป็นผู้ประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ
3. เป็นพยานผู้เชี่ยวชาญกรณีที่เกิดเป็นคดีสู่ชั้นศาล
4. เป็นกรรมการ/อนุกรรมการ แพทย์ผู้ให้ความเห็นต่อการตัดสินใจ

ในเบื้องต้นต้องเข้าใจว่า ในสหรัฐอเมริกาจะเน้นความแตกต่างระหว่างคำว่า impairment (การสูญเสียสมรรถภาพ) กับคำว่า disability (ความพิการ) การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพนั้นกระทำโดยแพทย์ แต่การประเมินความพิการนั้นกระทำโดยบุคคลที่ไม่ใช่แพทย์ โดยอาศัยข้อมูลส่วนหนึ่งจากการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ ในแนวทางของ AMA (American Medical Association) ให้นิยามคำว่า Impairment เป็นการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพของคน ๆ นั้น ซึ่งได้ประเมินโดยวิธีการทางการแพทย์ และ Disability แปลว่า สิ่งที่ประเมินโดยวิธีการที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ บ่งถึงการเปลี่ยน

แปลงของความสามารถในด้านต่าง ๆ ของบุคคลในเรื่องชีวิตส่วนตัว สังคมและการทำงาน ที่เป็นไปตามกฎหมายหรือเงื่อนไขข้อบังคับต่าง ๆ กล่าวโดยรวมการประเมินความพิการ หรือ Disability evaluation นั้น ส่วนหนึ่งขึ้นกับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ หรือ Impairment evaluation ส่วนอื่น ๆ ขึ้นกับการประเมินทักษะของคนงาน การฝึกอบรม ความสามารถในการปรับตัวกับงาน และประเด็นทางด้านสังคม ประเด็นเหล่านี้จะต้องนำมาพิจารณารวมกันเมื่อประเมินความพิการ และนี่เป็นส่วนเชื่อมที่สำคัญของระบบแพทย์และระบบของกฎหมาย ความเกี่ยวข้องของแพทย์ในการประเมินความพิการดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่าแพทย์อาจเกี่ยวข้องในฐานะผู้เชี่ยวชาญในการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ หรือในฐานะผู้เชี่ยวชาญในชั้นศาล

2.5 ระบบเงินทดแทนของประเทศต่างๆ

ประมาณ 136 ประเทศทั่วโลก มีกฎหมายและระบบเงินทดแทน เกือบทุกประเทศจะมีระบบของประเทศระบบเดียว ยกเว้นแคนาดา สหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย ที่มีการกระจายอำนาจไปให้มีระบบของมลรัฐหรือของจังหวัด โดยอาจสรุปเป็นตารางได้ดังตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าประมาณ 2 ใน 3 มีระบบเงินทดแทน ที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสังคม สหราชอาณาจักรและไต้หวันเป็นไปตามระบบนี้ อีกประมาณ 1 ใน 3 ของประเทศทั่วโลก รวมทั้งสหรัฐอเมริกานั้นระบบเงินทดแทนจะดำเนินการโดยบริษัทประกันของรัฐ หรือเอกชน และมักจะมีการซื้อประกันเองได้เป็นทางเลือกหนึ่งด้วย ในภาพรวมจะเห็นว่าประเทศไทยมีระบบที่ใกล้เคียงกับของ สหราชอาณาจักรคือ ระบบกองทุนเงินทดแทนถูกดำเนินการผ่านระบบประกันสังคมของประเทศ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ตารางแสดง major types of Workers' Compensation (WC) Systems ของประเทศต่างๆ

1 ใน 3 (33%) มี WC coverage ผ่านระบบประกันของรัฐหรือเอกชน และมีทางเลือกให้ซื้อประกันเอง					2 ใน 3 (67%) มี WC coverage เป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสังคม
7 % บังคับประกัน WC ผ่านหน่วยงานผูกขาด ที่มีการควบคุม (regulated monopoly)		23 % บังคับประกัน WC ผ่านหน่วยงานที่แข่งขันกัน ที่มีการควบคุม (regulated competition)		3 % ประกัน WC แบบไม่บังคับ แต่มีการบังคับประโยชน์ทดแทนที่ได้ (compulsory benefit obligation)	67 % WC เป็นส่วนหนึ่งของประกันสังคม
WC ผ่านหน่วยงานประกันของรัฐเท่านั้น	WC ผ่านหน่วยงานประกันของรัฐหรือประกันตนเอง	WC ผ่านหน่วยงานประกันของรัฐและเอกชน หรือประกันตนเอง	WC ผ่านหน่วยงานประกันของเอกชนหรือประกันตนเอง	WC benefit จ่ายโดยนายจ้างหรือผ่านหน่วยงานประกันของรัฐหรือเอกชน	WC benefit ผ่านระบบประกันสังคมของรัฐ
สหรัฐอเมริกา : North Dakota, Wyoming แคนาดา	สหรัฐอเมริกา : Ohio, Puerto Rico, Washington, West Virginia เฮอร์มัน	สหรัฐอเมริกา : Arizona, California, Colorado, Idaho, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Minnesota, Missouri, Montana,	สหรัฐอเมริกา : Alabama, Alaska, Arkansas, Connecticut, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Hawaii, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Massachusetts, Michigan,	สหรัฐอเมริกา : Texas, New Jersey ฮ่องกง, เบอร์มิวดา	นิวซีแลนด์, ฝรั่งเศส, สหราชอาณาจักร, ไทย

		Nevada, New Mexico, New York, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, Utah	Mississippi, Nebraska, New Hampshire, North Carolina, South Dakota, Tennessee, Vermont, Virginia, Wisconsin อาร์เจนตินา, เนเธอร์แลนด์		
--	--	--	---	--	--



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อเปรียบเทียบระบบเงินทดแทนในสหรัฐอเมริกาและแคนาดา กล่าวได้ว่ามีความแตกต่างกันที่น่าสนใจ 4 ประการด้วยกัน คือ

1. การมีส่วนร่วมของเอกชน ในแคนาดานั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบมักจะเป็นหน่วยงานที่ผูกขาด แต่ทำเพื่อไม่มุ่งหวังกำไร แต่ขณะที่ในสหรัฐอเมริกาส่วใหญ่จะดำเนินการโดยบริษัทที่แสวงหากำไร กล่าวได้ว่า สหรัฐอเมริกาปล่อยให้เรื่องนี้เป็นไปตามกลไกการตลาดมากกว่าแคนาดา ในแคนาดานั้นระบบเงินทดแทนถือเป็น Exclusive remedy หมายความว่านายจ้างจะไม่ถูกฟ้อง แต่ในสหรัฐอเมริกานั้นในสภาวะบางอย่าง คนงาน นายจ้าง บริษัทประกัน หรือบุคคลที่ 3 อาจจะถูกฟ้องในชั้นศาลได้

2. การแยกตัวออกจกกันระหว่างบริการกับงานควบคุมกำกับ ในแคนาดานั้น คณะกรรมการเงินทดแทนมีอำนาจจัดการทั้งบริการและควบคุมกำกับในเชิงบริหาร แต่ในสหรัฐอเมริกา หน่วยควบคุมกำกับและหน่วยบริการนั้นแยกออกจากกันขึ้นอยู่กับหน่วยงานรัฐบาลคนละหน่วยงาน โดยมีหน่วยงานรัฐ 1 หน่วยงาน หรือมากกว่า 1 หน่วยงาน ให้การควบคุมกำกับ และมีหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนให้บริการภายใต้การควบคุมกำกับของหน่วยงานรัฐ

3. การควบคุมกำกับ ถ้าเปรียบเทียบกันแล้วระบบมุ่งกำไรของสหรัฐอเมริกานั้นมีการแข่งขันกันสูง จะทำให้ระบบควบคุมกำกับนั้นซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งการเฝ้าติดตามควบคุมผลการทำงาน และการกำกับการแข่งขันเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับลูกจ้าง นายจ้าง และสาธารณะ ในขณะที่ในแคนาดานั้นระบบเป็นแบบไม่แสวงหากำไร จึงหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดจากการแสวงหากำไรต่าง ๆ ได้ และรัฐบาลสามารถมอบอำนาจการควบคุมกำกับและให้บริการของระบบเงินทดแทนให้กับหน่วยงานราชการหน่วยเดียวกันได้ ระบบนี้ถ้าควบคู่ไปกับการกำกับที่ดี โดยคำนึงถึงประโยชน์สาธารณะก็จะสามารถหลีกเลี่ยงค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่จะเกิดขึ้นในระบบได้ ทำให้ระบบของแคนาดามีค่าใช้จ่ายที่ถูกมากกว่าของสหรัฐอเมริกามาก

4. ระบบของสหรัฐอเมริกามีการแลกเปลี่ยนระหว่างการป้องกันในชั้นศาล กับการได้ผลประโยชน์เงินทดแทนจำนวนหนึ่ง อย่างไรก็ตามในสหรัฐอเมริกา ขั้นตอนการอุทธรณ์นั้นต้องใช้เวลาของมลรัฐเป็นอย่างมาก นอกจากนั้นยังเปิดโอกาสให้มีการฟ้องร้องกันในทางแพ่งต่อนายจ้าง บุคคลที่ 3 และบริษัทประกัน สิ่งนี้ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะค่าทนายความ ค่าพยานทางการแพทย์ ค่าบริหารจัดการ การสืบพยานในชั้นศาล ทำประชาพิจารณาและบันทึกข้อมูลต่าง ๆ และยืดระยะเวลาในการที่จะกลับไปทำงานของลูกจ้างในระหว่างที่คดีความยังไม่จบ เหล่านี้ทำให้ค่าใช้จ่ายของระบบเงินทดแทนในสหรัฐอเมริกาดูสูงกว่าในแคนาดาเป็นอย่างมาก

การเปลี่ยนแปลงในสหรัฐอเมริกาคือด้วยเรื่อง Health Care Reform เมื่อเร็ว ๆ นี้ ส่วนหนึ่งก็เน้นไปที่การควบคุมค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง โดยระบบเงินทดแทน ดังเช่น

1. มลรัฐแต่ละมลรัฐพยายามที่จะเพิ่มความเข้มงวดและกำหนดเพดานของเงินทดแทนที่จะได้ กำกับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่จะเบิกได้ ลดการทุจริตและพัฒนาการบริหารจัดการ

2. ลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยรวมที่เพิ่มขึ้นตามการลดลงของค่าเงิน
3. ใช้สิ่งที่เรียกว่า Managed care มาพัฒนาการวินิจฉัย การรักษาและผลการรักษา ช่วงเวลาที่รักษาและค่าใช้จ่ายต่อครั้งของการรักษา
4. พัฒนาระบบการกำหนดราคาของการประกันสุขภาพและพัฒนาความสัมพันธ์ในสัดส่วนของการสูญเสียไป (loss ratio) คือ สัดส่วนเงินที่จ่ายไป ต่อเงินสมทบที่ได้ (loss / contribution)
5. พัฒนาการตรวจจับทุจริต
6. ใช้ทางเลือกทางการประกันใหม่ ๆ เช่น มีโปรแกรมให้ส่วนลดถ้าซื้อในปริมาณมาก
7. พลัดคนและชักจูงนายจ้างให้ไปซื้อทางเลือกประกันอื่น ๆ เช่น ซื้อประกันเดี่ยว หรือซื้อประกันเป็นกลุ่ม

อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าระบบเงินทดแทนของเกือบทุกประเทศ มีสิ่งที่จะได้รับการพัฒนา ได้แก่

1. ปรับแก้ระบบจากการให้บริการหลังจากเกิดอุบัติเหตุไปยังการจัดการความเสี่ยงก่อนที่จะเกิดอุบัติเหตุและทำการป้องกันอุบัติเหตุเหล่านั้น
2. ตระหนักถึงความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันระหว่างการให้บริการลูกค้าจำนวนมากต่อระบบเงินทดแทน และพยายามสร้างระบบบริการลูกค้าที่ดีขึ้นในแง่ขีดความสามารถและความสามารถในการแข่งขัน
3. เลือกลงทุน โดยมีเป้าหมายในการสร้างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางวิทยาศาสตร์ที่จะทำการแบ่งแยกสาเหตุที่เกิดจากงานและที่ไม่ได้เกิดจากงานออกจากกัน รวมทั้งผลที่เกิดต่อเนื่องของอุบัติเหตุ โดยเฉพาะการบาดเจ็บและโรคที่เกิดในอุตสาหกรรมต่าง ๆ
4. สนับสนุนส่งเสริมอย่างจริงจังให้เกิดพัฒนาการของอาชีพเวชศาสตร์ และการฟื้นฟูทางอาชีพ ให้มีผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้มากขึ้นในระบบบริการทางการแพทย์ ควบคู่ไปกับการสะสมเพิ่มเติมความรู้ความเข้าใจในเรื่องของระบบกองทุนเงินทดแทนให้กับบุคลากรทางการแพทย์ นายจ้างและลูกจ้าง
5. ลดความรู้ประสิทธิภาพและการใช้จ่ายทรัพยากรอย่างฟุ่มเฟือยออกไปจากระบบ เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้จะสามารถลดลงได้ อย่างเช่นขั้นตอนการเข้าสู่กระบวนการในชั้นศาลและขั้นตอนการอุทธรณ์
6. ปรับปรุงวิธีควบคุมกำกับระบบเงินทดแทน และดูแลผลกระทบของอุตสาหกรรมและเศรษฐกิจ
7. พิจารณาและทบทวนว่าระบบกองทุนเงินทดแทนถูกควบคุม กำกับ วางแผนอย่างไร พิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างเงินทดแทนที่จ่ายไปและเงินสมทบที่เรียกเก็บ เพื่อให้

สามารถทำความเข้าใจและตอบสนองได้ดีขึ้นต่อความต้องการของนายจ้างและลูกจ้าง ตลอดจนถึงความสามารถในการแข่งขันกับตลาดโลก

2.6 ขั้นตอนการพิจารณาเงินทดแทน

ขั้นตอนใหญ่ๆ ของการดำเนินงานในระบบเงินทดแทนของประเทศต่างๆ นั้นมีความคล้ายคลึงกัน เริ่มต้นโดยเจ้าหน้าที่วินิจฉัย (สหราชอาณาจักร เรียกว่า Decision maker, สหรัฐอเมริกา เรียกว่า Adjudicator) จะเป็นผู้วินิจฉัยโดยอาศัยข้อมูลจาก 3 ส่วนคือ คนงานผู้ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย นายจ้าง และแพทย์ผู้ให้การรักษา เพื่อตอบคำถามสำคัญ 3 ข้อ ก่อนที่จะวินิจฉัยให้เงินทดแทน คำถาม 3 ข้อนั้น คือ

1. คนงานคนนั้นครอบคลุมภายใต้ระบบเงินทดแทน คือมีสิทธิได้รับเงินทดแทน
2. มีการพิการ หรือเจ็บป่วย หรือสูญเสียอวัยวะซึ่งจะได้เงินทดแทนตามกฎหมาย
3. มีความน่าจะเป็นระหว่างเหตุและผลของความสัมพันธ์ระหว่าง การทำงานเป็นเหตุ และอุบัติเหตุและการสูญเสียเวลาทำงาน การพิการ การตาย หรือสูญเสียอวัยวะนั้นเป็นผล

สำหรับคำถามประเด็นที่ 3 นี้ขึ้นกับการให้น้ำหนักเปรียบเทียบกันของความน่าจะเป็นเรียกว่า Balance of possibility โดยหลักการของระบบเงินทดแทน ผู้วินิจฉัยเงินทดแทนไม่จำเป็นจะต้องพิสูจน์ในเชิงบวกหรือเชิงลบ ต่อความสัมพันธ์ในเชิงเหตุผล สิ่งที่จะต้องทำก็คือให้น้ำหนักต่อพยานหลักฐานที่มี ถ้าหลักฐานนั้นแสดงความน่าจะเป็นมากกว่าเพียงแค่ว่าจะเป็น หมายความว่ามีโอกาสใช้มากกว่า 50% ก็เพียงพอที่จะให้เงินทดแทนตามข้อมูลบทบัญญัติของระบบเงินทดแทนเมื่อได้การวินิจฉัยว่าจะได้เงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทนแล้ว

ถ้าลูกจ้างหรือนายจ้างไม่พอใจการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่วินิจฉัย ก็มีสิทธิที่จะอุทธรณ์ได้ตามขั้นตอนของกฎหมายของแต่ละประเทศ รวมทั้งอาจสามารถฟ้องต่อศาลได้ด้วย

ในสหรัฐอเมริกา มีขั้นตอนต่อมาเป็นกระบวนการที่เรียกว่า Case Management คือกระบวนการจัดการคนงานที่ได้รับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเป็นราย ๆ ไปจนกว่าจะหายหรือกลับมาทำงานได้ ในการทำ Case Management นั้น Case Manager หรือผู้จัดการ case จะมีหน้าที่รับผิดชอบหลายประการด้วยกัน เริ่มตั้งแต่ให้แน่ใจว่าผู้ป่วยรายนั้นเข้าข่ายที่จะได้เงินจากระบบเงินทดแทน ต่อไปให้แน่ใจว่าได้เงินทดแทนในอัตราที่เหมาะสมและเป็นธรรม วางแผนการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ดำเนินการตามแผนและประเมินผลติดตาม ระหว่างนั้นก็ต้องเก็บข้อมูลเพิ่มเติมให้แน่ใจว่าการดำเนินการทางการแพทย์นั้นถูกต้องและเป็นปัจจุบัน อาจจะต้องเจรจาต่อรองกับนายจ้างเพื่อให้คนงานผู้นั้นกลับไปทำงานโดยเร็ว ในกรณีที่มีทุพพลภาพอย่างถาวร Case Manager จะต้องพิจารณาว่าต้องมีการตรวจทางการแพทย์ตามความเหมาะสมและจ่ายเงินทดแทนให้กับคนงานที่พิการนั้น Case Manager ยังต้องประสานเพื่อกำหนดแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และทางอาชีพ โดยมีเป้าหมายที่จะให้คนงานนั้นมีการหายเต็มที่ให้เร็วที่สุดและกลับมาทำงานได้ และถ้าคนงานไม่

สามารถกลับมาทำงานตามเดิมได้ Case Manager ควรทำหน้าที่ประสานกับผู้ประเมินและฝีกอาชีพ เพื่อทำการฝีกอาชีพที่เหมาะสมกับคนงานนั้น ๆ และหางานให้ทำต่อไป

ประเด็นพิจารณาในแง่มุมมองของการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในเชิงวิทยาศาสตร์ เพื่อตัดสินผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไปในกรณีระบบเงินทดแทน เรามักจะให้ประโยชน์กับเจ้าทุกข์คือคนงาน เนื่องจากเรารู้ว่าข้อมูลที่มีนั้นไม่สมบูรณ์ และก็อาจจะไม่มีทางที่จะได้ข้อมูลที่ครบถ้วนเหล่านั้นมาได้ ในการพิจารณาคนไข้เหล่านั้นเป็นราย ๆ ไป ต้องตระหนักถึงความจริงที่ว่าในระบบเงินทดแทนนั้น ไม่ใช่เวทีที่จะพิสูจน์ทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ แต่เป็นเวทีที่รับเอาองค์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ เพื่อประโยชน์แก่สังคมและกฎหมาย โดยพิจารณา case ผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป แต่ถ้าลูกจ้างฟ้องนายจ้างต่อศาล การการพิสูจน์ (Burden of proof) จะตกเป็นของลูกจ้าง คือต้องพิสูจน์ให้ศาล/ลูกขุน เห็นว่าข้อกล่าวหาเหล่านั้น ๆ หรือสิ่งที่ฟ้องร้องนั้นเป็นจริง

2.7 การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ

ในสหรัฐอเมริกา การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพเริ่มต้นเป็นกิจลักษณะในปี ค.ศ. 1962 โดย American Academy of Orthopedic Surgeon หรือ (AAOS) ได้ตีพิมพ์วิธีการตรวจเพื่อประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ ต่อมา American Medical Association ได้ตีพิมพ์แนวทางในการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทั้งระบบกระดูกและข้อ และระบบอื่น ๆ รวมทั้งทางด้านจิตใจออกมาเป็นชุดของเอกสารระหว่างปี ค.ศ. 1958 - 1970 ในวารสาร JAMA (Journal of American Medical Association) ต่อมาได้มีการรวมเล่มให้ชื่อว่า Guide to the Evaluation of Permanent Impairment ในปี ค.ศ. 1971 และมีการพิมพ์ใหม่อีกครั้งในปี ค.ศ. 1977 edition ที่ 2 ปี ค.ศ. 1984 edition ที่ 3 ปี ค.ศ. 1988 ปรึบแก้ไขในปี ค.ศ. 1990 edition ที่ 4 ปี ค.ศ. 1993

แนวทางนี้หยิบยืมเอาแนวทางบางส่วนมาจากงานตีพิมพ์ของ AAOS และ American Thoracic Society ต่อมา มีการก่อตั้ง American Academy of Disability Evaluating Physicians ในปี ค.ศ. 1988 และองค์กรหลายองค์กร รวมทั้ง American Board of Independent Medical Examiners ได้จัดฝึกอบรมในเรื่องการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพแก่แพทย์ในสหรัฐอเมริกา

ในสหรัฐอเมริกา แพทย์ผู้ประเมินการสูญเสียสมรรถภาพนั้น เรียกว่าเป็น Independent Medical Examiner (IME) การประเมินดังกล่าวเป็นพื้นฐานที่จะช่วยให้ระบบเงินทดแทน ให้หรือปฏิเสธการเรียกจ่ายเงินของคนงาน รวมทั้งยังเป็นพยานต่อไปในกระบวนการในชั้นศาล (ถ้ามี)

การทำ IME จะต้องไม่ให้แพทย์ผู้นั้นเป็นแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย เพราะวัตถุประสงค์ที่สำคัญของ IME ก็คือทำให้เหตุผลและความเห็นในเรื่องของการสูญเสียสมรรถภาพเท่านั้น การพยายามฝืนเงื่อนไขนี้ จะทำให้เกิดความรับผิดชอบในข้อกฎหมายตามมาได้ การทำ IME มักจะลงท้ายด้วยการทำรายงานเป็นลายลักษณ์อักษรเข้าสู่ระบบเงินทดแทนเพื่อดำเนินการต่อไป โดยที่แพทย์ผู้ทำ IME ไม่เกิดความสัมพันธ์ในฐานะแพทย์กับคนไข้ผู้ถูกตรวจประเมินนั้น โดยหลักการแล้วแพทย์ผู้ทำ IME จะข้ามเส้นแบ่งดังกล่าวและกลายเป็นแพทย์ผู้รักษา ถ้าทำอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

1. ให้การวินิจฉัย
2. ให้คำอธิบาย
3. พยายามที่จะรักษาผู้ถูกตรวจ ไม่ว่าจะเป็นการให้คำแนะนำในการรักษาพยาบาล การแนะนำส่งต่อ หรือทำการรักษาเอง หรือแม้เพียงคำแนะนำเพื่อให้เกิดการปรับปรุงสภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วย

อาจมีคำถามตามมาว่า หากแพทย์ผู้ทำ IME พบว่าผู้ถูกประเมินมีภาวะบางอย่างที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการทำงาน แต่มีความสำคัญเช่น เป็นมะเร็ง แพทย์ควรจะเปิดเผยข้อมูลนี้หรือไม่อย่างไร ถ้าเปิดเผยหรือพูดข้อมูลนี้เขาก็จะกลายเป็นแพทย์ผู้รักษา อาจจะมีประเด็นทางกฎหมายตามมาได้ ประเด็นนี้มีผู้ให้คำแนะนำว่าให้แจ้งข้อมูลนี้ให้กับผู้ส่งคนงานนั้นมาทำ IME ไม่ว่าคนนั้นจะเป็นทนาย หน่วยงานของรัฐ หรือรัฐบาลกลาง หรือบริษัทประกัน และขอความเห็นชอบเสียก่อนที่จะให้ข้อมูลนั้นให้กับผู้ถูกประเมิน ถ้าคำอนุญาตนั้นได้รับการยอมรับก็จะไม่มีปัญหา แต่ถ้าไม่ได้รับอนุญาต ก็ให้เดินหน้าต่อไป คือแจ้งให้ผู้ถูกตรวจทราบถึงภาวะที่เขาเป็น เพื่อประโยชน์ของผู้ถูกตรวจ และให้บันทึกเรื่องนี้ไว้โดยละเอียด เพื่อจะมีปัญหาในชั้นศาลในอนาคต ประเด็นสำคัญก็คือว่าการประกัน malpractice ทั้งหลายมักจะคุ้มครองแพทย์ที่ทำ IME คือ ไม่คุ้มครองการทำ IME

การบ่งชี้กำหนดว่าใครพิการมากน้อยเพียงใดเป็นหัวใจสำคัญอันหนึ่งของระบบกองทุนเงินทดแทนเป็นประเด็นที่แพทย์ส่วนหนึ่งให้ความสนใจเป็นอย่างมาก ในเวลาเดียวกันก็เป็นประเด็นที่มีความซับซ้อนและก็มีความแตกต่างกันมากระหว่างข้อกฎหมายในแต่ละมลรัฐ โดยทั่วไปเงินทดแทนมี 3 รูปแบบด้วยกัน

1. Temporary Disability Benefit เป็นเงินทดแทนที่จ่ายไว้ในรายที่บาดเจ็บไม่รุนแรง คือจ่ายให้ในเวลาที่กำหนดไว้อย่างจำกัด
2. Permanent Total Disability Benefit เป็นเงินทดแทนที่จ่ายให้กับรายที่บาดเจ็บรุนแรง
3. Permanent Partial Disability Benefit เป็นเงินทดแทนที่จ่ายให้กับคนงานที่มีความพิการหลงเหลือจากการบาดเจ็บ แต่ไม่ถึงกับพิการทั้งร่างกาย

กลุ่มที่ 3 นี้เป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุดและเป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการพิจารณาและเป็นข้อถกเถียงกันอย่างมากที่สุด

case ส่วนใหญ่ได้เงินทดแทนในรูปของ Temporary Disability Benefit พวกนี้ได้แก่ถูกจ้างที่หายในเวลาอันสั้นและกลับไปทำงานได้ เทียบกับของประเทศไทยก็คือกรณีเงินทดแทนกรณีเจ็บป่วยและขาดงานนานเกิน 3 วัน แต่รายที่จ่ายเป็นจำนวนเงินสูงต่อแต่ละรายก็คือ Permanent Total Disability Benefit แต่ว่าในมลรัฐส่วนใหญ่ case ในกลุ่มนี้รวมกันเป็นเปอร์เซ็นต์ หรือสัดส่วนค่อนข้างน้อยในบรรดา case ทั้งหมด ใน case ที่มีปัญหาคือ case Permanent Partial Disability Benefit แม้ว่าจะมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่ม Temporary Disability Benefit และแต่ละรายจะมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า Permanent Total Disability Benefit แต่เป็นกลุ่มที่มีปัญหามากที่สุด ค่าใช้จ่ายรวมกันมากกว่าอีก 2

กลุ่ม คือ Temporary Disability Benefit และ Permanent Total Disability Benefit และเนื่องจากเป็นการยากที่จะประเมิน พวกนี้จึงเป็น case ที่เจ้าหน้าที่วินิจฉัยมักจะขอความช่วยเหลือจากแพทย์ในการให้ความเห็นเป็นเครื่องชี้ขาด

ในทั้ง 3 กลุ่ม เงินทดแทนจะจ่ายให้เป็นสัดส่วนหรือเปอร์เซ็นต์ของรายได้ของคณงานก่อนที่ จะรับบาดเจ็บ อาจจะเป็นรายได้เป็นรายสัปดาห์ มลรัฐส่วนใหญ่จะกำหนดให้ลูกจ้างผู้ได้รับบาดเจ็บ จะได้เงิน 2 ใน 3 ของเงินรายได้เฉลี่ยรายสัปดาห์ บางมลรัฐจ่ายให้ถึง 80% ของรายได้เฉลี่ยต่อ สัปดาห์ ในทุกมลรัฐเงินทดแทนจะมีเพดานขั้นสูงกำหนดไว้ ที่พบบ่อยกว่าคือกำหนดตัวเลขค่าเฉลี่ย ของรายได้ในมลรัฐนั้น ๆ บางมลรัฐให้เงินทดแทนที่มีค่าสูงขึ้น ตามค่าครองชีพที่เพิ่มขึ้น สำหรับลูก จ้างที่เป็น Permanent Total Disability แต่ส่วนใหญ่มลรัฐเกือบทุกแห่งจะให้เงินทดแทนในอัตราตาย ตัวตั้งแต่วันที่ได้รับบาดเจ็บ โดยไม่มีการปรับเพิ่มสำหรับค่าครองชีพที่สูงขึ้น

กลุ่มแรกคือ Temporary Disability การพิจารณาชั่วคราว เงินทดแทนในส่วนนี้จะจ่ายให้ภาย หลังบาดเจ็บ นับตั้งแต่การบาดเจ็บจนคณงานหายกลับไปทำงานหรือจนกระทั่งคณงานได้รับการ รักษาจนหายดีเต็มที่แล้ว จุดนั้นทางการแพทย์เรียกว่ามีการดีที่สุดของสภาพการหายในทางการแพทย์ เรียกว่า Maximum Medical Improvement บางมลรัฐจ่าย Temporary Disability ในลักษณะที่เป็น บางส่วนด้วย เช่นกรณีที่คณงานได้รับบาดเจ็บกำลังหายแต่ไม่ได้กลับไปทำงานแต่ได้ค่าจ้างน้อยลง กองทุนเงินทดแทนจะจ่ายให้เป็นสัดส่วนของส่วนต่างระหว่างค่าจ้างก่อนบาดเจ็บกับค่าจ้างใน ปัจจุบัน มี 15 มลรัฐ ที่กำหนดเพดานจำนวนสัปดาห์ที่จะจ่ายให้คณงานแต่ละคนในลักษณะของเงิน ทดแทน สำหรับ Temporary Total Disability เพดานนี้แตกต่างกันตั้งแต่ 208 สัปดาห์ในมลรัฐ West Virginia จนถึง 700 สัปดาห์ในมลรัฐ New Mexico

แม้ว่าจะเป็นกลุ่มที่มีจำนวน case มากที่สุด แต่ Temporary Disability นั้นเป็นส่วนที่มีข้อโต้แย้งน้อยที่สุด เนื่องจากส่วนใหญ่จะเป็น case ที่เกิดตามหลังการบาดเจ็บที่ชัดเจนในช่วงเวลาที่พิจารณาชั่วคราวหรือทำงานไม่ได้นั้นชัดเจนและคณงานมักจะกลับไปทำงานแล้ว แม้ว่าจะมีรายที่บาดเจ็บรุนแรงบ้างเข้ามาในการพิจารณาของ Temporary Disability แต่ก็มีหลักฐานชัดเจนว่าคณงานมีความ พิจารณาบางส่วน แต่ไม่สามารถกลับไปทำงานได้เต็มสภาพเดิมก่อนการบาดเจ็บ ข้อโต้แย้งของการจ่าย เงินทดแทนจึงไม่มากนัก

กลุ่มที่ 2 คือ Permanent Total Disability กลุ่มนี้จะใช้กรณีที่คณงานได้รับบาดเจ็บรุนแรง และแม้ว่าจะมีข้อโต้แย้งว่าคณงานใดที่จะเข้าข่ายนี้บ้าง แต่เป็นที่เห็นพ้องต้องกันว่าถ้าพิจารณาเข้า กลุ่มนี้แล้วเงินทดแทนที่ได้จะค่อนข้างสูง โดยทั่วไปคุณสมบัติของคณงานที่จะได้รับการพิจารณาให้ ได้เป็น Permanent Total Disability คือมีสิ่งตรวจพบที่ยืนยันว่าการพิจารณานั้นรุนแรงจนคณงานไม่ สามารถกลับไปทำงานได้ คุณสมบัตินี้แม้ว่าจะฟังดูชัดเจนแต่ก็มีปัญหาในทางปฏิบัติ ประเด็นสำคัญ ก็คือว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจใดที่จะตัดสินว่าคณงานกลับไปทำงานได้หรือไม่ ยกตัวอย่างนาย ก. อาศัย อยู่ในป่า มีการศึกษาน้อยและมีการบาดเจ็บที่หลัง งานเดียวที่คณงานนี้จะทำได้ในพื้นที่นั้นด้วยความรู้ที่

เขามี ก็คือ งานยกของหนัก เขาอาจจะอ้างว่าเขาควรจะได้ Permanent Total Disability Benefit เพราะเขาไม่สามารถทำงานยกของหนักใด ๆ ได้ นายจ้างของเขาก็อาจจะเห็นด้วยที่จะจ่ายเงินทดแทนให้ แต่ถ้าเขาอยู่ในสถานที่อื่น หรือมีการศึกษามากกว่านี้ ก็อาจจะทำงานอื่น ๆ ได้มากมายทั้ง ๆ ที่เขามีการบาดเจ็บที่หลัง หรือมีอาการปวดหลังอยู่ และในกรณีหลังนี้ความพิการของเขาเป็นเพียงบางส่วน (Partial) แต่ละมลรัฐมีความแตกต่างกันในการพิจารณาถึงสภาพภูมิศาสตร์ การศึกษา และปัจจัยทางเศรษฐกิจ ในการกำหนดคำว่า Permanent Total Disability โดยทั่วไป Permanent Total Disability Benefit จะจ่ายให้ตราบเท่าที่คนงานยังคงพิการและมีชีวิตอยู่ อย่างไรก็ตาม มี 6 มลรัฐ ที่กำหนดเพดานจำนวนสัปดาห์ที่จะจ่าย Permanent Total Disability ที่คนงานจะได้รับ เพดานแตกต่างกันตั้งแต่ 260 สัปดาห์ ในมลรัฐ Massachusetts ถึง 700 สัปดาห์ในมลรัฐ New Mexico

กลุ่มที่ 3 คือ Permanent Partial Disability Benefit เป็นกลุ่มที่อยู่ยากที่สุดในระบบเงินทดแทน และมีสัดส่วนสูงที่สุดในเงินทดแทน เมื่อเปรียบเทียบกับอีก 2 กลุ่ม อีกทั้งการพิจารณาถึงความแตกต่างกันหลากหลายในแต่ละมลรัฐมากกว่าการพิจารณาอีก 2 กลุ่ม ระบบการพิจารณา Permanent Partial Disability Benefit ในบางมลรัฐก็มีความยุ่งยากซับซ้อน และมีข้อโต้แย้งกันเป็นอย่างมาก คนงานจะโต้แย้งว่าเงินทดแทนที่เขาได้นั้นน้อยและไม่เพียงพอ นายจ้างจะโต้แย้งว่าแพงมากและทั้ง 2 ฝ่าย ก็จะไม่พอใจเพราะกระบวนการพิจารณาไม่มีประสิทธิภาพและล่าช้า กลุ่มผู้มีการศึกษาชี้ประเด็นว่าเงินทดแทนกระจายอย่างไม่เป็นธรรม

ต่อไปเป็นคำถามที่ควรจะต้องพิจารณาว่าเราต้องการการทดแทนอะไรกันแน่ นั่นเป็นคำถามพื้นฐานที่ควรพิจารณาในการพิจารณาจ่ายเงินทดแทนของระบบเงินทดแทน โดยหลักการของระบบเงินทดแทน ถูกจ้างยอมแลกเอาการไม่ฟ้องนายจ้างกับการขอรับเงินจากระบบเงินทดแทน สิ่งที่ถูกจ้างที่บาดเจ็บควรจะได้รับการทดแทนผลที่เกิดต่อเนื่องตามกันในเรื่องของการทำงานและการมีรายได้ แต่ไม่ใช่ผลต่อเนื่องตามกันในเชิงของบุคคล หรือสังคมของคน ๆ นั้น วิธีคิดนี้อาจจะเข้มงวดเกินไปในบางครั้ง ยกตัวอย่างเช่น นางสาว ข. เป็นคนงาน และสูญเสียขาทั้ง 2 ข้างแน่นอนว่าเธอจะได้รับเงินทดแทนก้อนใหญ่ และในบางมลรัฐเธออาจจะได้เงินทดแทนไปตลอดชีวิตที่เหลือของเธอ แต่สมมติว่าเธอคนนี้เป็นเสมียนเธออาจจะกลับไปทำงานได้ในเวลา 2 - 3 เดือนหลังการบาดเจ็บ กรณีนี้เธอจะได้เงินทดแทนอะไรบ้าง ถ้าเราจำกัดการจ่ายเงินทดแทนอยู่ที่ผลต่อเนื่องจากการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน เธอคนหลังนี้จะเสียรายได้ไปเพียง 2 - 3 เดือน และเงินทดแทนที่เธอจะได้ก็เป็นสัดส่วนของส่วนที่เธอเสียไปนั้นเช่น 60% หรือ 2 ใน 3 หรือ 90% เป็นอย่างสูง กรณีนี้ดูแล้วเหมือนว่าเธอได้รับเงินทดแทนค่อนข้างน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีสูญเสียขาทั้ง 2 ข้าง

วิธีหนึ่งที่จะแก้ปัญหานี้ก็คือจ่ายเงินทดแทนให้กับการสูญเสียสมรรถภาพทางกายจากการบาดเจ็บ ดังตัวอย่างของเสมียนที่สูญเสียขาทั้ง 2 ข้างที่ยกให้ฟังแล้ว ซึ่งได้รับเงินทดแทนก้อนใหญ่แม้ว่าจะสูญเสียรายได้ไม่มากนัก ในปัจจุบันเกือบทุกมลรัฐจ่ายบางส่วนของเงินทดแทน โดย

พิจารณาการสูญเสียสมรรถภาพทางกาย และในหลาย ๆ มลรัฐส่วนนี้เป็นส่วนสำคัญในการจ่ายเงินทดแทนในบางครั้งใช้คำว่า Impairment หรือการสูญเสียสมรรถภาพ บางครั้งเป็นที่กล่าวกันว่าคำว่า Impairment จะถูกใช้เพราะว่าเป็นวิธีที่สะดวกที่จะวัดหรือทำนายรายได้ที่สูญเสียไปจากการสูญเสียสมรรถภาพ และเป็นเสมือนตัวแทนของรายได้ที่สูญเสียไปนั้น ดังนั้นแม้ว่ารายได้ที่สูญเสียสมรรถภาพจะถูกวัดหรือถูกแทนโดยเปอร์เซ็นต์การสูญเสียสมรรถภาพ แต่สิ่งที่ทดแทนจริง ๆ ก็คือ ผลต่อเนื้อหรือผลพวงจากการบาดเจ็บจากการทำงาน

คำถามต่อไปเป็นประเด็นการพิจารณาการสูญเสีย หรือพิจารณาจากการสูญเสียรายได้ วิธีพิจารณาเงินทดแทนสำหรับกรณี Permanent Partial Disability จะมีความแตกต่างกันไป ตั้งแต่การพิจารณาจาก Impairment หรือการสูญเสียสมรรถภาพทางกาย หรือพิจารณาจากรายได้ที่สูญเสียไปหรือบางอย่างที่อยู่กลาง ๆ ของ 2 ส่วนนี้ที่เรียกว่าความสามารถในการหารายได้ (loss of wage-earning capacity)

กลุ่มที่ 1 ระบบที่พิจารณาการสูญเสียทางกาย การสูญเสียทางกายกระทำโดยแพทย์และพิจารณาโดยอาศัยความจำกัดของความสามารถในการทำงานของอวัยวะหรือร่างกาย ซึ่งเป็นผลจากการบาดเจ็บ จะไม่พิจารณาปัจจัยอื่น ๆ เช่น อายุของคนงาน ชนิดของงานที่ทำ การศึกษาของคนงาน ความสามารถในการทำงานของคนงาน

กลุ่มที่ 2 การพิจารณารายได้ที่เสียไปเพียงอย่างเดียว กลุ่มนี้พิจารณาให้เงินทดแทนที่เป็นสัดส่วนกับรายได้ของคนงานที่สูญเสียไป ซึ่งเป็นผลจากการบาดเจ็บ เงินทดแทนนี้จะจ่ายเป็นรายสัปดาห์ โดยพิจารณาจากข้อมูลย้อนหลัง เงินทดแทนจะคงจ่ายให้ตราบเท่าที่มีการสูญเสียรายได้ที่เป็นผลจากการบาดเจ็บจากการทำงาน และไม่มี การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายหรือความสามารถในการทำงาน ในทั้งสองแบบนี้ไม่ว่าจะเป็นการพิจารณาการสูญเสียสมรรถภาพหรือการสูญเสียรายได้ จะเริ่มต้นด้วยการกำหนดรายได้ที่ได้รับก่อนการบาดเจ็บ จากรายได้เฉลี่ยของคนงานในมลรัฐนั้น และเงินทดแทนจะจ่ายให้เป็นสัดส่วนของรายได้ก่อนการบาดเจ็บ มักจะเป็นประมาณ 2 ใน 3 บางมลรัฐก็เป็นรายได้ก่อนหักภาษี บางมลรัฐก็เป็นรายได้หลังหักภาษีแล้ว ในระบบที่พิจารณาจากการสูญเสียจะมีการกำหนดจำนวนสัปดาห์แทนค่าของบุคคลทั้งคน เสร็จแล้วการสูญเสียสมรรถภาพแต่ละชนิดแต่ละประเภทจะถูกประเมินเป็นการสูญเสียสมรรถภาพทั้งบุคคล เช่น ถ้ามลรัฐหนึ่งกำหนด 700 สัปดาห์ เป็นช่วงเวลาที่จ่ายเงินทดแทนให้กับบุคคลทั้งคน การสูญเสียแขนข้างหนึ่ง อาจจะถูกกำหนดค่าเป็น 50% ของบุคคลทั้งคน ดังนั้นถ้านางสาว ก. เสียแขนข้างหนึ่งดังกล่าว เธอจะได้รับเงินทดแทนเป็นระยะเวลาหรือเท่ากับจำนวนเงินเท่ากับ 350 สัปดาห์ ถ้าบุคคลดังกล่าวได้รับค่าจ้าง 200 เหรียญ/สัปดาห์ ก็จะได้รับ 200 เหรียญ/สัปดาห์ คูณ 350 สัปดาห์ ไม่ว่าเธอจะกลับไปทำงานหรือไม่ก็ตาม แต่ถ้าเธอสูญเสียนิ้วไป 1 นิ้ว อาจจะถูกประเมินว่าสูญเสียไป 5% ก็จะได้รับ 200 เหรียญ/สัปดาห์ คูณ 35 สัปดาห์ เงินจำนวนนี้จะจ่ายให้เธอไม่ว่าเธอจะกลับไปทำงานหรือไม่ก็ตาม

อาจจะม่ประเด็นปัญหาว่าบุคคลดังกล่าวอาจจะม้อชีพที่ไม่ใช้แรงงาน เช่น นางสาว ข. เป็น
 ทนายความ ยังไปทำงานได้หลังเกิดอุบัติเหตุดังกล่าว และยังคงได้เงินทดแทนจำนวนดังกล่าว ก็นับ
 ได้ว่าที่จริงแล้วเธอไม่ได้มีการสูญเสียรายได้แต่อย่างใด ในทางตรงกันข้าม นางสาว ค. ม้อชีพทำ
 นาฬิกา แม้จะเสียนิ้วไปเพียงนิ้วเดียว ก็ไม่สามารถทำงานได้ แต่ได้เงินทดแทนเพียง 35 สัปดาห์ ใน
 ระบบที่พิจารณาการสูญเสียรายได้เพียงอย่างเดียว การบาดเจ็บหรือสูญเสียสมรรถภาพทางกายจะไม่
 เป็นประเด็นที่พิจารณา นางสาว ข. จะได้รับเงินทดแทนเพียงชั่วระยะเวลาหลายสัปดาห์ในช่วงที่เธอ
 ขาดงาน ในขณะที่นางสาว ค. จะได้เงินทดแทนไปตลอดชีวิต แต่ถ้านางสาว ค. กลับไปทำงานแต่ได้
 รายได้ต่ำกว่าเดิมก็จะได้รับเงินทดแทนเพียงบางส่วน

ทั้ง 2 ระบบมีข้อจูงใจแตกต่างกัน ในระบบพิจารณาการสูญเสียสมรรถภาพเพียงอย่างเดียว
 จะเอื้อให้คนงานกลับไปทำงานเร็วขึ้นเพราะเขาจะได้ทั้งค่าจ้างและเงินทดแทน ในทางตรงกันข้าม
 ในระบบที่พิจารณาจากการสูญเสียรายได้จะเป็นการเอื้อให้นายจ้างพิจารณาเสนองานอื่น ๆ ให้กับลูก
 จ้างที่ได้รับบาดเจ็บ และเมื่อลูกจ้างกลับไปทำงาน เงินทดแทนก็จะหยุดลง นี่เป็นประเด็นสำคัญเนื่อง
 จากว่าส่วนใหญ่ของความสำเร็จของการทำกายภาพบำบัดและฝึกอาชีพ เกิดขึ้นกับคนงานที่กลับไป
 ทำงานกับนายจ้างคนเดิม และโดยทั่วไปในมลรัฐต่าง ๆ ที่ใช้แนวพิจารณาของการสูญเสียรายได้จะ
 กำหนดไว้ว่าถ้าลูกจ้างปฏิเสธการจ้างงานที่มีเหตุมีผล เงินทดแทนอาจจะลดลงหรืออาจจะถูกตัดทั้ง
 หมด ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าเป็นเหตุจูงใจให้คนงานกลับไปทำงาน มีข้อได้เปรียบเสียเปรียบอื่น ๆ
 เช่น ในระบบการพิจารณาโดยอาศัยการสูญเสียรายได้ นายจ้างอาจจะถูกบังคับให้จ่ายเงินทดแทนเต็ม
 จำนวนให้กับลูกจ้างที่บาดเจ็บเพียงเล็กน้อย แต่ไม่ได้กลับไปทำงานด้วยเหตุผลอื่นๆ แต่ในขณะที่
 ระบบที่พิจารณาการสูญเสียสมรรถภาพ นายจ้างอาจจะต้องจ่ายเงินจำนวนมากทดแทนให้กับคนงาน
 ซึ่งอาจจะหายและกลับไปทำงานเดิมได้

แนวคิดที่เป็นที่นิยมใช้กันอยู่ในปัจจุบันเรียกว่า การสูญเสียความสามารถในการหารายได้
 แนวคิดนี้อยู่ระหว่างกลางของการพิจารณาโดยอาศัยการสูญเสียสมรรถภาพเพียงอย่างเดียวกับการ
 พิจารณาโดยอาศัยการสูญเสียรายได้เพียงอย่างเดียว แนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่ใช้กันมากที่สุด
 ในปัจจุบัน เราอาจจะถือได้ว่าเป็นการปรับประยุกต์วิธีพิจารณาแบบสุดขั้วทั้ง 2 วิธี ดังที่กล่าวมาแล้ว ใน
 ระบบการพิจารณาการสูญเสียสมรรถภาพ แนวคิดของการสูญเสียความสามารถในการหารายได้คือ
 การพิจารณาเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเกี่ยวกับอาชีพ ในการพิจารณาประเมินการสูญเสีย
 สมรรถภาพ หลาย ๆ มลรัฐใช้วิธีการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกาย แล้วปรับด้วยปัจจัยทาง
 อาชีพต่าง ๆ เช่น การศึกษาของคนงาน ทักษะ อายุ และความสัมพันธ์ระหว่างการสูญเสียสมรรถภาพ
 นั้น ๆ กับงานที่คนงานนั้น ๆ ทำอยู่ ดังนั้นถ้าคนงานได้รับบาดเจ็บที่หลัง ซึ่งทำให้เขาไม่สามารถยก
 ของหนักได้ก็จะได้รับการพิจารณาว่าสูญเสียความสามารถในการหารายได้ในเปอร์เซ็นต์ที่สูงกว่า
 ถ้าเป็นคนงานที่ทำงานยกของหนัก เมื่อเปรียบเทียบกับถ้าเขาเป็นพนักงานเสมียน ในความเป็นจริง
 แล้วทุกมลรัฐที่ใช้การพิจารณาการสูญเสียสมรรถภาพนั้น ก็ให้น้ำหนักกับปัจจัยด้านอาชีพเหล่านี้

ด้วย บางมลรัฐก็ให้นำหนักกับบางปัจจัยมากกว่าบางปัจจัย บางมลรัฐก็กำหนดมาเป็นตัวเลขชัดเจน หรือเป็นสูตรที่แน่นอน ในขณะที่บางมลรัฐอาจจะพิจารณาแบบไม่เป็นทางการหรือแบบเป็นอัตรา ในมลรัฐที่ใช้การพิจารณาการสูญเสียรายได้เป็นสำคัญก็มีการปรับประยุกต์เป็น concept หรือแนวคิดของการประเมินการสูญเสียความสามารถในการหารายได้มาใช้ ในกรณีดังกล่าวนายจ้างอาจจะกำหนดว่าลูกจ้างมีความสามารถในการหารายได้เป็นตัวเลขตัวหนึ่ง แม้ว่าเขาอาจจะไม่มีรายได้ใด ๆ เลย ในกรณีเช่นนี้ความสามารถในการหารายได้ของพนักงานจะน้อยกว่ารายได้ที่สูญเสียไปจริง แต่เงินทดแทนจะจำกัดอยู่ที่การสูญเสียความสามารถในการหารายได้ ยกตัวอย่างเช่น นาย ก. เป็นพนักงานทำงานหนัก ได้รายได้ 400 เหรียญ/สัปดาห์ เมื่อได้รับบาดเจ็บเขาไม่สามารถกลับไปทำงานตามเดิมได้ แต่เขาสามารถทำงานปานกลางถึงเบาได้ การพิจารณาการสูญเสียรายได้ก็จะได้รับเงินทดแทนโดยอิงเกณฑ์ 400 เหรียญ/สัปดาห์ ที่เขารับอยู่ นอกเสียจากว่าเขาทำงานได้รายได้บางส่วน ยกตัวอย่างเช่น ถ้านายจ้างของพนักงานคนนี้สามารถแสดงโดยหลักฐานที่น่าเชื่อว่าพนักงานดังกล่าวมีความสามารถที่จะทำงานที่มีรายได้ 300 เหรียญ/สัปดาห์ อีกนัยหนึ่งคือ เขาสามารถหารายได้ 300 เหรียญ/สัปดาห์ และจะสูญเสียความสามารถในการหารายได้เพียง 100 เหรียญ/สัปดาห์ ในหลาย ๆ มลรัฐ การพิจารณาการสูญเสียรายได้ก็จะพิจารณาว่าพนักงานดังกล่าวเสียรายได้ไปเพียง 100 เหรียญ/สัปดาห์ เป็นต้น

ปัจจัยในการพิจารณาความสามารถในการหารายได้ของพนักงานนั้นแตกต่างกันมากจากรัฐหนึ่งไปอีกรัฐหนึ่ง คำถามที่ยากที่สุดก็คือจะนำปัจจัยทางเศรษฐกิจมาพิจารณามากน้อยเพียงใด อย่างกรณีข้างต้นทำไมพนักงานคนดังกล่าวถึงไม่ทำงานที่มีรายได้ 300 เหรียญ/สัปดาห์ มีงานดังกล่าวให้ทำจริงหรือเป็นเพียงงานในทฤษฎี หรือเขาเกียจคร้านเกินไปที่จะทำงานก็เลยไม่ทำงาน หรือเพราะเศรษฐกิจตกต่ำ ทำให้เขาไม่ได้งานทำ หรือมีงานดังกล่าวและเขาก็ทำได้ และมีตำแหน่งงานว่างด้วย และเขาก็อยากทำแต่ไม่มีคนจ้างเขาเพราะเขามีประวัติปวดหลังมาก่อน ว่าที่นายจ้างเกรงจะมีปัญหาเรื่องเงินทดแทน แต่ละมลรัฐที่ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาการสูญเสียรายได้ ก็จะแตกต่างกันในการพิจารณาตอบคำถามเหล่านี้ บางมลรัฐก็แสดงให้เห็นว่าพนักงานได้พยายามหางานทำแล้ว หมายความว่าพนักงานที่จะขอเงินทดแทนจากการสูญเสียรายได้ ต้องแสดงว่าเขาพยายามที่จะหางานทำ แต่ไม่ได้งานทำหรือทำไม่ได้เพราะการบาดเจ็บ อย่างไรก็ตามแต่ละมลรัฐมีข้อพิจารณาในเรื่องนี้แตกต่างกัน มีวิธีหลายวิธีในการกำหนด Permanent Partial Disability ในบางมลรัฐใช้วิธีกำหนดโดยตารางว่าจะทดแทนให้กี่สัปดาห์สำหรับความพิการแบบต่าง ๆ บางมลรัฐก็พิจารณาเฉพาะการบาดเจ็บที่รุนแรงที่สุดเพียงอย่างเดียว บางมลรัฐก็พิจารณาการบาดเจ็บทั้งหมดมาพิจารณาประกอบกัน บางมลรัฐพิจารณาเฉพาะแขนขาและบางครั้งก็ลำตัว แต่ไม่พิจารณาอวัยวะภายในหรือสภาพทางจิตใจ บางมลรัฐใช้วิธีการพิจารณาจ่ายตามการสูญเสียสมรรถภาพ ถ้ามีความพิการตามที่ปรากฏในตารางที่กำหนดไว้ และจ่ายเงินทดแทนในการขาดรายได้ในกรณีที่ไม่มีคามพิการตามที่ปรากฏในตาราง

ตารางที่พูดถึงและใช้กันบ่อยที่สุดก็คือ The American Medical Association Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment บางมลรัฐก็กำหนดเป็นกฎหมายให้ยึดเอา Guideline ดังกล่าวเป็นมาตรฐานในการพิจารณา บางมลรัฐก็ใช้เป็นเพียงแนวทางเท่านั้น ประเด็นพิจารณาที่สำคัญอีกประเด็นคือ สุดท้ายจะกำหนดอัตราที่ต่างกันอย่างไร ยกตัวอย่างมลรัฐ Texas ได้ออกกฎหมายกำหนดให้การเสียสมรรถภาพขั้นสุดท้ายนั้นเป็นอัตราที่กำหนดโดยแพทย์ที่ใช้ AMA Guides ดังกล่าว ถ้าแพทย์ 2 คน ให้ความเห็นแตกต่างกัน ต้องให้แพทย์คนที่ 3 ตัดสิน แต่ผู้พิพากษาขั้นสุดท้ายจะต้องเลือกตัวเลขใดตัวเลขหนึ่งที่เสนอโดยแพทย์ บางมลรัฐก็ยอมให้ผู้พิพากษาประเมินประเมินเลือกเอาตัวเลขระหว่างกลางที่แพทย์ 2 – 3 ท่านแนะนำก็ได้ บางมลรัฐก็กำหนดให้ผู้พิพากษาหรือผู้ตรวจความพิการปรับสภาพตัวเลขความสูญเสียสมรรถภาพตามที่กำหนดโดยแพทย์ โดยพิจารณาปัจจัยทางด้านอาชีพและเศรษฐกิจของคนงานผู้พิการ ในบางมลรัฐ แพทย์ถูกกำหนดให้ใช้อัตราการพิจารณาตาม AMA Guides ดังกล่าว หรือตารางจากแหล่งอื่น ๆ ในบางมลรัฐ แพทย์ได้รับอนุญาตให้กำหนดตัวเลขดังกล่าวเอาตามอัธยาศัย หมายถึงไม่ต้องพึ่งพาอ้างอิงตารางใด ๆ ประการสุดท้ายที่ต้องพิจารณาคือต้องเข้าใจว่าแต่ละมลรัฐยอมให้เปิดคดีมาพิจารณาคดีกันใหม่หรือไม่เพียงใด ยกตัวอย่าง เช่น มลรัฐ Michigan ซึ่งใช้ระบบการเสีรายได้ในในการพิจารณาเป็นสำคัญ ซึ่งเงินทดแทนจะพิจารณาจากรายได้ย้อนหลัง อย่างไรก็ตามมลรัฐนี้ยอมให้พนักงานและนายจ้างทำการตกลงประเมินประเมินในเรื่องของจำนวนเงินที่จะจ่ายให้ บางคนก็วิจารณ์ว่าวิธีการเช่นนี้ จะทำให้การกำหนดอัตราการสูญเสียสมรรถภาพดังกล่าวไม่ใช่เป็นแบบพึ่งพิงการประเมินของแพทย์ แต่เป็นแบบการเจรจาต่อรองระหว่างทนายของทั้ง 2 ฝ่าย

อีกทางหนึ่งมลรัฐที่มีระบบการพิจารณาการสูญเสียสมรรถภาพ แต่เพียงประการเดียว แต่จะยอมให้ฝ่ายนายจ้างหรือลูกจ้างหรือฟื้นคดีและปรับอัตราเงินทดแทนที่จ่ายตามการสูญเสียสมรรถภาพได้ มลรัฐเหล่านี้ก็จะพิจารณาการสูญเสียรายได้ที่แท้จริงเป็นตัวปรับแม้ว่าการประเมินครั้งแรกจะพึ่งพิงเอาการสูญเสียสมรรถภาพที่ตัดสิน โดยแพทย์เท่านั้นก็ตาม

เงินทดแทนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และทางอาชีพ สถานการณ์ในมลรัฐส่วนใหญ่ ลูกจ้างผู้บาดเจ็บจะได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ทุกอย่างที่จ่ายโดยนายจ้าง แต่กฎเกณฑ์ก็ต่างกันบ้างในประเด็นที่นายจ้างหรือลูกจ้างจะเลือกแพทย์ได้หรือไม่ ในบางสถานการณ์เงินทดแทนอาจจะหยุดจ่ายให้ ถ้าลูกจ้างปฏิเสธไม่ยอมรับการดูแลทางการแพทย์ที่เหมาะสม ระยะเวลาที่มีความพยายามเป็นอย่างมากในการควบคุมค่าใช้จ่ายของเงินทดแทนหรือค่ารักษาพยาบาล เกือบทุกคนเห็นพ้องต้องกันว่า การฟื้นฟูอาชีพนั้นมีประโยชน์ แต่ก็มีข้อได้เปรียบกันมากกว่า ควรจะทำอย่างไรและเมื่อใดจึงจะเหมาะสม ในบางมลรัฐเป็นการบังคับ บางมลรัฐก็เป็นแบบให้เลือก บางครั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพก็ไม่มียะไรมากไปกว่าคนงานโทรศัพท์ไปยังว่าที่นายจ้างหรือบางครั้งก็กลับไปเรียนในวิทยาลัย หรือมหาวิทยาลัย เพื่อหาโอกาสได้งานอื่นๆ ทำ

การบริหารจัดการและขั้นตอนต่าง ๆ เกือบทุกมตรัฐจะมีคณะกรรมการ สำนักงาน หรือองค์กรอื่น ๆ ที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการกองทุนเงินทดแทน หน่วยงานดังกล่าวจะทำงานมากน้อยเพียงใด มีบทบาทมากน้อยเพียงใดก็แตกต่างกันไป ในบางมตรัฐหน่วยงานนี้ต้องเป็นผู้อนุมัติการจ่ายเงินทุก ๆ case ในบางมตรัฐ หน่วยงานจะเข้ามาเกี่ยวข้องกับต่อเมื่อมีข้อโต้แย้ง โดยทั่วไปจะมีเวลา กำหนดไว้เป็นเดือนไขว่ภายในกัวัน ลูกจ้างที่ได้รับบาดเจ็บจะต้องรายงานและยื่นเรื่องขอเงินทดแทน หรือขอคำรักษาพยาบาล

โซครายที่ระบบเงินทดแทนนั้นเป็นระบบที่มีการทุจริตและข้อถกเถียงกันค่อนข้างมาก บางมตรัฐก็มีนายเข้ามาเกี่ยวข้องกับค่อนข้างมากในส่วนใหญ่ของ case ในบางมตรัฐลูกจ้างต้องตกลงกับนายจ้างให้ได้ว่าเขาอย่างไร ไม่อย่างนั้น case นั้น จะเข้าสู่การพิจารณาขององค์กรของมตรัฐนั้น ในบางมตรัฐเป็นความรับผิดชอบ และเป็นหน้าที่ของลูกจ้างที่จะยื่นเรื่องกรณีมีข้อโต้แย้งว่า ไม่พอใจสิ่งที่นายจ้างจ่ายให้ และในเกือบทุกมตรัฐ case ของกองทุนเงินทดแทนจะถูกพิจารณาโดยศาลพิเศษ โดยไม่มีลูกขุน โดยทั่วไปมีสิทธิที่จะอุทธรณ์ต่อศาล แต่มักจะจำกัดเพียงข้อโต้แย้งทางกฎหมายไม่ใช่ว่าข้อโต้แย้งในข้อเท็จจริง ปัจจุบันหลายมตรัฐเริ่มแก้ปัญหาและใช้รูปแบบอื่น ๆ ของการจัดการข้อโต้แย้งต่าง ๆ

2.8 การจัดการทางด้านสุขภาพในระบบเงินทดแทน

เป็นที่ทราบกันดีว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเปรียบเสมือนผู้รักษาประตู (Gate keeper) ในระบบบริการทางการแพทย์ ส่วน case manager หรือผู้จัดการ case ที่เงินเข้าสู่กองทุนเงินทดแทนเป็น case ๆ ไป เปรียบเหมือนผู้จัดการสวน (Garden keeper) ความจำเป็นที่จะต้องมีการจัดการนั้นมีพื้นฐานหลายประการ ที่สำคัญคือ ต้องมีการกำกับค่าใช้จ่าย (cost containment) เนื่องจากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จึงจำเป็นจะต้องควบคุมค่าใช้จ่าย โดยพยายามลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ได้ วิธีหนึ่งที่ใช้ก็คือการกำหนดอัตราค่าบริการที่เรียกว่า fee schedule การกำหนดอัตราค่าบริการเป็นวิธีการที่จะกำกับค่าบริการของผู้ให้บริการทางการแพทย์ และทำให้การเรียกเก็บเงินมีความคงเส้นคงวามากขึ้น สำหรับการบริการทางการแพทย์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

ปัจจุบันในสหรัฐอเมริกา การกำหนดอัตราค่าบริการของแพทย์มีใช้มากกว่า 40 มตรัฐ และการกำหนดอัตราค่าบริการของโรงพยาบาลมีใช้มากกว่า 30 มตรัฐ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจนถึงปัจจุบันพบว่าผลของการใช้วิธีกำหนดอัตราค่าบริการต่อค่าใช้จ่ายของระบบบริการทางการแพทย์นั้น ไม่แน่ชัดว่าจะได้ผลดี หรือได้ผลเพียงเล็กน้อย ดังเช่นการศึกษาหนึ่งในมตรัฐ Michigan แสดงว่าการกำหนดอัตราค่าบริการส่งผลให้แพทย์ผู้ทำการรักษามีพฤติกรรมที่จะคงให้มีรายได้ เช่น การใช้ความไม่แน่นอนในตารางอัตราค่าบริการในทางที่เป็นประโยชน์แก่ตัวเอง ให้บริการที่สลับซับซ้อนมากขึ้นในเวลาเท่าเดิม เพื่อให้ได้ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น และพบว่าการใช้วิธีการกำกับค่าใช้จ่ายนี้ไม่ได้ลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เฉลี่ยต่อการเรียกร้อย 1 ราย วิธีอื่น ๆ ที่อาจจะใช้กำกับค่าใช้จ่ายคือ

การตรวจใบเสร็จทางการแพทย์ การใช้ระบบเหมาจ่ายต่อหัว การกำหนดอัตราต่อราย และการมีส่วนร่วมลดถ้ามีการให้บริการปริมาณมาก อย่างไรก็ตาม มีผู้ให้ความเห็นว่า การพยายามลดค่าใช้จ่ายแต่เพียงประการเดียวอาจจะลดความพึงพอใจเป็นอย่างมาก และผลกระทบยาวต่อคนงานที่ได้รับบาดเจ็บนั้น อาจจะไม่มี

ในปัจจุบัน จึงมีแนวโน้มเปลี่ยนจาก cost containment คือพยายามกำกับค่าใช้จ่ายแต่เพียงอย่างเดียว มาเป็น cost effectiveness คือการให้มีประสิทธิผลคุ้มกับต้นทุนที่ได้ลงไป ดังจะเห็นได้จากการทำ case management การมีเครือข่ายของผู้ให้บริการ การทำ Utilization review การมี clinical practice guideline และการควบคุมคุณภาพต่าง ๆ ในภาพรวมการดำเนินงานที่ใช้หลาย ๆ กลยุทธ์ดังกล่าวมานี้ จะถูกเรียกว่าการใช้ managed care ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ แต่ในภาพรวมอาจจะกล่าวได้ว่า managed care มี 2 รูปแบบคือ managed care แบบบังคับให้ มี กับแบบที่มีการกำกับควบคุม การกำหนดแพทย์ผู้ให้การรักษา หรือโรงพยาบาลที่จะไปรักษาได้ก็เพื่อเป็นการจัดวงแพทย์ที่จะเลือกได้เมื่อคนงานได้รับบาดเจ็บ เราอาจจะให้สถานพยาบาลเหล่านี้มีระบบส่งต่อระหว่างกัน ซึ่งเรียกว่าเป็น authorized provider network กองทุนเงินทดแทนก็จะสามารถกำกับค่าใช้จ่ายได้ง่ายขึ้น

2.9 ใครเป็นผู้สูญเสีย

มักจะพูดกันว่ากองทุนเงินทดแทนเป็นที่ขยับโยกย้าย หรือกระจายค่าใช้จ่ายจากการบาดเจ็บในงาน เป็นที่เข้าใจกันได้ไม่ยากว่าค่าใช้จ่ายได้ถูกผ่องถ่ายไปให้ผู้บริโภคนั้นเอง ซึ่งคนส่วนใหญ่เห็นว่าเหมาะสมแล้ว เป็นที่พูดกันว่าถ้าคนจำนวนหนึ่งได้รับบาดเจ็บสำหรับรถทุก ๆ คัน ที่ผลิตออกมาแล้ว ค่าใช้จ่ายของผู้ได้รับบาดเจ็บ ก็ควรจะถูกส่งผ่านไปยังคนที่ซื้อรถคันนั้น ข้อสมมุติฐานนี้เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ทั้งบรรดานักกฎหมาย ผู้บริหารและนักการเมือง แต่ก็มีเหตุผลที่จะต้องสงสัยความจริงของข้อสมมุติดังกล่าว เหตุผลเหล่านี้เป็นทั้งทางทฤษฎีและปฏิบัติ

การสูญเสียจำนวนหนึ่งอาจจะมากหรือน้อย จะต้องแบกรับโดยคนงานผู้ได้รับบาดเจ็บนั่นเอง ผลพวงที่ได้รับจากการบาดเจ็บไม่ว่าจะเป็นทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จะไม่สามารถส่งต่อหรือผ่องถ่ายไปยังผู้อื่นได้ ไม่ว่าเราจะพยายามคิดคำนวณตรงนี้ด้วยวิธีการใดก็ตาม ยิ่งไปกว่านั้นระบบก็มักจะไม่ได้คิดการสูญเสียในทุก ๆ แง่มุมของคนงาน ระบบไม่ได้พยายามพิจารณาทดแทนให้คนงานในเรื่องของการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน การสูญเสียความสนุกสนานในชีวิต ยิ่งไปกว่านั้นไม่ได้ทดแทนค่าจ้างที่เสียไปทั้งหมด ส่วนใหญ่จะทดแทนให้เพียง 2 ใน 3

นอกจากนี้ยังมีคำถามว่าค่าใช้จ่ายที่กำหนดให้นายจ้างจ่าย จะต้องถูกผลักคืนไปให้ผู้บริโภคอย่างแน่นอน แต่บางส่วนก็อาจออกมาในรูปของการลดค่าจ้างของคนงานทุก ๆ คนนั่นเอง ส่วนที่ลดลงของค่าจ้างอาจจะไม่เห็นผลในทันที แต่มีการศึกษาแสดงว่าถ้าค่าใช้จ่ายของกองทุนเงินทดแทนเพิ่มขึ้น ค่าจ้างและค่าแรงจะมีแนวโน้มลดลง สุดท้ายบางส่วนของค่าใช้จ่ายของกองทุนเงินทดแทนมาจากกำไรของนายจ้างที่จะลดลง นักเศรษฐศาสตร์บางคนก็คำนวณแล้วว่าการสูญเสียไปให้

กับกองทุนเงินทดแทนนั้นต้องมีผลกระทบต่อกำไรของบริษัท เช่นนี้อาจเป็นแรงจูงใจให้นายจ้างประยุกต์งานด้านความปลอดภัยให้กับลูกจ้าง และเอื้อต่อการกลับเข้าทำงานของลูกจ้างด้วย

2.10 กลยุทธ์นำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายและลดการเจ็บปวศรตามของพนักงาน

ในอดีตกองทุนเงินทดแทนเป็นประเด็นปัญหาเฉพาะในแง่กฎหมาย ถ้าลูกจ้างคิดว่าเขาจะไม่ไ้เงินทดแทนที่เขาควรจะได้ เขาจะอ้างทนายความและฟ้องนายจ้าง ส่วนนายจ้างถ้าเขาคิดว่าจ่ายมากเกินไปในเรื่องทดแทน ค่ารักษา เขาก็จะเข้าหาฝ่ายกฎหมายเรียกร้องแก้ไขกฎหมาย เราควรจะมองหาแนวทางเรื่องพิจารณาระบบเงินทดแทนนี้กันใหม่ เพราะมีหลักฐานว่าบางบริษัทมองระบบเงินทดแทน เป็นลักษณะของปัญหาการจัดการทรัพยากรบุคคลมากกว่าที่จะเป็นปัญหาข้อกฎหมาย พวกเขาบริษัทเหล่านี้จะประสบความสำเร็จค่อนข้างดี กลยุทธ์ใหม่ ๆ เหล่านี้ถูกออกแบบมาในเบื้องต้น เพื่อให้ให้นายจ้างประหยัดค่าใช้จ่าย แต่กลยุทธ์เดียวกันนี้มีประโยชน์ต่อลูกจ้างด้วย โดยกลยุทธ์ที่จะลดค่าใช้จ่ายและลดการสูญเสีย รวมทั้งความทุกข์ทรมานของคนงานได้แก่

1. ประเด็นความปลอดภัยมาอันดับที่ 1 และมีความสำคัญมากที่สุด กล่าวกันว่าคนที่ทำงานส่วนเกี่ยวกับระบบเงินทดแทนมักจะมองข้ามประเด็นที่สำคัญที่สุดนี้ไป ถ้าไม่มีคนงานได้รับบาดเจ็บก็จะไม่มีการส่งเรื่องเข้าระบบเงินทดแทน ดังนั้นจุดสำคัญที่สุดและเป็นจุดแรกในการลดภาระของระบบเงินทดแทนและปกป้องลูกจ้างก็คือระบบความปลอดภัยที่ครบวงจรและมีประสิทธิภาพ

2. กายรยศาสตร์ วิศวกรใช้ทักษะและพรสวรรค์ในการออกแบบโรงงานให้ใช้คนจำนวนน้อยที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ซึ่งควรที่จะเพิ่มการออกแบบนั้นว่าใช้คนให้มีประสิทธิภาพประสิทธิผลมากที่สุดด้วย ค่าใช้จ่ายที่เสียไปในเรื่องนี้ได้คืนมาในรูปของค่าใช้จ่ายในความพิการที่ลดน้อยลง และการเพิ่มผลิตภาพ บางครั้งเรื่องเหล่านี้ก็ต้องการผู้เชี่ยวชาญมาออกแบบที่ทำงานให้ถูกหลักกายรยศาสตร์ และบางครั้งที่การแก้ไขเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยก็จะป้องกันการบาดเจ็บจำนวนมากได้และก็เป็นไปได้ที่แพทย์อยู่ในสถานะที่จะเห็นความจำเป็นที่ต้องการแก้ไขประเด็นดังกล่าวและสามารถจะช่วยทั้งลูกจ้างและนายจ้างคือการให้คำแนะนำ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้างทั้งก่อนและหลังที่ลูกจ้างได้รับอุบัติเหตุ จะมีอิทธิพลอย่างมากว่านายจ้างจะถูกฟ้องหรือไม่ ทำไมบางคนซึ่งมีความจงรักภักดีกับบริษัทมาเป็นเวลาหลายปี ตัดสินใจที่จะอ้างทนายมาฟ้องบริษัทหลังจากเกิดอุบัติเหตุ ในโรงงานอุตสาหกรรม หัวหน้างานอาจได้รับรายงานว่าคนงานได้รับบาดเจ็บที่หลัง หัวหน้างานคนนั้นจะว่าอย่างไร เป็นไปได้ว่าอาจเป็นคำตำ เป็นคำพูดที่ไม่เหมาะสม แน่แน่นอนว่าเหตุการณ์เหล่านี้ก็จะไม่ได้เกิดขึ้นในโรงงานส่วนใหญ่ แต่ถ้ามีสิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความประทับใจในเชิงลบเป็นอย่างมาก

4. ความพึงพอใจของลูกจ้างต่องานที่เขาทำก่อนได้รับบาดเจ็บ มีผลกระทบต่อการตอบสนองของเขาที่เกิดการบาดเจ็บจากงาน ยกตัวอย่างเช่นบริษัทหนึ่งในมลรัฐ Michigan ที่มีดัชนีวัดคุณภาพของชีวิตการทำงาน (Quality of work life) ในโรงงาน เป็นที่เคาได้ไม่ยากกว่ามีความสัมพันธ์ใน

เชิงผกผันระหว่างคุณภาพของชีวิตทำงานกับค่าใช้จ่ายของระบบเงินทดแทน เมื่อคุณภาพชีวิตสูงค่า
ค่าใช้จ่ายก็ต่ำ

พิจารณาสถานการณ์การกลับเข้าทำงาน ลูกจ้างได้รับอนุญาตเข้าทำงาน โดยมีเงื่อนไขข้อ
จำกัดบางประการเช่น ห้ามยกของหนักแต่เขาก็กลัวว่าจะถูกจับผิดหรือว่าทำอะไรผิดเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็
จะถูกหาทางไล่ออก ในทางกลับกันนายจ้างอาจจะกลัวคนงานที่กลับเข้าทำงาน หากเกิดความผิ
พลาดเล็ก ๆ น้อย ๆ เขาอาจจะบาดเจ็บมาอีก นี่เป็นตัวอย่างที่ค่อนข้างจะพบบ่อยในสถานการณ์ที่
นายจ้างและลูกจ้างจะได้ประโยชน์จากการที่ลูกจ้างกลับเข้าทำงาน แต่ทั้งคู่กลัวที่จะลอง ทั้งคู่คิดว่า
ตัวเองอยู่ในฝ่ายเสียเปรียบ บริษัทหนึ่งในมลรัฐ Michigan ด้านตะวันตกใช้วิธีการปฏิบัติที่แตกต่าง
กันออกไป เมื่อคนงานได้รับอนุญาตให้กลับเข้าทำงาน คนงานจะถูกเรียกตัวโดยหัวหน้างานให้ไป
รับประทานอาหารด้วยกันที่โรงงาน 2 - 3 วัน ก่อนที่จะกลับเข้าทำงาน คนงานก็เห็นที่ทำงานเดิมคุย
กับเพื่อนร่วมงาน ได้รู้ว่าพวกนั้นคาดหวังอะไรจากเขาและได้รับการต้อนรับอย่างอบอุ่น จะเป็นที
สงสัยใหม่ว่านายจ้างคนดังกล่าวจะมีประวัติที่ดีมากที่คนงานกลับไปทำงานและค่าใช้จ่ายตรงนี้ก็
ลดลง นายจ้างควรจะเยี่ยมลูกจ้างระหว่างที่เขาป่วย แม้อาจจะป่วยอยู่บ้าน

กรณีที่จัดการค่อนข้างยาก ได้แก่กรณีที่คนงานได้รับบาดเจ็บจริง แต่การเจ็บป่วยดูเหมือนจะ
อยู่นานกว่าที่ควรจะเป็น กรณีเหล่านี้ทำทนายแพทย์ นายจ้าง เจ้าหน้าที่ระบบเงินทดแทน ครอบครัว
และตัวลูกจ้างเอง เราควรจะพิจารณาแนวทางทุกแนวทางที่เป็นไปได้ที่จะช่วยให้คนงานดังกล่าวหาย
และกลับเข้าทำงาน สภาพอาจจะมีส่วนเป็นอย่างมากในกระบวนการนี้ ระบบอาวูโสอาจจะเป็น
อุปสรรคในการหางานที่เขากว่าให้คนงานที่ได้รับบาดเจ็บทำ ระบบอาวูโสที่นั่นสำคัญมากในองค์กร
ในอเมริกา ในทำนองเดียวกันสภาพส่วนใหญ่สนใจมากเกี่ยวกับลูกจ้างที่ได้รับบาดเจ็บในงาน เมื่อ
พิจารณาขอบเขตของการเจรจาต่อรอง สภาพน่าจะยินดีรับเป็นภาระที่จะประสานกับนายจ้างที่จะ
ช่วยในสถานการณ์ดังกล่าว ในทางปฏิบัติมีมาตรการอีกหลายมาตราและกลยุทธ์อีกหลายอย่างที่จะ
ลดค่าใช้จ่ายและลดการสูญเสียของคนงานได้

แพทย์มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยนายจ้างและคนงานแต่ละคนในกลยุทธ์เหล่านี้
ระดับประคองความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง ให้ข้อมูลและเป็นพยานในระบบเงินทด
แทน ทั้งคนงานและผู้บาดเจ็บแต่ละคนโดยระบบเงินทดแทนจะต้องพึ่งแพทย์และความร่วมมือจาก
แพทย์เป็นอย่างมาก ดังนั้นข้อมูลจากแพทย์ผู้เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในการตัดสินใจเกี่ยวกับ
การจ่ายเงินทดแทนให้กับลูกจ้าง แพทย์ควรจะทราบถึงความสำคัญในแง่มุมมองว่า ถ้ามีความสัมพันธ์
อันดีระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง การรักษาก็จะมีแนวโน้มหรือโอกาสให้เกิดความสำเร็จค่อนข้างสูง
ในทางกลับกันถ้าความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ดีก็เป็นเรื่องยากที่จะมีผลการรักษาที่ดี ไม่ว่าแพทย์จะ
พยายามอย่างไรหรือทำได้ดีเพียงใดก็ตาม อย่างไรก็ตามแพทย์ก็ไม่ควรที่ถอยในสถานการณ์ดัง
กล่าว แต่ควรจะเข้าใจว่ามีบางอย่างอยู่นอกเหนือการควบคุมของแพทย์และตระหนักว่าแพทย์ยังคง
จะพยายามทำให้ดีที่สุด อย่างไรก็ตามมีหลายสถานการณ์ที่ความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างกับลูกจ้างที่

อาจจะไม่ดีหรือไม่แยจนเกินไป ซึ่งอาจจะเรียกได้ว่าบอบบาง เช่นนี้แพทย์มีศักยภาพในการสมานฉันท์ความสัมพันธ์ดังกล่าว รวมทั้งการตรวจรักษาลูกจ้างที่ได้รับบาดเจ็บ การกระทำดังกล่าวจะช่วยให้อาสาการรักษาหายของแพทย์นั้นเพิ่มขึ้น ปัญหาในการรักษาลดลง

การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องจากงานก่อความเครียดหรือปัญหาอย่างมากต่อความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างกับลูกจ้าง แม้ว่าความสัมพันธ์นั้นจะดีอยู่ก่อนก็ตาม บางครั้งนายจ้างอาจจะดี แต่ก็ยังมีปฏิกิริยาในทางลบต่อการบาดเจ็บของลูกจ้าง โดยอาจจะตำหนิลูกจ้างที่ได้รับอันตรายและรู้สึกโกรธลูกจ้างที่เรียกเงินทดแทน ลูกจ้างอาจจะรู้สึกว่าเขาอยู่ในตำแหน่งงานที่เสี่ยงอันตราย ต้องการความจริงใจของนายจ้างและเขาก็กังวลว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับเขา และมักจะมีปฏิกิริยามากเกินไปต่อความรู้สึกว่านายจ้างจะไม่ช่วยเหลือเกื้อกูลเขา แพทย์อยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสมที่จะช่วยประเด็นนี้โดยการกระตุ้นให้มีการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลกันว่าเกิดอะไรขึ้น ฝ่ายนายจ้างและลูกจ้างอยากทำอะไร ควรทำอะไรและประเด็นอะไรที่เข่าเข้าใจผิด บอกให้เขารู้ว่าควรทำอะไรและการกระตุ้นให้เขาพูดจาต่อกันและกัน

การกลับเข้าทำงานเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนที่สุดของความเข้าใจผิดที่จะเกิดขึ้น นายจ้างส่วนใหญ่ต้องการให้แพทย์บอกง่าย ๆ ประโยคเดียวว่าลูกจ้างมีข้อจำกัดในการทำงานอะไร เช่น ไม่ยกของเกิน 30 ปอนด์ ทำงานได้มือเดียว ไม่ทำงานซ้ำ ๆ ด้วยมือขวาหรือไม่มีการยกของเหนือหัวไหล่ แน่นนอนสถานการณ์ส่วนใหญ่ไม่ได้ง่ายดายนั่น และสิ่งที่แพทย์ต้องมีคือความอดทนและความยืดหยุ่น ไม่มีใครสบายใจถ้าแพทย์เขียนรายงานว่า “คนงานคนนี้อาจจะลองใช้มือขวา แต่ถ้าเจ็บปวดก็ควรจะหยุดพัก” หรือเขียนว่า “อยากจะลองให้คนงานคนนี้ใช้มือทำงานเป็นเวลา 1 ชั่วโมง และก็พักจนรู้สึกดีขึ้นและก็ลองใหม่” อย่างไรก็ตามถ้านี้เป็นคำแนะนำที่ถูกต้องในสถานการณ์ดังกล่าว ก็เป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะให้ความเห็นตามนั้น ความยากก็อยู่ที่ทำอย่างไรจะให้ทุกคนเข้าใจ ในเรื่องสำคัญที่แพทย์จะตระหนักถึงพลวัตของการกลับเข้าทำงานของคนงาน คนงานบางคนอยากจะกลับไปทำงานอย่างมาก ก็ต้องการให้แพทย์มีคำแนะนำที่มีข้อจำกัดในการทำงานน้อยที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ในขณะที่บางคนอาจจะมีข้ออ้างที่จะไม่กลับไปทำงานและก็จะหางานที่มีข้อจำกัดมากที่สุด หาใบรับรองแพทย์ที่มีข้อจำกัดมากที่สุด ลูกจ้างอาจจะมีจุดมุ่งหมายอื่น ๆ ซุกซ่อนอยู่ ซึ่งเขาอยากจะได้งานที่มีข้อจำกัดเพื่อเขาจะได้ไปต่อตรงกับนายจ้างให้งานเขาในตำแหน่งที่เขาชอบ โดยเหตุผลที่ไม่เกี่ยวกับการบาดเจ็บเลย ถ้าอย่างนั้นแพทย์ควรจะทำอย่างไร เป็นการดีไหมว่าแพทย์ควรจะทำตามหลักปฏิบัติให้ความเห็นอย่างตรงไปตรงมา และให้คำแนะนำเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บที่คนงานได้รับการรักษาเท่านั้น หรือเป็นการเหมาะสมที่แพทย์จะพิจารณาเป็นพลวัต หรือปัจจัยอื่น ๆ เหล่านี้ด้วย จะเป็นการดีที่สุดในระยะยาวไหมที่จะช่วยให้ได้งานทำมากกว่าแทนที่จะเป็นเพียงระยะสั้นเท่านั้น หรือนี่จะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดที่จะช่วยให้คนงานหายเต็ม 100% การตัดสินใจเหล่านี้จะต้องกระทำโดยแพทย์ในทุก ๆ case

การตัดสินใจกลับเข้าทำงานยังได้รับอิทธิพลจากฝ่ายนายจ้างอย่างเช่น ผู้จัดการแผนกบุคคล อาจจะเห็นว่าการให้คนงานกลับเข้าทำงานก่อนที่จะมีการหาย 100% ระหว่างนี้ก็จัดงานให้เขาทำงานอย่างอื่นไปก่อนสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ดีที่สุดใน แต่ก็ไม่แน่เสมอไป ผู้จัดการบางคนอาจจะอยากทำทุก ๆ อย่างที่จะลดค่าใช้จ่ายหรือการสูญเสียระยะสั้นของบริษัท และมักจะกระตุ้นขอให้แพทย์ออกไปรับรองแพทย์ที่ระบุข้อจำกัดให้น้อยที่สุด หรือแพทย์อาจจะต้องพบกับผู้จัดการฝ่ายบุคคลที่มองหาข้อจำกัดในงานที่เหมาะสมมากที่สุดและก็จะทำอย่างตรงไปตรงมาที่จะให้คนงานได้กลับไปทำงานในตำแหน่งที่เหมาะสม แต่หัวหน้าของคนงานอาจจะมีความกดดันมากที่จะต้องทำให้ได้ตามแผนการผลิตและรู้สึกว่าเป็นเรื่องเสียเปรียบแผนกอื่นที่จะเอาคนงานที่ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่เข้าไปทำงาน หัวหน้าคนดังกล่าวอาจจะทำลายความหวังดีของผู้จัดการก็ได้ โดยอาจมอบหมายให้คนงานทำงานโดยไม่มีข้อจำกัดตามที่แพทย์ได้แนะนำ และถ้าเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นคนงานก็อาจจะรู้สึกว่าถูกหลอกให้กลับเข้าไปทำงาน และก็จะตำหนิทุก ๆ คนที่เกี่ยวข้องรวมทั้งแพทย์ด้วย เนื่องจากความซับซ้อนของสถานการณ์จึงเป็นเรื่องสำคัญที่แพทย์ควรมีข้อมูลมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เรียนรู้และเข้าใจว่าเกิดอะไรอยู่ จึงจะสามารถจัดการกับสถานการณ์เหล่านี้ด้วยทางออกที่ดีที่สุด อยากให้แพทย์ตระหนักถึงบทบาทเกี่ยวกับระบบเงินทดแทน คนส่วนใหญ่รวมทั้งนายจ้างและลูกจ้างจะมองแพทย์ว่าเป็นผู้รักษาเชี่ยวชาญสามารถช่วยแก้ปัญหาที่มากไปกว่าประเด็นทางการแพทย์โดยทั่วไป แพทย์ควรจะไวต่อโอกาสที่จะช่วยคนเหล่านี้ในหลาย ๆ ทาง สิ่งใดที่แพทย์ทำได้โดยเฉพาะเรื่องความสมานฉันท์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้างจะส่งผลดีกลับมาในระยะยาวในการแก้ปัญหาของคนงานที่ได้รับบาดเจ็บด้วย

การรักษาผู้ป่วยที่บาดเจ็บเนื่องจากงานส่งผลให้แพทย์มีปัญหาหลายอย่าง เพราะแพทย์จะถูกวางอยู่ในตำแหน่งทำงานเพิ่มเติมก็คือการกรอกแบบฟอร์มเตรียมรายงานและอาจจะถูกเรียกให้ไปพยานในชั้นศาล อย่างไรก็ตาม สิ่งเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะช่วยให้นายจ้างและลูกจ้างได้รับการรักษาจากแพทย์ มีคำแนะนำหลายประการที่สำคัญที่สุดคือ

1. จงเป็นแพทย์ อย่าเป็นทนายหรือเป็นผู้พิพากษา
2. ความเห็นของแพทย์จะต้องมีการสนับสนุนโดยหลักฐานที่นำมาสู่ข้อสรุปดังกล่าว

การตรวจที่เป็นปรนัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ การเอ็กซเรย์ หรืออื่น ๆ ควรจะอ้างถึงเมื่อจำเป็น แม้ว่าในกรณีของระบบเงินทดแทนอาจจะต้องการให้แพทย์อธิบายการตัดสินใจในรายละเอียดมากกว่า case อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ case ของระบบเงินทดแทน แพทย์ไม่ควรจะตัดสินใจ case เหล่านี้ต่างไปจาก case ปกติอื่น ๆ แพทย์อาจจะต้องคิดถึงเหตุผลที่ตัดสินใจเช่นนั้นและเขียนเช่นนั้น และสามารถอธิบายสิ่งเหล่านั้นได้ แต่การตัดสินใจของคนไข้ที่ได้รับบาดเจ็บว่าจะทำการรักษาเช่นใดควรมีแบบปฏิบัติเช่นเดียวกับ case อื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการผ่าตัด การรักษาหรือคำแนะนำอื่นๆ ระบบเงินทดแทนแม้จะแตกต่างกันออกไป แต่มักจะต้องการความเห็นของแพทย์เกี่ยวกับสาเหตุของความพิการและความรุนแรงของการสูญเสียสมรรถภาพ บ่อยครั้งที่สิทธิประโยชน์ของคน

งานต่อเงินทดแทนเป็นจำนวนเท่าไร หรือรายได้ที่เขาจะได้ในช่วงที่เหลือของชีวิตจะเป็นเท่าใด จะขึ้นอยู่กับความเห็นของแพทย์ แพทย์บางคนไม่ได้มองเห็นการตัดสินใจนี้เป็นบทบาทส่วนที่สำคัญของแพทย์ อย่างไรก็ตามประเด็นที่สังคมคาดหวังให้แพทย์ทำ

แน่นอนว่าสิ่งที่แพทย์ต้องระลึกระลึกเสมอก็คือความรับผิดชอบของผู้ป่วย ความรับผิดชอบนี้ทั้งในลักษณะความสัมพันธ์กับแพทย์และผู้ป่วย และข้อบังคับตามกฎหมาย โดยทั่วไปแพทย์จะไม่ให้ข้อมูลใด ๆ เกี่ยวกับคนไข้ ยกเว้นคนไข้ได้เซ็นยินยอมให้แพทย์ทำเช่นนั้น เมื่อนายจ้างหรือบริษัทประกันจ่ายค่าตรวจแพทย์ โดยเฉพาะเขาเหล่านี้เป็นผู้ส่งต่อคนไข้มาให้แพทย์รักษานั้น โดยส่วนใหญ่เป็นที่เหมาะเอาว่าแพทย์ได้รับความยินยอมให้บอกข้อมูลผู้ป่วยให้กับบุคคลเหล่านี้ได้ นี่เป็นวิธีที่ค่อนข้างจะง่าย ตรงไปตรงมาสำหรับแพทย์ที่จะได้รับการปกป้องในสถานการณ์เหล่านี้ เมื่อแพทย์เริ่มรักษาผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมไว้ก่อนจะเป็นประโยชน์ในภายภาคหน้า ความจำเป็นทางกฎหมายที่จะมีเอกสารดังกล่าวที่ผู้ป่วยยอมให้แพทย์เปิดเผยข้อมูลอาจจะแตกต่างกันระหว่างมลรัฐ แต่ก็ยังเป็นวิธีที่ง่ายและควรจะทำในผู้ป่วยทุกราย หลักการโดยทั่วไปก็คือคนงานนั้นสละสิทธิ์ในเรื่องของความลับของผู้ป่วย เมื่อเขาฟ้องคดีในชั้นศาลต่อคู่กรณีและก็เอาหลักฐานทางการแพทย์หรือการให้การของแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของคดีนั้น เมื่อแพทย์ได้รับคำสั่งศาลให้เปิดเผยข้อมูล แพทย์ก็ไม่ต้องเกรงในประเด็นเรื่องความลับของผู้ป่วยอีกต่อไป เพราะคน ๆ อื่น เช่นเจ้าหน้าที่ศาล หรือศาล จะเป็นผู้รับผิดชอบในการเก็บความลับของผู้ป่วยแทนแพทย์

ในบางมลรัฐแพทย์ต้องไปให้การในศาลด้วยตนเอง แต่บางมลรัฐก็มีวิธีการให้การของแพทย์ที่เรียกว่า Deposition หรือ การเบิกความ วิธีนี้ก็คือทนายของทุก ๆ ฝ่ายไปที่ทำงานของแพทย์ และก็ถามเช่นเดียวกับที่เขาจะอยู่ในศาล คำให้การของแพทย์จะถูกบันทึกไว้โดยเทป หรือถอดเป็นคำพูด การเบิกความนี้สามารถกำหนดเอาในเวลาที่เหมาะสมที่จะเป็นเวลาที่ล่าช้าออกไปตามกระบวนการในชั้นศาลที่จะต้องคอยมีการรอเบิกความในศาล ซึ่งอาจจะหลายชั่วโมง หรือเป็นวัน อาจจะเลื่อนแล้วเลื่อนอีก นอกจากนี้การเบิกความซึ่งอาจจะใช้เวลา 1 ชั่วโมง นั้นอาจจะใช้เวลาอ่านโดยผู้พิพากษาในศาลในเวลาเพียงไม่กี่นาที จะเห็นว่าเป็นประโยชน์ พยานก็จะพอใจ ศาลก็จะพอใจ เพราะใช้เวลาน้อยลง ถ้ามีคำถามหรือข้อโต้แย้งเกิดขึ้น ผู้พิพากษาจะมีหน้าที่กำกับการโต้แย้งนั้นตามบันทึกที่ทำไว้หรือเทปที่อัดไว้

2.11 บทบาทของทนาย

ในสหรัฐอเมริกา มีผู้ชี้ประเด็นว่าปัญหาของระบบเงินทดแทนในปัจจุบันเป็นผลจากการที่ทนายเข้ามามีบทบาทเพิ่มขึ้น ในหลายมลรัฐ ทนายเป็นตัวแทนของคนงานและได้คัดค้านและเป็นเปอร์เซนต์ที่คนงานนั้นได้จากระบบเงินทดแทน ว่าไปแล้ววิธีนี้ก็เป็นวิธีที่เหมาะสมด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น คนงานไม่สามารถจะจ้างทนายเก่ง ๆ ได้ ถ้าต้องจ่ายค่าจ้างขั้นต่ำจำนวนหนึ่งเช่น เป็นค่าจ้างเป็นรายชั่วโมง และการมีแรงจูงใจเช่นนี้จะทำให้ทนายพยายามอย่างเต็มความสามารถเพื่อช่วยลูกความของเขา

อย่างไรก็ตามวิธีการเช่นนี้ทำให้นายเรียกเอาเงินทดแทนสูงสุดตามที่คนงานจะพึงได้ตามกฎหมาย ซึ่งอาจจะไม่เป็นประโยชน์กับระบบ หรืออาจจะไม่เป็นประโยชน์กับตัวคนงานเองเช่น บางครั้งคนงานสามารถกลับไปทำงานได้แล้ว แต่นายแนะนำไม่ให้ทำเช่นนั้นเพราะว่าคนงานกลับไปทำงานก็จะลดความพิการและลดเงินทดแทน นั่นก็คือ เงินที่นายจะได้ก็ลดน้อยลงไปด้วย ใน case ส่วนใหญ่เป็นที่ชัดเจนว่าจะเป็นประโยชน์กับคนงานมากกว่าในระยะยาว ที่เขาจะกลับไปทำงานให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แม้ว่าการทำเช่นนั้นจะได้รับเงินทดแทนลดลงบ้าง อย่างไรก็ตามนายส่วนใหญ่ยังทำอย่างมีเหตุมีผล เพราะว่า case ที่ถูกส่งต่อหรือแนะนำมาให้ทำเช่นนั้นจะเป็นจากเพื่อนหรือญาติของลูกความก่อน ๆ นั่นเอง นี่ก็จะเป็นแรงจูงใจให้นายทำสิ่งที่ดีที่สุดกับลูกความของเขาในระยะยาว นายที่มีจริยธรรมส่วนใหญ่มักเห็นพ้องต้องกันว่าจะเป็นประโยชน์ต่อลูกความมากกว่า ถ้าให้เขากลับไปทำงานเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ นายจะเห็นในระยะยาวนายจะได้ประโยชน์ด้วย แม้ว่ารายหนึ่ง ๆ จะได้ค่าตอบแทนน้อยลง

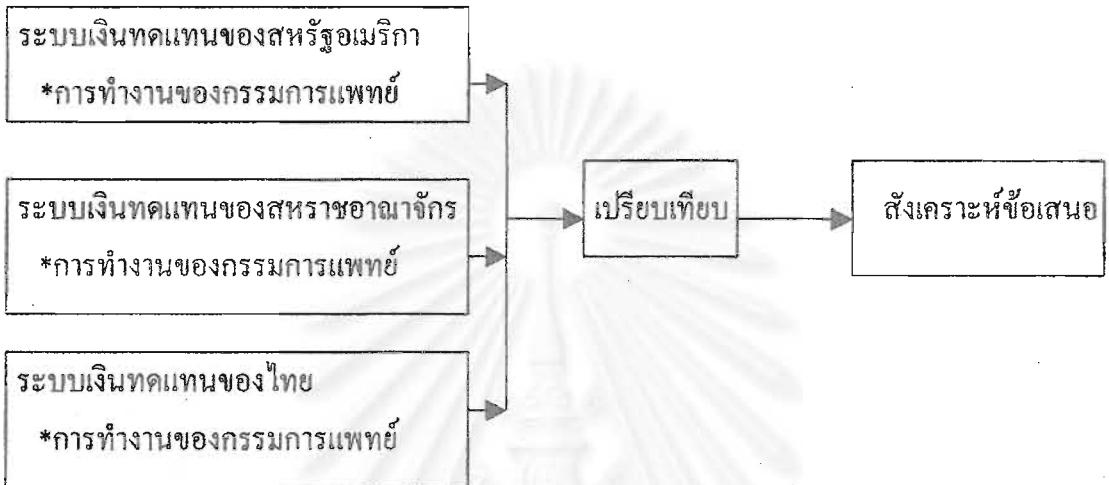
จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ อย่าง ส่งผลให้ระบบเงินทดแทนที่ตั้งขึ้นตั้งแต่แรกด้วยความมุ่งหมายหรือด้วยรูปแบบที่จะให้ง่ายและแก้ไขได้แย่งกันโดยไม่เป็นทางการในหลายสิบปีที่ผ่านมา วิธีการได้เปลี่ยนแปลงไปมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น นำที่จะได้ช่วยกันทำให้กระบวนการต่าง ๆ ในการโต้แย้ง การแก้ไขโต้แย้งกัน การอุทธรณ์ต่าง ๆ นั้น เป็นกระบวนการที่ง่ายขึ้น และในระยะยาววิธีที่ดีที่สุด ได้ผลดีที่สุด หวังผลที่ดีที่สุดก็คือพยายามลดข้อโต้แย้ง กลยุทธ์ที่จะนำไปสู่การลดข้อโต้แย้งก็คือการที่นายจ้างจะลดความต้องการช่วยเหลือจากนายของลูกจ้างลงด้วยเทคนิคหรือกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วนั่นเอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

กรอบแนวคิดและระเบียบวิธีการวิจัย

3.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา



3.2 ระเบียบวิธีการศึกษา

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทนของสหรัฐอเมริกา และ สหราชอาณาจักร
2. ทบทวนวรรณกรรมระบบการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน ของประเทศไทย
3. เปรียบเทียบการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน ของประเทศไทย กับสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร ในด้านโครงสร้างคณะกรรมการ ความสัมพันธ์กับหน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน หน้าที่ตามกฎหมาย ระบบบริหารจัดการของคณะกรรมการ ระบบสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการ การประเมินผลการดำเนินงาน และตัวชี้วัด (ถ้ามี)
4. จัดทำข้อเสนอแนะเป็นร่างรูปแบบการดำเนินการของคณะกรรมการการแพทย์
5. ประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง วิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะต่อร่างดังกล่าว

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระบบเงินทดแทนของประเทศไทย สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะใน ส่วนการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ หรือแพทย์ที่ให้ความเห็นต่อ case ที่ส่งเข้าสู่ระบบเงินทดแทน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ค้นคว้าจากกฎหมาย เอกสาร ตำรา และ website ที่เกี่ยวข้อง

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

เนื่องจากการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ ไม่ใช่ในเชิงปริมาณ จึงไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงสถิติ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4 ผลการศึกษา

ระบบเงินทดแทนของประเทศไทย

กองทุนเงินทดแทนตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2515 (ตรงกับ ค.ศ. 1972 จะเห็นได้ว่า เริ่มต้นช้ากว่า สหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา) เริ่มปฏิบัติงานจริง พ.ศ. 2517 แรกเริ่มสังกัดกรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย ต่อมาย้ายมาสังกัดสำนักงานประกันสังคม กระทรวงมหาดไทย ก่อนที่จะโอน มาสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมในปี พ.ศ. 2536 ปัจจุบันดำเนินงานภายใต้พระราช บัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 การบริหารงานดำเนินงานโดยคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนซึ่ง ประกอบด้วยผู้แทนนายจ้าง ผู้แทนลูกจ้าง ผู้ทรงคุณวุฒิ มีเลขาธิการประกันสังคมเป็นประธาน ความ คู้มครองที่ลูกจ้างได้รับเมื่อเกิดการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน หรือเกี่ยวเนื่องกับการ ทำงาน ซึ่งเกิดขึ้นได้ในสถานที่ทำงาน หรือนอกสถานที่ทำงานนั้น ประกอบด้วย

1. ค่ารักษาพยาบาล
2. ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน
3. ค่าทำศพ
4. ค่าทดแทนรายเดือน (60%ของค่าจ้างรายเดือน) ซึ่งแบ่งออกเป็น
 - 4.1 ค่าทดแทนกรณีที่ไม่สามารถไปทำงานติดต่อกันได้เกิน 3 วัน
 - 4.2 ค่าทดแทนกรณีที่สูญเสียอวัยวะ
 - 4.3 ค่าทดแทนกรณีที่ทุพพลภาพ
 - 4.4 ค่าทดแทนกรณีตาย สูญหาย

จะเห็นได้ว่าความคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทนเป็นเรื่องของการจ่ายเงิน ส่วนที่เกี่ยวข้อง กับสถานพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล และค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานเป็นส่วนใหญ่ กองทุนนี้มี แหล่งรายได้สำคัญส่วนใหญ่มาจากเงินที่รวบรวมจากนายจ้าง ซึ่งเรียกว่าเงินสมทบ เงินสมทบนั้นจะ จ่ายเป็นรายปีตามค่าจ้างรวมตลอดปีของลูกจ้าง แตกต่างกันตามประเภทของกิจการและเพิ่มหรือลด ตามอัตราการประاسبอันตราย

เป้าหมายของกองทุนเงินทดแทนอาจกล่าวได้ว่ามี 5 ส่วน

1. ส่วนของลูกจ้าง เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว
2. ส่วนของแพทย์ เพื่อให้ได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม
3. ส่วนของโรงพยาบาล ผู้รับทำการรักษาให้สามารถอยู่ได้
4. ส่วนของนายจ้าง เพื่อไม่ต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่ม

5. ส่วนของกองทุนเงินทดแทน ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สมเหตุสมผล

คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนประกอบด้วยเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม เป็นประธานกรรมการ และผู้ทรงคุณวุฒิไม่เกินหกคน กับ ผู้แทนฝ่ายนายจ้างและผู้แทนฝ่ายลูกจ้าง ฝ่ายละสามคน เป็นกรรมการ และผู้แทนสำนักงานประกันสังคมเป็นกรรมการและเลขานุการ การแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิให้แต่งตั้งจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในทางแพทยศาสตร์ นิติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ การคลัง ประกันสังคม หรือประกันภัย คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนแต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม มีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 32 ดังนี้

1. เสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายการบริหารกองทุนและการจ่ายเงินทดแทน
2. พิจารณาให้ความเห็นต่อรัฐมนตรีในการออกกฎกระทรวงและระเบียบต่างๆ เพื่อดำเนินการตามพระราชบัญญัติ
3. วางระเบียบโดยความเห็นชอบของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน
4. วางระเบียบโดยความเห็นชอบของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เกี่ยวกับการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุน
5. พิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ (ตามมาตรา 52)
6. ให้คำปรึกษาและแนะนำแก่สำนักงานประกันสังคมในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติ
7. ปฏิบัติการอื่นใดตามที่พระราชบัญญัตินี้ หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ หรือตามที่รัฐมนตรีมอบหมาย

กรรมการอยู่ในตำแหน่งคราวละ 2 ปี เมื่อพ้นจากตำแหน่ง อาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ แต่จะแต่งตั้งติดต่อกันเกินสองวาระไม่ได้

ส่วนคณะกรรมการการแพทย์นั้น ในสมัยที่กองทุนเงินทดแทน สังกัดกรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย เป็นคณะกรรมการที่มีชื่อเรียกว่าคณะกรรมการที่ปรึกษาพนักงานเงินทดแทน (ประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103) คณะกรรมการการแพทย์ ประกอบด้วยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่าง ๆ ไม่เกิน 15 คน แต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม มีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 40 ดังนี้

1. เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนเกี่ยวกับการดำเนินงานในการให้บริการทางการแพทย์
2. ให้คำปรึกษาแนะนำในทางการแพทย์แก่คณะกรรมการกองทุน ฯ และสำนักงานประกันสังคม

3. ให้ความเห็นต่อสำนักงานประกันสังคมในการออกกฎกระทรวงตามมาตรา 13 [ค่ารักษาพยาบาล] และประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ตามมาตรา 14 [ชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน] และมาตรา 18 (2) และ (3) [(2) คือ ค่าทดแทนรายเดือน กรณีที่สูญเสียอวัยวะ และ (3) คือ ค่าทดแทนรายเดือนกรณีที่ทุพพลภาพ]

4. ปฏิบัติการอื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้ บัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์ หรือตามที่รัฐมนตรีหรือคณะกรรมการกองทุน ฯ มอบหมาย

กรรมการอยู่ในตำแหน่งคราวละ 2 ปี เมื่อพ้นจากตำแหน่ง อาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ แต่จะแต่งตั้งติดต่อกันเกินสองวาระไม่ได้

จะเห็นได้ว่าเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 นั้น ต้องการจะแยกประเด็นทางการแพทย์ออกมาให้เป็นงานของคณะกรรมการการแพทย์ เช่น เสนอความเห็นเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ (มาตรา 40 วงเล็บ 1) เสนอความเห็นเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล, ชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน, ค่าทดแทนรายเดือน กรณีที่สูญเสียอวัยวะ และ ค่าทดแทนรายเดือนกรณีที่ทุพพลภาพ (มาตรา 40 วงเล็บ 3) ในขณะที่งานอื่นๆ ให้เป็นงานของคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน เช่น เสนอความเห็นเกี่ยวกับการบริหารกองทุน (มาตรา 32 วงเล็บ 1) เสนอความเห็นในการออกกฎกระทรวงและระเบียบต่างๆ (มาตรา 32 วงเล็บ 2) วางระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน (มาตรา 32 วงเล็บ 3) วางระเบียบเกี่ยวกับการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุน (มาตรา 32 วงเล็บ 4) และพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ (มาตรา 32 วงเล็บ 5) และจะเห็นได้ว่าองค์ประกอบของคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนนั้นมีความหลากหลายกว่าของคณะกรรมการการแพทย์มาก

สำนักงานกองทุนเงินทดแทน ในสำนักงานประกันสังคม ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานผู้บริหารจัดการ สำนักงานกองทุนเงินทดแทนเป็นหน่วยงานระดับกอง อยู่ในสำนักงานประกันสังคมซึ่งมีฐานะเป็นกรม แบ่งการบริหารงานออกเป็น 8 ฝ่าย ดังนี้

1. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป รับผิดชอบเกี่ยวกับงานรับ-ส่ง ร่างโต้ตอบหนังสือราชการ งานงบประมาณ งานคลัง งานบุคคลเบื้องต้น งานพัสดุครุภัณฑ์ และงานธุรการอื่นๆ รวมทั้งควบคุมการเบิกจ่ายเงินงบเพื่อดำเนินการกองทุนเงินทดแทน และจัดทำทะเบียนคุมแบบพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับงานกองทุนเงินทดแทนทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
2. ฝ่ายกำหนดอัตราเงินสมทบ รับผิดชอบงานกำหนดอัตราเงินสมทบ (Basic Rates) ของกองทุนเงินทดแทน ซึ่งจัดจำแนกตามความเสี่ยงภัยของแต่ละประเภทกิจการ และรับผิดชอบงานคำนวณอัตราเงินสมทบตามค่าประสบการณ์ (Experience Rates)
3. ฝ่ายวิชาการกองทุน รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดทำโครงการ ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย เรื่องการประสบอันตรายและโรคเนื่องจากการทำงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางส่งเสริมหรือป้องกัน และเสนอแนะมาตรการเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานให้แก่ลูกจ้าง เป็น

ศูนย์ข้อมูลด้านการประสบอันตรายและโรคเนื่องจากการทำงาน ทำการคำนวณค่าเฉลี่ยเงินทดแทนต่อราย (Average Cost per Accident) จัดทำแผนปฏิบัติการ ติดตามประเมินผล ตลอดจนประสานการพัฒนาระบบงานกองทุนเงินทดแทน

4. ฝ่ายพัฒนาระบบเงินสมทบ รับผิดชอบในด้านการศึกษา วิเคราะห์ปัญหาด้านการเรียกเก็บเงินสมทบนายจ้างในข่ายกองทุนเงินทดแทน รวบรวมสรุป เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวปฏิบัติ การตรวจสอบ การกำหนดรหัสประเภทกิจการของนายจ้าง ที่รับขึ้นทะเบียนทั่วประเทศ เพื่อให้การกำหนดรหัสเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ตลอดจนการแนะนำ และตอบข้อหารือแก่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ เกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนนายจ้าง การกำหนดรหัส และการติดตามเร่งรัดหนี้สิน
5. ฝ่ายพัฒนาระบบเงินทดแทน รับผิดชอบในด้านการศึกษา วิเคราะห์ปัญหาด้านการวินิจฉัยสั่งจ่ายเงินทดแทน ทั้งในกองทุนเงินทดแทนและนอกกองทุนเงินทดแทน รวบรวมสรุป เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ การให้คำปรึกษา แนะนำ และตอบข้อหารือ แก่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและเขตพื้นที่
6. ฝ่ายอุทธรณ์ รับผิดชอบงานเลขานุการคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน คณะกรรมการการแพทย์ และคณะอนุกรรมการอื่นๆ รับเรื่องอุทธรณ์เกี่ยวกับเงินสมทบจากนายจ้าง และเรื่องอุทธรณ์เงินทดแทนจากลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รับเรื่องหารือเกี่ยวกับการประเมินการสูญเสียอวัยวะของลูกจ้าง ที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน ตรวจสอบหลักฐานข้อเท็จจริง สรุปประเด็นและข้อกฎหมาย เพื่อประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ
 - 6.1 งานคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน
 - 6.2 งานคณะกรรมการการแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่
 - ศึกษารวบรวมข้อเท็จจริง และสรุปเสนอคณะกรรมการการแพทย์ เพื่อพิจารณาเสนอความเห็นต่อสำนักงานประกันสังคม ในการออกกฎกระทรวงและประกาศกระทรวง ต่างๆ โดยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - งานเลขานุการของคณะกรรมการการแพทย์ และคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ
 - รับเรื่องหารือเกี่ยวกับการประเมินการสูญเสียอวัยวะของลูกจ้างที่ประสบอันตรายจากการทำงาน
 - สรุปเรื่อง ประเด็น และข้อหารือ และรวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวกับลักษณะการประสบอันตราย และสภาพการทำงาน รวมทั้งเอกสารเกี่ยวกับการบำบัดรักษา เช่น ประวัติการรักษา บันทึกการผ่าตัด फिल्मเอ็กซ์เรย์

- ศึกษาลักษณะการประสบอันตรายเฉพาะโรค และอาการแต่ละอย่างของลูกจ้าง สภาพการทำงาน และพยาธิสภาพของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการประกอบการพิจารณา เพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับการบำบัดรักษาอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ผลการผ่าตัด การตรวจพิเศษต่างๆ
 - จัดระเบียบวาระการประชุม ติดต่oprสานงานกับกรรมการและอนุกรรมการ
 - จัดเตรียมเอกสารเกี่ยวกับการประชุม จดบันทึก และทำรายงานการประชุม
 - ประมวลมติคณะกรรมการการแพทย์เกี่ยวกับเรื่อง การประเมินการสูญเสียอวัยวะ เพื่อจัดทำหนังสือรวมข้อหาหรือประจำปี
7. ฝ่ายบัญชีและตรวจสอบงบการเงิน รับผิดชอบตรวจสอบงบการเงินประจำเดือน รวมทั้งเอกสารเกี่ยวกับงบการเงินทุกประเภทของเขตพื้นที่และส่วนภูมิภาค จัดทำงบการเงินรวมกองทุนประจำปี งบรวมทั่วประเทศ ศึกษา สรุปปัญหาต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวในการเสนอแนวปฏิบัติด้านบัญชีให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รับผิดชอบด้านการโอนเงินให้กับสำนักงานประกันสังคมจังหวัดและเขตพื้นที่ ศึกษาการนำเงินกองทุนเงินทดแทนไปจัดหาผลประโยชน์
8. ฝ่ายตรวจสอบบัญชีนายจ้าง รับผิดชอบเกี่ยวกับการตรวจสอบบัญชีค่าจ้าง ของนายจ้างที่ขึ้นทะเบียนกองทุนเงินทดแทนแล้ว ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และใช้ผลการตรวจบัญชีเป็นฐานในการประเมินเงินสมทบ รวมทั้งคำนวณอัตราเงินสมทบตามค่าประสพการณ์ให้กับนายจ้างแต่ละรายในปีถัดไป

จะเห็นได้ว่าฝ่ายอุทธรณ์ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน เป็นทีมงานที่มีความสำคัญต่อการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ ทั้งในด้านงานเลขานุการ การประชุม และการประสานงานกับส่วนงานอื่นๆ ทั้งในและนอกสำนักงานกองทุนเงินทดแทน ฝ่ายอื่นๆ ก็มีส่วนสนับสนุนงานของคณะกรรมการการแพทย์โดยอ้อม เป็นที่น่าสังเกตว่าสำนักงานประกันสังคมให้ความสำคัญต่อการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์เป็นอย่างมาก และได้มอบหมายให้รองเลขาธิการสำนักงานประกันสังคมเป็นกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการการแพทย์ ทำให้การประสานงานของคณะกรรมการการแพทย์กับส่วนงานอื่นๆ และหน่วยงานอื่นๆ เป็นไปโดยสะดวกราบรื่น

คณะกรรมการการแพทย์ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ จำนวนทั้งสิ้น 9 คณะ เพื่อช่วยงานของคณะกรรมการ และพิจารณาตอบข้อหาหรือของพนักงานวินิจฉัยทั่วประเทศ ดังนี้

1. คณะอนุกรรมการระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ คณะอนุกรรมการชุดนี้มีปริมาณงานมากและมีงานคั่งค้างสะสมมาก ในปี พ.ศ. 2542 จึงได้แต่งตั้งเพิ่มอีก 1 คณะ รวมเป็น 2 คณะ ทั้ง 2 คณะจะมีการประชุมแยกกันเดือนละ 1-3 ครั้ง เพื่อพิจารณาตอบข้อหาหรือและมีการพิจารณาร่วมกันเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อพิจารณาเรื่องที่มีความละเอียดหรือซับซ้อน

ซ้อนมาก และปรับการทำงานของคณะกรรมการทั้งสองชุดให้เป็นแนวทางเดียวกัน (consistent) ให้มากที่สุด

2. คณะอนุกรรมการพิจารณาคำรักษาพยาบาล
3. คณะอนุกรรมการระบบผิวหนังและอวัยวะภายใน
4. คณะอนุกรรมการระบบการมองเห็นและการได้ยิน
5. คณะอนุกรรมการระบบทางการหายใจ
6. คณะอนุกรรมการระบบอวัยวะทั่วไป มีหน้าที่รับพิจารณาข้อหาหรือด้านการวินิจฉัยของลูกจ้างในเขตจังหวัดสมุทรปราการ แม้ว่าเดิมจะมีคณะอนุกรรมการชุดดังกล่าวมาตั้ง แต่สมัยที่กองทุนเงินทดแทนยังสังกัดกระทรวงมหาดไทย แต่นับได้ว่าเป็นโครงการทดลองที่จะกระจายอำนาจการวินิจฉัยข้อหาหรือไปยังจังหวัดที่มีลูกจ้างจำนวนมาก โดยคณะอนุกรรมการชุดนี้จะรับหารือเรื่องทางการแพทย์ทุกระบบ พร้อมพิจารณาคำรักษาพยาบาลที่เหมาะสม เป็นการให้คำหรือแบบเบ็ดเสร็จ (ผู้วิจัยขอเรียกว่าเป็นแบบ whole-in-one) ถ้าพิจารณาโดยภาพรวมจะเห็นได้ว่ายังขาดการประเมินที่เป็นรูปธรรมถึงการทำงานและผลการทำงานของคณะอนุกรรมการชุดนี้ ประสิทธิภาพ และ consistency กับการทำงานของคณะอนุกรรมการชุดอื่นๆ หรือไม่ ความพึงพอใจของนายจ้าง ลูกจ้าง พนักงานวินิจฉัย และเจ้าหน้าที่ของกองทุนเงินทดแทนเอง ต่อคณะอนุกรรมการในลักษณะนี้
7. คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน
8. คณะอนุกรรมการกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน

ระบบเงินทดแทนของประเทศสหรัฐอเมริกา

หลักการพื้นฐานของระบบเงินทดแทนในสหรัฐอเมริกา มี 6 ประการ ดังนี้

1. No-fault compensation การจ่ายเงิน โดยที่ไม่คำนึงว่าใครจะเป็นฝ่ายผิด
2. Fair compensation การจ่ายเงินทดแทนให้กับคนงานนั้นให้พิจารณาตามผลของการบาดเจ็บที่สัมพันธ์กับงานที่มีต่อความสามารถในการหารายได้ ประเภท และความรุนแรงของการบาดเจ็บ
3. Collective liability หมายความว่านายจ้างทุกคนภายใต้อุตสาหกรรมประเภทเดียวกันล้วนจะต้องจ่ายเงินสมทบให้กับกองทุนเงินทดแทนในอัตราพื้นฐานเดียวกัน
4. Mandatory coverage การคุ้มครองถูกบังคับตามกฎหมาย
5. Protection from law suit นายจ้าง และลูกจ้างไม่สามารถฟ้องกันได้ (โดยส่วนใหญ่)

6. Right of appeal นายจ้างและลูกจ้างมีสิทธิอุทธรณ์ได้

ในสหรัฐอเมริกา กฎหมายของแต่ละรัฐ (state law) เกี่ยวกับระบบเงินทดแทนนั้นมีความแตกต่างกันในรายละเอียดพอสมควร ดังรายละเอียดในบทที่ 2 แต่ลักษณะที่เหมือนกันก็คือการมีเสรีภาพในการแข่งขัน มีทนายเข้ามาเกี่ยวข้องมาก มีการใช้แพทย์ IME และ สิทธิที่จะอุทธรณ์

ส่วนกฎหมายของรัฐบาลกลาง (federal law) เกี่ยวกับระบบเงินทดแทนอยู่ในหมวดกฎหมายที่ 20 (Code of Federal Regulations : CFR 20) กลุ่มหมวดที่มีชื่อว่าผลประโยชน์ของลูกจ้าง (Employee Benefit) หมวดนี้ได้มีการปรับปรุงเป็นระยะๆ ครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2542 หน่วยงานที่รับผิดชอบมีชื่อว่า สำนักงานโปรแกรมเงินทดแทน ชื่อย่อว่า OWCP (Office of Workers' Compensation Programs) เป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้องค์กรที่เรียกว่า ESA (Employment Standards Administration) มีผู้ช่วยเลขานุการของ ESA เป็นผู้อำนวยการของ OWCP

ผู้อำนวยการของ OWCP มีหน้าที่ปฏิบัติตามกฎหมายภายใต้กรอบอำนาจของกระทรวงแรงงานตามกฎหมายหลายฉบับ ดังนี้

1. กฎหมาย FECA (Federal Employees' Compensation Act)
2. กฎหมาย WHCA (War Hazards Compensation Act)
3. กฎหมาย WCA (War Claims Act)
4. กฎหมาย LHWCA (Longshoremen's and Harbor Workers' Compensation Act)
5. กฎหมาย DCWCA (District of Columbia Workmen's Compensation Act)
6. กฎหมาย DBA (Defense Base Act)
7. กฎหมาย OCSLA (Outer Continental Shelf Lands Act)
8. กฎหมาย NFIA (Nonappropriated Fund Instrumentalities Act)
9. หมวดที่ 4 ของกฎหมาย FCMHSA (Federal Coal Mine Health and Safety Act)
แก้ไขโดย BLBA (Black Lung Benefit Act)

ส่วนที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับเงินทดแทนก็คือในส่วนของกฎหมายว่าด้วยเรื่องของ FECA การก่อตั้งหน่วยงานกองทุนเงินทดแทนนี้ เริ่มต้นเป็นหน่วยงานอิสระเรียกว่า US Employees Compensation Commission และมีการปรับปรุงองค์กรเมื่อปี ค.ศ. 1946 commission นี้ถูกยกเลิกไป ภาระงานถูกถ่ายโอนไปให้ Federal Security Agency หน่วยงานนี้ได้ตั้งสำนักงานเรียกว่า Bureau of Employees Compensation ขึ้นมา หลังจากนั้นได้มีการปรับปรุงองค์กรอีกครั้งหนึ่งในปี ค.ศ. 1950 Bureau ดังกล่าวได้ถูกย้ายไปขึ้นกับกระทรวงแรงงาน จากนั้นมีการปรับปรุงองค์กรในปี ค.ศ. 1950 อีกครั้งหนึ่ง ให้ปลัดกระทรวงแรงงานมีอำนาจแก้ไขข้อบังคับตามที่เห็นสมควร มอบอำนาจและสั่งการไปยังเจ้าหน้าที่หน่วยงานและบุคลากรของกระทรวงแรงงานได้ ต่อมาในปี ค.ศ. 1972 ได้มีการก่อตั้งหน่วยงาน 2 หน่วยงาน แยกกันอยู่ภายใน bureau ดังกล่าว หน่วยงานที่ 1 คือ สำนักงานกองทุนเงินทดแทนของคณงาน หน่วยงานที่ 2 คือ สำนักงานกองทุนเงินทดแทนของข้า

ราชการ ต่อมาในปี ค.ศ. 1974 หน่วยงานทั้ง 2 ได้ถูกยุบและรวมเป็นหน่วยงานเดียวชื่อ OWCP ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

กฎหมายนี้ให้นิยามคำว่า Benefit เป็นเช่นเดียวกับคำว่า Compensation เพื่อวัตถุประสงค์ในการคำนวณ benefit กำหนดให้ใช้ค่าจ้างเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของคนอเมริกันทั่วไป ไม่ว่าจะถูกจ้างทำงานด้วยตัวเอง หรือว่างงาน กำหนดไว้สัปดาห์ละ 37.5 เหรียญสหรัฐ การบังคับใช้กฎหมายตามส่วนนี้และ benefit ที่จะจ่ายให้ จะจ่ายให้ไม่ว่าคนงานดังกล่าวจะกลับไปทำงานหรือไม่ก็ตาม (whether return to work or not) ส่วนการคำนวณเงินทดแทนให้เป็นรายเดือนนั้น จะทำในรายที่มีความพิการบางส่วน ซึ่งจะต้องกำหนดว่าเป็นก็เปอร์เซ็นต์ของความพิการทั้งร่างกายและจะไม่ถูกกำหนดโดยไปอิงอยู่เพียงการสูญเสียรายได้ (wage loss) แต่จะพิจารณาการสูญเสียความสามารถในการสร้างรายได้ (loss of wage-earning capacity)

มีการกำหนดข้อจำกัดของการให้ benefit ไว้ว่ากรณีที่พิการ หรือตาย benefit จะให้กับคู่สมรสที่เป็นม่ายหรือบุตรธิดาเท่านั้น หรือให้กับผู้ดูแลคนนั้นตามกฎหมาย (legal guardian) กรณีผู้ที่ได้รับผลประโยชน์เป็นเด็กหรือบุคคลที่ไร้ความสามารถ ซึ่งไม่มีผู้ดูแลตามกฎหมายให้เป็นอำนาจของ bureau ที่จะกำหนดการจ่ายเงินทดแทนทั้งหมด หรือบางส่วนตามที่ bureau กำหนด เพื่อผลประโยชน์ของเด็ก หรือบุคคลไร้ความสามารถนั้น อาจจะให้อยู่ในสถานพยาบาล หรือให้อยู่ภายใต้การดูแลของผู้ใหญ่ ตามที่ bureau เห็นว่าเหมาะสม กรณีที่ benefit นั้นจะจ่ายให้กับผู้ที่ถูกระงับห้ามไม่ให้รับ benefit เหล่านั้น โดยกฎระเบียบหรือแนวปฏิบัติของโบสถ์ หรือแนวปฏิบัติทางศาสนา หรือองค์กรนั้น ๆ ที่บุคคลผู้นั้นสังกัดอยู่ ให้จ่าย benefit นั้นตามที่บุคคลนั้นร้องขอ ให้กับโบสถ์ องค์กรศาสนา หรือองค์กรนั้น ๆ

การบริหารจัดการงานเงินทดแทนขึ้นกับกระทรวงแรงงานเป็นสำคัญ ภาระหน้าที่ของกระทรวงแรงงานคือ การพิทักษ์ สนับสนุน และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของผู้มีรายได้ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปรับปรุงสภาพการทำงาน และเพิ่มโอกาสการทำงานที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศในรูปของตัวเงิน โดยได้ถือปฏิบัติตามกฎหมายรัฐบาลกลางหลายฉบับเพื่อให้คนงานมีสิทธิตามกฎหมาย ที่จะมีสภาพการทำงานที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวยต่อสุขภาพ ค่าแรงขั้นต่ำ ค่าแรงกรณีทำงานล่วงเวลา ความเป็นอิสระจากการแบ่งแยกกีดกันในการจ้างงาน (discrimination) การประกันการว่างงาน และค่าทดแทน กระทรวงแรงงานยังปกป้องบำเหน็จบำนาญของคนงาน ให้การฝึกอบรมอาชีพ ช่วยคนงานหางาน และส่งเสริมการรวมตัวกันของคนงานเพื่อต่อรอง เก็บข้อมูลการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการจ้าง ค่าจ้างและข้อมูลทางเศรษฐกิจอื่น ๆ ของประเทศ กระทรวงช่วยเหลือคนอเมริกันทุกคนที่ต้องการและประสงค์จะทำงาน และมีบทบาทเป็นพิเศษในการช่วยคนบางกลุ่มในการหางาน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ เด็ก หนุ่มสาว ชนเชื้อชาติกลุ่มน้อย หญิง ผู้พิการ และอื่น ๆ

เลขาธิการกระทรวงแรงงาน เป็นหัวหน้ากระทรวงแรงงานและเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความเห็นต่อประธานาธิบดีในการพัฒนาและบริหารนโยบาย บริหารจัดการและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนงาน สภาพการทำงาน และโอกาสการจ้างงาน

คณะกรรมการอุทธรณ์กองทุนเงินทดแทน ประกอบด้วยสมาชิก 6 คน โดย 3 คนจะมาจากการแต่งตั้งโดยเลขาธิการกระทรวงแรงงาน แล้วมีการแต่งตั้ง 1 ในคณะกรรมการนั้นเป็นประธานหน้าที่ของคณะกรรมการชุดนี้ก็คือ พิจารณาและตัดสินเรื่องอุทธรณ์ต่าง ๆ ที่ได้ผ่านการตัดสินมาภายใต้กฎหมายทดแทนของรัฐบาลกลางแล้ว

นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานต่างๆ ภายในกระทรวงแรงงาน ที่ช่วยการดำเนินงานของระบบเงินทดแทน โดยตรงหรือโดยอ้อม ที่สำคัญได้แก่

- ส่วนแรงงานและชั่วโมงทำงาน
- ส่วนมาตรฐานการทำงาน
- ส่วนนิติกร
- สำนักงานธุรกิจขนาดเล็ก
- สำนักงานนายความด้านแรงงาน
- สำนักงานสตรี (Women's Bureau, รับผิดชอบในการร่างมาตรฐาน และนโยบายในการสนับสนุนคุณภาพชีวิตและสวัสดิการของหญิงทำงาน ปรับปรุงสภาพการทำงาน เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และให้ความช่วยเหลือโอกาสทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้)
- สำนักงานกิจการวิเทศสัมพันธ์
- หน่วยงานการจ้างและฝึกการทำงาน
- หน่วยบริการประกันการว่างงานของรัฐบาลกลาง
- สำนักงานข้อมูลเกี่ยวกับตลาดแรงงาน
- สำนักงานฝึกงานและฝึกอบรม
- หน่วยบริหารผลประโยชน์ในรูปของบำนาญและสวัสดิการ
- สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานนี้รับผิดชอบการบริหารจัดการตามกฎหมายกองทุนเงินทดแทนของรัฐบาลกลาง 3 กฎหมาย คือ
 1. กฎหมาย ทดแทนแก่ข้าราชการและรัฐบาลกลาง ซึ่งดูแลกองทุนเงินทดแทนแก่ข้าราชการสังกัดรัฐบาลกลาง
 2. กฎหมายกองทุนเงินทดแทนแก่ Longshore and Harbor รวมทั้งกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งให้ผลประโยชน์ทดแทนแก่ลูกจ้างในองค์กรเอกชน ซึ่งทำงานในท้องทะเลและน่านน้ำของสหรัฐอเมริกา

3. กฎหมายผลประโยชน์ทดแทนแก่คนงานโรคปอดดำ ซึ่งให้ผลประโยชน์ทดแทนขยายครอบคลุมไปยังคนงานโรงงานเหมืองถ่านหิน ซึ่งพิการถาวรด้วยโรคปอดจากการทำงาน และให้แก่ทายาท ในกรณีที่ผู้ตายเสียชีวิตด้วยโรคปอดจากการทำงาน
- สำนักงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีหน้าที่กำหนดและบังคับความปลอดภัยในที่ทำงานและสุขภาพอนามัยให้เป็นไปตามมาตรฐานและช่วยเหลือนายจ้างในการปฏิบัติตามมาตรฐานเหล่านี้ คณะกรรมการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ตั้งขึ้นตามบทบัญญัติของกฎหมายในปี ค.ศ. 1970 ได้กำหนดจุดเน้น 4 ประการด้วยกันคือ
1. บังคับกฎหมายอย่างจริงจังและเป็นธรรมในเรื่องของความปลอดภัยและสุขภาพอนามัย
 2. ประสานกับรัฐต่าง ๆ เพื่อให้รัฐเหล่านั้นดำเนินโปรแกรมต่าง ๆ ที่หน่วยงานเหล่านี้เห็นชอบด้วยตัวเอง และประสานกับนายจ้างและลูกจ้าง ผู้สนใจในการพัฒนาโปรแกรมความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ
 3. บังคับใช้กฎใหม่ ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ กฎเหล่านี้ต้องชัดเจนและง่ายต่อความเข้าใจและปฏิบัติตาม
 4. เพิ่มการเข้าถึงและการฝึกอบรมเพื่อช่วยนายจ้างและลูกจ้างให้ลดสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยและความเสี่ยงต่าง ๆ ในสถานประกอบการ
- สำนักงานบริหารอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเหมืองแร่ สำนักงานนี้ขึ้นกับผู้ช่วยเลขาธิการซึ่งรับผิดชอบงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเหมืองแร่ตามกฎหมายอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเหมืองแร่ถ่านหิน ซึ่งเป็นกฎหมายของรัฐบาลกลางออกเมื่อปี ค.ศ. 1969 กำหนดให้มีการบังคับอย่างเข้มงวดเพื่อป้องกันและปกป้องสุขภาพของคนงานเหมืองแร่ ต่อมาในปี ค.ศ. 1977 รัฐสภาได้ผ่านข้อแก้ไขกฎหมายฉบับนี้เพื่อเพิ่มความเข้มงวดของกฎหมาย ขยายการปกป้องคุ้มครองและเพิ่มการดำเนินงานไปยังธุรกิจเหมืองแร่ที่ไม่ใช่เหมืองแร่ถ่านหินด้วย หน่วยงานนี้มีหน้าที่กำหนดและดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยและอาชีวอนามัยให้แน่ใจว่าเหมืองแร่ได้ดำเนินการตามมาตรฐานเหล่านี้ ประเมินความผิทางแฝงในกรณีที่ทำผิดข้อบังคับ และทำการสอบสวนอุบัติเหตุ หน่วยงานนี้ทำงานประสานกับ และได้รับการช่วยเหลือจากมลรัฐต่าง ๆ ที่มีโปรแกรมอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเหมืองแร่ มีหน้าที่พัฒนาและขยายการฝึกอบรมในหน่วยงาน ซึ่งสัมพันธ์กับมลรัฐต่าง ๆ ในเรื่องของอุตสาหกรรมเหมืองแร่และประสานกับกระทรวงสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการพัฒนาและขยายงานวิจัยและพัฒนาในเรื่องของความปลอดภัยและสุขภาพอนามัยในเหมืองแร่ กิจกรรมทั้งหมดนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุในเหมืองแร่และโรคจากการประกอบอาชีพในเหมืองแร่
 - สำนักงานสถิติแรงงาน

การทำ Independent Medical Evaluation ในสหรัฐอเมริกา

ก่อนที่จะมีกองทุนเงินทดแทนคนงานจะต้องฟ้องนายจ้างเพื่อให้ได้เงินทดแทน คนงานจะต้องพิสูจน์ว่านายจ้างละเลยและต้องรับผิดชอบต่อการบาดเจ็บของคนงานที่เกิดขึ้น จึงเสียเวลามาก ระบบกองทุนเงินทดแทนได้ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อให้ได้การทดแทนที่รวดเร็วและเป็นธรรมแก่คนงานที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ระยะเวลาหลัง case ที่เข้าสู่กองทุนเงินทดแทนนั้นสะสมค้างเป็นปีก่อนที่จะได้รับคำวินิจฉัยขั้นสุดท้าย สิ่งที่เกิดตามมาคือ คนงานที่จะเรียกเงินจากกองทุนเงินทดแทนต้องการความช่วยเหลือจากทนาย นี่เป็นสิ่งที่ไม่น่าแปลกใจถ้าพูดถึงจำนวนเรื่องที่ขอเงินทดแทนและจำนวนเงินที่เข้ามาเกี่ยวข้อง มีการคาดประมาณว่าในปี ค.ศ. 1989 มีการบาดเจ็บเกิดขึ้นจากงาน 6,576,000 ครั้ง ในสหรัฐอเมริกา และมากกว่า 3,073,000 ราย ส่งผลให้มีการสูญเสียวันทำงานมากกว่า 57 ล้านวัน และมีการจ่ายเงินทดแทนไปมากกว่า 30.8 พันล้านเหรียญสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1988 ในระหว่างปี ค.ศ. 1978 - 1988 เงินทดแทนเพิ่มขึ้นทุกปี เฉลี่ยปีละ 12.4% เงินสมทบที่จ่ายโดยนายจ้างมากกว่า 42.9 พันล้านเหรียญ ในปี ค.ศ. 1988

กองทุนเงินทดแทนจะให้ความสำคัญกับ 2 ประเด็นคือ ขอบเขตและความถาวรของการสูญเสียสมรรถภาพแต่ละรายจะได้รับการวินิจฉัยว่ามีการสูญเสียบางส่วนชั่วคราวหรือถาวร สูญเสียสมรรถภาพถาวรแสดงว่าสภาพนั้นจะคงอยู่ไปจนตลอดชีวิตของคนงานคนนั้น และมักจะตัดสินโดยหลังจากการให้การรักษาย่างเต็มที่แล้ว หรือมี Maximum Medical Recovery / Improvement (MMR / MMI) ส่วนประเด็นที่ว่าสูญเสียสมรรถภาพบางส่วน หรือทั้งหมดนั้นก็เป็นการบรรยายถึงการสูญเสียที่ประเมินทางการแพทย์ (impairment) และบ่งถึงการตัดสินโดยกลุ่มวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์ว่าบุคคลนั้นจะสามารถประกอบอาชีพได้หรือไม่ (disability) อีกแนวทางหนึ่งที่จะได้ประเมินดังกล่าวก็คือการใช้แนวคิดของ whole person หรือบุคคลทั้งคนที่ปรากฏในแนวทางของ AMA ซึ่งเป็นระบบการให้คะแนน หรือ ระบบการพิจารณาการสูญเสียสมรรถภาพที่ใช้มากที่สุดในสหรัฐอเมริกา

ในหลาย ๆ มลรัฐ IME หรือ Independent Medical Evaluation หรือ Independent Medical Examination นั้นมีชื่อเรียกอื่น ๆ อีกเช่น Impartial Medical Examination หรือ Agreed Medical Examination, Blinding Medical Examination หรือ Neutral Medical Examination IME ยังเป็นส่วนที่นิยมใช้ร่วมกันของการทำ case management และใช้ทั่วไปทั้งบริษัทประกัน ทนายและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ ในการจัดการพิจารณาเงินของกองทุนเงินทดแทน การบาดเจ็บส่วนบุคคล (personal injury) การพิการและประเด็นอื่น ๆ IME อาจจะดำเนินการได้ในหลาย ๆ ขั้นตอนของวงจรของการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย การรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการกลับไปทำงาน

แพทย์ผู้ทำ IME ควรตระหนักถึงองค์ประกอบ 3 อย่างของ IME คือ Independent หมายถึงการเป็นอิสระ Medical เป็นการประเมินทางการแพทย์ Evaluation / Examination หมายความว่า เป็นการตรวจ หมายความว่าแพทย์จะต้องวางตัวเป็นกลางไม่มีอคติต่อผู้ถูกตรวจ ต้องใช้หลักวิชาทางการแพทย์ด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้กระทำ

ไปแล้ว และแพทย์ผู้ทำ IME มีหน้าที่ตรวจและประเมินสิ่งที่ได้ทำไปแล้วเท่านั้น IME ไม่ได้กระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์ในด้านการรักษา วัตถุประสงค์ของ IME ก็เพื่อให้ได้ข้อมูลแก่ผู้ถูกตรวจ หรือผู้ที่ขอให้ทำการตรวจ IME แพทย์ผู้ตรวจไม่ได้ให้ความสัมพันธ์ฉันแพทย์-ผู้ป่วย และข้อมูลที่ได้ตรวจและความเห็นต่าง ๆ ก็จะต้องลงไปในรายงาน แพทย์อาจจะต้องเน้นว่าผู้ถูกตรวจได้สละสิทธิ์ที่จะมีความสัมพันธ์ฉันแพทย์และผู้ป่วยดังกล่าว ๆ ไป แพทย์จึงไม่ต้องรักษาความลับของผู้ถูกตรวจ และสามารถรายงานผลไปยังบุคคลที่ 3 ได้ ผู้ถูกตรวจจะนิยมเรียกว่า examinee มากกว่า patient แพทย์ผู้ตรวจมีหน้าที่ให้บริการคือการตรวจประเมินและจัดทำผลผลิต ซึ่งก็คือรายงาน รายงานนั้นเป็นผลจากการตรวจประเมิน และจะบ่งถึงคุณภาพของการตรวจประเมิน และบอกโดยชัดเจนและตอบคำถามที่ผู้สั่งตรวจต้องการทราบเพื่อไปใช้ในขั้นตอนของกองทุนเงินทดแทน หรือขั้นตอนในชั้นศาลต่อไป ผู้สั่งตรวจ IME อาจจะเป็นบริษัทประกัน นายจ้างหรือตัวแทนของกลุ่มต่าง ๆ เช่น ทนาย หรือบุคคลที่ 3 ผู้ที่มีโอกาสมากที่สุดที่จะเป็นผู้สั่งตรวจ IME ก็คือ ตัวแทนของบริษัทประกันที่รับผิดชอบในเรื่องของการเบิกจ่ายเงินของกองทุนเงินทดแทน ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการตรวจสอบและจัดการ case ให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล เนื่องจากความซับซ้อนของประเด็น case ของ กองทุนเงินทดแทนที่เกี่ยวข้องกับ IME จึงมักจะเกี่ยวข้องกับทนายมาก และพบบ่อยกว่า IME จะถูกขอให้ทำโดยทนายจำเลยมากกว่าทนายโจทก์ นอกจากนี้ ผู้พิพากษา คณะกรรมการ เจ้าหน้าที่ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ก็อาจจะเป็นผู้ขอให้ทำ IME ได้

ขั้นตอนแรก ก็จะต้องพิจารณาถึงความต้องการทำ IME ซึ่งมักเป็นประเด็นที่ต้องการคำตอบบางประการที่ยังไม่สามารถตอบได้ด้วยข้อมูลและหลักฐานเท่าที่มีในเบื้องต้น จึงต้องทำ IME เพื่อให้ได้ข้อมูลมาเป็นการตัดสินใจ แพทย์ผู้จะทำ IME จะต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้เชี่ยวชาญกับ American Board of Independent Medical Evaluation หรือ ABIME การเลือกแพทย์ที่จะทำ IME มักจะขึ้นกับประสบการณ์ในอดีต หรือการแนะนำ หรืออาจจะมีการจัดการผ่านตัวกลางของการจัดการ IME ก็ได้ (เรียกว่า Broker) เมื่อแพทย์ทำ IME แล้วในขั้นตอนต่อไป IME จะถูกใช้ในการพิจารณาเงินทดแทน และอาจจะถูกใช้ในชั้นศาลและจะหมายความว่าแพทย์ผู้ตรวจและให้ IME อาจจะต้องไปให้การในชั้นศาล เครื่องมือที่ทนายจะใช้ซักแพทย์ผู้ตรวจ IME ก็คือ IME Report นั่นเอง จึงเป็นเหตุผลที่ว่า IME Report จะต้องตรงไปตรงมา ชัดเจนและมีเหตุผล IME Report ที่ดีจะต้องตอบคำถามเฉพาะที่ผู้ขอให้ตรวจ IME ต้องการคำตอบ ข้อสรุปของรายงานนี้ก็จะต้องมีข้อสนับสนุนโดยกระบวนการตรวจและข้อมูลที่ปรากฏในรายงาน แพทย์ผู้ตรวจนอกจากจะต้องเข้าใจประเด็นทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องแล้ว แพทย์จะต้องสามารถใช้ข้อมูลทางการแพทย์มาระบุถึงประเด็นที่ไม่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ที่เป็นที่สนใจของผู้สั่งตรวจ IME ด้วย

ในการทำ IME ประเด็นที่ถูกถามมากที่สุดก็คือการวินิจฉัยความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างงานกับความเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค การหายทางการแพทย์มากที่สุดหรือยัง (MMI) หรือได้แค่

ไหน การสูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวร ความเสี่ยงในการทำงานและการจัดการ case นั้นในทางคลินิก นอกจากนี้ผู้ขอตรวจ IME อาจจะถูกถามถึงข้อแนะนำเป็นพิเศษสำหรับ case นั้น ๆ จากแพทย์

การรับรองหรือขึ้นทะเบียนเป็นผู้เชี่ยวชาญในการทำ IME นั้น แพทย์ผู้ทำ IME นอกจากจะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ แล้ว จะเป็นประโยชน์มากถ้าได้ไปรับรองว่ามีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะทำ IME ในปี ค.ศ. 1994 หน่วยงานที่เรียกว่า ABIME ได้ถูกจัดตั้งขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพของการทำ IME หน่วยงานนี้มีหน้าที่จัดการสอบเพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญขึ้นทะเบียนในการทำ IME เรียกว่า Certified Independent Medical Examiner ซึ่งเป็นไปตามความต้องการของสังคม ABIME ดำเนินการโดยมีคณะกรรมการกำหนดคุณสมบัติ และงานที่แพทย์ผู้ทำ IME ต้องมีมาก่อน ที่จะมีสิทธิสอบข้อเขียน และกำหนดตัวข้อสอบ หลังจากแพทย์มีคุณสมบัติพร้อมที่จะสอบข้อเขียน (ระยะเวลาครึ่งวัน) มีแพทย์ขึ้นทะเบียนเป็น Certified IME ในสหรัฐอเมริกา มากกว่า 1,000 คน แพทย์ผู้มี Certified IME นี้ จะได้รับการขอให้ทำ IME มากกว่าแพทย์ที่ไม่มี และหลายมลรัฐเช่น Nevada ได้เริ่มกำหนดแล้วว่า ให้แพทย์ที่มี Certified IME เท่านั้นเป็นผู้ทำ IME

กระบวนการสอบเพื่อขึ้นทะเบียน ABIME นั้น เปิดให้กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในหลาย ๆ สาขา นอกจากนี้ National Association of Disability Evaluating Professional ก็มีกระบวนการที่จะพิจารณาออกหนังสือรับรองให้ผู้ทำการตรวจประเมินในลักษณะของ Certified Disability Evaluator ด้วย โดยสรุปการทำ IME ที่มีคุณภาพต้องดำเนินการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเข้าใจประเด็นผู้ที่ให้ทำ IME ต้องการ แพทย์เหล่านี้ต้องให้ความสนใจในรายละเอียดที่ผู้ขอให้ทำ IME ต้องการ และรายงานต้องบ่งถึงคุณภาพของกระบวนการประเมินและต้องอ่านง่ายเป็นที่เข้าใจสำหรับผู้ที่ไม่ใช่แพทย์ด้วย

Case management ในสหรัฐอเมริกา

case management มักจะเป็นพยาบาลอาชีวอนามัย บทบาทก็คือเป็นผู้จัดการระบบและกระบวนการที่จะให้มีการประสานงานกันเพิ่มขึ้น ระหว่างส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการจัดการให้คนงานที่ได้รับบาดเจ็บหรือป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยเร็ว รวมทั้งผลต่อครอบครัว ระบบการสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์และการฟื้นฟูสภาพ การฟื้นฟูอาชีพ

ควรให้การครอบคลุม 24 ชั่วโมง (24-hour coverage) หมายความว่า ไม่จำเป็นที่จะต้องแยกว่าการบาดเจ็บ, การสูญเสียสมรรถภาพ หรือการพิการเกิดขึ้นในที่ทำงานหรือไม่ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักการ Health care reform ของรัฐบาลบิล คลินตันที่แนะนำว่า กองทุนเงินทดแทนที่จะจ่ายประโยชน์ทดแทนนั้นควรจะผนวกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขและการแพทย์ทั้งหมด ข้อดีของการกระทำเช่นนี้ก็คือ ลดค่าใช้จ่ายในเรื่องของความซ้ำซ้อนของการบริหารจัดการ ลดการทำใบเสร็จและจ่ายเงินที่ซ้ำซ้อน ลดการเรียกเงินทดแทนความพิการจากหลาย ๆ ระบบ ลดการย้ายค่าใช้จ่ายจากระบบหนึ่งไปยังอีกระบบหนึ่ง และคงความต่อเนื่องและความคงเส้นคงวาของการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้รับบริการ นอกจากนี้ ก็มีระบบตรวจสอบคุณภาพ

ระบบการอุทธรณ์เงินทดแทนในประเทศสหรัฐอเมริกา

ในตอนเริ่มต้นแผนการจ่ายเงินทดแทนของสหรัฐอเมริกานั้น ถูกกำหนดให้ง่ายและมีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก เป็นระบบที่จัดการตัวเองได้โดยไม่มีขั้นตอนของกฎหมายยุ่งยากมากนักในการจัดการเรื่องร้องเรียน หรือเรื่องที่ส่งเข้าไปเพื่อขอเงินทดแทนแต่ละเรื่อง เป็นระบบที่ถูกกำหนดขึ้นเพื่อให้ตอบสนองคนงานส่วนใหญ่ที่ไม่มีเงินทองมากมายนักที่จะมาจ่ายค่าทนาย หรือขั้นตอนตามกฎหมายต่าง ๆ ที่ยุ่งยาก กฎหมายเงินทดแทนควรจะทำให้นายจ้างที่ร่ำรวยไม่สามารถข่มขู่บังคับลูกจ้าง หรือบังคับลูกจ้างต้องฟ้องตามขั้นตอนของกฎหมาย ถ้าลูกจ้างแสดงให้คณะกรรมการเห็นได้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นการบาดเจ็บจากการทำงาน และคณะกรรมการสามารถให้ข้อสรุปได้ตามข้อมูลหลักฐานที่มีไม่ว่าจะเป็นข้อเท็จจริงหรือข้อกฎหมาย การเปลี่ยนจากขั้นตอนชั้นศาลมาเป็นคณะกรรมการพิจารณาเงินทดแทนจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการในกระบวนการยุติธรรมได้อย่างมาก อย่างไรก็ตามในสหรัฐอเมริกา มีนักกฎหมายและทนายจำนวนมากเข้ามาเกี่ยวข้องกับระบบเงินทดแทน สถานการณ์เช่นนี้ขยายตัวมากขึ้นและมีมาอย่างต่อเนื่อง และเพราะเหตุนี้ขั้นตอนการเรียกเงินทดแทนในสหรัฐอเมริกาจึงยุ่งยากซับซ้อนและเสียค่าใช้จ่ายสูง อย่างไรก็ตามความยุ่งยากซับซ้อนอาจจะแตกต่างกันระหว่างมลรัฐ แนวโน้มดังกล่าวนี้คงจะไม่หมดไปง่าย ๆ แม้ว่าคนจะยอมรับและรู้ดีว่าขั้นตอนเหล่านี้เพิ่มค่าใช้จ่ายและความยุ่งยากซับซ้อน แต่ถ้าเปรียบเทียบกันแล้ว ขั้นตอนเหล่านี้ก็ยังช่วยให้แต่ละเรื่องจบเร็วกว่าและยุ่งยากน้อยกว่าการที่เอา case นั้นฟ้องในศาลนอกระบบเงินทดแทนซึ่งจะเสียเวลามากกว่าอีก

หลักการ โดยทั่วไปในสหรัฐอเมริกาก็คือว่าทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายนั้นสามารถโต้เถียงได้ นอกเสียจากว่าได้ถูกกำหนดห้ามไว้อย่างชัดเจน จุดเริ่มต้นในการเข้าสู่กระบวนการพิจารณาทางกฎหมายก็คือต้องบอกให้ได้ว่าบาดเจ็บนั้นเกิดขึ้นจากและในขั้นตอนการทำงานตามที่ได้ถูกจ้าง (arise out of and in the course of employment) การเป็นเหตุเป็นผลกันในระหว่างการทำงานและการบาดเจ็บจะต้องแสดงให้เห็นความชัดเจน แม้ว่าบางสิ่งจะเห็นง่ายและชัดเจน แต่บางครั้งก็ไม่ได้เป็นเช่นนั้น นั่นก็เป็นประเด็นปัญหาที่เราทราบกันดีว่าการบาดเจ็บจากการทำงานนั้นเห็นได้ง่าย แต่โรคจากการทำงาน หรือการบาดเจ็บสะสมเรื้อรังเห็นได้ยากกว่า การพิสูจน์ในเชิงเหตุและผลของโรคเหล่านี้ว่าเกิดจากการทำงานก็ยากกว่าด้วย ตัวอย่างเหล่านี้เช่น โรคหัวใจ ปวดหลัง หรือสภาพบางอย่างที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือโรคที่เป็นอยู่ก่อน พวกนี้ก็เป็นประเด็นปัญหาในขั้นตอนของการพิจารณาทั้งสิ้น เช่น ถ้าคนงานเสียชีวิตโดยหัวใจขาดเลือดในที่ทำงานซึ่งเข้าได้กับประเด็นที่เกิดขึ้นในการทำงานของเขาคำถามที่จะต้องตอบให้ได้ก็คือหัวใจขาดเลือดของเขาเกิดขึ้นโดยธรรมชาติหรือเพราะว่าปัจจัยบางอย่างช่วยให้มันเกิดขึ้น และปัจจัยบางอย่างนั้นเกี่ยวข้องกับการทำงาน การจะตอบปัญหานี้ได้นั้นไม่่ง่ายนัก เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบจึงมักจะพึ่งหลักการของการมีข้อมูลครบถ้วนหรือไม่ครบถ้วน แล้วตัดสินใจว่าจะให้หรือไม่ให้เงินทดแทน

ประเด็นที่ว่าโรคนั้นเกิดขึ้นจากและในขั้นตอนการทำงานหรือไม่ มักจะเข้าสู่ขั้นตอนของการอุทธรณ์ แต่คำถามที่เข้าสู่กระบวนการอุทธรณ์บ่อยที่สุดเป็นเรื่องของการจ่ายเงินที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการจ้างและเปอร์เซ็นต์การพิการ หรือทั้ง 2 อย่าง เงินทดแทนในทางการแพทย์ หรือในการฟื้นฟูอาชีพก็เป็นประเด็นที่อุทธรณ์บ่อยเช่นกัน หลักฐานในกระบวนการเรียกร้องเงินทดแทนส่วนใหญ่ แม้จะไม่ทั้งหมด ก็คือหลักฐานทางการแพทย์นั่นเอง มีความจำเป็นในการพิจารณาหรือตัดสินใจในเรื่องของสาเหตุความรุนแรงหรือระยะเวลาที่พิการ ถ้าหลักฐานเหล่านี้ชัดเจนก็จะไม่มีปัญหา แต่ถ้ามีความคลุมเครือและความสัมพันธ์ในเชิงเหตุผลนั้นไม่ชัดเจนก็จะต้องฟังความเห็นของแพทย์เป็นสำคัญ นี่ก็มักจะเป็นประเด็นที่เข้าสู่กระบวนการพิจารณาในชั้นอุทธรณ์เช่นเดียวกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น ๆ ในคดีอื่น ๆ

ความเห็นของแพทย์มักจะทำให้เจ้าหน้าที่วินิจฉัยเงินทดแทนสับสนกับคำแสดงเงื่อนไขต่าง ๆ เช่น อาจจะ น่าจะเป็นไปได้ จะพบได้บ่อยว่าความเห็นของแพทย์ว่าความเกี่ยวข้องกับงานนั้นอาจเป็นไปได้ ฝ่ายตัวแทนของลูกจ้างก็จะอาศัยตรงนี้ยื่นข้ออ้างสำคัญในการส่งเรื่องเข้าขอเงินจากกองทุนเงินทดแทน ทั้ง ๆ ที่ในหลักการแล้วคำว่าน่าจะเป็นไปได้ (possible) นั้น จะมีน้ำหนักน้อยกว่าคำว่าน่าจะเป็นไปได้ (probable) ประเด็นนี้จะเพิ่มปัญหาและเพิ่มงานและค่าใช้จ่ายในขั้นตอนของการอุทธรณ์ ประเด็นพวกนี้จะชัดเจนยิ่งขึ้นสำหรับภาวะทางการแพทย์ใหม่ ๆ เช่น Chronic Fatigue Syndrome, Carpal Tunnel Syndrome, Multiple Chemical Sensitivity Syndrome, Chronic Pain, Myofascial Pain และภาวะอื่น ๆ ที่ยากจะให้นิยาม ในชั้นศาลทั้ง 2 ฝ่ายมักจะอ้างผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมักมีความเห็นแตกต่างกัน ความคลุมเครือและไม่สามารรถให้นิยามของภาวะดังกล่าวก็มีส่วนทำให้เกิดกลุ่มผู้เห็นด้วยและผู้คัดค้านการเรียกร้องเงินทดแทนจากภาวะเหล่านี้

ประเด็นการประเมินหลักฐานต่าง ๆ ทางการแพทย์ คือประเด็นคำถามเกี่ยวกับปริมาณหรือคุณภาพ หรือประเด็นเกี่ยวกับความเป็นปรนัยหรืออคติ ประเด็นคำถามที่เกี่ยวกับปริมาณหรือคุณภาพมักจะเกิดขึ้นเกี่ยวกับใบรับรองแพทย์ ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญกับความเห็นของแพทย์ทั่วไป พบบ่อยว่าแพทย์ทั่วไปมักจะเป็นแพทย์ประจำครอบครัวได้เห็นได้ตรวจคนงานที่ได้รับบาดเจ็บหลาย ๆ ครั้ง มักจะให้ความเห็นในเรื่องของความพิการ แต่ความเห็นนั้นอาจจะถูกค้านโดยการตรวจของผู้เชี่ยวชาญครั้งเดียวและมักจะเป็นประเด็นที่พบบ่อยในเรื่องของภาวะเรื้อรังหลาย ๆ อย่างเช่น Chronic Pain Syndrome, Myofascial Pain ที่พบบ่อยก็คือคนงานที่ได้รับบาดเจ็บนั้นตรวจรักษากับแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์ประจำครอบครัวอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหนึ่งด้วย อาการเรื้อรังดังกล่าวแพทย์ผู้รักษาก็จะให้ความเห็น ไปยังกองทุนเงินทดแทนเพื่อให้ลูกจ้างเรียกเงินทดแทน เรื่องนี้ก็จะเข้าสู่การพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญอาจจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ประเด็นที่ไม่เห็นด้วยมักจะเป็นเรื่องของสาเหตุหรือธรรมชาติของการเกิดโรคว่าการทำงานกับโรคน่าจะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกัน ปัญหาอาจจะเกิดเพิ่มเติม อีกถ้าผู้เชี่ยวชาญอีกคนหนึ่ง มีความเห็นแตกต่างกันออกไป

ปัญหาอีกประการก็คือการเปลี่ยนแพทย์บ่อย ๆ (Doctor shopping) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อคนงานตระเวนไปพบแพทย์หลาย ๆ คน จนกระทั่งมีแพทย์คนหนึ่ง จะเต็มใจหรือไม่เต็มใจก็ตาม ให้การวินิจฉัยที่นำไปสู่การจ่ายเงินทดแทนให้กับลูกจ้างคนนั้นได้ แม้ว่าแพทย์จะไม่ค่อยแต่พฤติกรรมเช่นนี้ใช้เวลาในการพิจารณาเงินทดแทน ทำให้มีปัญหาภายในระบบบริการทางการแพทย์และระบบสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายที่สะสมขึ้น ทั้งขั้นตอนการบริหารจัดการและขั้นตอนการให้บริการนั้นเพิ่มขึ้นอย่างมาก

ส่วนประเด็นปัญหาเรื่องความเป็นปรนัยหรือความเป็นอัตรานั้นก็คล้ายคลึงกันส่วนหนึ่งเจ้าหน้าที่ผู้พิจารณามักจะปฏิเสธคำร้องเรียนขอเงินทดแทน ที่มีเพียงอาการที่เป็นอัตรานั่น การเจ็บปวดซึ่งไม่มีข้อมูลที่เป็นปรนัยสนับสนุน การเจ็บปวดแม้ว่าจะเป็นอัตรานี้ และอาจจะเป็นภาวะที่คนงานยังทำงานได้ จึงไม่เข้าข่ายที่จะได้เงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทน ดังที่มักจะกล่าวกันว่าเงินทดแทนนั้นไม่ได้จ่ายให้กับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน อย่างไรก็ตาม ประเด็นนี้กำลังได้รับการพิจารณาปรับเปลี่ยน

ในสหรัฐอเมริกาการบริหารจัดการการอุทธรณ์ขึ้นกับหน่วยงานของรัฐบาลค่อนข้างมาก มีความพยายามของหน่วยงานของรัฐที่จะลดความเป็นพิธีรีตอง ลดค่าใช้จ่ายและการใช้เวลาของการพิจารณาเรื่องอุทธรณ์แต่ละราย มักจะดำเนินการโดยมีที่ปรึกษาที่จะรับผิดชอบ พิจารณาข้อถกเถียงที่จะได้มาซึ่งข้อยุติที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย ที่ปรึกษาอาจจะมี หรือไม่มีอำนาจตัดสินใจที่จะให้หรือไม่ให้เงินทดแทน อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญหรือที่ปรึกษาดังกล่าวจะมีความรับผิดชอบเพิ่มเติมในการพิจารณาจากหลักฐานที่มี หรือมีการแนะนำว่าจำเป็นที่จะพิจารณาข้อมูลในชั้นศาลต่อไป ที่ปรึกษามักจะไม่ใช้พนักงานของระบบเงินทดแทน กระบวนการอุทธรณ์ของสหรัฐอเมริการค่อนข้างจะซับซ้อนและมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของหลายหน่วยงาน เจ้าหน้าที่รับอุทธรณ์จึงต้องกำหนดขั้นตอน ระดับการพิจารณาและอำนาจหน้าที่ของแต่ละส่วนอย่างชัดเจน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอุทธรณ์มักจะออกกฎหมาย กฎระเบียบที่จะกำกับการขั้นตอนการทำงาน รวมทั้งเงื่อนไขเวลาที่ขยับเรื่องอุทธรณ์ สถานการณ์ที่จะใช้ซักถามบุคคลหรือสถานการณ์ใดที่ต้องการหลักฐาน เอกสารเพิ่มเติม เวลาที่ใช้โดยประมาณในการพิจารณาจะได้รับคำตัดสิน กระบวนการพิจารณาอย่างเป็นทางการและอำนาจหน้าที่ของผู้มีอำนาจตัดสินเป็นต้น

ระบบเงินทดแทนของสหราชอาณาจักร

ในสหราชอาณาจักร คนงานสามารถขอเงินทดแทนได้จาก 3 ระบบ คือ

1. Industrial Injuries Disablement Benefit เป็นเงินทดแทนที่ดำเนินการโดย Benefit Agency (BA) ภายใต้ Department of Social Security (DSS) คนงานที่จะขอเงินทดแทนได้ ต้องเป็นโรคตามที่กฎหมายกำหนดไว้ เรียกว่า Prescribed Diseases (มีกฎหมายระบุชื่อโรค และงานที่เกี่ยวข้อง : ดูใน

ภาคผนวก) ขั้นตอนการขอเงินทดแทน คือ คนงานผู้เจ็บป่วยหรือประสบอันตราย กรอกแบบฟอร์มตามที่กำหนด (form BI 95) ให้นายจ้างลงชื่อกำกับรับรองว่าทำงานนั้นจริง (have the accident declared as an industrial accident) หลังจากนั้น DSS จะพิจารณาโดยอาจขอข้อมูลทางการแพทย์เพิ่มเติมจากโรงพยาบาล หรือแพทย์ที่เคศตรวจรักษาผู้ป่วยมาก่อนหน้านี้ ความพิการจะต้องไม่น้อยกว่า 14 % จึงจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน (benefit) ถ้าพิการไม่ถึง 14 % มีสิทธิได้รับเบี้ยเลี้ยงทดแทนการขาดรายได้ (Reduced Earnings Allowance)

Industrial Injuries Disablement Benefit (IIDB) เป็นรายได้ที่ไม่ต้องเสียภาษี (non-taxable income) ซึ่งคนงานที่พิการ (disabled) มีสิทธิได้รับ ถ้าความพิการนั้นเป็นผลจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน ด้วยโรคที่ระบุไว้ (Prescribed Diseases) โดยผู้ที่มีกิจการของตัวเอง (self employed) จะไม่มีสิทธิดังกล่าว คนงานที่พิการต้องกรอก form BI 100 series ส่งมาที่สำนักงานประกันสังคม ผู้พิจารณาคือเจ้าหน้าที่ (decision maker) จะพิจารณาจากหลักฐานที่มี ประกอบกับความเห็นของแพทย์จาก Medical Board ของหน่วย Medical Services ใน Benefit Agency

แพทย์จาก Medical Board ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญตามระบบอวัยวะ จะเป็นผู้ซักประวัติ และตรวจร่างกาย ด้วยตนเอง ก่อนที่จะประเมินการสูญเสียหรือความพิการ

อนึ่ง การรักษาพยาบาลในสหราชอาณาจักร เป็นสวัสดิการที่รัฐออกให้แก่ประชาชนทุกคน จึงไม่มีปัญหาต้องพิจารณาค่ารักษาพยาบาล ดังที่ปรากฏในไทยและสหรัฐอเมริกา

ภายใน 15 สัปดาห์หลังจากได้รับบาดเจ็บหรือเริ่มป่วย คนงานจะต้องมีความพิการอย่างน้อย 14 % จึงจะมีสิทธิได้รับ IIDB ยกเว้น pneumoconiosis, byssinosis, mesothelioma ที่ต้องมีความพิการอย่างน้อย 1 % จึงจะมีสิทธิได้รับ IIDB ในขณะที่การสูญเสียการได้ยิน ต้องอย่างน้อย 20 % ใดๆก็ตาม ในบางกรณี ความพิการที่เป็นผลจากอุบัติเหตุในงานหรือโรคที่ระบุไว้ มากกว่า 1 อุบัติเหตุหรือโรค ที่เกิดในช่วงเวลาเดียวกัน (cover the same period) สามารถนำมาคำนวณรวมกัน เพื่อให้ได้ถึง 14 % ได้

เงินทดแทนอาจจ่ายโดยนำเงินเข้าบัญชีธนาคารทุกๆ 4 สัปดาห์ หรือรับ ณ ที่ทำการไปรษณีย์ทุกๆ สัปดาห์ เงินทดแทนจะเริ่มจ่ายให้ได้ตั้งแต่วันที่ 91 (15 สัปดาห์ ไม่นับวันอาทิตย์) หลังจากวันที่ได้รับอุบัติเหตุหรือเริ่มป่วย โดยการประเมินความพิการนั้นอาจทำเป็นขั้นสุดท้ายหรือขั้นต้น (final or provisional basis) ถ้าการประเมินทำเป็นขั้นต้น (interim assessment) ไปก่อน (เพื่อให้คนงานได้เงินทดแทนโดยเร็ว) จะต้องทำการประเมินขั้นสุดท้าย (final assessment) ภายในเวลาที่กำหนด (before the end of the period)

จำนวนเงินทดแทนที่จะได้รับจะขึ้นกับความพิการ (the extent of disablement) เช่น สูญเสียการมองเห็นทั้งสองตา (total loss of sight) หรือ สูญเสียการได้ยิน (total loss of hearing) หรือ สูญเสียมือทั้งสองข้าง (loss of both hands) จะได้รับการพิจารณาว่าพิการ 100 % สูญเสียนิ้วมือ 1 นิ้ว หรือ สูญเสียนิ้วหัวแม่มือ 1 นิ้ว จะได้รับการพิจารณาว่าพิการ 14 %

หากคนงานได้รับการพิจารณาว่าพิการระหว่าง 14 ถึง 19 % เขาจะได้รับเงินทดแทนในอัตรา 20 % เงินทดแทนจะจ่ายไว้ในอัตราร้อยละ ระหว่าง 20 ถึง 100 % โดยให้พิเศษความพิการขึ้นหรือลงไปที่หลักสิบที่ใกล้ที่สุด (rounded up or down to the nearest 10 %) คนงานที่อายุน้อยกว่า 18 ปีและไม่มีภาระเลี้ยงดู (with no dependants) จะได้รับเงินทดแทนน้อยลง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงร้อยละความพิการ และเงินทดแทนที่จะได้รับ ในสหราชอาณาจักร

Disablement	Over 18 or under 18 with dependants (ปอนด์/สัปดาห์)	Under 18 with no dependants (ปอนด์/สัปดาห์)
100%	108.10	66.20
90%	97.29	59.58
80%	86.48	52.96
70%	75.67	46.34
60%	64.86	39.72
50%	54.05	33.10
40%	43.24	26.48
30%	32.43	19.86
20%	21.62	13.24

นอกจากนี้ ผู้ที่ไม่ได้เป็นคนงาน (non-employed status person) แต่สูญเสียสมรรถภาพจากการได้รับอุบัติเหตุหรือป่วย ในระหว่างการฝึกงานในโครงการของกระทรวงศึกษาและการจ้างงาน (Department for Education and Employment = DfEE) ก็มีสิทธิได้รับเงินทดแทนภายใต้ Analogous Industrial Injuries Scheme ซึ่งเป็นเงื่อนไขเช่นเดียวกับ IIDB เว้นเสียแต่จะจ่ายให้ทุกๆ 2 สัปดาห์โดย DfEE

ถ้าคนงานไม่เข้าใจผลการตัดสินใจ หรือต้องการทราบรายละเอียดเพิ่มเติม หรือคิดว่าการตัดสินใจนั้นผิด ก็สามารถขอให้อธิบายได้ (Explanations) หรืออาจโต้แย้ง (dispute) ขอให้มีการพิจารณาใหม่ (reconsideration) ได้ การพิจารณาใหม่จะกระทำโดย Decision maker ที่ไม่ใช่ Decision maker คนแรก (เป็น different decision maker) อาจมีคำวินิจฉัยเหมือนเดิมหรือแตกต่างกัน ถ้าแตกต่างกัน อาจเป็นแบบไปแทนที่ (replace) การวินิจฉัยเดิม (จะเรียกว่า Revising decisions) หรือไปเปลี่ยน (change) การวินิจฉัยเดิม (Superseding decisions) หรือไปเปลี่ยนสภาพแวดล้อม (relevant change of circumstances) ของการวินิจฉัย (ซึ่งเรียกว่า Changing decisions) โดยทั่วไป ถ้าการวินิจฉัยผิดเป็นความผิดของเจ้าหน้าที่ ก็จะถูกแทนที่ด้วยการวินิจฉัยใหม่ (Revising decision)

ถ้าคนงานไม่พอใจผลการตัดสิน (revised or superseded decision) เช่น การวินิจฉัยของแพทย์หรือการประเมินการสูญเสีย ก็สามารถขออุทธรณ์ต่อการตัดสินนั้นได้ (appeal against that decision) การยื่นอุทธรณ์ต้องกระทำภายในเวลา 1 เดือนหลังจากทราบผลการตัดสิน ซึ่งจะมีคณะกรรมการพิจารณาเรื่องอุทธรณ์ (tribunal) แต่งตั้งโดยสำนักงานประกันสังคม มาเป็นผู้พิจารณา tribunal นี้เรียกว่า Medical Appeal Tribunal (MAT) การอุทธรณ์อาจแบ่งได้เป็น 2 กรณีดังนี้

1. Entitlement appeal เป็นการอุทธรณ์การตัดสินที่ไม่ให้เงินทดแทน (reject the claim) คณะกรรมการ Entitlement tribunal ประกอบด้วย นักกฎหมายเป็นประธาน, แพทย์ 1 คน, และ คนซึ่งมีภูมิหลังใกล้เคียงกับผู้อุทธรณ์ (someone having a similar background to the appellant) tribunal อาจวินิจฉัยยื่นคือไม่ให้เงินทดแทน, วินิจฉัยว่าเกี่ยวเนื่องจากงาน, หรือวินิจฉัยว่าเกิดจากงาน ซึ่งสองกรณีหลัง จะมีสิทธิได้เงินทดแทน

2. Assessment appeal เป็นการอุทธรณ์การตัดสินที่ไม่เห็นด้วยกับร้อยละการสูญเสียสมรรถภาพที่ประเมิน (percentage that the disablement was assessed) คณะกรรมการ Assessment tribunal ประกอบด้วย แพทย์คนหนึ่งเป็นประธาน, แพทย์อีก 1 คน, และ คนซึ่งมีภูมิหลังใกล้เคียงกับผู้อุทธรณ์ (someone having a similar background to the appellant) tribunal อาจวินิจฉัยยื่นคือเห็นด้วยกับตัวเลขการประเมิน, ประเมินให้สูงขึ้น, ประเมินให้ต่ำลง, เปลี่ยนแปลงช่วงเวลาการจ่ายเงินทดแทน (change the period of award), หรือวินิจฉัยยื่นยันการประเมินในปัจจุบัน แต่จะประเมินใหม่อีกครั้ง (the assessment should stay as it is for the time being, but we should look at this case again later)

tribunal มีสภาพเหมือนศาล แต่ค่อนข้างไม่เป็นทางการ (a tribunal is a court of law, but it is more informal than an ordinary court) ในการพิจารณา คณะกรรมการ tribunal จะนั่งที่โต๊ะ ผู้อุทธรณ์หรือผู้พูดแทน (someone to speak for) หรือผู้ได้รับมอบอำนาจ (representative) จะนั่งอีกด้านหนึ่งของโต๊ะ

ท้ายที่สุด คนงานหรือฝ่ายอื่นๆ (any party) ยังสามารถอุทธรณ์ต่อการตัดสินของ MAT ต่อข้าหลวงสำนักงานประกันสังคม (Social Security Commissioner) แต่จำกัดอยู่เพียงการอุทธรณ์ว่าการตัดสินของ MAT นั้นมีข้อผิดพลาดทางกฎหมาย (on the grounds that the decision was erroneous in law)

Industrial Death Benefit เป็นเงินทดแทนที่ต้องเสียภาษี (TAXABLE BENEFIT) ที่จ่ายให้แก่หญิงม่ายที่สามีเสียชีวิตก่อน 11 เมษายน ค.ศ. 1988 จากอุบัติเหตุหรือโรคจากการทำงาน

2. Common Laws Claims เป็นการดำเนินการในชั้นศาล คนงานผู้ป่วยสามารถฟ้องร้องนายจ้างว่า เป็นผู้ทำให้เกิดโรค ซึ่งจะเป็นภาระของคนงานที่จะต้องพิสูจน์ว่า การป่วยนั้นเกิดจากการละเลยหรือไม่ดำเนินการใดๆ ของนายจ้าง ที่จะป้องกันลูกจ้างให้มีความปลอดภัยจากโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงาน ลูกจ้างอาจได้รับการสนับสนุนจากสหภาพแรงงาน ลูกจ้างหรือทนายจะไปหา

แพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญโรคนั้นโดยตรง แพทย์ต้องให้การวินิจฉัยยืนยัน และต้องเป็นผู้ให้การในศาลด้วยตนเอง แล้วผู้พิพากษาจะเป็นผู้ตัดสิน

ระบบนี้คนงานต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก และไม่มีหลักประกันใดๆ ว่าคนงานจะชนะคดี แม้ว่าจะได้รับเงิน Industrial Injuries Disablement Benefit ก็ตาม อย่างไรก็ตามคนงานมักจะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนการเงินจากสหภาพแรงงาน ส่วนนายจ้างนั้นอาจไม่ได้เป็นผู้จ่ายโดยตรง ถ้าทำประกันไว้กับบริษัทประกัน บริษัทประกันนั้นก็จะเป็นผู้จ่าย

3. บริษัทประกันภัย (Insurance company) ที่ลูกจ้างหรือนายจ้างซื้อประกันไว้ รายละเอียดผลประโยชน์ทดแทนที่จะได้ ก็ขึ้นกับรายละเอียดข้อตกลงตามกรมธรรม์ที่ทำไว้กับบริษัทประกัน

อนึ่ง คนงานที่ประสบอันตรายหรือป่วยสามารถเรียกร้องเงินทดแทนจากระบบทั้งสามพร้อมกันได้ นอกจากนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า สหราชอาณาจักร ใช้คำว่า Disablement ในความหมายใกล้เคียงกับคำว่า Impairment ในสหรัฐอเมริกา



สถาบันวิทยบริการ
 าลงกรณ์มหาวิทาลัย

บทที่ 5

สรุปและเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม โดยการค้นคว้าจากกฎหมาย เอกสาร ตำรา และ website ที่เกี่ยวข้อง กับระบบเงินทดแทนของประเทศไทย สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะในส่วนของการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ หรือแพทย์ที่ให้ความเห็นต่อ case ที่ส่งเข้าสู่ระบบเงินทดแทน แล้วจัดทำข้อเสนอแนะ นำเสนอต่อที่ประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง วิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะต่อร่างดังกล่าว เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ ไม่ใช่ในเชิงปริมาณ จึงไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงสถิติ

การดำเนินงานในระบบเงินทดแทนของไทยมีลักษณะใกล้เคียงกับของสหราชอาณาจักร มากกว่าของสหรัฐอเมริกา กล่าวคือเป็นระบบที่ผสม (blend) ไปกับระบบประกันสังคมของรัฐบาล ไม่ได้เกี่ยวข้องกับบริษัทประกันของเอกชนมากนักดังเช่นของสหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ดูการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์แล้ว จะพบว่าประเทศไทยมีคณะกรรมการการแพทย์ (Medical Committee) ประกอบด้วยแพทย์ไม่เกิน 15 คน ช่วยพิจารณาประเด็นด้านการแพทย์ ให้แก่กองทุนเงินทดแทน ในขณะที่สหราชอาณาจักร เจ้าหน้าที่วินิจฉัย (Decision maker) สามารถขอความเห็นจากแพทย์ของ Medical Board จากหน่วย Medical Services ใน Benefit Agency ใน Department of Social Security ได้ ในขณะที่สหรัฐอเมริกา ไม่มีคณะกรรมการการแพทย์ และรายละเอียดในการดำเนินการก็มีความแตกต่างหลากหลายกันมากพอควรในแต่ละมลรัฐ แต่แนวโน้มส่วนใหญ่จะเป็นการให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งไม่ใช่แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยนั้น ทำ IME (Independent Medical Evaluation) ซึ่งนับได้ว่าเป็น formal second opinion นั้นเอง แล้วนำความเห็นนั้นมาประกอบการพิจารณา

ในระบบของสหรัฐอเมริกานั้น ทัศนคติความเข้ามามีส่วนอย่างมากในกระบวนการเรียกร้องเงินทดแทนของคนงาน หากพิจารณาในแง่ผลเสีย ก็คือจะทำให้เงินทดแทนเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายของระบบเงินทดแทนเพิ่มขึ้น ซึ่งมีส่วนส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของระบบบริการทางการแพทย์ของสหรัฐอเมริกาสูงขึ้นเป็นอย่างมากในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมา ทำให้สหรัฐอเมริกาต้องหันมาใช้ Health Care Reform ในช่วง 3-4 ปีหลัง ดังเป็นที่ทราบกันดีแล้ว แต่หากพิจารณาในแง่ผลดี ก็คือจะทำให้คนงานที่มักจะต้องการศึกษา เสียเปรียบนายจ้างและบริษัทประกัน ได้มีโอกาสได้เงินทดแทนที่เขาสมควรได้รับ

ส่วนที่ใกล้เคียงกันของระบบเงินทดแทนในประเทศทั้งสามก็คือ หลักการพื้นฐานที่นำระบบเงินทดแทนมาใช้ การใช้หลักของ no fault และการมีสิทธิอุทธรณ์ และไม่มีประเทศใดที่ระบุเรื่องชี้วัดการทำงานของแพทย์หรือกรรมการแพทย์ไว้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยได้เสนอข้อมูลเปรียบเทียบประเทศทั้งสามไว้ในตารางที่ 3 รวมทั้งได้นำเสนอเรื่องชี้วัดที่เห็นว่าเหมาะสมไว้ด้วยในตาราง

ที่ 4 ผู้วิจัยเห็นว่า มีหลายประการที่กองทุนเงินทดแทนและคณะกรรมการการแพทย์ น่าจะได้พิจารณานำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อไป และได้นำเสนอไว้ท้ายบทนี้แล้ว

เครื่องชี้วัด (Indicator)

หมายถึง ตัวแปรที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้วัดความเปลี่ยนแปลง หรือใช้บ่งบอกสถานภาพ หรือสะท้อนลักษณะการดำเนินงาน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับเกณฑ์มาตรฐาน สามารถใช้วัดความสำเร็จ หรือผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการระบุปัญหา การวางแผน และประเมินผล ใช้ประเมินวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้ว่าบรรลุความสำเร็จเพียงใด

คุณลักษณะสำคัญของเครื่องชี้วัดที่ดี

1. valid มีความถูกต้อง สามารถวัดสิ่งที่ต้องการวัดจริงๆ
2. objectivity / reliability มีความเป็นปรนัย และ เชื่อถือได้ เก็บ/วัด ซ้ำ จะได้ผลเหมือนเดิม
3. sensitive มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง
4. specific มีความเฉพาะเจาะจง ต่อสิ่งที่จะวัด
5. universal เป็นสากล
6. influence ไม่ถูกรบกวนงาด้วย เวลาหรือสถานที่
7. acceptability เป็นที่ยอมรับ
8. calculation ง่ายแก่การคำนวณ
9. low cost ประหยัดในการจัดหา

เกณฑ์ (criteria) หมายถึงระดับที่ถือว่าเป็นความสำเร็จของการดำเนินงาน เป็นสิ่งที่กำหนดขึ้นมาเพื่อใช้ในการตัดสินคุณภาพของสิ่งหนึ่งสิ่งใด ที่มีลักษณะเป็นที่ยอมรับว่ามีความเป็นมาตรฐาน หรือเหมาะสมตามสภาพหรือคุณลักษณะของสิ่งเหล่านั้น

มาตรฐาน (standard) หมายถึง ระดับการดำเนินงานที่ใช้วัดความสำเร็จ อันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป

ทั้งเกณฑ์และมาตรฐาน มีลักษณะที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน กล่าวคือ เกณฑ์ดีจะต้องมีมาตรฐาน มาตรฐานจึงสามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินได้

โดยทั่วไป ค่าของเครื่องชี้วัดจะแสดงออกเป็นตัวเลข ในรูปของร้อยละ อัตราส่วน สัดส่วน อัตรา จำนวน หรือค่าเฉลี่ย เป็นต้น

จากข้อมูลที่ค้นคว้ามาได้ ไม่ปรากฏว่าระบบเงินทดแทนของสหรัฐอเมริกา, สหราชอาณาจักร, และไทย มีการระบุเครื่องชี้วัดไว้ ผู้วิจัยจึงขอเสนอเครื่องชี้วัดเพื่อพิจารณาดังตารางที่ 4 ซึ่งกองทุนเงินทดแทนอาจพิจารณาใช้เครื่องชี้วัดบางส่วนหรือทั้งหมด และอาจกำหนด criteria โดยอิงสภาพความจริงในปัจจุบัน แล้วปรับ criteria ให้เข้มข้นขึ้น ควบคู่ไปกับคุณภาพของงานที่เพิ่มขึ้นในอนาคต

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบแพทย์ผู้ให้ความเห็นในระบบเงินทดแทน ของสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร และคณะกรรมการแพทย์ กองทุนเงินทดแทนของประเทศไทย

ประเด็นเปรียบเทียบ	สหรัฐอเมริกา	สหราชอาณาจักร	ประเทศไทย
โครงสร้างและองค์ประกอบ	ไม่มีคณะกรรมการ (ใช้ความเห็นของแพทย์ผู้รักษา และ/หรือ ความเห็นของแพทย์ IME)	มีคณะกรรมการ (ใช้แพทย์จาก Medical Board ของ Medical Services ใน Benefit Agency ใน Department of Social Security)	คณะกรรมการประกอบด้วยแพทย์ไม่เกิน 15 คน และคณะอนุกรรมการ 9 ชุด
หน้าที่ตามกฎหมาย	ความสัมพันธ์ฉันแพทย์-ผู้ป่วย (ไม่มีความสัมพันธ์นี้ในกรณีของ IME)	ให้ความเห็น ตรวจสอบและประเมินการสูญเสียสมรรถภาพหรือพิการ	ให้ความเห็นเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล, โรคที่เกิดจากการทำงานหรือเนื่องจากการทำงาน, การสูญเสียอวัยวะ, ทูพพลภาพ
ระบบบริหารจัดการ	แตกต่างกันในแต่ละมลรัฐ, เปิดโอกาสให้มีการแข่งขัน, ทนายมีบทบาทมาก, มีค่าใช้จ่ายสูง, ใช้แพทย์ IME	Benefit Agency ใน Department of Social Security	กองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม
ระบบสนับสนุนการทำงาน	American Board of Independent Medical Evaluator (ABIME) กำกับมาตรฐานของแพทย์ผู้ทำ IME, ทนายเข้ามามีบทบาทมาก	Benefit Agency ใน Department of Social Security	ฝ่ายอุทธรณ์ กองทุนเงินทดแทน
การประเมินผลการดำเนินงาน	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

เครื่องชีวิต	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
การอุทธรณ์ และการฟ้องศาล	ทำได้, ของ California จะมี Appeals Board, Appeal Board Panel, ฟ้องศาล Court of Appeal, California Supreme Court ตามลำดับ	ขอ Explanation, หรืออุทธรณ์ Dispute, Appeal, Social Security Commissioner ตามลำดับ, ฟ้องศาล	คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน (อนุกรรมการอุทธรณ์กรณีทั่วไป และกรณีเกี่ยวกับการแพทย์), ฟ้องศาล
การควบคุมค่าใช้จ่าย	ส่วนหนึ่งของ Health Care Reform	ไม่ชัดเจน	ไม่ชัดเจน
ข้อเด่น (เมื่อเทียบกับไทย)	ใช้แพทย์ IME, มีองค์กรวิชาชีพ สนับสนุน IME	ระบุเงื่อนไขโรคและการทำงานไว้ชัดเจน ง่ายต่อการวินิจฉัยของเจ้าหน้าที่, การรักษาพยาบาลเป็นรัฐสวัสดิการ, แพทย์ประเมินเฉพาะการสูญเสียสมรรถภาพหรือพิการ ไม่ต้องพิจารณาการรักษาและค่ารักษา, สามารถขอ Explanation ได้ ถ้าไม่พอใจ จึงอุทธรณ์	
ข้อด้อย (เมื่อเทียบกับไทย)	นายเข้ามาเกี่ยวข้องกับค่า, ระบบมีค่าใช้จ่ายสูงมาก, มีส่วนทำให้ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศมีค่าใช้จ่ายสูง	คนงานต้องสูญเสียสมรรถภาพหรือพิการอย่างน้อย 14 % จึงจะได้ Industrial Injuries Disablement Benefit	

ตารางที่ 4 เครื่องชี้วัดงานของคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน

กลุ่มเครื่องชี้วัด	บ่งชี้ถึง	เครื่องชี้วัด (ที่เสนอ)
1. input	- บัญชีนำเข้า	- จำนวน case ที่ส่งเข้าหาหรือคณะกรรมการการแพทย์ ต่อ จำนวน case ทั้งหมดที่ขึ้นต่อกองทุนเงินทดแทน
2. process	- จำนวนกิจกรรมที่ดำเนินการ	- สัดส่วนการกระจายเรื่องในอนุกรรมการชุดต่างๆ - จำนวนครั้งของการประชุมกรรมการและอนุกรรมการในแต่ละเดือน
3. output	- วัตถุประสงค์เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และการครอบคลุม	- จำนวน case ที่เข้าสู่การพิจารณา ต่อ จำนวน case ที่ตัดสิน
4. outcome	- วัตถุประสงค์ โดยเทียบกับจุดมุ่งหมายระยะยาว หรือผลกระทบด้านต่างๆ ที่นอกเหนือไปจากที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้	- จำนวน case ที่คณะกรรมการหรืออนุกรรมการขอหลักฐานเพิ่มเติม - จำนวน case ที่ยื่นอุทธรณ์การตัดสินของคณะกรรมการการแพทย์ - จำนวน case ที่อุทธรณ์แล้วคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนตัดสินต่างไปจากคณะกรรมการการแพทย์ ต่อจำนวน case ที่อุทธรณ์ทั้งหมด
5. effectiveness	- วัตถุประสงค์ตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่ต้องการ	- minimum, median, maximum, mean เวลาของ case ที่ได้เงินทดแทน นับตั้งแต่ยื่นเรื่องจนได้คำตัดสิน
6. efficiency	- วัตถุประสงค์ที่ใช้ไป เทียบกับผลผลิตที่เกิดขึ้น	- loss ratio (loss / contribution) หรือเงินที่กองทุนเงินทดแทนจ่าย ต่อเงินสมทบที่เก็บได้ (คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนน่าจะสนใจเครื่องชี้วัดนี้มากกว่าคณะกรรมการการแพทย์)
7. impact	- วัตถุประสงค์ นโยบาย แผนงาน และโครงการที่ดำเนินการไป มีผลกระทบในวงกว้างอย่างไร	- ความเข้าใจและความพอใจของลูกค้า, นายจ้าง, และสถานพยาบาล ต่องานของคณะกรรมการการแพทย์ (อาจให้คนนอกประเมินเป็นครั้งคราว)

ข้อเสนอแนะต่อกองทุนเงินทดแทน

1. พัฒนากลไกควบคุมค่าใช้จ่าย (cost containment) โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพด้วย (cost effective)
2. มี benchmarking ทั้ง internal (ระหว่างจังหวัด) และ external (กับต่างประเทศ)
3. พิจารณาให้มีระบบผู้จัดการ case (case manager) คูณตั้งแต่ เริ่มต้นส่งเรื่องเข้ากองทุนเงินทดแทน จนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการ (ได้รับการรักษา, ได้รับเงินทดแทน, ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและอาชีพ, กลับไปทำงาน, จบกระบวนการอุทธรณ์, จบกระบวนการศาลแรงงาน, ฯลฯ แล้วแต่กรณี) โดย case manager อาจเป็นประกันสังคมจังหวัด สำหรับจังหวัดต่างๆ และหัวหน้าฝ่ายอุทธรณ์ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำหรับกรุงเทพมหานคร
4. ใช้คอมพิวเตอร์ให้มากขึ้น ในงานเอกสารต่างๆ ของกองทุนเงินทดแทน, การติดตาม (trace) case ด้วยรหัสหมายเลขเรื่องที่ file เข้ากองทุน, การค้นหาประวัติ file ครั้งก่อนของรายเดียวกัน, การรับเรื่องราว (case) ต่างๆ ฯลฯ จะช่วยให้งานเอกสารต่างๆ รวดเร็วขึ้น
5. merge งานบางส่วนของกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนเข้าด้วยกัน (มี controversy น้อยกว่าการรวมกองทุนทั้งสองเข้าด้วยกัน) โดยเฉพาะการให้บริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วย ควรมีระบบที่ให้บริการ 24 ชั่วโมง (24-hour coverage) ไม่ว่าคนงานจะเจ็บป่วย/บาดเจ็บเนื่องจากงานหรือไม่เนื่องจากงาน (สำนักงานประกันสังคมได้เริ่มทำแล้ว เช่น มาตรฐานของสถานพยาบาลคู่สัญญา)
6. พัฒนากลไกควบคุมและตรวจสอบการเบิกเงินของโรงพยาบาล
7. ควรดำเนินมาตรการทั้งในเชิงบวกและเชิงลบในการจัดการการทุจริตการเบิกเงินจากกองทุนเงินทดแทน **มาตรการเชิงบวก** ได้แก่ การประชาสัมพันธ์และทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายว่า กองทุนเงินทดแทนเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ ถ้ากองทุนมีค่าใช้จ่ายสูง ระบบบริการดังกล่าวก็ย่อมมีค่าใช้จ่ายสูงตามไปด้วย ทุกคนก็จะต้องบริโภคบริการทางการแพทย์ในราคาที่สูงขึ้น อีกประการหนึ่งคือ เงินสมทบที่นายจ้างจ่ายเข้ากองทุนเงินทดแทนนั้น นายจ้างก็ย่อมต้องถือว่าเงินนั้นเป็นส่วนหนึ่งของต้นทุนการประกอบการ นั่นคือเขาย่อมต้องบวกส่วนนี้เข้าไปในราคาสินค้าที่มาถึงมือผู้บริโภคทุกคนด้วย หมายความว่าถ้ากองทุนเงินทดแทนมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ก็ย่อมต้องเรียกเงินสมทบจากนายจ้างเพิ่มขึ้น นายจ้างก็มีต้นทุนสูงขึ้น ขายสินค้าในราคาที่สูงขึ้น และผู้บริโภคทุกคนก็ต้องบริโภคสินค้าและบริการที่แพงขึ้นด้วย **มาตรการเชิงลบ** ได้แก่ การกำหนดทำที่ชัดเจนว่า กองทุนจะถือว่าการทุจริตในการเบิกเงินจากกองทุนเงินทดแทนนั้นมีความผิดตามกฎหมาย และดำเนินการลงโทษรายที่มีความผิดชัดเจน เพื่อเป็นการปราบปราม นอกจากนี้ ก็ดำเนินการในลักษณะของการป้องปราม เช่น เชิญผู้บริหารโรงพยาบาลมาพบเพื่อชี้แจงข้อสงสัยบางประการ ออกตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลทั้งโดยมีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และโดยไม่มีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน

1. impartial คือเป็นกลางในการพิจารณา case ต่างๆ และไม่มี conflict of interest
2. up date ข้อมูลและความรู้ทางวิชาการอยู่เสมอ
3. ทำงานทั้งในลักษณะของ reactive ดังที่เคยทำ (พิจารณาเรื่องที่ส่งเข้าหาหรือ) บวกกับการทำงานในลักษณะของ proactive (เช่น การออกกระเปียบปฏิบัติสำหรับการเปิดคำรักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน กรณีที่เป็นการรักษาเพื่อหวังผลในการป้องกัน [Post-exposure prophylaxis])
4. มี regional committee หรือคณะกรรมการการแพทย์ในภาคต่างๆ ผู้วิจัยเคยเสนอความเห็นนี้ในที่ประชุมคณะกรรมการการแพทย์ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2541 ปัจจุบันคณะกรรมการการแพทย์ได้แต่งตั้งคณะกรรมการระบบอวัยวะทั่วไป ดำเนินงานที่สมุทรปราการ (ซึ่งยังไม่มีการประชุม) และเพิ่มคณะกรรมการระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ เป็น 2 ชุด (มีกลไกการประชุมร่วมของทั้งสองชุด ซึ่งน่าจะช่วยให้มี consistency แต่ยังไม่มีการประชุมเช่นกัน) น่าจะได้มีการประชุมดังกล่าวก่อนพิจารณาปรับปรุง/ขยาย ต่อไป นอกจากนี้ กรณีของ regional committee นั้น ยังต้องพิจารณาว่ากรรมการการแพทย์จะยอมรับการกระจายอำนาจได้เพียงใด หากการมี regional committee เป็นไปได้ยาก อาจพิจารณาเพียงการมีที่ปรึกษาทางการแพทย์แก่เจ้าหน้าที่วินิจฉัยในภาคต่างๆ (regional medical consultants) โดยมีการกำหนดคุณสมบัติ ภาระหน้าที่ กิจกรรมที่ต้องทำ และค่าตอบแทนที่เหมาะสมด้วย
5. พิจารณาความเหมาะสมของการใช้ระบบ IME (independent medical examination / evaluation) โดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ให้ formal second opinion จากการตรวจและประเมินผู้ถูกตรวจ (examinee) โดยไม่รักษาและไม่ให้คำแนะนำใดๆ แล้วให้ความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษรต่อประเด็นต่างๆ เช่น การวินิจฉัยโรค, การเกี่ยวเนื่องกับการทำงานหรือไม่, การสูญเสียสมรรถภาพ, ฯลฯ (ในสหรัฐอเมริกาถือว่า การทำเช่นนี้ ไม่มีความสัมพันธ์ฉันแพทย์-ผู้ป่วย [doctor-patient relationship] เกิดขึ้น และผู้ถูกตรวจยอมให้แพทย์ให้ความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษร ดังนั้นจึงไม่เป็นการเปิดเผยความลับของผู้ถูกตรวจ สิ่งสำคัญที่จะต้องพิจารณาและเตรียมการควบคู่กันไป ก็คือ คุณสมบัติ การฝึกอบรม การสอบ และภาระหน้าที่ ของแพทย์ผู้ทำ IME
6. ร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง พัฒนากลไกตรวจสอบการวินิจฉัยและรักษาของแพทย์
7. กองทุนเงินทดแทนควรให้การศึกษ (continuing education) และให้ข้อมูลต่อเนื่อง (continuously inform) ให้แก่เจ้าหน้าที่วินิจฉัย ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีความมั่นใจและสามารถให้การวินิจฉัย case ส่วนใหญ่ได้ และเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ ประกาศ ระเบียบ และแนวทางการปฏิบัติต่างๆ ที่กองทุนออกมา ก็ควรมีการทำทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่วินิจฉัยด้วย
8. กองทุนเงินทดแทนควรจะลด case ที่อุทธรณ์ลงเท่าที่จะทำได้ นอกจากการปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันของเจ้าหน้าที่ทั่วประเทศแล้ว การให้คำอธิบายแก่คนงานด้วยความเต็มใจด้วยท่าที

เข้าใจและเห็นใจ ก็น่าจะช่วยลด case อุทธรณ์ลงได้มาก อาจให้มีแบบฟอร์มการร้องขอให้อธิบาย (explanation) กล่าวอีกนัยหนึ่ง ก็คือการเปลี่ยน formal appeal ซึ่งมีขั้นตอนมาก เพิ่มงาน และเสียเวลา มาเป็น informal appeal ซึ่งมีขั้นตอนน้อยกว่า ลดงานที่เข้ามายังกองทุน และประหยัดเวลา อีกทั้งยังน่าจะเป็นผลดีต่อภาพพจน์ของกองทุนเงินทดแทนในสายตาของนายจ้างและลูกจ้างด้วย

9. การกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน เป็นระดับต้น/ระดับสูง นั้น น่าจะเป็นผลดี ช่วยให้การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเร็วขึ้น แต่จะต้องมีระบบตรวจสอบ กำกับ ควบคุม และลงโทษ ที่เหมาะสม และควรพิจารณาดำเนินการประสานไปกับโรงพยาบาลคู่สัญญาของกองทุนประกันสังคม (ซึ่งแบ่งสถานพยาบาลเป็น subcontractor/ main contractor เป็นต้น) และอาจประสานไปกับการรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาล (Hospital Accreditation)
10. กองทุนเงินทดแทนควรประสานกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง กำหนดมาตรฐานการรักษาพยาบาล เช่น Practice Guidelines ต่างๆ และ enforce โดยผนวกเข้าเป็นเงื่อนไขการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน
11. กองทุนเงินทดแทนควรประสานกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง กำหนดราคากลางของยา และค่ารักษาพยาบาล ให้สอดคล้องประสานไปกับ Practice Guidelines และ DRGs (Diagnostic Related Groups)
12. พัฒนางานของคณะกรรมการการแพทย์ ลดจำนวน case ที่ค้างค้าง พัฒนาเจ้าหน้าที่วินิจฉัยตามทีระบุในข้อ 7 และประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจอันดีกับนายจ้าง ลูกจ้าง และสถานพยาบาล (รวมทั้งแพทย์ในสถานพยาบาลเหล่านั้น) ให้ทราบถึงเงื่อนไข และเอกสาร/หลักฐานที่ต้องใช้ประกอบการส่งเรื่องเข้ากองทุนเงินทดแทน ซึ่งจะช่วยลด case ที่กรรมการต้องขอเอกสาร/หลักฐานเพิ่มเติม การพิจารณา case แต่ละรายก็จะรวดเร็วขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับงานวิจัยที่ควรดำเนินการต่อไป

1. ประเมินการทำงานของคณะกรรมการระบบอวัยวะทั่วไป อย่างเป็นระบบ จากมุมมองของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง สถานพยาบาลและแพทย์ อนุกรรมการ และเจ้าหน้าที่กองทุนเงินทดแทนเอง
2. ประเมินการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์ อย่างเป็นระบบ จากมุมมองของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง สถานพยาบาลและแพทย์ กรรมการ อนุกรรมการ และเจ้าหน้าที่กองทุนเงินทดแทนเอง

3. ทดลองนำเครื่องชีวิตบางตัวที่เห็นว่าเหมาะสมมาใช้ โดยกำหนดเกณฑ์ที่เหมาะสม แล้วทำการประเมินเพื่อพัฒนาเครื่องชีวิตและเกณฑ์ แล้วใช้เครื่องชีวิตมาช่วยพัฒนางานของกองทุนเงินทดแทนอีกโสดหนึ่ง
4. ศึกษา loss ratio ดูแนวโน้มและความแตกต่างในแต่ละจังหวัด แล้วนำมาเป็นข้อมูลช่วยในการบริหารจัดการ เช่น ปรับการคำนวณเงินสมทบ เป็นต้น



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

1. ทิพาวดี เมฆสุวรรณค์ การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2539 คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ สำนักเลขานุการ คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ บริษัท กราฟิคฟอร์แมท (ไทยแลนด์) จำกัด, 56 หน้า
2. วิชัย เอกพลากร และคณะ รายงานการศึกษาเรื่องประมวลองค์ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย 2542, 93 หน้า
3. สำนักงานประกันสังคม. พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 และประมวลกฎหมายกระทรวงระเบียบ ประกาศ คำสั่งที่เกี่ยวข้อง สำนักงานประกันสังคม 2537, 140 หน้า
4. สำนักงานประกันสังคม. สรุปผลการประชุมสัญจรคณะกรรมการการแพทย์กองทุนเงินทดแทน และกองทุนประกันสังคม เรื่องกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน : วิสัยทัศน์ร่วมในระบบบริการทางการแพทย์ 17-18 ธันวาคม 2540 ณ โรงแรมเสวตลักษณ์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 78 หน้า
5. สำนักงานประกันสังคม. ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ 5) พ.ศ. 2540-2542 ฝ่ายคณะกรรมการประกันสังคม กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก เมษายน 2542, 31 หน้า
6. สำนักงานประกันสังคม. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง หลักเกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน วันที่ 26 ตุลาคม 2542 ณ โรงแรม เดอะแกรนด์ กรุงเทพฯ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 90 หน้า
7. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง การแก้ไขปัญหาการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของกองทุนเงินทดแทน วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2542 ณ โรงแรม รอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 59 หน้า
8. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัด การประเมินผลการพัฒนาด้านสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก มิถุนายน 2541, 116 หน้า
9. สิทธิพล รัตนกร. บทบาทของคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนในการใช้ดุลพินิจพิจารณาอุทธรณ์เงินทดแทน : กรณีศึกษาจากมติและรายงานการประชุมคณะกรรมการฯ สำนักงานประกันสังคม. สิงหาคม 2542, 84 หน้า

ภาษาอังกฤษ

1. Brooks A, Ward FG. Assessment of disability under the Social Security Industrial Injuries Benefit Scheme. *Occup Med* 1997; 47: 112-6.
2. Creighton JJ, Jr. Workers' compensation and job disability. In: *Surgery of the Hand and Upper Extremity*. First edition, Vol 2. Peimer CA (ed) McGraw-Hill, New York, 1996: 2345-51.
3. Harrington JM, Newman Taylor AJ, Coggan D. Industrial injuries compensation. *British Journal of Industrial Medicine* 1991; 48: 577-8.
4. Jones DJ. Prescribed respiratory diseases in the 1990s. *Respiratory Medicine* 1992; 86: 283-7.
5. Wallace MJ, Jr., Fay CH. *Compensation Theory and Practice*. Wadsworth, Inc., California, USA 1983: 102-3, 204-5.
6. Ward FG. Industrial benefits and respiratory diseases. *Thorax* 1986;41:257-60.
7. Welch EM. The legal basis of workers' compensation. In: *Occupational Disorders of the Upper Extremity*. First edition. Millender LH, Louis DS, Simmons BP. (eds) Churchill Livingstone, New York, 1992: 47-68.
8. website www.access.gpo.gov
8. website www.usalaw.net
9. website www.dss.gov.uk
10. website www.open.gov.uk
11. website www.doh.gov.uk

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

โรคที่สหราชอาณาจักรกำหนดเป็น Prescribed Diseases และเงื่อนไขเกี่ยวกับงานในแต่ละกลุ่มโรค

A. Conditions due to physical agents

A1. Prescribed disease or injury

Inflammation, ulceration or malignant disease of the skin or subcutaneous tissues or of the bones, or blood dyscrasia, or cataract, due to electro-magnetic radiations (other than radiant heat), or to ionising particles.

A1. Any occupation involving

Exposure to electro-magnetic radiations (other than radiant heat) or to ionising particles.

A2. Prescribed disease or injury

Heat cataract.

A2. Any occupation involving

Frequent or prolonged exposure to rays from molten or red-hot material.

A3. Prescribed disease or injury

Dysbarism, including decompression sickness, barotrauma and osteonecrosis.

A3. Any occupation involving

Subjection to compressed or rarefied air or other respirable gases or gaseous mixtures.

A4. Prescribed disease or injury

Cramp of the hand or forearm due to repetitive movements.

A4. Any occupation involving

Prolonged periods of handwriting, typing or other repetitive movements of the fingers, hand or arm.

A5. Prescribed disease or injury

Subcutaneous cellulitis of the hand (Beat hand).

A5. Any occupation involving

Manual labour causing severe or prolonged friction or pressure on the hand.

A6. Prescribed disease or injury

Bursitis or subcutaneous cellulitis arising at or about the knee due to severe or prolonged external friction or pressure at or about the knee (Beat knee).

A6. Any occupation involving

Manual labour causing severe or prolonged external friction or pressure at or about the knee.

A7. Prescribed disease or injury

Bursitis or subcutaneous cellulitis arising at or about the elbow due to severe or prolonged external friction or pressure at or about the elbow (Beat elbow).

A7. Any occupation involving

Manual labour causing severe or prolonged external friction or pressure at or about the elbow.

A8. Prescribed disease or injury

Traumatic inflammation of the tendons of the hand or forearm, or of the associated tendon sheaths.

A8. Any occupation involving

Manual labour, or frequent or repeated movements of the hand or wrist.

A9. Prescribed disease or injury

Miner's nystagmus.

A9. Any occupation involving

Work in or about a mine.

A10. Prescribed disease or injury

Sensorineural hearing loss amounting to at least 50dB in each ear, being the average of hearing losses at 1, 2 and 3 kHz frequencies, and being due in the case of at least one ear to occupational noise (occupational deafness).

A10. Any occupation involving

- (a) the use of powered (but not hand powered) grinding tools on metal (other than sheet metal or plate metal) or work wholly or mainly in the immediate vicinity of those tools whilst they are being so used; or

- (b) the use of pneumatic percussive tools on metal, or work wholly or mainly in the immediate vicinity of those tools whilst they are being so used: or work wholly or mainly in the immediate vicinity of those tools whilst they are being so used; or
- (c) the use of pneumatic percussive tools for drilling rock in quarries or underground or in mining coal or in sinking shafts or for tunnelling in civil engineering works or work wholly or mainly in the immediate vicinity of those tools whilst they are being so used; or
- (ca) the use of pneumatic percussive tools on stone in quarry works or work wholly or mainly in the immediate vicinity of those tools whilst they are being used; or
- (d) work wholly or mainly in the immediate vicinity of plant (excluding power press plant) engaged in the forging (including drop stamping) of metal by means of closed or open dies or drop hammers; or
- (e) work in textile manufacturing where the work is undertaken wholly or mainly in rooms or sheds in which there are machines engaged in weaving man made or natural (including mineral) fibres or in the high speed false twisting of fibres: or
- (f) the use of, or work wholly or mainly in the immediate vicinity of machines engaged in cutting, shaping or cleaning metal nails; or
- (g) the use of, or work wholly or mainly in the immediate vicinity of plasma spray guns engaged in the deposition of metal; or
- (h) the use of, or work wholly or mainly in the immediate vicinity of any of the following machines engaged in the working of wood or material composed partly of wood that is to say:
- multi-cutter moulding machines
 - planing machines
 - automatic or semi-automatic lathes
 - multiple cross cut machines
 - automatic shaping machines
 - double end tenoning machines
 - vertical spindle moulding machines (including - high-speed routing machines)
 - edge banding machines
 - bandsawing machines with a blade width of not less than 75mm

- circular sawing machines in the operation of which the blade is moved towards the material being cut; or
- (i) the use of chain saws in forestry; or
- (j) air arc gouging or work wholly or mainly in the immediate vicinity of air arc gouging; or
- (k) the use of band saws, circular saws or cutting discs for cutting metal in the metal founding or forging industries or work wholly or mainly in the immediate vicinity of those tools whilst they are being so used; or
- (l) the use of circular saws for cutting products in the manufacture of steel or work wholly or mainly in the immediate vicinity of those tools whilst they are being used; or
- (m) the use of burners or torches for cutting or dressing steel-based products, or work wholly or mainly in the immediate vicinity of those tools whilst they are being used; or
- (n) work wholly or mainly in the immediate vicinity of skid transfer banks; or
- (o) work wholly or mainly in the immediate vicinity of knockout and shake out grids in foundries; or
- (p) mechanical bobbin cleaning, or work wholly or mainly in the immediate vicinity of mechanical bobbin cleaning; or
- (q) the use of, or work wholly or mainly in the immediate vicinity of the use of vibrating metal moulding boxes in the concrete products industry; or
- (r) the use of, or work wholly or mainly in the immediate vicinity of, high pressure jets of water or a mixture of water and abrasive material in the water jetting industry.(including work under water); or
- (s) Work in ships engine rooms.
- (t) the use of circular saws for cutting concrete masonry blocks during manufacture, or work wholly or mainly in the immediate vicinity of those tools whilst they are being so used: or
- (u) burning stone in quarries by jet channelling processes or work wholly or mainly in the immediate vicinity of such processes; or
- (v) work on gas turbines in connection with:
 - (i) performance testing on test bed
 - (ii) installation testing of replacement engines in aircraft
 - (iii) acceptance testing of Armed Service fixed wing combat planes
- (w) the use of, or work wholly or mainly in the immediate vicinity of -

- (i) machines for automatic moulding, automatic blow moulding or automatic glass pressing and forming machines used in the manufacture of glass containers or hollow ware.
- (ii) spinning machines using compressed air to produce glass wool or mineral wool.
- (iii) continuous glass toughening furnaces.

A11. Prescribed disease or injury

Episodic blanching, occurring throughout the year, affecting the middle or proximal, phalanges or in the case of a thumb the proximal phalanx, of:-

- (a) in the case of a person with 5 fingers (including thumb) on one hand, any 3 of those fingers, or
- (b) in the case of a person with only 4 such fingers, any 2 of those fingers, or
- (c) in the case of a person with less than 4 such fingers, any one of those fingers or, as the case may be, the one remaining finger (vibration white finger).

A11. Any occupation involving

- (a) The use of hand-held chain saws in forestry; or
- (b) the use of hand held rotary tools in grinding or in the sanding or polishing of metal, or the holding of material being ground, or metal being sanded or polished, by rotary tools; or
- (c) the use of hand-held percussive metal-working tools, or the holding of metal being worked upon by percussive tools, in riveting, caulking, chipping, hammering, fettling or swaging; or
- (d) the use of hand-held powered percussive drills or hand-held powered percussive hammers in mining, quarrying, demolition, or on roads or footpaths, including road construction; or
- (e) the holding of material being worked upon by pounding machines in shoe manufacture.

A12. Prescribed disease or injury

Carpal Tunnel Syndrome.

A12. Any occupation involving

The use of hand held powered tools whose internal parts vibrate so as to transmit that vibration to the hand, but excluding those which are solely powered by hand.

B. Conditions due to biological agents

B1. Prescribed disease or injury

Anthrax.

B1. Any occupation involving

Contact with animals infected with anthrax or the handling (including the loading or unloading or transport) of animal products or residues.

B2. Prescribed disease or injury

Glanders.

B2. Any occupation involving

Contact with equine animals or their carcasses.

B3. Prescribed disease or injury

Infection by leptospira.

B3. Any occupation involving

(a) Work in places which are, or are liable to be, infested by rats, field mice or voles, or other small mammals; or

(b) work at dog kennels or the care or handling of dogs; or

(c) contact with bovine animals or their meat products or pigs or their meat products.

B4. Prescribed disease or injury

Ankylostomiasis.

B4. Any occupation involving

Work in or about a mine.

B5. Prescribed disease or injury

Tuberculosis.

B5. Any occupation involving

Contact with a source of tuberculous infection.

B6. Prescribed disease or injury

Extrinsic allergic alveolitis (including farmer's lung).

B6. Any occupation involving

Exposure to moulds or fungal spores or heterologous proteins by reason of employment in:-

- (a) agriculture, horticulture, forestry, cultivation of edible fungi or malt-working; or
- (b) loading or unloading or handling in storage mouldy vegetable matter or edible fungi; or
- (c) caring for or handling birds; or
- (d) handling bagasse.

B7. Prescribed disease or injury

Infection by organisms of the genus brucella.

B7. Any occupation involving contact with:-

- (a) animals infected by brucella, or their carcasses or parts thereof, or their untreated products; or
- (b) laboratory specimens or vaccines of, or containing, brucella.

B8. Prescribed disease or injury

Viral hepatitis.

B8. Any occupation involving contact with:-

- (a) human blood or human blood products; or
- (b) a source of viral hepatitis.

B9. Prescribed disease or injury

Infection by *Streptococcus suis*.

B9. Any occupation involving

Contact with pigs infected by *Streptococcus suis*, or with the carcasses, products or residues of pigs so infected.

B10. Prescribed disease or injury

- (a) Avian chlamydiosis.
- (b) Ovine chlamydiosis.

B10. Any occupation involving

(a) Contact with birds infected with *chlamydia psittaci*, or with the remains or untreated products of such birds.

(b) Contact with sheep infected with *chlamydia psittaci*, or with the remains or untreated products of such sheep.

B11. Prescribed disease or injury

Q fever.

B11. Any occupation involving

Contact with animals, their remains or their untreated products.

B12. Prescribed disease or injury

Orf.

B12. Any occupation involving

Contact with sheep, goats or with the carcasses of sheep or goats.

B13. Prescribed disease or injury

Hydatidosis.

B13. Any occupation involving

Contact with dogs.

C. Conditions due to chemical agents

C1. Prescribed disease or injury

Poisoning by lead or a compound of lead.

C1. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to the fumes, dust or vapour of, lead or a compound of lead, or a substance containing lead.

C2. Prescribed disease or injury

Poisoning by manganese or a compound of manganese.

C2. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to the fumes, dust or vapour of, manganese or a compound of manganese, or a substance containing manganese.

C3. Prescribed disease or injury

Poisoning by phosphorus or an inorganic compound or phosphorus or poisoning due to the anti-cholinesterase or pseudo anti-cholinesterase action of organic phosphorus compounds.

C3. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to the fumes, dust or vapour of, phosphorus or a compound of phosphorus, or a substance containing phosphorus.

C4. Prescribed disease or injury

Poisoning by arsenic or a compound of arsenic.

C4. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to the fumes, dust or vapour of, arsenic or a compound of arsenic, or a substance containing arsenic.

C5. Prescribed disease or injury

Poisoning by mercury or a compound of mercury.

C5. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to the fumes, dust or vapour of, mercury or a compound of mercury, or a substance containing mercury.

C6. Prescribed disease or injury

Poisoning by carbon bisulphide.

C6. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to the fumes, or vapour of, carbon bisulphide or a compound of carbon bisulphide, or a substance containing carbon bisulphide.

C7. Prescribed disease or injury

Poisoning by benzene or a homologue of benzene.

C7. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to the fumes of, or vapour containing benzene or any of its homologues.

C8. Prescribed disease or injury

Poisoning by nitro- or amino- or chloro- derivative of benzene or of a homologue of benzene, or poisoning by nitrochlorbenzene.

C8. Any occupation involving

The use of or handling of, or exposure to the fumes of, or vapour containing a nitro- or amino- or chloro- derivative of benzene, or of a homologue of benzene, or nitrochlorbenzene.

C9. Prescribed disease or injury

Poisoning by dinitrophenol or a homologue of dinitrophenol or by substituted dinitrophenols or by the salts of such substances.

C9. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to the fumes of, or vapour containing, dinitrophenol or a homologue or substituted dinitrophenols or the salts of such substances.

C10. Prescribed disease or injury

Poisoning by tetrachloroethane.

C10. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to the fumes of, or vapour containing, tetrachloroethane.

C11. Prescribed disease or injury

Poisoning by diethylene dioxide (dioxan).

C11. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to the fumes of, or vapour containing, diethylene dioxide (dioxan).

C12. Prescribed disease or injury

Poisoning by methyl bromide.

C12. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to the fumes of, or vapour containing, methyl bromide.

C13. Prescribed disease or injury

Poisoning by chlorinated naphthalene.

C13. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to the fumes of, or dust or vapour containing, chlorinated naphthalene.

C14. Prescribed disease or injury

Poisoning by nickel carbonyl.

C14. Any occupation involving

Exposure to nickel carbonyl gas.

C15. Prescribed disease or injury

Poisoning by oxides of nitrogen.

C15. Any occupation involving

Exposure to oxides of nitrogen.

C16. Prescribed disease or injury

Poisoning by gonioma kamassi (African boxwood).

C16. Any occupation involving

The manipulation of gonioma kamassi or any process in or incidental to the manufacture of articles therefrom.

C17. Prescribed disease or injury

Poisoning by beryllium or a compound of beryllium.

C17. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to the fumes, dust or vapour of, beryllium or a compound of beryllium, or a substance containing beryllium.

C18. Prescribed disease or injury

Poisoning by cadmium.

C18. Any occupation involving

Exposure to cadmium dust or fumes.

C19. Prescribed disease or injury

Poisoning by acrylamide monomer.

C19. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to, acrylamide monomer.

C20. Prescribed disease or injury

Dystrophy of the cornea (including ulceration of the corneal surface) of the eye.

C20. Any occupation involving

(a) The use or handling of, or exposure to, arsenic, tar, pitch, bitumen, mineral oil (including paraffin), soot or any compound, product or residue of any of these substances, except quinone or hydroquinone; or

(b) exposure to quinone or hydroquinone during their manufacture.

C21. Prescribed disease or injury

(a) Localised new growth of the skin, papillomatous or keratotic;

(b) squamous-celled carcinoma of the skin.

C21. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to, arsenic, tar, pitch, bitumen, mineral oil (including paraffin), soot or any compound, product or residue of any of these substances, except quinone or hydroquinone.

C22. Prescribed disease or injury

(a) Carcinoma of the mucous membrane of the nose or associated air sinuses;

(b) primary carcinoma of a bronchus or of a lung.

C22. Any occupation involving

Work in a factory where nickel is produced by decomposition of a gaseous nickel compound which necessitates working in or about a building or buildings where that process or any other industrial process ancillary or incidental thereto is carried on.

C23. Prescribed disease or injury

Primary neoplasm (including papilloma, carcinoma-in-situ and invasive carcinoma) of the epithelial lining of the urinary tract (renal pelvis, ureter, bladder and urethra).

C23. Any occupation involving

(a) Work in a building in which any of the following substances is produced for commercial purposes:-

- (i) alpha-naphthylamine, beta-naphthylamine or methylene-bisorthochloroaniline;
- (ii) diphenyl substituted by at least one nitro or primary amino group or by at least one nitro and primary amino group (including benzidine);
- (iii) any of the substances mentioned in sub-paragraph (ii) above if further ring substituted by halogeno, methyl or methoxy groups, but not by other groups;
- (iv) the salts of any of the substances mentioned in sub-paragraphs (i) to (iii) above;
- (v) auramine or magenta; or

(b) the use or handling of any of the substances mentioned in sub-paragraph (a) (i) to (iv), or work in a process in which any such substance is used, handled or liberated; or

(c) the maintenance or cleaning of any plant or machinery used in any such process as is mentioned in sub-paragraph (b), or the cleaning of clothing used in any such building as is mentioned in sub-paragraph (a) if such clothing is cleaned within the works of which the building forms a part or in a laundry maintained and used solely in connection with such works; or

(d) exposure to coal tar pitch volatiles produced in aluminium smelting involving the Soderberg process (that is to say the method of producing aluminium by electrolysis in which the anode consists of a paste of petroleum coke and mineral oil which is baked in situ).

C24. Prescribed disease or injury

- (a) Angiosarcoma of the liver;
- (b) osteolysis of the terminal phalanges of the fingers;
- (c) non-cirrhotic portal fibrosis.

C24. Any occupation involving

(a) Work in or about machinery or apparatus used for the polymerisation of vinyl chloride monomer, a process which, for the purposes of this provision, comprises all operations up to and including the drying of the slurry produced by the polymerisation and the packaging of the dried product; or

- (b) work in a building or structure in which any part of that process takes place.

C25. Prescribed disease or injury

Occupational vitiligo.

C25. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to, paratertiary-butylphenol, paratertiary-butycatechol, para-amyphenol, hydroquinone or the monobenzyl or monobutyl ether of hydroquinone.

C26. Prescribed disease or injury

Damage to the liver or kidneys due to exposure to carbon tetrachloride.

C26. Any occupation involving

Use of or handling of or exposure to the fumes of, or vapour containing carbon tetrachloride.

C27. Prescribed disease or injury

Damage to the liver or kidneys due to exposure to trichloromethane (chloroform).

C27. Any occupation involving

Use of or handling of, or exposure to fumes of, or vapour containing, trichloromethane (chloroform).

C28. Prescribed disease or injury

Central nervous system dysfunction and associated gastro-intestinal disorders due to exposure to chloromethane (methyl chloride).

C28. Any occupation involving

Use of or handling of or exposure to the fumes of or vapours containing chloromethane. (methyl chloride).

C29. Prescribed disease or injury

Peripheral neuropathy due to exposure to n-hexane or methyl n-butyl ketone.

C29. Any occupation involving

Use of or handling of, or exposure to the fumes of, or vapour containing, n-hexane or methyl n-butyl ketone.

C30. Prescribed disease or injury

Chrome dermatitis, or ulceration of the mucous membranes or the epidermis, resulting from exposure to chromic acid, chromates or bi-chromates.

C30. Any occupation involving

The use or handling of, or exposure to, chromic acid, chromates or bi-chromates.

D. Miscellaneous Conditions

D1. Prescribed disease or injury

Pneumoconiosis (includes Silicosis and Asbestosis).

D1. 1. Any occupation

(a) the mining, quarrying or working of silica rock or the working of dried quartzose sand or any dry deposit or dry residue of silica or any dry admixture containing such minerals (including any occupation in which any of the previously mentioned operations are carried out incidentally to the mining or quarrying of other materials or to the manufacture of articles containing crushed or ground silica rock);

(b) the handling of any of the materials specified above or any connection to any of the operations mentioned, or substantial exposure to the dust arising from such operations.

2. Any occupation involving the breaking, crushing or grinding of flint or the working or handling of broken, crushed or ground flint or materials containing such flint, or substantial exposure to the dust arising from any such operations.

3. Any occupation involving sand blasting by means of compressed air with the use of quartzose sand or crushed silica rock or flint, or substantial exposure to the dust arising from such sand blasting.

4. Any occupation involving work in a foundry or the performance of, or substantial exposure to the dust arising from, any of the following operations -

(a) the freeing of steel castings from adherent siliceous substance;

(b) the freeing of metal castings from adherent siliceous substance -

(i) by blasting with an abrasive propelled by compressed air, by steam or by a wheel; or

(ii) by the use of power driven tools.

5. Any occupation in or incidental to the manufacture of china or earthenware (including sanitary earthenware, electrical earthenware and earthenware tiles), and any occupation involving substantial exposure to the dust arising therefrom.

6. Any occupation involving the grinding of mineral graphite, or substantial exposure to the dust arising from such grinding.

7. Any occupation involving the dressing of granite or any igneous rock by masons or the crushing of such materials, or substantial exposure to the dust arising from such operations.

8. Any occupation involving the use, or preparation for use, of a grindstone, or substantial exposure to the dust arising therefrom.

9. Any occupation involving -

(a) the working or handling of asbestos or any admixture of asbestos;

(b) the manufacture or repair of asbestos textiles or other articles containing or composed of asbestos;

(c) the cleaning of any machinery or plant used in any of the foregoing operations and of any chambers, fixtures and appliances for the collection of asbestos dust;

(d) substantial exposure to the dust arising from any of the previous operations.

10. Any occupation involving:

(a) work underground in any mine in which one of the objects of the mining operations is the getting of any mineral;

(b) the working or handling above ground at any coal or tin mine of any minerals extracted therefrom, or any operation incidental thereto;

(c) the trimming of coal in any ship, barge, or lighter, or in any dock or harbour or at any wharf or quay;

(d) the sawing, splitting or dressing of slate, or any operation incidental hereto.

11. Any occupation in or connected to the manufacture of carbon electrodes by an industrial undertaking for use in the electrolytic extraction of aluminium from aluminium oxide, and any occupation involving substantial exposure to the dust arising from it.

12. Any occupation involving boiler scaling or substantial exposure to the dust arising from it.

D2. Prescribed disease or injury

Byssinosis.

D2. Any occupation involving

Work in any room where any process up to and including the weaving process is performed in a factory in which the spinning or manipulation of raw or waste cotton or of flax, or the weaving of cotton or flax, is carried on.

D3. Prescribed disease or injury

Diffuse mesothelioma (primary neoplasm of the mesothelium of the pleura or of the pericardium or of the peritoneum).

D3. Any occupation involving

Exposure to asbestos, asbestos dust or any admixture of asbestos at a level above that commonly found in the environment at large.

D4. Prescribed disease or injury

Allergic rhinitis

D4. Any occupation involving

Exposure to any of the following agents:

- (a) isocyanates;
- (b) platinum salts;
- (c) fumes or dusts arising from the manufacture, transport or use of hardening agents (including epoxy resin curing agents) based on phthalic anhydride, tetra-chlorophthalic anhydride, trimellitic anhydride or triethylenetetramine;
- (d) fumes arising from the use of rosin as a soldering flux;
- (e) proteolytic enzymes;
- (f) animals including insects and other arthropods used for the purposes of research or education or in laboratories;
- (g) dusts arising from the sowing, cultivation, harvesting, drying, handling, milling, transport or storage of barley, oats, rye, wheat or maize, or the handling, milling, transport or storage of meal or flour made therefrom;
- (h) antibiotics;
- (i) cimetidine;
- (j) wood dust;
- (k) ispaghula;
- (l) castor bean dust;
- (m) ipecacuanha;
- (n) azodicarbonamide;
- (o) animals including insects and other arthropods or their larval forms, used for the purposes of pest control or fruit cultivation, or the larval forms of animals used for the purposes of research or education or in laboratories;
- (p) glutaraldehyde;
- (q) persulphate salts or henna;

- (r) crustaceans or fish or products arising from these in the food processing industry;
- (s) reactive dyes;
- (t) soya bean;
- (u) tea dust;
- (v) green coffee bean dust;
- (w) fumes from stainless steel welding.

D5. Prescribed disease or injury

Non-infective dermatitis of external origin (excluding dermatitis due to ionising particles or electro-magnetic radiations other than radiant heat).

D5. Any occupation involving

Exposure to dust, liquid or vapour or any other external agent except chromic acid, chromates or bi-chromates, capable of irritating the skin (including friction or heat but excluding ionising particles or electro-magnetic radiations other than radiant heat).

D6. Prescribed disease or injury

Carcinoma of the nasal cavity or associated air sinuses (nasal carcinoma).

D6. Any occupation involving

(a) Attendance for work in, on or about a building where wooden goods are manufactured or repaired; or

(b) attendance for work in a building used for the manufacture of footwear or components of footwear made wholly or partly of leather or fibre board; or

(c) attendance for work at a place used wholly or mainly for the repair of footwear made wholly or partly of leather or fibre board.

D7. Prescribed disease or injury

Occupational asthma.

D7. Any occupation involving

Exposure to any of the following agents:

- (a) isocyanates;
- (b) platinum salts;

(c) fumes or dusts arising from the manufacture, transport or use of hardening agents (including epoxy resin curing agents) based on phthalic anhydride, tetrachlorophthalic anhydride, trimellitic anhydride or triethylenetetramine;

(d) fumes arising from the use of rosin as a soldering flux;

(e) proteolytic enzymes;

(f) animals including insects and other arthropods used for the purposes of research or education or in laboratories;

(g) dusts arising from the sowing, cultivation, harvesting, drying, handling, milling, transport or storage of barley, oats, rye, wheat or maize, or the handling, milling, transport or storage of meal or flour made therefrom;

(h) antibiotics;

(i) cimetidine;

(j) wood dust;

(k) ispaghula;

(l) castor bean dust;

(m) ipecacuanha;

(n) azodicarbonamide;

(o) animals including insects and other arthropods or their larval forms, used for the purposes of pest control or fruit cultivation, or the larval forms of animals used for the purposes of research, education or in laboratories;

(p) glutaraldehyde;

(q) persulphate salts or henna;

(r) crustaceans or fish or products arising from these in the food processing industry;

(s) reactive dyes;

(t) soya bean;

(u) tea dust;

(v) green coffee bean dust;

(w) fumes from stainless steel welding;

(x) any other sensitising agent; (occupational asthma).

D8. Prescribed disease or injury

Primary carcinoma of the lung where there is accompanying evidence of one or both of the following;

(a) asbestosis;

(b) unilateral or bilateral diffuse pleural thickening extending to a thickness of 5mm or more at any point within the area affected as measured by a plain chest radiograph (not being a computerised tomography scan or other form of imaging) which:

(i) in the case of unilateral diffuse pleural thickening, covers 50% or more of the area of the chest wall of the lung affected; or

(ii) in the case of bilateral diffuse pleural thickening, covers 25% or more of the combined area of the chest wall of both lungs.

D8. Any occupation involving

(a) The working or handling of asbestos or any admixture of asbestos; or

(b) the manufacture or repair of asbestos textiles or other articles containing or composed of asbestos; or

(c) the cleaning of any machinery or plant used in any of the foregoing operations and of any chambers, fixtures and appliances for the collection of asbestos dust; or

(d) substantial exposure to the dust arising from any of the foregoing operations.

D9. Prescribed disease or injury

Unilateral or bilateral diffuse pleural thickening extending to a thickness of 5mm or more at any point within the area affected as measured by a plain chest radiograph (not being a computerised tomography scan or other form of imaging) which:

(a) in the case of unilateral diffuse pleural thickening, covers 50% or more of the area of the chest wall of the lung affected; or

(b) in the case of bilateral diffuse pleural thickening, covers 25% or more of the combined area of the chest wall of both lungs.

D9. Any occupation involving

(a) The working or handling of asbestos or any admixture of asbestos; or

(b) the manufacture or repair of asbestos textiles or other articles containing or composed of asbestos; or

(c) the cleaning of any machinery or plant used in any of the foregoing operations and of any chambers, fixtures and appliances for the collection of asbestos dust; or

- (d) substantial exposure to the dust arising from any of the foregoing operations.

D10. Prescribed disease or injury

Primary carcinoma of the lung.

D10. Any occupation involving

- (a) Work underground in a tin mine; or
- (b) exposure to bis (chloromethyl) ether produced during the manufacture of chloromethyl methyl ether; or
- (c) exposure to zinc chromate, calcium chromate or strontium chromate in their pure forms.

D11. Prescribed disease or injury

Primary carcinoma of the lung where there is accompanying silicosis.

D11. Any occupation involving

Exposure to silica dust in the course of:-

- (a) the manufacture of glass or pottery;
- (b) tunnelling in, or quarrying sandstone or granite;
- (c) mining metal ores;
- (d) slate quarrying or the manufacture of artefacts from slate;
- (e) mining clay;
- (f) using siliceous materials as abrasives;
- (g) cutting stone;
- (h) stonemasonry;
- (i) work in a foundry.

D12. Prescribed disease or injury

Chronic bronchitis or emphysema or both where there is accompanying evidence of a forced expiratory volume in one second (measured from the position of maximum inspiration) with the claimant making maximum effort of:-

- (a) at least one litre below the mean value predicted in accordance with "Lung Function: Assessment and Application in Medicine" by J.E. Cotes, 5th edition 1994 published at Oxford by Blackwell Scientific Publications Limited (ISBN 0-632-03926-9) for a person of the claimant's age, height and sex; or

(b) less than one litre.

D12. Any occupation involving

Exposure to coal dust by reason of working underground in a coal mine for a period or periods amounting in aggregate to at least 20 years (whether before or after 05.07.48) and any such period shall include a period or periods of incapacity while engaged in such an occupation.



สถาบันวิจัยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.พรชัย สิทธิธรรมกุล

คุณวุฒิ

พ.บ. (เกียรตินิยม)	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	พ.ศ. 2528
อ.ว. สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน	แพทยสภา	พ.ศ. 2533
แขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก		
M.P.H. (Occupational Health)	Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health Maryland, USA.	พ.ศ. 2536
Dr.P.H. (Occupational Health)	Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health Maryland, USA.	พ.ศ. 2539
อ.ว. สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน	แพทยสภา	พ.ศ. 2540
แขนงอาชีวเวชศาสตร์		

ผลงานทางวิชาการ

1. Kuptmiratsaikul S, Sithisarankul P. A new way of cooperation between medical schools and the Ministry of Public Health. Journal of Thai Medical Council 1984; 13:366-368. [in Thai]
2. Sithisarankul P., Samurwong P, Klaisampao R. Comparing the diagnosis of gonorrhoea by gram stain and culture method, in Sattahip KM.10 Hospital. J of Central Primary Health Care Center 1989:20-23. [in Thai]
3. Sithisarankul P., Viputsiri O, Samurwong P, Pansakorn S, Klaisampao R. Feasible roles of health volunteers in early detection of diabetes. Chulalongkorn Medical Journal 1989; 33(6):429-435. [in Thai]
4. Sithisarankul P., Samurwong P, Anotayanont A, Klaisampao R. Cerebrospinal fluid findings in syphilitic patients in Sattahip K.M.10 Hospital. Communicable Disease Journal 1991;17(4):266-269. [in Thai]

5. Sithisarankul P. Preventive and social medicine. Chulalongkorn Medical Journal 1992 ;36 (6):401-403. [in Thai]
6. Sorkin JD, Bolton PA, Greenblatt J, Sithisarankul P, Vlahov D, Graham NMH. Age, gender, and other predictors of the wasting syndrome among HIV-1-infected injecting drug users. Epidemiology 1995;6(2):172-177.
7. Sithisarankul P. Psychosocial problems among AIDS health care providers. Chula Med J 1995 Dec; 39(12): 913-21.
8. Vineis P, Talaska G, Malaveille C, Bartsch H, Martone T, Sithisarankul P, Strickland PT. DNA adducts in urothelial cells: Relationship with biomarkers of exposure to arylamines and aromatic hydrocarbons from tobacco smoke. International Journal of Cancer 1996; 65(3): 314-316.
9. Strickland PT, Kang DH, Sithisarankul P. Urinary polycyclic aromatic hydrocarbon metabolites as biomarkers of exposure and effect. Environmental Health Perspectives 1996; 104(Suppl 5): 927-932.
10. Sithisarankul P. Molecular epidemiology and preventive medicine. Thai J Hlth Resch 1996;10 (2):157-165. [in Thai]
11. Sithisarankul P. Management of lead poisoning: experience from Kennedy Krieger Institute. Chula Med J 1996;40(10):771-773. [in Thai]
12. Schwartz BS, Lee BK, Stewart W, Sithisarankul P, Strickland PT, Ahn KD, Kelsey KT. delta-Aminolevulinic acid dehydratase genotype modifies four-hour urinary lead excretion after oral administration of dimercaptosuccinic acid. Occupational and Environmental Medicine 1997; 54 (4):241-246.
13. Sithisarankul P, Wiriyakitjar W, Barnyen L. Occupational health practice, knowledge, and needs for further education of health professionals in the Eastern Seaboard region. Chula Med J 1997 Jun; 41(6): 475-85.

14. Sithisarankul P, Weaver VM, Diener-West M, Strickland PT. Multicollinearity may lead to artificial interaction: An example from a cross sectional study of biomarkers. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1997; 28(2): 404-9.
15. Sithisarankul P, Schwartz BS, Lee BK, Kelsey KT, Strickland PT. Aminolevulinic acid dehydratase genotype mediates plasma levels of the neurotoxin, 5-aminolevulinic acid, in lead-exposed workers. *Am J Industrial Medicine* 1997; 32: 15-20.
16. Sithisarankul P, Vineis P, Kang D, Rothman N, Caporaso N, Strickland PT. Association of 1-hydroxypyrene-glucuronide in human urine with cigarette smoking and broiled or roasted meat consumption. *Biomarkers* 1997; 2: 217-21.
17. Sithisarankul P, Schwartz BS, Lee BK, Strickland PT. Urinary 5-aminolevulinic acid (ALA) adjusted by creatinine: A surrogate for plasma ALA? *J Occup Environ Med* 1998; 40(10): 901-6.
18. Sithisarankul P, Wongtim S, Asawavichienginda S, Luangpitakchumpol P, Rauammake L, Kalayanachati A, Limthongkul S. Literature review to design a research program aimed at developing a holistic occupational health service system using a glass manufacturing factory as a model. *Chula Med J* 1998; 42(9): 661-72.
19. พรชัย สิทธิศรีธัญกุล. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในตำราการวิจัยชุมชนทางการแพทย์ บรรณาธิการ - บดี ฐนะมัน, ทัสสนี นุชประยูร ISBN 974-564-464-2 สิงหาคม 2541; 141-160.
20. Sithisarankul P, Cadorette M, Davoli CT, Serwint JR, Chisolm JJ, Jr., Strickland PT. Plasma 5-Aminolevulinic Acid Concentration and Lead Exposure in Children. *Environmental Research Section A* 80; 1999 : 41 – 49.
21. พรชัย สิทธิศรีธัญกุล. The Diagnosis of Occupational Disease (การวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพ) ตำราอาชีพเวชศาสตร์ บรรณาธิการ - สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบนจวง, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ ISBN 974-7068-39-7; 1999 June : 149 –158.

22. พรชัย สิทธิศรีธัญญกุล. Vibration Syndrome (โรคจากความสั่นสะเทือน) ตำราอาชีพเวชศาสตร์
บรรณาธิการ - สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวง, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ ISBN 974-7068-39-7;
1999 June : 299 – 309.

23. พรชัย สิทธิศรีธัญญกุล. Epidemiology of Occupational and Environmental Lung Diseases
(วิทยาการระบาดของโรคปอดจากการทำงานและจากสิ่งแวดล้อม) ตำราโรคปอด 1 โรคปอดจากสิ่ง
แวดล้อม (Environmental Lung Disease) บรรณาธิการ - สมเกียรติ วงษ์ทิม, วิทยา ศรีดามา ISBN
974-331-104-1; 1999 March : 59 – 75.

24. Ngamkiatphaisan S, Promdit B, Prapansilp M, Sithisarankul P. The role and expectation of
corporate physicians in occupational health services in Thailand. (บทบาทหน้าที่และความคาดหวัง
ของแพทย์ประจำสถานประกอบการขนาดใหญ่ต่องานบริการอาชีวอนามัยในประเทศไทย) Chula
Med J 1999 Jul : 43 (7) : 457 - 474.

25. Sithisarankul P, Ngamkiatphaisan S, Promdit B, Prapansilp M. Comparison of current practice
and expectations in occupational health services between corporate physicians' and managers'
perspectives in large-scale enterprises in Thailand. (เปรียบเทียบบทบาทหน้าที่และความคาดหวัง
ของแพทย์ประจำสถานประกอบการขนาดใหญ่ต่องานบริการอาชีวอนามัยในประเทศไทยจากมุมมอง
ของแพทย์กับของผู้บริหาร) Chula Med J 1999 Sep : 43 (9) : 655 - 664.

26. Promdit B, Ngamkiatphasan S, Prapansilp M, Sithisarankul P. Occupational health
administration and managers expectation to occupational physician's role among corporate
enterprises in Thailand. (การบริหารงานอาชีวอนามัยและความคาดหวังบทบาทแพทย์อาชีวเวช
ศาสตร์ของผู้บริหารในสถานประกอบการขนาดใหญ่ ในประเทศไทย) Chula Med J 1999 Sep : 43
(10) : 723 -37.

27. Sithisarankul P, Weaver VM, Davoli CT, Strickland PT. Urinary 5-aminolevulinic acid in lead-
exposed children. Biomarkers 1999 : 4 (4) : 281 – 289.

28. . พรชัย สิทธิศรีธัญญกุล. Approaches to the Diagnosis of Environmental Disease (แนวทางการ
วินิจฉัยโรคเหตุสิ่งแวดล้อม) ตำราเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม บรรณาธิการ - สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี.
ลอฟท์ส, กฤษฏา ศรีสำราญ ISBN 974-7068-43-5; 1999 December : 745 –759.

งานด้านอาชีวเวชศาสตร์

1. งานสอน - นิสิตแพทย์ นิสิตปริญญาโท และแพทย์ประจำบ้าน
2. งานบริการวิชาการ - วิทยากรให้แก่สมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน (ประเทศไทย), กรมการแพทย์, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร, ฯลฯ
3. งานบริการทางการแพทย์ - คลินิกอาชีวเวชศาสตร์ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, ที่ปรึกษางานอาชีวเวชศาสตร์บริษัท คาสโตรอล (ไทยแลนด์) จำกัด (พฤษภาคม 2540 - เมษายน 2541), ที่ปรึกษางานอาชีวเวชศาสตร์ บริษัท แอลแคนนิคเคสยาม จำกัด (มกราคม 2540 - ปัจจุบัน)
4. งานวิจัย - คู่มือ “ผลงานทางวิชาการ”
5. งานอื่นๆ - ที่ปรึกษาชมรมอาชีวเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย, อนุกรรมการและเลขานุการ คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงอาชีวเวชศาสตร์ แพทยสภา, กรรมการในคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม

สถานที่ทำงานปัจจุบัน

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถนนพระราม 4 ปทุมวัน

กรุงเทพมหานคร 10330

โทร 256-4236, 252-7864

โทรสาร 256-5418, 252-7864

email: fmedpss@md2.md.chula.ac.th

spornchl@chula.ac.th

ICQ # 22341032

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร

คุณวุฒิ

พ.บ.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พ.ศ.2541

ผลงานทางวิชาการ

1. Lohsoonthorn V. Abstract and Critique : Meta-analysis of coffee consumption and risk of colorectal cancer. Chula Med J Sep 1999 ; 43 (9) : 691-692
2. Lohsoonthorn V, Vorayingyong A. Community health survey of Tumboi Hauwtonon, Panusnikom District. May 1999 Chula Med J. In press.
3. วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร. เอกสารประกอบการสอนเรื่องระดับการป้องกันโรค (Level of prevention) ในรายวิชา 3014212 Health and Disease สำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 2 จำนวน 8 หน้า
4. วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร. เอกสารประกอบการสอนเรื่องการวัดการป่วยและการตาย (Measures of Morbidity and Mortality) ในรายวิชา 3014310 Epidemiology and Biostatistics. สำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 12 หน้า
5. วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร. เอกสารประกอบการสอนเรื่องการสืบสวนสอบสวนการระบาดของโรค (Investigation of Epidemics) ในรายวิชา 3014310 : Epidemiology and Biostatistics สำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 14 หน้า

"This document is the property of
 Thailand Information Center (TIC),
 Centers of Academic Resources and is to
 be returned within two weeks to the
 Thailand Information Center, Center of
 Academic Resources, Chulalongkorn
 University"

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย