

โครงการวิจัย

สถานการณ์ปัญหาและการแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภค
จากการประกันสุขภาพเอกชน และปัญหาการได้รับความคุ้มครอง
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค

โดย
มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำนำ

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เป็นองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้บริโภคได้รับการคุ้มครองตามสิทธิอันพึงมีพึงได้ โดยมีกิจกรรมสำคัญในการทำงานด้านการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้บริโภคหลายประการ เช่น จัดทำวารสารฉลาดซื้อ เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางเลือกแก่ผู้บริโภค การสนับสนุนและสร้างความแข็งแกร่งให้กับกลุ่มผู้บริโภคในพื้นที่ต่าง ๆ การรณรงค์นโยบายผู้บริโภค และศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค เป็นต้น

ศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภคเปิดให้บริการคำปรึกษาและช่วยเหลือผู้บริโภคและกลุ่มผู้บริโภคมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2537 ที่มีปัญหาการไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการซื้อสินค้าและใช้บริการ พบว่า กรณีปัญหาที่ผู้บริโภคประสบมีความหลากหลาย และเรื่องหนึ่งที่มีผู้ร้องเรียนเข้ามาจำนวนมากพอสมควรเป็นเรื่องเกี่ยวกับการประกันชีวิตตลอดจนถึงการประกันสุขภาพ เพื่อให้ได้คำตอบว่าสถานการณ์ปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคและการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภคมีแนวทางในการดำเนินงานอย่างไร

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคจึงเห็นความสำคัญในการรับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายระยะยาวเพื่อการรณรงค์เรื่องหลักประกันด้านสุขภาพของผู้บริโภคไทย

งานวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญต่อการศึกษาสถานการณ์ปัญหาละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากการทำประกันสุขภาพและพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เพื่อศึกษาว่าผู้บริโภคถูกละเมิดสิทธิในเรื่องใดบ้าง ตลอดจนสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหของผู้บริโภคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถนำปัญหาที่เกิดขึ้นจัดทำข้อเสนอแนะต่อการแก้ปัญหาและการป้องกันปัญหาให้กับผู้บริโภค และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนทิศทางการเจริญเติบโตของธุรกิจประกันสุขภาพและธุรกิจประกันวินาศภัยที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค

ขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยสาธารณสุขที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานวิจัย และเจ้าหน้าที่ของกรมการประกันภัย สภานายความ ตัวแทนจากสมาคมประกันชีวิตไทย สมาคมประกันวินาศภัย สมาคมตัวแทนขายประกัน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบกฎหมายผู้ประสบภัยจากรถโรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลพระมงกุฎ และโรงพยาบาลทหารผ่านศึก ที่ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย
มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(5)
บทที่ 1 ความสำคัญและวิธีการศึกษา	1
- ความสำคัญ	1
- วัตถุประสงค์	1
- ขอบเขตการศึกษาและวิธีการศึกษา	3
- ผลที่คาดว่าจะได้รับ	5
- ข้อจำกัดในการศึกษา	5
บทที่ 2 การประกันคุณภาพภาคเอกชน	7
- ความเป็นมา	7
- ประเภทของการประกันคุณภาพเอกชน	8
บทที่ 3 ปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากการประกันคุณภาพภาคเอกชน	10
3.1 ปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากการประกันคุณภาพภาคเอกชนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	10
3.2 สถานการณ์ปัญหาจากการสืบค้นโดยตรงกับผู้บริโภค	15
บทที่ 4 15 กรณีศึกษาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากการประกันคุณภาพภาคเอกชน	18
- วิธีการศึกษา	18
- กรณีศึกษา 15 กรณี	19
บทที่ 5 สรุปผล 15 กรณีศึกษา	46
5.1 ปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภค	46
5.2 แนวทางการแก้ไขปัญห	47
5.3 ปัญหาที่ผู้บริโภคพบจากการร้องเรียน	48
5.4 ปัจจัยที่ช่วยให้ผู้บริโภคประสบความสำเร็จในการร้องเรียน	48
5.5 ข้อเสนอแนะจากกรณีศึกษา	48
5.6 การแก้ไขปัญห	49
บทที่ 6 ข้อเสนอแนะ	50
ส่วนที่ 2 ปัญหาการละเมิดสิทธิจากการประกันคุณภาพ	
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2535	53
บทที่ 7 การประกันคุณภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2535	54
- ความเป็นมา	54
- วัตถุประสงค์	55
- สาระสำคัญของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2535	55

	หน้า
บทที่ 8 ปัญหาการละเมิดสิทธิจากการประกันสุขภาพ	
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	60
8.1 สถานการณ์ปัญหาการละเมิดสิทธิจากการทบทวนเอกสาร	61
8.2 ลักษณะปัญหาของการละเมิดสิทธิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	64
8.3 การสืบค้นปัญหาจากผู้บริโภค(ผู้ประสบภัย)	67
บทที่ 9 15 กรณีศึกษาการละเมิดสิทธิจากการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติ	69
- วิธีการศึกษา	69
- กรณีศึกษา 15 กรณี	70
บทที่ 10 สรุปผล 15 กรณีศึกษา การละเมิดสิทธิจากการประกันสุขภาพ	
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	91
10.1 ปัญหาจากการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติ	
คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	91
10.2 แนวทางการแก้ไขปัญหา	93
บทที่ 11 ข้อเสนอแนะ	96
บรรณานุกรม	98
สารบัญตาราง	
ตารางที่ 3.1 สถิติการรับเรื่องร้องเรียนค่าสินไหมทดแทน	
และการไกล่เกลี่ยประนีประนอมค่าสินไหมทดแทน	
ประจำปี เดือน มกราคม 2540 - ธันวาคม 2540	11
ตารางที่ 3.2 สถิติการรับเรื่องร้องเรียนค่าสินไหมทดแทน	
และการไกล่เกลี่ยประนีประนอมค่าสินไหมทดแทน	
ประจำปี เดือน มกราคม 2541 - ธันวาคม 2541	11
ตารางที่ 3.3 สรุปลักษณะปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภค	
จากการทำประกันสุขภาพเอกชนในทัศนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	15
ตารางที่ 8.1 เบี้ยรับและจ่ายสินไหม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	60
ตารางที่ 8.2 แสดงข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการจากบริษัทประกันภัยของสถานพยาบาล	
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และที่สามารถเก็บได้ระหว่าง เมษายน 2536 - เมษายน 2537	63
ตารางที่ 8.3 สรุปลักษณะปัญหาการละเมิดสิทธิ	
จากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในทัศนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	66

บทคัดย่อ

การศึกษาศถานการณ์ปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากการทำประกันสุขภาพเอกชนและการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ดำเนินการโดยการสืบค้นปัญหาจากผู้บริโภคจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนสัมภาษณ์เชิงลึกกรณีศึกษาจำนวน 30 กรณี

ผลการศึกษาในส่วนการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากการทำประกันสุขภาพเอกชน พบว่า ผู้บริโภคประสบปัญหา บริษัทประกันภัยปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนมากที่สุด กล่าวคือ บริษัทมีแนวโน้มปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมในเบื้องต้น หรือจ่ายค่าสินไหมแต่ไม่ครบตามสิทธิ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากตัวแทนประกันที่ไม่มีจรรยาบรรณ ปัญหาลำดับถัดมาคือ สัญญาไม่เป็นธรรม ทำให้ไม่มีผลคุ้มครองอย่างสมบูรณ์และบริษัทสามารถบอกเลิกสัญญาโดยไม่เป็นธรรมกับผู้บริโภค ซึ่งสร้างความรู้สึกไม่ดีให้กับผู้บริโภค สุดท้ายปัญหาในเรื่องการร้องเรียนพบว่า กลไกในการช่วยเหลือผู้บริโภคไม่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนเรื่องแนวคิดที่เป็นกลางและศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในส่วนภูมิภาค

แนวทางการแก้ปัญหาของผู้บริโภค คือ เรียกร้องสิทธิเพื่อให้ชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น(Redress) มากที่สุด รองลงมาคือ การใช้พลังผู้บริโภคในการเลิกใช้บริการ (Sanction or Boycott) ด้วยการบอกเลิกกรมธรรม์ในการทำประกันสุขภาพ และฟ้องศาลเป็นมาตรการสุดท้ายถ้ากระบวนการอื่นไม่ได้ผล

ข้อเสนอแนะ ควรมีการจัดทำบัญชีดำ หรือจัดลำดับบริษัทประกันสุขภาพที่น่าเชื่อถือ จัดทำราคากลางมาตรฐานในการทำประกันสุขภาพเพื่อเป็นเกณฑ์ให้ผู้บริโภคใช้ในการตัดสินใจเลือกซื้อประกันภัย พัฒนาตัวแทนขายประกันให้มีความรับผิดชอบต่อจรรยาบรรณ ปรับปรุงสัญญาที่ผู้บริโภคเสียเปรียบในปัจจุบัน และควรมีการนำกรมธรรม์ประกันสุขภาพระยะยาวมาพิจารณา ตลอดจนมาตรการไกล่เกลี่ยประนีประนอมข้อพิพาทของกรมการประกันภัย ให้ขยายขอบเขตไปถึงการพิจารณาลงโทษต่อบริษัทประกันหรือตัวแทนขายประกันอย่างเด็ดขาด ทั้งนี้เมื่อมีการละเมิดสิทธิผู้บริโภคซ้ำซาก ในเรื่องข้อมูลกรมการประกันภัยควรมีการสร้างฐานข้อมูลทางด้านประกันสุขภาพเอกชนขึ้นเพื่อจะได้ติดตามความรุนแรงของปัญหาการละเมิดสิทธิได้ และสุดท้ายต้องมีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในการทำประกันสุขภาพเอกชนให้กับประชาชน

ส่วนที่ 2

การศึกษาเรื่องปัญหาการละเมิดสิทธิจากการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถนั้น พบว่าผู้บริโภคประสบปัญหาเรื่องบริษัทประกันภัยเบี่ยงการจ่ายค่าเสียหาย มากที่สุด โดยการขอเอกสารมากกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ซึ่งสร้างความลำบากในการปฏิบัติให้กับผู้เอาประกันภัยและผู้ประสบภัยเป็นอย่างมาก สาเหตุหลักคือความไม่เข้าใจในขั้นตอนการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ ลำดับถัดมาคือ ประสบปัญหาการให้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลซึ่งไม่ได้รับความสะดวก ทั้งเรื่องการรักษาพยาบาลและการรับโอนสิทธิจากผู้ประสบภัยเพื่อเบิกค่าเสียหาย นอกจากนี้ยังพบปัญหาช่องว่างของกฎหมายที่

เปิดโอกาสให้เกิดการละเมิดสิทธิ และเช่นเดียวกับการประกันสุขภาพภาคเอกชน กลไกในการคุ้มครองสิทธิไม่มีประสิทธิภาพ สร้างภาระให้กับผู้ประสบภัย ซึ่งบางรายต้องใช้ระยะเวลาในการเรียกร้องค่าเสียหายนานถึง 12 เดือน

แนวทางการแก้ไขปัญหาคือ กรมศึกษา ดำเนินการเรียกร้องสิทธิ โดยส่วนใหญ่ต้องติดต่อเรียกร้องค่าเสียหายกับบริษัทประกันภัยหลายครั้งจึงได้รับค่าเสียหาย ถ้าไม่ประสบความสำเร็จจึงร้องเรียนต่อไปยังกรมการประกันภัยหรือประกันภัยจังหวัด แนวทางอื่น ๆ ได้แก่ หลีกเลี่ยงการใช้สิทธิ เปลี่ยนบริษัทประกันภัย

ข้อเสนอแนะ กรมการประกันภัยควรมีมาตรการที่เข้มงวดในการติดตามตรวจสอบให้บริษัทประกันภัยปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดและห้ามมิให้เรียกเอกสารมากกว่าที่ระบุในกฎหมาย สนับสนุนให้โรงพยาบาลมีการดำเนินการที่คล่องตัวในการเบิกค่าเสียหายแทนผู้บริโภคหรือกองทุน ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเร่งทำประชาสัมพันธ์ในสื่อต่าง ๆ ให้ผู้บริโภคได้รู้สิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติและวิธีการในการปฏิบัติตนเมื่อประสบภัยจากกรร

สำหรับแนวทางในระยะยาว น่าจะต้องมีการทบทวนเพิ่มสิทธิที่นอกเหนือจากค่าเสียหาย เช่น ค่าชดเชยต่าง ๆ ซึ่งแม้กฎหมายมิได้เปิดโอกาสในการฟ้องร้องทางแพ่ง แต่จำนวนเงินที่จะไปเรียกร้องทางแพ่งอาจไม่คุ้มกับการดำเนินการ จึงควรมีวงเงินสำหรับการชดเชยที่นอกเหนือจากค่าเสียหายที่กำหนดไว้ในกฎหมาย และรัฐคงต้องทบทวนระบบการประกันสุขภาพสำหรับผู้ประสบภัยจากกรรว่าควรให้เอกชนมีส่วนช่วยเหลือความรับผิดชอบหรือไม่ ตลอดจนพัฒนาให้มีกลไกในการตรวจสอบการเสียชีวิตของผู้ประสบภัยจากกรร และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ จากผู้ประสบภัยจากกรร บริษัทประกันภัย กรมการประกันภัยและหน่วยงานที่ปฏิบัติตามกฎหมาย ได้แก่ ตำรวจ กรมการขนส่งทางบก และสถานพยาบาล

บทที่ 1

ความสำคัญและวิธีการศึกษา

ความสำคัญของปัญหา

การประกันคุณภาพในประเทศไทยมีด้วยกันหลายลักษณะ แบ่งได้เป็น 4 กลุ่มคือ

1.การช่วยเหลือของรัฐ ได้แก่การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย คนชรา เด็กอายุ 0-12 ปี

2.สวัสดิการของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

3.การประกันคุณภาพภาคบังคับ ได้แก่การประกันสังคม และกองทุนทดแทนแรงงาน การประกันคุณภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

4.การประกันคุณภาพโดยความสมัครใจ ได้แก่ การประกันคุณภาพเอกชน โครงการประกันคุณภาพโดยความสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข(โครงการบัตรสุขภาพ)

จากลักษณะของการประกันคุณภาพทั้ง 4 กลุ่ม มีหลักประกันอยู่สองประเภทที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน คือ การประกันคุณภาพเอกชน และการประกันคุณภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ กล่าวคือ ประชาชนเป็นผู้เสียเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัทประกันภัย เพื่อรับความคุ้มครองเมื่อเกิดการเสียหายเกี่ยวกับสุขภาพภายในระยะเวลาประกัน ที่ผ่านมามีปัญหาของประชาชนผู้เอาประกันภัยจากการประกันสุขภาพภาคเอกชน คือ ปัญหาการไม่ได้รับค่าสินไหมทดแทน และปัญหาจากการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ คือ การจ่ายเบี้ยหรือปฏิเสธการจ่ายค่าเสียหาย

จากสถิติการรับเรื่องร้องเรียนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ พบว่า มีประชาชนจำนวนมากเข้าร้องเรียนต่อกรมการประกันภัย ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ควบคุมและกำกับกิจการประกันภัยในประเทศไทย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถิติการรับเรื่องร้องเรียนค่าสินไหมทดแทนและการไกล่เกลี่ยประนีประนอมค่าสินไหมทดแทน (กรณีประกันชีวิต)

ปี พ.ศ.	จำนวน เรื่องร้องเรียน	จำนวนที่สามารถ ประนีประนอมได้	มูลค่าสินไหม ที่ต้องชดใช้ให้
1. ปี 2538 (กรกฎาคม-ธันวาคม)	48	40	4,173,567.20 บาท
2. ปี 2539 (มกราคม-ธันวาคม)	136	86	3,501,098.00 บาท
3. ปี 2540 (มกราคม-ธันวาคม)	246	140	11,156,550.18 บาท
4. ปี 2541(มกราคม-ธันวาคม)	233	154	14,860,361.00 บาท

ที่มา กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

เมื่อพิจารณาจากตาราง จะเห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของกรณีร้องเรียนเรื่องค่าสินไหมทดแทน ประเภท ประกันชีวิต ซึ่งในจำนวนเรื่องร้องเรียนเหล่านั้นส่วนหนึ่งเป็นเรื่องร้องเรียนที่เกิดจากการประกันสุขภาพด้วย แต่เนื่องจากกรมการประกันภัยให้ความสำคัญกับกรรมกรหลักที่ผู้เอาประกันภัยถือ คือ กรรมกรประกันชีวิต จึงมิได้ให้ความสำคัญแบ่งแยกประเภทตามลักษณะสัญญา การประกันสุขภาพเป็นเพียงสัญญาแนบท้ายของกรรมกรหลักประกันชีวิต ดังนั้นเหตุร้องเรียนจากประกันสุขภาพถือว่าเป็นกรณีร้องเรียนจากการประกันชีวิตอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้ไม่สามารถหาแนวโน้มของปัญหาเรื่องค่าสินไหมทดแทนจากการประกันสุขภาพเอกชนได้ ตลอดจนไม่อาจค้นหาลักษณะของปัญหาอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากเรื่องค่าสินไหมทดแทน ภายใต้ระบบงานข้อมูลของกรมการประกันภัยได้ในปัจจุบัน

ในส่วนของการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2535 เป็นกฎหมายที่ตราขึ้นเพื่อให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประสบภัยเนื่องจากอุบัติเหตุรถยนต์ ซึ่งมักจะเกิดปัญหาในด้านการรักษาพยาบาล การถูกปฏิเสธการรักษาด้วยเหตุที่ไม่สามารถแสดงฐานะทางการเงินได้ จนบางครั้งเกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิต พระราชบัญญัติฉบับนี้จึงมีไว้เพื่อช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ประสบภัยจากรถ โดยที่ผู้ประสบภัยจะไม่ต้องเป็นภาระในค่ารักษาพยาบาลเอง โดยแหล่งเงินนั้นกฎหมายบังคับให้เจ้าของรถทุกประเภทซื้อประกันจากบริษัทประกันภัย เมื่อเกิดอุบัติเหตุบริษัทประกันภัยจะเป็นผู้รับภาระในเรื่องค่ารักษาพยาบาลภายใต้วงเงินที่กำหนดไว้ในกฎหมาย กระนั้นเมื่อกฎหมายประกาศใช้ได้พบปัญหาสำคัญ คือ

1.การบริหารจัดการในการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเพื่อรองรับผู้ประสบภัยจากรถยังมีน้อย การปฏิบัติตามกฎหมาย พบปัญหามากมายและสถานพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าการรับผู้ประสบภัยจากรถสร้างภาระให้กับโรงพยาบาลมากขึ้น

2.บริษัทประกันจួយโอกาสป้ายเบี่ยงหรือปฏิเสธการจ่ายค่าเสียหายหรือจ่ายค่าเสียหายล่าช้ามากโดยใช้ช่องโหว่ของกฎหมายและการขาดความรู้ความเข้าใจของประชาชนในขอบเขตและสิทธิและการเรียกร้องสิทธิตามกฎหมาย¹

สถิติการร้องเรียนในประเด็นที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถนั้นก็เช่นเดียวกับการประกันสุขภาพเอกชน กรมการประกันภัยมิได้จัดเก็บแยกประเภทออกมาโดยเด็ดขาด รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นด้วย ได้แก่ กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ สำนักงานประกันสุขภาพ ซึ่งทำให้ไม่สามารถเห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของปัญหา ตลอดจนลักษณะปัญหาจากกรณีร้องเรียนเนื่องจากการทำประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถได้

เมื่อไม่อาจมองแนวโน้มของปัญหาตลอดจนลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ประชาชนจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันได้ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาสถานการณ์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาของการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากการประกันสุขภาพภาคเอกชนและการคุ้มครองที่ได้รับตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จากแหล่งอื่น ๆ และที่สำคัญจากภาคประชาชนหรือผู้บริโภค เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหา

¹ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ.สถานการณ์การบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประสบภัยตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535.สำนักงานประกันสุขภาพ,2538.

ทางป้องกันและแก้ไขปัญหา ตลอดจนเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคที่เอาประกันภัยและคุ้มครองผู้ประสบภัยให้ได้รับความ
เป็นธรรมจากการประกันสุขภาพภาคเอกชนและการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจาก
รถ รวมทั้งสร้างทางเลือกที่เพิ่มขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคในการประกันสุขภาพภาคเอกชนและประกัน
สุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
2. รวบรวมและวิเคราะห์วิธีการแก้ไขปัญหาของผู้บริโภคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในปัจจุบัน
3. เสนอแนะแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหา การละเมิดสิทธิผู้บริโภคในการประกันสุขภาพภาคเอกชน
และประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ครอบคลุมเพียงสถานการณ์การถูกละเมิดสิทธิของผู้บริโภค จากการทำประกันสุขภาพ
เอกชนและผู้ประสบภัยที่ได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ตั้งแต่ มกราคม 2539
– มิถุนายน 2541 ทั้งจากการสำรวจเพื่อยืนยันปัญหาและการสัมภาษณ์เพื่อศึกษาปัญหาและแนวทางการแก้
ปัญหาจากกรณีศึกษาจำนวน 30 กรณี

วิธีการศึกษา

ในการดำเนินการศึกษาผู้วิจัยจะแบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วนคือ

1. สืบหาข้อมูลเพื่อค้นหาภาพรวมของปัญหา โดย
 - 1.1 รวบรวมลักษณะปัญหาการละเมิดสิทธิจากการทำประกันสุขภาพภาคเอกชน และประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ โดยการทบทวนเอกสารและสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
 - กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์
 - สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค
 - ศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค
 - สภานายความ
 - โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล
 - สมาคมประกันชีวิตไทย
 - สมาคมประกันวินาศภัย
 - สมาคมตัวแทนขายประกัน
 - หนังสือพิมพ์ต่าง ๆ ที่เปิดให้บริการรับเรื่องร้องทุกข์ ได้แก่ เสียงผู้บริโภค กรุงเทพธุรกิจ ไทยโพสต์ หน้าผู้บริโภค และบางกอกโพสต์ (Consumer Outlook)

- 1.2 รวบรวมรายชื่อผู้บริโภครที่ประสบปัญหาเรื่องการถูกละเมิดสิทธิจากการทำประกันสุขภาพภาคเอกชน และผู้ประสบภัยที่ไม่ได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งเข้าร้องเรียนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามข้อ 1.1 ในระยะเวลา ตั้งแต่ มกราคม 2539 – มิถุนายน 2541
 - 1.3 สํารวจสภาพปัญหา โดยตั้งวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาและยืนยันสภาพปัญหาจากที่ได้รวบรวมไว้ในข้อ 1.1 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาความน่าเชื่อถือและถูกต้องของข้อมูลความหลากหลายของปัญหา หรือกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยเห็นว่ามีความน่าสนใจในการพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค ซึ่งจะให้ข้อมูลที่ละเอียดและลึกซึ้งได้ จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มคือ เครือข่ายองค์กรผู้บริโภค สมาชิกวารสารฉลาดซื้อ จำนวน 800 ราย และผู้บริโภคที่ประสบปัญหาจากการประกันสุขภาพ (ข้อ 1.2) จำนวน 506 ราย เป็นจำนวนรวมทั้งสิ้น 1,306 ราย โดยการส่งแบบสำรวจเพื่อยืนยันปัญหา (ดูที่ภาคผนวก) ในระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม 2541 - 10 มกราคม 2542
2. ศึกษาปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาจากกรณีศึกษา โดย
 - 2.1 คัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจ
 - จากหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ (ข้อ 1.2) แบ่งเป็นประเภทประกันสุขภาพภาคเอกชน จำนวน 10 ราย ประเภทประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำนวน 10 ราย
 - จากผู้บริโภคที่ยืนยันสภาพปัญหาในแบบสำรวจ (ข้อ 1.3) โดยมีการตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้น แบ่งเป็นผู้บริโภคที่มีปัญหาถูกละเมิดสิทธิจากการประกันสุขภาพภาคเอกชน จำนวน 20 ราย จากผู้ประสบภัยที่มีปัญหาไม่ได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำนวน 10 ราย
 - เกณฑ์พิจารณา คือ กรณีผู้บริโภคประสบความสำเร็จในการดำเนินการด้วยตนเอง กรณีผู้บริโภคร้องเรียนกับหน่วยงานรัฐ กรณีผู้บริโภคร้องเรียนกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สื่อมวลชน NGOs พิจารณาเรื่องความเป็นไปได้ในการศึกษา การติดตามข้อมูลเพิ่มเติม รวมทั้งความหลากหลายของกรณีศึกษา
 - 2.2 ดำเนินการติดต่อโดยใช้การสื่อสารทางจดหมายทุกกรณี เพื่อสอบถามความยินยอม การขอความร่วมมือทางโทรศัพท์และไปพบที่บ้าน จนเหลือกรณีศึกษาจำนวน 30 กรณี ที่มีความเชื่อถือได้ของข้อมูลและได้รับความยินยอมในการให้สัมภาษณ์ โดยแบ่งเป็นกรณีศึกษาจากประกันสุขภาพภาคเอกชนจำนวน 15 กรณี และกรณีศึกษาจากประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำนวน 15 กรณี
 - 2.3 สัมภาษณ์เชิงลึกกรณีศึกษา

- 2.4 วิเคราะห์วิธีการแก้ไขปัญหของผู้บริโภคและสัณฐานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันในการแก้ไขปัญหาละเมิดสิทธิผู้บริโภคที่เกิดขึ้น
- 2.5 ประชุมแลกเปลี่ยนระหว่างผู้บริโภค หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ สื่อมวลชน ฯ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาละเมิดสิทธิผู้บริโภคในการประกันสุขภาพภาคเอกชนและประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 50 คน
- 2.6 เสนอแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาละเมิดสิทธิผู้บริโภคในการประกันสุขภาพภาคเอกชนและประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ภาพรวมของปัญหาละเมิดสิทธิผู้บริโภคในการประกันสุขภาพภาคเอกชนและประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
2. ข้อเด่น ข้อด้อยและวิธีการแก้ไขปัญหาละเมิดสิทธิผู้บริโภคโดยผู้บริโภคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. แนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาละเมิดสิทธิผู้บริโภคในการประกันสุขภาพภาคเอกชนและประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

ข้อจำกัดในการศึกษา

จากการสืบค้นโดยการทบทวนเอกสารและสัณฐานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการส่งแบบสำรวจตรงกับผู้บริโภค ผู้วิจัยพบว่าข้อจำกัดที่สำคัญหลายประการดังนี้

1. แหล่งข้อมูลในการสืบค้นปัญหาที่สำคัญคือ กรมการประกันภัยไม่ได้เก็บรวบรวมรายชื่อผู้ร้องเรียนที่เกิดกรณีพิพาทค่าสินไหมประกันสุขภาพแยกออกจากการประกันชีวิตและวินาศภัย ทำให้รวบรวมรายชื่อได้เพียงจำนวนหนึ่ง แต่ไม่อาจชี้แจงได้ว่า เป็นตัวเลขรวมทั้งหมดของผู้บริโภคที่ได้ประสบปัญหาจากการประกันสุขภาพ
2. แหล่งข้อมูลบุคคล บางท่านไม่สามารถระบุนามได้เพราะผู้วิจัยไม่ได้รับอนุญาต การสัมภาษณ์ทั้งการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ
3. แบบสำรวจ ในข้อ 1.3 พบว่ามีอัตราการตอบกลับเพียงจำนวน 77 ราย หรือประมาณร้อยละ 6 เท่านั้น ซึ่งอัตราตอบกลับที่ต่ำมาก อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่ได้ส่งแบบสำรวจซ้ำ เนื่องจากการสำรวจมีความประสงค์เพื่อค้นหาภาพรวมของปัญหา มิได้มุ่งไปที่ขนาดของปัญหา อีกทั้งเพื่อคัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจไว้เพื่อทำการศึกษาในเชิงลึกต่อไป เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยเห็นว่าให้ความสนใจในเรื่องการพิทักษ์สิทธิเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นส่วนที่ผู้วิจัยให้ความสำคัญมากกว่า

นิยามศัพท์

บริษัทประกัน หมายถึง บริษัทที่ประกอบกิจการประกันชีวิต ประกันวินาศภัย ทั้งที่เป็นบริษัทในประเทศและบริษัทสาขาต่างประเทศ

ผู้บริโภคร หมายถึง ผู้เอาประกันที่ทำสัญญาเพื่อรับผลประโยชน์คุ้มครองจากบริษัทประกันชีวิต ประกันสุขภาพและประกันวินาศภัย และรวมไปถึงผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งเป็นผู้บริโภคบริการจากรัฐในด้านการประกันสุขภาพ

ระยะเวลาดำเนินงาน (15 พฤศจิกายน 2541 – 30 มีนาคม 2542)

บทที่ 2

การประกันสุขภาพภาคเอกชน

หลักการประกันสุขภาพคือ การเฉลี่ยความเสี่ยงสำหรับคนกลุ่มมากเพื่อให้ผู้เอาประกันหรือสมาชิกในครัวเรือนที่ได้รับการคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างทันทีเมื่อเจ็บป่วย โดยที่ค่ารักษาพยาบาลไม่ใช่อุปสรรคปิดกั้นไม่ให้เข้าถึงบริการ การประกันสุขภาพในประเทศไทยมีหลายระบบ มีข้อดี ข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ซึ่งแบ่งได้ 4 ประเภทใหญ่ ๆ คือ สวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ การสงเคราะห์โดยรัฐ การประกันสุขภาพภาคบังคับ และการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

การประกันสุขภาพภาคเอกชน

จัดอยู่ในประเภทการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เป็นการประกันภัยอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งบริษัทประกันภัยตกลงจ่ายเงินชดเชยการสูญเสียของผู้เอาประกันภัยเนื่องจากเกิดเจ็บไข้ได้ป่วย การสูญเสียดังกล่าวได้แก่การสูญเสยรายได้ เนื่องจากผู้เอาประกันภัยต้องพักรักษาตัว ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติและการสูญเสียเงินทองของผู้เอาประกันภัยที่ต้องจ่ายเป็นค่าห้อง ค่าอาหารในโรงพยาบาล ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ ค่าบำบัดรักษา ตลอดจนค่าบริการอื่น ๆ ดังนั้นผลประโยชน์อันพึงได้รับจากการประกันสุขภาพคือ เงินชดเชยรายได้ขณะต้องนอนพักรักษาตัวและเงินชดเชยที่จะเบิกได้จากค่ารักษาพยาบาล¹

(ก) ความเป็นมา

การประกันสุขภาพเข้ามาในประเทศไทย โดยบริษัทการแพทย์และสุขภาพไทย จำกัด ซึ่งเปิดดำเนินการเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2521 และได้เริ่มจัดตั้ง "โครงการสุขภาพไทยขึ้น" จากโครงการดังกล่าวนี้เป็นผลให้บริษัทประกันชีวิตบางแห่งขยายงาน เปิดให้บริการประกันสุขภาพขึ้นบ้าง เป็นแบบชดเชยค่ารักษาพยาบาลทั้งแบบธรรมดาและแบบสะสมทรัพย์

ต่อมาบริษัทประกันสุขภาพได้ขยายบริการเพื่อให้การบริการมีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยการรับประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือที่เรียกว่า พีเอ (Personal Accident) เพิ่มเติมอีกประเภทหนึ่ง ปัจจุบันบริษัทประกันสุขภาพจัดอยู่ในประเภทประกันวินาศภัย เพราะรูปแบบของสัญญาหรือกรรมธรรม์ จะเป็นสัญญาที่ให้ความคุ้มครองปีต่อปี²

นอกจากสามารถซื้อประกันสุขภาพกับบริษัทประกันสุขภาพแล้ว ยังสามารถซื้อประกันสุขภาพได้จากการทำสัญญาประกันชีวิตที่มุ่งให้ความคุ้มครองชีวิตของผู้เอาประกัน

¹ สมาคมประกันชีวิตไทย. คู่มือตัวแทนประกันชีวิต, 2535. หน้า 111

² สุธรรม พงศ์สำราญ, พึ่งใจ พึ่งพาและวิรัช ณ สงขลา. หลักการประกันชีวิต. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2528. หน้า 53-55

โดยร้องขอแบบของการเพิ่มเติมในรูปของสัญญาพิเศษเพิ่มเติม (Supplementary benefit rider) ซึ่งจะให้ความคุ้มครองเพิ่มเติมจากสัญญาประกันชีวิต โดยชำระเบี้ยประกันเพิ่มอีกเพียงเล็กน้อย เนื่องจากมีสภาพเป็นสัญญาควบกัน ผู้เอาประกันจะขอเอาประกันภัยในสัญญาพิเศษเพิ่มเติมโดยลำพังโดยปราศจากสัญญาประกันชีวิตที่มีผลบังคับอยู่ไม่ได้

(ข) ประเภทของการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพจำแนกออกได้ 2 ประเภทใหญ่ คือ

1) การประกันการสูญเสียรายได้ หมายถึง ผู้เอาประกันไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเป็นการให้ความช่วยเหลือเงินรายได้ที่ผู้เอาประกันต้องสูญเสียไปในกรณีที่ได้รับบาดเจ็บหรือป่วยไข้จนไม่สามารถประกอบอาชีพประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งลักษณะของการไม่สามารถประกอบอาชีพจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในสัญญา การจ่ายเงินทดแทนจะกำหนดเป็นร้อยละของรายได้ที่ได้รับจริงก่อนการได้รับบาดเจ็บหรือป่วยไข้ เช่น จ่ายให้เป็นรายสัปดาห์ ร้อยละ 75 ต่อสัปดาห์ของรายได้ หรือกำหนดการจ่ายเป็นจำนวนร้อยละของรายได้ที่แท้จริงในวันที่ขอเอาประกัน โดยทั่วไปแล้วจะกำหนดไว้ประมาณร้อยละ 50-70 ของรายได้ซึ่งในกรณีนี้ รายได้ในขณะที่ขอเอาประกันภัยอาจจะไม่เท่ากับรายได้ที่ได้รับก่อนการได้รับบาดเจ็บหรือป่วยไข้ก็ได้

2) การประกันค่ารักษาพยาบาล หมายถึง ค่าใช้จ่ายในเรื่องการรักษาพยาบาลเนื่องจากความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ ค่าใช้จ่าย เช่น ค่าตรวจรักษา ค่าโรงพยาบาล ค่าเวชภัณฑ์ต่าง ๆ

1. สัญญาพิเศษเพิ่มเติมคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลและการผ่าตัด (hospital surgical expense coverage) ซึ่งจะให้ผลประโยชน์เงินทดแทนเป็นค่าห้องและค่าอาหารประจำวันในขณะที่เข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ค่าจ่ายรังสีเอกซเรย์ ค่ายา ค่าห้องผ่าตัด ค่าปรึกษาแพทย์ เป็นต้น จำนวนเงินความคุ้มครองของสัญญาแบบนี้ โดยทั่วไปจะมีข้อจำกัดเป็นจำนวนเงินสูงสุดในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ซึ่งส่วนเกินของข้อจำกัดดังกล่าว ผู้เอาประกันภัยต้องรับผิดชอบเอง
2. สัญญาพิเศษเพิ่มเติมคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาไขว่หน้า (major medical coverage) สัญญาแบบนี้จะให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยกรณีที่รับบาดเจ็บหรือป่วยไข้ เป็นผู้ป่วยหนัก หรือต้องรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ซึ่งให้ผลประโยชน์เงินทดแทนเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อาทิ ค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือพิเศษระหว่างที่อาการหนัก หรือระหว่างพักฟื้น เป็นต้น อย่างไรก็ตาม บริษัทประกันภัยจะจำกัดจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลชั้นสูงในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง เช่น ไม่เกิน 50,000 บาท หรือ 10,000 บาท ต่อการ

เจ็บหรือป่วยใช้ครั้งหนึ่ง ๆ นอกจากนั้นในสัญญาอาจจะมีเงื่อนไขอื่น ๆ เพื่อป้องกันการเรียกร้องค่าใช้จ่ายรายเล็กรายน้อย หรือเรียกร้องย่อย ๆ ไว้ โดยกำหนดเป็นค่าใช้จ่ายส่วนแรกที่ผู้เอาประกันต้องรับผิดชอบเอง เช่น 500 บาท หรือ 1,000 บาทแรกเป็นต้น

3. สัญญาพิเศษเพิ่มเติมคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลรายวัน (hospital confinement coverage) สัญญาแบบนี้จะกำหนดจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นจำนวนเงินที่แน่นอนต่อวันในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง เช่น 200 บาท หรือ 500 บาทต่อวัน จำนวนเงินรายวันนี้จะจ่ายให้เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทุกชนิดที่ผู้เอาประกันจำเป็นต้องชำระ โดยไม่ขึ้นอยู่กับอาการเจ็บป่วยที่เป็น
4. สัญญาพิเศษเพิ่มเติมคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลเฉพาะอย่าง (specified expense coverage) สัญญาแบบนี้จะให้ความคุ้มครองเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉพาะโรคหรือการป่วยใช้ที่ได้ระบุไว้ในสัญญาเท่านั้น เช่น การประกันมะเร็ง การประกันการรักษาเกี่ยวกับเหงือกและฟัน เป็นต้น³

³ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาหลักการประกันภัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ, 2539. หน้า 192-193

บทที่ 3

ปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภค จากการประกันสุขภาพภาคเอกชน

วิธีการในการศึกษาปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากการทำประกันสุขภาพภาคเอกชน ดำเนินการโดย สืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ทั้งที่เป็นภาครัฐ ภาคธุรกิจ และองค์กรพัฒนาเอกชน โดยการสอบถามและสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในระดับกลางหรือระดับสูง ซึ่งถือเป็นผู้แทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากนั้นสำรวจสภาพปัญหาโดยส่งแบบสำรวจไปยังกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มอย่างเฉพาะเจาะจง และคัดเลือกกรณีที่น่าสนใจจากผู้ตอบกลับแบบสำรวจเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาในเชิงคุณภาพ

3.1 ปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากการประกันสุขภาพภาคเอกชนของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลในส่วนนี้ รวบรวมและวิเคราะห์จากเอกสารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสัมภาษณ์ผู้แทนของหน่วยงาน ซึ่งประมวลปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากการประกันสุขภาพภาคเอกชน ได้ดังนี้

3.1.1 กรณการประกันภัย

เป็นหน่วยงานราชการ สังกัดกระทรวงพาณิชย์ ตั้งขึ้นเพื่อควบคุมกิจการประกันภัยในประเทศไทย ซึ่งรวมถึงการรับเรื่องราวร้องทุกข์จากผู้บริโภค เพื่อทำหน้าที่พิจารณา ประนีประนอมและวินิจฉัยชี้ขาดเกี่ยวกับการจ่ายค่าสินไหมทดแทน

จากการรวบรวมข้อมูลของกรณการประกันภัยพบว่า ได้มีการเก็บสถิติการรับเรื่องราวเรียนค่าสินไหมทดแทนและการไกล่เกลี่ยประนีประนอมค่าสินไหมทดแทน ไว้สองกลุ่ม คือ กรณีร้องเรียนจากการประกันชีวิต และกรณีร้องเรียนจากการประกันวินาศภัย พบว่า แนวโน้มการร้องเรียนเรื่องของการประกันชีวิตคงที่ แต่กรณีร้องเรียนจากการประกันวินาศภัยเพิ่มขึ้นในระหว่างปี 2540-2541 ดังตารางที่ 3.1 และ 3.2

ตารางที่ 3.1

สถิติการรับเรื่องร้องเรียนค่าสินไหมทดแทนและการไกล่เกลี่ยประนีประนอมค่าสินไหมทดแทน

ประจำเดือนมกราคม 2540 - เดือนธันวาคม 2540

การประกันชีวิต

การประกันวินาศภัย

เดือน	รับเรื่องร้องเรียน (ราย)	ประนีประนอม (ราย)	ค่าสินไหมทด แทน (บาท)	รับเรื่องร้องเรียน (ราย)	ประนีประนอม (ราย)	ค่าสินไหมทด แทน (บาท)
มกราคม	23	12	287,978.72	87	41	3,134,723.55
กุมภาพันธ์	15	5	200,000.00	44	31	1,496,051.00
มีนาคม	25	8	393,200.00	42	91	2,163,963.32
เมษายน	24	5	1,339,196.34	52	35	107,245,959.70
พฤษภาคม	20	7	8,600.00	45	19	1,150,767.10
มิถุนายน	17	13	1,705,741.00	58	35	42,644,569.00
กรกฎาคม	14	6	781,075.80	84	14	277,567.00
สิงหาคม	15	28	2,758,174.03	77	63	4,910,605.69
กันยายน	15	13	612,635.00	79	48	5,500,312.00
ตุลาคม	25	11	811,159.29	110	44	70,419,553.92
พฤศจิกายน	34	21	2,114,645.00	59	93	22,449,762.98
ธันวาคม	11	6	108,245.00	80	40	3,160,905.00
รวม	246	140	11,156,550.18	866	592	274,884,709.62

ที่มา : กรมการประกันภัย

ตารางที่ 3.2

สถิติการรับเรื่องร้องเรียนค่าสินไหมทดแทนและการไกล่เกลี่ยประนีประนอมค่าสินไหมทดแทน

ประจำเดือนมกราคม 2541 - เดือนธันวาคม 2541

การประกันชีวิต

การประกันวินาศภัย

เดือน	รับเรื่องร้องเรียน (ราย)	ประนีประนอม (ราย)	ค่าสินไหมทด แทน (บาท)	รับเรื่องร้องเรียน (ราย)	ประนีประนอม (ราย)	ค่าสินไหมทด แทน (บาท)
มกราคม	15	11	795,000.00	86	55	3,932,370.00
กุมภาพันธ์	16	10	367,883.00	76	24	4,372,987.00
มีนาคม	15	14	2,620,833.00	88	85	12,409,912.00
เมษายน	17	23	1,472,445.00	133	77	10,477,791.00
พฤษภาคม	16	4	0.00	106	23	2,487,642.00
มิถุนายน	26	14	39,287.00	110	59	17,626,374.27
กรกฎาคม	18	6	2,000.00	85	33	4,178,644.45
สิงหาคม	23	20	8,733,356.00	46	79	33,208,462.18
กันยายน	29	12	22,973.00	61	37	3,482,599.83
ตุลาคม	19	11	422,160.00	80	59	16,358,713.92
พฤศจิกายน	22	12	15,464.00	76	64	31,908,704.00
ธันวาคม	17	17	368,960.00	81	74	4,029,504.00
รวม	233	154	14,860,361.00	1,028	669	144,473,704.65

ที่มา : กรมการประกันภัย

การดำเนินงานเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคของกรมการประกันภัยมีวิธีการในการแก้ไขปัญหา ดังนี้ พยายามไกล่เกลี่ยประนีประนอมหรือเป็นคนกลางระหว่างผู้บริโภคที่ร้องเรียนกับบริษัทประกันภัย โดยกรมการประกันภัยจะพิจารณาจากสัญญาประกันภัยเป็นหลัก ถ้าพบว่าบริษัทประกันภัยเป็นฝ่ายผิดจะดำเนินการให้บริษัทประกันภัยชดเชยค่าสินไหมทดแทนกับผู้บริโภคตามสิทธิที่ควรได้ หรือไกล่เกลี่ยเจรจาให้ผู้บริโภคพอใจแม้ว่าบางครั้งจะได้รับการชดเชยค่าสินไหมไม่เต็มจำนวน ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากบริษัทประกันภัยยื่นกระบวนการปฏิเสธการจ่าย

จากตารางที่ 3.1 และ 3.2 จะเห็นภาพรวมของการไกล่เกลี่ยประนีประนอมมีแนวโน้มเฉลี่ยคงที่ กล่าวคือ จากจำนวนร้องเรียนทั้งสิ้น 1,112 ราย ในปี 2540 กรมการประกันภัยสามารถไกล่เกลี่ยประนีประนอมได้ 732 ราย (คิดเป็นร้อยละ 65.8) และในปี 2541 จากจำนวนร้องเรียนทั้งสิ้น 1,261 ราย สามารถไกล่เกลี่ยประนีประนอมได้ 823 ราย (คิดเป็นร้อยละ 65.2) เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนร้องเรียนที่เพิ่มขึ้น การไกล่เกลี่ยประนีประนอมยังอยู่ในระดับไม่น่าพอใจ เพราะผู้ร้องเรียนที่ไม่สามารถยุติเรื่องได้ จะมีปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

ปัญหาจากการรวบรวมข้อมูลการร้องเรียนที่เกิดจากการประกันสุขภาพ ตลอดจนแนวโน้มการแก้ปัญหา พบว่าฐานข้อมูลของกรมการประกันภัยไม่ได้แบ่งแยกประเด็นการประกันสุขภาพภาคเอกชนออกจากการประกันชีวิตและประกันวินาศภัยอย่างชัดเจน กรณีมีผู้ร้องเรียนเกี่ยวกับประกันสุขภาพ หากเป็นสัญญาชนิดแนบท้ายกรมธรรม์หลักประกันชีวิต ข้อมูลการร้องเรียนจะรวมอยู่ในกรณีประกันชีวิต แต่หากเป็นสัญญาหลักประกันสุขภาพ ข้อมูลจะรวมอยู่ในกรณีประกันวินาศภัย เนื่องจากสัญญาประกันสุขภาพเป็นสัญญาเบ็ดเตล็ดชนิดหนึ่ง ด้วยข้อจำกัดดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถหาขนาดของปัญหา ที่ผู้บริโภคถูกละเมิดสิทธิจากการประกันสุขภาพภาคเอกชนได้จากหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องการประกันภัย

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ประจำกองนิติการ กรมการประกันภัย ได้แสดงทัศนะเรื่องสภาพปัญหาการถูกละเมิดสิทธิของผู้บริโภค ดังนี้

1. ปัญหาจากบริษัทประกัน บริษัทปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทน โดยอ้างว่า
 - อยู่นอกเหนือจากกรมธรรม์คุ้มครอง
 - อ้างว่าปกปิดข้อมูล
 - ไม่ปฏิเสธแต่จ่ายไม่ครบตามสิทธิประโยชน์หรือจ่ายล่าช้า
2. ปัญหาจากตัวแทนการขาย ผู้ร้องเรียนระบุว่า ตัวแทนให้ข้อมูลบิดเบือนหรือปิดบังไม่ตรงกับกรมธรรม์ หรือตัวผู้เอาประกันภัยเองเชื่อถือในข้อมูลของตัวแทนขายมากเกินไป เมื่อทำประกันกับตัวแทนที่ไม่มีจรรยาบรรณหวังผลประโยชน์จากการขาย ผู้เอาประกันภัยจะเสียผลประโยชน์เมื่อต้องการเบิกค่าสินไหมทดแทน
3. ปัญหาที่ตัวผู้เอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัยส่วนใหญ่ไม่ค่อยเข้าใจตัวสัญญา กล่าวคือผู้เอาประกันภัยไม่มีข้อมูลและไม่มีความรู้ซึ่งทำให้เสียผลประโยชน์ บางครั้งทำประกันผิดพลาด โดยไม่รู้ตัว

4.ปัญหากฎหมาย การดำเนินการทางกฎหมายที่นอกเหนือจากการไกล่เกลี่ยของ
กรมการประกันภัย ในกรณีผู้เอาประกันภัยต้องการฟ้องร้องทางศาล กระบวนการมีความ
ล่าช้าและบทลงโทษไม่เด็ดขาด

3.1.2 ศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

เป็นองค์กรสาธารณประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค มีกิจกรรมหลักที่สำคัญ
คือ การเปิดบริการรับเรื่องราวร้องทุกข์มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 ในระหว่างปี พ.ศ.2537-
พ.ศ.2541 พบว่ามีจำนวนผู้ร้องเรียนเรื่องประกันชีวิตจำนวนทั้งสิ้น 30 ราย ในจำนวนนี้มี
ปัญหาการร้องเรียนเกี่ยวกับประกันสุขภาพจำนวน 7 ราย ซึ่งเป็นปัญหาเรื่องถูกปฏิเสธค่า
สินไหม

จากการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่มูลนิธิ ฯ ได้แสดงทัศนะถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้บริโภคถูก
ละเมิดสิทธิ ดังนี้

1.สัญญาประกันสุขภาพเป็นสัญญาแนบท้ายกรมธรรม์หลัก ทำให้ผู้เอาประกันภัย
ไม่ได้ศึกษาข้อมูลอย่างรอบคอบ ประกอบกับข้อสัญญาที่อ่านเข้าใจยากและขนาดตัวอักษร
ที่เล็กมาก

2.ตัวแทนขายไม่มีจรรยาบรรณ

3.บริษัทส่วนใหญ่มีแนวโน้มปฏิเสธการจ่ายไว้ก่อน จนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่า ผู้เอา
ประกันภัยมีหลักฐานจริง ถึงจะจ่ายค่าสินไหมอย่างครบถ้วน

4.ความไม่รอบคอบหรือความไว้วางใจตัวแทนขายของผู้เอาประกัน ทำให้ไม่ได้อ่าน
และเขียนใบคำร้องขอเอาประกันเอง ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหาบริษัทมักจะยกข้ออ้างเรื่องการ
ปกปิดข้อมูลของผู้เอาประกันภัยมาเป็นเหตุผลในการปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทน
โดยเฉพาะประเด็นสุขภาพจะพบมากที่สุด

3.1.3 ผู้ประกอบธุรกิจ โดยสมาคมประกันชีวิตไทย

ตัวแทนจากสมาคมประกันชีวิตไทย ให้สัมภาษณ์ว่า คนไทยปัจจุบันทำประกันสุ
ภาพประมาณร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีก่อน ๆ มากพอสมควร เมื่อ
เทียบกับบรรดาประเทศเพื่อนบ้านของไทย

ปัญหาสำคัญที่พบในการประกันสุขภาพ ได้แก่

1.การขาดความร่วมมือในหมู่สมาชิกของบริษัทประกันชีวิต เช่น ปัญหาตัว
แทนขายประกันไม่มีคุณภาพ เพราะไม่มีบทลงโทษโดยสมาคม ฯ ดังนั้นมาตรฐานของตัว
แทนต้องขึ้นอยู่กับแต่ละบริษัท

2.ผู้บริโภคยังไม่เข้าใจถึงประโยชน์ของการทำประกันชีวิต โดยรวมผู้บริโภคไม่มี
ความรู้พื้นฐานเรื่องการประกัน ในขณะที่สมาคมยอมรับว่า การสร้างความเข้าใจทำได้ยาก

3. ปัจจุบันมีผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันสุขภาพ ไม่น้อยกว่า 2.5 ล้านฉบับทั้งระบบ ในจำนวนนี้มีผู้มาใช้สิทธิคำรักษาพยาบาลประมาณร้อยละ 25 สมาคมระบุว่า ปัญหาในการเบิกค่าสินไหมที่พบคือ ผู้บริโภคปกปิดข้อมูลมีปัญหาป่วยแล้วมาทำประกัน กรณีที่ผู้บริโภคฟ้องร้องบริษัทเรื่องระยะเวลาจ่ายมีน้อย เพราะบริษัทก่อนจะปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมจะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบและมีเหตุผลเพียงพอ เนื่องจากการประกันภัยถือเป็นส่วนหนึ่งของการค้าเป็นการขายตรง มีกรมการประกันภัยดูแลให้ธุรกิจอยู่ในทางที่เหมาะสม ให้ผู้บริโภคได้รับผลประโยชน์สูงสุดตามกฎหมายและเงื่อนไข หากใครก็ตามมาเบิกค่าสินไหมดูแล้วไม่ถูกต้อง ย่อมจะไม่มีกรจ่าย แต่ถ้าหากถูกต้องไม่เคยปฏิเสธ ปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถชี้แจงกันได้โดยมีกรมการประกันภัยเป็นคนกลาง

3.1.4 ตัวแทนขายประกัน โดยสมาคมตัวแทนขายประกัน

เนื่องจากข้อมูลที่ไม่เท่ากันระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจและผู้บริโภค จึงต้องมีระบบตัวแทนขายประกันเข้ามามีบทบาทในการเชื่อมสองฝ่ายเข้าหากัน ตัวแทนขายประกันถือเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลสูงในการตัดสินใจซื้อหรือไม่ซื้อประกัน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ตัวแทนจากสมาคมตัวแทนขายประกัน ระบุปัญหาสำคัญ ดังนี้

1. สมาคมตัวแทนขายประกันเองไม่มีประสิทธิภาพในการดูแลและควบคุมตัวแทนขายได้ เพราะตามความเป็นจริง ตัวแทนขายจะขึ้นตรงกับบริษัทที่ตนทำงานขายอยู่มากกว่าสมาคมตัวแทนขายประกัน ดังนั้นตัวแทนขายจากบริษัทใหญ่ ๆ จะไม่ให้ความสำคัญกับสมาคมตัวแทนขายประกัน แต่จะมีการรวมตัวกันเองขึ้นเป็นสมาคมในบริษัทแต่ละแห่ง อบรมให้ควมรู้ข้อมูลกันเองในหมู่นักขายของบริษัท ซึ่งจะเน้นความสำคัญของการขายกรรมธรรมิให้ไ้ดีมาก ไม่ค่อยเน้นเรื่องคุณธรรมในการขาย
2. ตัวแทนขาย มีทั้งผู้ที่ก่อปัญหาให้กับบริษัทและกับผู้บริโภค ในกรณีที่ตัวแทนไม่นำเงินเบี้ยประกันภัยส่งบริษัท ตัวแทนประเภทนี้ถ้ากรมการประกันภัยไม่ถอนใบอนุญาตบริษัทก็พร้อมยกเลิกการให้เป็นตัวแทน แต่ถ้าเป็นปัญหาลักษณะอื่น ๆ เช่น ปิดบังข้อมูลผู้บริโภค ไม่ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง หรือแย่งลูกค้า ส่วนใหญ่แล้วบริษัทจะไม่ลงโทษ
3. ตัวแทนขายมีจำนวนมากแต่ที่มีคุณภาพมีน้อย ตัวแทนขายปัจจุบันเป็นจำนวนแสนราย ควบคุมคุณภาพได้ยาก
4. ใบอนุญาต สำหรับชาวเรื่องการซื้อใบอนุญาต เป็นเรื่องที่ตรวจสอบไม่ได้ ไม่มีหลักฐานยืนยันว่าเป็นจริง

จากการรวบรวมข้อมูลเอกสารและการสัมภาษณ์หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พอที่จะสรุปลักษณะปัญหาสำคัญได้ว่า ตัวแทนขายประกันไม่มีคุณภาพหรือขาดจรรยาบรรณเป็นปัญหาที่สำคัญที่ทุกกลุ่มเห็นร่วมกัน อย่างไรก็ตามมุมมองหรือการยอมรับปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแต่ละแห่งแตกต่างกันตามหน้าที่และบทบาทที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะประเด็น

เรื่องการจ่ายค่าสินไหม ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความขัดแย้งกันระหว่างผู้บริโภครับกับบริษัทประกันภัย ถ้าบริษัทประกันภัยไม่ยอมรับว่า สิ่งที่ผู้บริโภคกล่าวถึงเป็นปัญหาแล้ว การดำเนินการแก้ปัญหาจะกระทำได้อีก ดังตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 : สรุปลักษณะปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากการทำประกันสุขภาพเอกชน ในทัศนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ลักษณะปัญหา	กรมการ ป ร ะ กันภัย	มู ล นิธิ เพื่ อ ผู้ บริโภค	สมาคม ประกัน ชีวิตไทย	สมาคม ตัวแทน ข า ย ประกัน
1.ตัวแทนขายไม่มีคุณภาพ/จรรยาบรรณ	**	**	**	**
2.ผู้บริโภคไม่มีพื้นฐานความรู้เรื่องการทำประกันสุขภาพ	**	**	**	-
3.บริษัทปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทน	**	**	-	-
4.บริษัทจ่ายค่าสินไหมทดแทนไม่ครบตามสิทธิประโยชน์	**	**	-	-
5.กลไกควบคุมคุณภาพตัวแทนขายไม่มีประสิทธิภาพ	-	-	**	**
6.ผู้บริโภคปกปิดข้อมูลในการทำสัญญาประกันสุขภาพ	**	-	**	-
7.กลไกให้ความช่วยเหลือผู้บริโภคจากการถูกละเมิดสิทธิไม่มีประสิทธิภาพ	**	**	-	-

3.2 สถานการณ์ปัญหาจากการสืบค้นโดยตรงกับผู้บริโภค

เมื่อรวบรวมข้อมูลลักษณะปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากการประกันสุขภาพภาคเอกชนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ประมวลปัญหาต่าง ๆ พัฒนาเป็นแบบสำรวจ "ปัญหาผู้บริโภคกรณีการทำประกันสุขภาพเอกชน" และส่งทางไปรษณีย์ไปยังกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือก เป็นผู้บริโภคที่ประสบปัญหาการละเมิดสิทธิจริงและร้องเรียนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 506 ราย และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยเห็นว่ามีความสนใจในการพิทักษ์สิทธิผู้บริโภคจากเครือข่ายองค์กรผู้บริโภค และสมาชิกวารสารฉลาดซื้อ จำนวน 800 ราย รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 1,306 ราย อัตราการตอบกลับแบบสำรวจค่อนข้างต่ำ มีเพียงจำนวน 76 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 6 ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยไม่ได้ส่งแบบสำรวจซ้ำ เนื่องจากมีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อสำรวจสภาพปัญหา และคัดเลือกกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจจากผู้ตอบกลับแบบสำรวจเพื่อทำการวิจัยเชิงคุณภาพต่อไป

- 3.2.1 ข้อมูลทั่วไป เพศชายร้อยละ 42 (จำนวน 32 ราย) เพศหญิง ร้อยละ 58 (จำนวน 44 ราย) ระดับการศึกษา ปริญญาตรีสูงสุดร้อยละ 59 (จำนวน 45 ราย) มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 18 (จำนวน 14 ราย) ส่วนใหญ่รายได้อยู่ในช่วง 10,000-50,000 ร้อยละ 63 (จำนวน 48 ราย) รองลงมาอยู่ในระดับ ระหว่าง 5,000 - 10,000 ร้อยละ 14 (จำนวน 11 ราย) และมากกว่า 50,000 ร้อยละ 9 (จำนวน 7 ราย)
- 3.2.2 เหตุผลการทำประกันสุขภาพและแรงจูงใจ พบว่าผู้บริโภคส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 63 เคยทำประกันสุขภาพ (จำนวน 48 ราย) ไม่เคยร้อยละ 37 (จำนวน 28 ราย) ซึ่งเหตุผลสำคัญที่ทำประกันสุขภาพ เนื่องจากเห็นประโยชน์ของการทำประกันสุขภาพร้อยละ 58 (จำนวน 28 ราย) ถูกชักชวนโดยตัวแทนขายประกัน ร้อยละ 27 (จำนวน 13 ราย) ทำประกันกลุ่มโดยบริษัทร้อยละ 8.3 (จำนวน 4 ราย) และร้อยละ 6 (จำนวน 3 ราย) ระบุว่า เพราะมีเพื่อน/ญาติเป็นตัวแทนขาย จึงสนใจทำประกัน
- 3.2.3 ความรู้ความเข้าใจเรื่องประกันสุขภาพของผู้บริโภคพบว่า ผู้บริโภคที่เคยทำประกันสุขภาพประเมินว่าตัวเองมีความรู้่น้อย สูงถึง ร้อยละ 56 (จำนวน 27 ราย) ประเมินว่าตัวเองมีความรู้ระดับมากร้อยละ 33 (จำนวน 16 ราย) ร้อยละ 10.4 (จำนวน 5 ราย) ตอบว่า ไม่มีความรู้ในเรื่องของกรมธรรม์ประกันสุขภาพเลย
- 3.2.4 แหล่งข้อมูลซึ่งผู้บริโภคใช้ในการตัดสินใจทำประกันสุขภาพ พบว่า ผู้บริโภคจะรับฟังข้อมูลจากตัวแทนขายประกันเป็นอันดับแรก ร้อยละ 71 (จำนวน 34 ราย) ร้อยละ 25 (จำนวน 12 ราย) ตอบว่า ศึกษาด้วยตนเอง ร้อยละ 4.1 (จำนวน 2 ราย) ตอบว่าได้ข้อมูลจากบริษัทประกันชีวิต
- 3.2.5 ประสบการณ์ปัญหาการละเมิดสิทธิจากการประกันสุขภาพภาคเอกชน พบว่าผู้บริโภคที่เคยทำประกัน ร้อยละ 58 ไม่เคยถูกละเมิดสิทธิ (จำนวน 28 ราย) และร้อยละ 42 (จำนวน 20 ราย)ตอบว่าเคยถูกละเมิดสิทธิจากการทำประกันสุขภาพ
- 3.2.6 ลักษณะปัญหาที่สำคัญ
- ปัญหาเรื่องการเบิกค่าสินไหม ร้อยละ 50 (จำนวน 10 ราย)
 - บริษัทรับประกันแต่บอกยกเลิก ร้อยละ 20 (จำนวน 4 ราย)
 - บริษัทปฏิเสธไม่รับประกัน ร้อยละ 15 (จำนวน 3 ราย)
 - ปัญหาจากการที่โรงพยาบาลไปเบิกค่ารักษากับบริษัทประกันโดยตรง ร้อยละ 10 (จำนวน 2 ราย)
 - อื่น ๆ ทำกรมธรรม์ผิดประเภท ร้อยละ 5 (จำนวน 1 ราย)

- 3.2.7 ความคิดเห็นของผู้บริโภคต่อสาเหตุของการละเมิดสิทธิจากการสำรวจพบว่า สาเหตุที่สำคัญคือ การไม่มีโอกาสศึกษาเอกสารโดยถี่ถ้วนมากที่สุด ร้อยละ 39 (จำนวน 30 ราย) รองลงมา ร้อยละ 37 (จำนวน 28 ราย) เห็นด้วยว่า ตัวแทนขายไม่มีความรับผิดชอบต่อผู้เอาประกันภัย ร้อยละ 32 (จำนวน 24 ราย) เห็นด้วยว่า บริษัทประวิงเวลาการจ่ายค่าสินไหมจนกว่าจะมีการร้องเรียน ร้อยละ 29 (จำนวน 22 ราย) เห็นด้วยว่า ผู้เอาประกันภัยไม่ได้เขียนสัญญาเอง จึงทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน และร้อยละ 14 (จำนวน 11 ราย) เห็นด้วยว่า บริษัทประกันภัยมีปัญหากับโรงพยาบาลทำให้เกิดผลกระทบกับผู้เอาประกันภัย
- 3.2.8 บริษัทที่เกิดปัญหากับผู้บริโภค มีการระบายรายชื่อบริษัทประกันภัย 5 บริษัท
- 3.2.9 ความคิดเห็นต่อบทบาทตัวแทน วิเคราะห์ได้ 3 ประเด็นคือ พนักงานขายไม่ค่อยมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้บริโภคหรือเพิกเฉยเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ตัวแทนไม่มีจรรยาบรรณ และตัวแทนไม่มีอำนาจในการตัดสินใจแก้ปัญหา ต้องขึ้นอยู่กับนโยบายบริษัท
- 3.2.10 วิธีการแก้ไขปัญหาของผู้บริโภคที่ตอบว่า เคยถูกละเมิดสิทธิ 20 ราย คือ 1) ร้องเรียนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมการประกันภัย ร้อยละ 35 (จำนวน 7 ราย) 2) เจรจากับบริษัทด้วยตนเองจนบริษัทยอมชดใช้ ร้อยละ 25 ราย (จำนวน 5 ราย) 3) ร้องเรียนสื่อมวลชนในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ร้อยละ 5 (จำนวน 1 ราย) 4) เลิกส่งเบี้ยประกันจำนวนร้อยละ 15 (จำนวน 3 ราย)
- 3.2.11 ระยะเวลาที่ผู้บริโภคใช้ในการดำเนินการแก้ไขปัญหา ระยะเวลาต่ำสุด 3 เดือนและสูงสุด 2 ปี
- 3.2.12 ความคิดเห็นของผู้บริโภคต่อข้อเสนอเพื่อการแก้ไขปัญหาละเมิดสิทธิ คือ การดูแลควบคุมจรรยาบรรณตัวแทนขาย มาตรการป้องกันปัญหา โดยตัวผู้เอาประกันต้องศึกษาข้อมูลอย่างละเอียดก่อนทำสัญญา
- 3.2.13 ความคิดเห็นต่อข้อเสนอแนะในการป้องกัน คือ ผู้เอาประกันภัยต้องหาความรู้และศึกษาเอกสารให้รอบคอบ หน่วยงานของรัฐต้องมีมาตรการทางกฎหมายที่ได้ติดต่อกับบริษัทประกันที่มีปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภค

บทที่ 4

15 กรณีศึกษา

การละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากการประกันสุขภาพภาคเอกชน

วิธีการศึกษา

1. รวบรวมรายชื่อกรณีศึกษาที่น่าสนใจ ดังนี้

- 1.1 ร้อยเรียนที่กรมการประกันภัย คัดเฉพาะกรณีที่เกิดปัญหาจากการถูกละเมิดสิทธิจากการประกันสุขภาพ ในระหว่างปี 2539 – มิถุนายน 2541 จำนวน 50 ราย
- 1.2 ร้อยเรียนกับศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค จำนวน 5 ราย
- 1.3 กรณีที่น่าสนใจจากผู้ตอบกลับแบบสำรวจ จำนวน 20 ราย

2. ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นและพิจารณาความเป็นไปได้ ในข้อ 1.1 และ 1.2 คัดเลือกไว้จำนวน 10 ราย

3. กรณีตัวอย่างที่น่าสนใจทั้งหมดรวม 30 ราย มีเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกเป็นกรณีศึกษาดังนี้

- 3.1 กรณีผู้บริโภคประสบความสำเร็จในการดำเนินการด้วยตนเอง
- 3.2 กรณีผู้บริโภคร้องเรียนกับหน่วยงานรัฐ
- 3.3 กรณีผู้บริโภคร้องเรียนหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สื่อมวลชน องค์กรพัฒนาเอกชน
- 3.4 ระยะเวลาที่เกิดปัญหาอยู่ระหว่าง ปี 2539 – มิถุนายน 2541
- 3.5 มีความน่าเชื่อถือของข้อมูลและความเป็นไปได้ในการศึกษาและติดตามข้อมูลเพิ่มเติม

4. ดำเนินการติดต่อโดยใช้การสื่อสารทางจดหมายทุกกรณี ทางโทรศัพท์และไปพบที่บ้าน เพื่อสอบถามความยินยอม ปรากฏว่า มีกรณีที่ได้รับความยินยอมและมีความเชื่อถือได้ของข้อมูลตลอดจนมีวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลาย จำนวน 15 กรณี

5. สัมภาษณ์เชิงลึกกรณีศึกษา

กรณีที่ 1

ธนาวุฒิ อายุ 38 ปี

อาชีพ ผู้บริหารระดับสูง บริษัทเอกชน

ก่อนตัดสินใจเสนอขอเอาประกัน

ธนาวุฒิได้รับการชักชวนจากตัวแทนขายของบริษัทประกันภัย ซึ่งเป็นคนรู้จักคุ้นเคย ตัวแทนให้ข้อมูลเรื่องประโยชน์ของการทำประกันชีวิต พร้อมเสนอให้ซื้อสัญญาพิเศษเพิ่มเติมอุบัติเหตุส่วนบุคคล และคุ้มครองสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ได้รับการชักชวนให้ร่วมเป็นตัวแทนขายด้วย การตัดสินใจทำประกันชีวิตครั้งนี้มีเหตุผลสำคัญ คือ ต้องการช่วยตัวแทนให้มีรายได้ ทั้งนี้เพราะโดยส่วนตัวแล้วธนาวุฒิมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทที่ทำงานอยู่แล้ว

การทำความเข้าใจเรื่องสัญญาประกันภัย ธนาวุฒิได้ข้อมูลจากตัวแทนประกันเป็นหลัก ซึ่งให้ข้อมูลรายละเอียดในเรื่องสิทธิประโยชน์เป็นส่วนใหญ่

ปัญหา

ประมาณเดือนมีนาคม 2540 ธนาวุฒิขับรถมอเตอร์ไซด์กลับบ้าน รถล้มหมดสติ มาทราบเรื่องในภายหลังว่า ตำรวจเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาลซึ่งใกล้ที่เกิดเหตุที่สุด ต่อมาตำรวจติดต่อไปยังคนรู้จักของธนาวุฒิ โดยดูจากหลักฐานในตัว จึงได้เพื่อนจากที่ทำงานมาดูแลและหาว่าไม่มีสติ เมื่อได้สติแล้ว ธนาวุฒิสอบถามกับพรรคพวก ไม่พบว่าตัวแทนประกันเข้ามาติดต่อแต่อย่างใด เมื่ออยู่ในโรงพยาบาลแห่งนั้นไม่ค่อยสบายนัก จึงแจ้งกับทางโรงพยาบาลเพื่อขอย้ายไปโรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งหนึ่ง และพักรักษาตัวอยู่ประมาณ 10 วัน ในระหว่างนั้นธนาวุฒิทราบว่าตัวแทนประกันได้มาคุยกับคนรู้จักที่ดูแลอยู่ว่า ให้หาเงินมาจ่ายค่ารักษาไปก่อน บริษัทประกันภัยรับผิดชอบแน่นอน

ธนาวุฒิจ่ายค่ารักษารวมหนึ่งแสนเจ็ดหมื่นบาท โดยยืมเงินจากคนรู้จักและเพื่อน ๆ มาจ่ายไปก่อน ซึ่งแน่นอนว่าต้องมียอดดอกเบี้ยเกิดขึ้น เมื่อออกจากโรงพยาบาลไปทำเรื่องขอเบิกค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิในกรมธรรม์ โดยติดต่อกับบริษัทประกันภัยที่สาขาสมุทรปราการ บริษัทประกันภัยไม่ให้ความสะดวกในการติดต่อ อ้างเรื่องขั้นตอนที่ยังต้องตรวจสอบซึ่งต้องใช้ระยะเวลาตรวจสอบพอสมควร ธนาวุฒิพยายามไปติดต่อหลายครั้งก็ได้รับคำอ้างเช่นเดิม ความลำบากของธนาวุฒิก็คือ การที่สภาพร่างกายยังไม่แข็งแรงสมบูรณ์ ส่วนความกังวลใจคือ เงินที่ยืมมาเป็นค่ารักษาพยาบาลนั้น ต้องเสียดอกเบี้ยเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ยืดออกไป ธนาวุฒิพยายามพูดคุยกับตัวแทนและเคยพากันไปติดต่อยังสำนักงานใหญ่ด้วย ซึ่งไม่มีประโยชน์อะไร ยังได้รับการอ้างเรื่องขั้นตอนการดำเนินการตรวจสอบเช่นเดิม

การแก้ไขปัญหา

เมื่อธนาวุฒิเห็นว่า บริษัทมีท่าทีเหมือนกับจะยืดเวลาการจ่ายออกไปเรื่อย ๆ เพราะได้ติดต่อไปหลายครั้งไม่ประสบผล จึงเดินทางมาร้องเรียนด้วยตนเองที่กรมการประกันภัย ลำดับต่อมาเนื่องจากธนา

วุฒิเป็นคนที่กว้างขวางรู้จักสื่อมวลชนหลายแขนง จึงเขียนบทความลงหนังสือพิมพ์ เขียนแถลงการณ์ข้อเท็จจริง ส่งไปยังบริษัทประกันภัยและกรรมการประกันภัย เป็นการบีบให้ทั้งสองส่วนเร่งดำเนินการ

ต่อมาทางกรรมการประกันภัยได้เรียกให้บริษัทประกันภัยและตัวแทนขายมาพบกับธนาวุฒิเพื่อไกล่เกลี่ย ปรากฏว่า ครั้งแรกบริษัทประกันภัยไม่มาตามนัดหมาย กรรมการประกันภัยต้องเรียกครั้งที่สอง การเจรจาจึงเริ่มได้ บริษัทประกันภัยยินยอมจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ แต่ไม่ครบถ้วนตามสิทธิที่ธนาวุฒิเคยทราบมาก่อน เช่น เรื่องค่าห้องที่ได้ต่ำกว่าสิทธิที่ควรได้ แต่ธนาวุฒิไม่ติดใจ สิ่งที่เรียกร้องให้กรรมการประกันภัยกระทำคือ ถอนใบอนุญาตของตัวแทน เพราะเห็นว่าเหตุการณ์ทั้งหมดเกิดเพราะตัวแทนประกันไม่มีจรรยาบรรณ ระหว่างที่เจ็บป่วยก็ไม่มาสนใจ ไม่เหมือนเมื่อตอนที่เข้ามาขอให้ซื้อประกัน คำร้องของธนาวุฒิได้รับการตอบรับ ตัวแทนประกันรายนี้ถูกถอนใบอนุญาต รวมระยะเวลาที่ต้องดำเนินการแก้ไขปัญหา 3 เดือน

หลังจากผ่านเหตุการณ์ที่ทำให้ขาดบริษัทประกันภัยไป ต่อมาบริษัทประกันภัยคู่สัญญา ได้ทำหนังสือขอยกเลิกสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ โดยอ้างว่า ผู้เอาประกันเป็นโรคเบาหวาน ทั้งที่ตอนตรวจสุขภาพก่อนทำสัญญาร่างกายของธนาวุฒิแข็งแรงปกติดี ความรู้สึกถูกเอาเปรียบถึงจุดแตกหัก ธนาวุฒิทำหนังสือยกเลิกกรมธรรม์หลักและสัญญาเพิ่มเติมอื่น ๆ ที่ทำไว้กับบริษัทประกันภัย โดยไม่ได้เรียกร้องขอเงินเวนคืน

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา

1. กรรมการประกันภัย ต้องเข้าควบคุมบริษัทประกันภัยให้มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
2. เรียกร้องให้บริษัทประกันภัยควรมีความรับผิดชอบต่อสังคมให้มากขึ้น
3. เพิกถอนใบอนุญาตกับบริษัทประกันภัยที่มีปัญหา
4. เพิกถอนใบอนุญาตกับตัวแทนขายประกันที่ไม่มีจรรยาบรรณ
5. ต้องดำเนินคดีทั้งทางแพ่งและอาญา กับบริษัทประกันภัยและตัวแทนที่มีปัญหา

กรณีที่ 2

มนต์ชัย อายุ 44 ปี

อาชีพ วิศวกร

ก่อนตัดสินใจเสนอขอเอาประกัน

มนต์ชัยเห็นความสำคัญของการทำประกันชีวิต เริ่มทำประกันชีวิตครั้งแรกกับบริษัทแห่งหนึ่งก่อน โดยมีสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองอุบัติเหตุร่วมด้วย ต่อมาเห็นว่า ข้อเสนอสัญญาคุ้มครองสุขภาพของบริษัทประกันชีวิตอีกแห่ง ซึ่งรับทราบข้อมูลจากคนรู้จัก ที่เป็นตัวแทนขายประกันของบริษัท ฯ ดังกล่าวว่า ให้สิทธิประโยชน์ที่น่าพอใจ อีกทั้งประกอบกับมนต์ชัยเองมีปัญหาเรื่องทอมซิล ซึ่งไม่ปกติกมีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อย ๆ จึงตัดสินใจขอเสนอเอาประกันกับบริษัทที่เพื่อนแนะนำอีกหนึ่งกรมธรรม์

ปัญหา

เนื่องจากผ่านการทำประกันชีวิตมาครั้งหนึ่ง ความเข้าใจในลักษณะของขั้นตอนการทำประกันจึงมีมากพอสมควร และเพราะเป็นคนใฝ่รู้อย่างยิ่งได้สอบถามข้อมูลกับตัวแทนขายอยู่เสมอ ๆ เมื่อวันที่มนต์ชัยจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันภัย จำนวน 20,000 บาทไปนั้น เป็นวันที่ 25 กรกฎาคม 2540 จากประสบการณ์ที่มนต์ชัยรู้สึกผิดสังเกต เพราะปกติเมื่อจ่ายเงินแล้ว กรมธรรม์จะต้องออกใน 3 สัปดาห์ แต่ในวันที่ 5 สิงหาคม 40 ได้รับจดหมายจากบริษัทประกันชีวิตว่า ต้องขอตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพอย่างละเอียดก่อน จึงขอชะลอการออกกรมธรรม์ จุดที่มนต์ชัยรู้สึกเป็นปัญหา สร้างความกังวลใจคือ เช็คเงินที่มนต์ชัยจ่ายเป็นค่าเบี้ยประกันภัยไปนั้นได้ขึ้นเงินแล้ว หากบริษัทปฏิเสธรับทำประกัน เงินของตนมีกลายเป็นเงินลงทุนของบริษัทไปก่อนหรือ แทนที่จะก่อเกิดดอกผลให้กับมนต์ชัยเอง

การแก้ไขปัญหา

ถึงวันที่ 12 สิงหาคม มนต์ชัยไม่แน่ใจว่ากรมธรรม์จะออกได้หรือไม่ วันที่ 14 สิงหาคมจึงตัดสินใจทำหนังสือถึงกรรมการประกันภัยร้องเรียนพฤติกรรมของบริษัทประกันชีวิต และขอให้มีการตรวจสอบเพื่อป้องกันปัญหาการเอาเปรียบจากบริษัทประกัน

ในระหว่างที่รอคำตอบทั้งจากบริษัทประกันและกรรมการประกันภัย โชคร้ายที่ในช่วงเวลาดังกล่าวนี้อย่างนี้เอง มนต์ชัยได้รับอุบัติเหตุในขณะที่เล่นกอล์ฟ มีอาการบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล มนต์ชัยพยายามขอให้สิทธิจากบริษัทประกันชีวิตที่กรมธรรม์ยังไม่ออก โดยตัวแทนได้เดินเรื่องให้ ปรากฏว่า บริษัทประกันปฏิเสธ อ้างว่าการพิจารณายังไม่แล้วเสร็จและยังไม่ได้รับประกัน โชคดีอยู่บ้างที่มนต์ชัยสามารถใช้สิทธิการคุ้มครองอุบัติเหตุเพิ่มเติมจากประกันภัยของบริษัทประกันชีวิตอีกแห่งได้ แต่ถ้าเทียบกันแล้วสิทธิประโยชน์ ซึ่งควรได้จากสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพที่มนต์ชัยจะได้รับจากบริษัท ประกันชีวิตที่มีปัญหา นับว่าน้อยกว่ามาก

ตัวแทนขายประกันในกรณีนี้ แทบไม่มีบทบาทอะไร เพราะตัวแทนขายเอง ไม่เคยเจอกรณีการ ปฏิเสธการออกกรมธรรม์แบบนี้ ไม่สามารถทำอะไรได้มาก เพราะเป็นนโยบายของบริษัทที่สังกัด

วันที่ 19 กันยายน 2540 กรมการประกันภัยได้ตอบเป็นหนังสือกลับมาว่า กรมธรรม์ของคุณ มนต์ชัยออกแล้วตั้งแต่ วันที่ 3 กันยายน 2540 แต่ไม่ได้แนะนำอะไรเพิ่มอีก ซึ่งมนต์ชัยไม่เข้าใจเลยว่า สิ่งที่ตนเองร้องเรียนไปกรมการประกันภัยนั้นมิได้หมายถึงการที่ตนเองต้องการรู้ว่ากรมธรรม์ออกเมื่อไร แต่ต้องการให้กรมการประกันภัยมีมาตรการต่อสิ่งที่มนต์ชัยรู้สึกกังวลใจในตอนแรกนั้น การตอบเช่นนี้เท่ากับไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาอะไรเลย เรื่องระยะเวลาที่ถูกเอาเปรียบก็ไม่เห็นว่ กรมการประกันภัยชี้แจงอะไร กลับมา

ประเด็นที่มนต์ชัยเห็นว่า บริษัทเอาเปรียบคือ

1.ระยะเวลาที่บริษัทอ้างว่าไปตรวจสอบรายละเอียด บริษัทได้รับเงินไปแล้ว แต่ไม่มีการดำเนินการใด ๆ ให้กับผู้อู่ประกัน ทำให้เสียสิทธิประโยชน์ที่พึงได้ รวมทั้งไม่คืนเงินจำนวนดังกล่าวให้กับผู้อู่ประกัน ซึ่งเงินจำนวนดังกล่าวสามารถไปทำกิจกรรมด้านอื่น ๆ ได้ อีกมาก

2.เมื่อกรมธรรม์ออก แต่ไม่มีผลย้อนหลัง บริษัทไม่ได้ยืดอายุกรมธรรม์ออกไป อีก 2 เดือน ตามที่ควรจะเป็น แต่เมื่อครบกำหนด (วันที่ 25 ก.ค. 2541) กลับเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันปีต่อไป เท่ากับได้จ่ายเงิน 1 ปี แต่ได้รับการคุ้มครองแค่ 10 เดือน

3.การที่บริษัทอ้างว่าต้องนำเงินไปเป็นค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบผู้อู่ประกัน จุดนี้มนต์ชัยเห็นว่า น่าจะมีการกำหนดวงเงินที่เหมาะสม มิใช่ให้บริษัทนำเงินค่าเบี้ยประกันทั้งหมดไปใช้ทำกำไรให้บริษัท ก่อน

4.การทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาของกรมการประกันภัยไม่มีประสิทธิภาพ แม้แต่การทำหนังสือตอบก็เหมือนทำไปตามหน้าที่ ไม่ได้ตอบคำถามอะไรหรือมีมาตรการอะไรเพื่อแก้ไขหรือป้องกันปัญหาให้กับผู้บริโภคได้

"ถ้าสมมติว่าผมตายช่วงนั้น ก็ไม่ได้อะไรเลย" บริษัทเอาเปรียบผู้บริโภคมาก การอ้างว่าบริษัท ต้องมีค่าใช้จ่ายในการสอบสวนหลักฐานนั้น ก็ควรเป็นค่าที่มีการกำหนดไว้อย่างเป็นธรรม มิใช่จ่ายเงินทั้งหมดซึ่งจ่ายเพื่อเป็นเบี้ยประกันไปใช้ กรมการประกันภัยก็ไม่มีมาตรการควบคุมตรงจุดนี้ ซึ่งไม่ใช่ว่า กรมการประกันภัยไม่มีข้อมูล แต่ยังไม่มีการป้องกันแก้ไขที่ชัดเจนมากกว่า

ข้อเสนอเพื่อการป้องกันและแก้ไข

1.ให้บริษัทประกันรับเงินเบี้ยประกันปีแรกแต่เฉพาะส่วนที่คุ้มครองค่าใช้จ่ายไปก่อนจำนวนหนึ่ง และรับส่วนที่เหลือเมื่อออกกรมธรรม์แล้ว

2.หากปฏิเสธการออกกรมธรรม์หรือไม่รับผิดชอบ ต้องคืนเงินพร้อมดอกเบี้ยให้กับผู้อู่ประกัน

กรณีที่ 3

สุธารส อายุ 27 ปี

อาชีพ เกษษกร

ก่อนตัดสินใจเสนอขอเอาประกัน

เมื่อ ปี 2537 ตอนที่สุธารสเรียนอยู่ ระดับปริญญาตรี เพื่อนบ้านซึ่งเป็นตัวแทนขายประกันของบริษัทประกันชีวิต มาบอกขายประกันชีวิตกับมารดาของสุธารสว่า ให้ทำประกันชีวิตให้กับสุธารส โดยตัวแทนพยายามชี้แจงเรื่องสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ มากมายว่า คัดกรองได้ทั้งอุบัติเหตุ สุขภาพ อื่น ๆ จนมารดาคัดลดยตามและตกลงทำประกันชีวิตให้กับสุธารส

กรรมธรรม์หลักที่สุธารสเสนอเอาประกันคือ แบบสะสมทรัพย์ 21 ปี ซึ่งสุธารสยอมรับว่า อ่านกรรมธรรม์ด้วยความไม่เข้าใจ รูปแบบของกรรมธรรม์นอกจากจะอ่านยากแล้ว ยังมีถ้อยคำเป็นสำนวนกฎหมายซึ่งสร้างความไม่เข้าใจให้กับสุธารส แต่ก็เห็นบางจุดที่มีคำที่กล่าวถึงเรื่องสิทธิประโยชน์คล้าย ๆ กับที่ตัวแทนเคยบอกไว้ จึงไม่ผิตสังเกตุอะไร

ปัญหา

สุธารสมิมีปัญหาเรื่องการอ่านกรรมธรรม์ไม่เข้าใจ แต่ปล่อยผ่านไป จนมีเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ความจริงจึงมาปรากฏว่า กรรมธรรม์หลักมีเพียงสัญญาคุ้มครองเพิ่มเติมอุบัติเหตุ ไม่มีการคุ้มครองเรื่องสุขภาพ สุธารสจึงรู้ว่าได้ทำสัญญาผิดประเภท ทำให้ไม่สามารถเบิกค่าสินไหมทดแทนได้ ความรู้สึกคือโกรธตัวแทนประกันที่เป็นเพื่อนบ้านมาก จึงขอเปลี่ยนตัวแทนใหม่ โดยคนใหม่นี้มีอาชีพเป็นครูซึ่งมีความคุ้นเคยกับมารดามาก

สุธารสได้ขอซื้อสัญญาต่อท้ายเพิ่มเติมที่เกี่ยวกับสุขภาพ แต่ด้วยความไว้วางใจหนึ่ง และอาจเพราะความไม่รอบคอบ จึงศึกษาเอกสารไม่ถ้วนถี่ ประกอบกับขณะนั้นตัวแทนประกันคนใหม่ ได้ออกเงินค่าเบี้ยประกันให้ไปก่อน และให้มารดาตนใช้คืนให้ในภายหลัง ไม่รู้จะทำอย่างไรดี เรื่องจึงเลยตามเลย

ต่อมาก็เกิดปัญหาลักษณะเดิมซ้ำอีก คือไม่สามารถเบิกค่ารักษาสุขภาพได้ และสุธารสเองไม่มีความรู้เรื่องการขอเบิกค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทประกันภัย จึงได้นำใบเสร็จไปใช้ในการเบิกกับต้นสังกัดไปแล้ว อย่างไรก็ตามถึงสุธารสจะนำใบเสร็จจริงมาเบิกค่าสินไหมทดแทน ก็ไม่มีผลอะไร เพราะสัญญาต่อท้ายมิได้คุ้มครองสุขภาพ เป็นสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองเฉพาะอุบัติเหตุ ทำให้ความรู้สึกแย่ ๆ เกิดขึ้นอีกครั้ง และที่จดจำไปจนตายเป็นการที่ถูกตัวแทนขายประกัน กล่าวหาว่า “โกง”

การแก้ไขปัญหา

การแก้ไขของสุธารสคือ การบอกเลิกสัญญาเพิ่มเติม คงไว้แต่กรรมธรรม์หลัก ถึงแม้ว่าอย่างไรก็ตามสุธารสไม่อาจฟ้องร้องเอาความกับตัวแทนประกันได้ เพราะหนึ่งเรื่องราวจะวุ่นวายไปมากกว่านี้ สองตัวแทนประกัน เป็นเพื่อนบ้านและคนรู้จักกันคุ้นเคย ทำให้ลำบากใจหากต้องฟ้องร้องกันขึ้น

ประสบการณ์ไม่ดีที่ได้รับจากการทำประกันชีวิตอีกอย่างหนึ่งของสุรารสคือ หลังจากทำประกันได้ สองปี รู้สึกไม่สบายใจอีก จึงเลิกส่งเบี้ยประกัน แต่ทางบริษัท ทำหนังสือแจ้งมาว่า ตนเองเป็นหนี้ เพราะบริษัทได้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้ไปก่อน ตนเองต้องชำระเงินพร้อมดอกเบี้ยที่เกิดขึ้น ซึ่งรู้สึกว่าคุณเอาเปรียบอย่างมาก เพราะบริษัทควรแจ้งให้ทราบก่อนว่าจะดำเนินการจ่ายเงินแทนให้ ไม่ใช่ดำเนินการไปแล้วค่อยมาทวงหนี้ภายหลัง (ผู้สัมภาษณ์ขอดูหนังสือที่ทางบริษัทแจ้งนี้กับคุณสุรารส ปรากฏว่าได้ทำลายไป จึงไม่อาจยืนยันว่าเป็นเรื่องจริง แต่เป็นคำบอกเล่าจากตัวผู้ให้สัมภาษณ์เอง)

ข้อเสนอเพื่อการป้องกันและแก้ไข

- 1.ต้องปรับปรุงคุณภาพของพนักงานขายประกัน ให้มีความรับผิดชอบมากขึ้น ต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน ไม่ใช่หวังแต่ผลประโยชน์เพียงอย่างเดียว
- 2.ต้องประชาสัมพันธ์ให้ผู้ซื้อประกันอย่าใจอ่อนหรือรำคาญ(เกรงใจ) ตัวแทนประกันจนตัวเองเสียประโยชน์ ควรศึกษาก่อนทุกครั้งที่จะตัดสินใจซื้อ

กรณีที่ 4

บุปผชาติ 44 ปี

อาชีพ ค้าขาย

ให้ข้อมูลของสามี สุวรรณ (เสียชีวิต)

ก่อนตัดสินใจเสนอขอเอาประกัน

สุวรรณ เคยทำประกันกับบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่งไว้นานมาแล้ว แต่ก็เลิกไป ต่อมาได้รู้จักกับตัวแทนขายประกันของบริษัทประกันชีวิตอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นตัวแทนขายที่ทำประกันชีวิตให้กับครอบครัวของน้องชาย จึงมีความสนิมสนมกันดี เมื่อตัวแทนขายเข้ามาชักชวนให้ซื้อประกันชีวิต ซึ่งสุวรรณเห็นว่าไม่มีประโยชน์ จึงตกลงเสนอขอเอาประกัน โดยซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองอุบัติเหตุและสุขภาพ ในปี 2538

ปีต่อมาตัวแทนแนะนำว่า ทำประกันสุขภาพกับบริษัท ประกันสุขภาพ ดีกว่า สุวรรณไม่ขัดข้อง เพราะไว้วางใจตัวแทน ซึ่งตลอดเวลาที่ทำประกันให้กับครอบครัวน้องไม่เคยมีปัญหาอะไรเลย

ปัญหา

ประมาณ ปลายปี 2539 สุวรรณเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐด้วยโรค นิ่วในถุงน้ำดี ต้องผ่าตัด ตัวแทนทำเรื่องเบิกค่ารักษาให้ บริษัทจ่ายมาเป็นเงินจำนวน ประมาณ 30,000 บาท หลังจากนั้นสุขภาพของสุวรรณก็ไม่แข็งแรงเรื่อยมาต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย ๆ ซึ่งทางครอบครัวของสุวรรณเองก็ไม่ได้เบิกค่าสินไหมทดแทนทุกครั้ง

จนปี 2541 ซึ่งเป็นปีที่สองของการประกันสุขภาพสุวรรณต้องเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาลแพทย์ เอกชนใกล้บ้าน ตอนนั้นสุวรรณมีอาการของโรคเกี่ยวกับตับ อาการหนัก ตัวแทนได้ทำเรื่องเบิกค่ารักษาพยาบาลให้ แต่ครั้งนี้ทางบริษัทประกันสุขภาพ ปฏิเสธการจ่ายเงิน โดยส่งหนังสือแจ้งว่า ในการทำสัญญาปีที่สอง บริษัทได้ออกยกเลิกการให้ความคุ้มครองในโรค 4 ชนิด ดังนี้ นิ่วในถุงน้ำดี ถุงน้ำดีอักเสบ ตับอักเสบ และโรคเกี่ยวกับตับ โดยอ้างว่า เอกสารเรื่องการบอกยกเลิก ได้แจ้งให้ทางผู้เอาประกันทราบแล้ว และผู้เอาประกันได้ลงลายมือชื่อรับทราบแล้วด้วย

ครอบครัวของสุวรรณยืนยันว่า ไม่เคยรับทราบเรื่องดังกล่าวมาก่อน และไม่เคยลงลายมือชื่อแต่อย่างใดทั้งสิ้น เมื่อไม่สามารถเบิกค่าสินไหมทดแทนได้ ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร จนแพทย์ที่ทำการรักษา สุวรรณแนะนำกับภรรยาที่อุปสมบทว่า ควรไปร้องเรียนที่กรมการประกันภัย จึงมีการติดต่อกรมการประกันภัยเพื่อเรื่องร้องเรียน ทางกรมการประกันภัยได้เรียก ทางบริษัทมาเจรจาไกล่เกลี่ยข้อพิพาท ทางบริษัทแจ้งว่า เป็นความผิดของตัวแทนประกัน ที่ไม่นำข้อมูลไปให้ผู้เอาประกันภัยทราบ ขอให้นางบุปผชาติทำหนังสือกล่าวโทษตัวแทนขายประกัน แล้วบริษัทยินดีจ่ายค่าสินไหมทดแทนให้ทั้งนี้ นางบุปผชาติไม่ต้องการทำเช่นนั้น เพราะถึงอย่างไรตัวแทนก็สนิทสนมกับครอบครัวของน้อง จึงยุติเรื่องเสีย

ต่อมาตัวแทนขายมาพบบุปผชาติเพื่อให้ลงลายมือชื่อยุติเรื่อง บุปผชาติยินดีเพราะต้องการยุติเรื่อง ไม่นานสุวรรณได้เสียชีวิตลง บุปผชาติกับญาตินั้นเกรงว่า จะไม่ได้ค่าปลงศพจากบริษัท ฯ จึงให้แพทย์ลงใบแจ้งว่า เสียชีวิตจากอาการไตวาย (ซึ่งจริง ๆ มีอาการของตับวายด้วย)

ตัวแทนขายมาทำหน้าที่ครั้งสุดท้ายดูแลเรื่องค่าปลงศพให้ ได้เงินมาจำนวน 30,000 บาท แต่ไม่ได้ช่วยให้บุปผชาติและญาติ ๆ รู้สึกดีกับบริษัทประกันภัยขึ้นมาได้ ยังคงรู้สึกว่า ถูกเอาเปรียบมาก ตัวแทนซึ่งควรเป็นคนที่คอยช่วยเหลือ กลับไม่ค่อยสนใจในตัวผู้เอาประกันภัย สุวรรณก่อนเสียชีวิตก็เคยพูดว่า "รู้จะไม่เห็นให้มันก็ดี" บุปผชาติเคยถามกับตัวแทนประกันเหมือนกันว่าทำไมจึงไม่เอาเอกสารเรื่องการบอกเลิกการคุ้มครองโรคมามาให้อ่านเลย ตัวแทนบอกเพียงว่าตนเองไม่ได้อ่านเหมือนกัน

จากบทเรียนครั้งนี้ ทำให้บุปผชาติขีดหาลากับบริษัทประกัน จนตั้งใจว่าจะไม่ขอทำประกันภัยอีกต่อไป

กรณีที่ 5

ศิริอร อายุ 49 ปี

อาชีพ รับราชการ

ก่อนตัดสินใจเสนอขอเอาประกันภัย

ศิริอรไม่เคยทำประกันชีวิตมาก่อนเพราะสวัสดิการที่ได้รับจากส่วนราชการก็น่าพอใจอยู่แล้ว แต่เมื่อรู้สึกว่าจะไม่ยอมอยู่กับงานราชการจนเกษียณ จึงคิดอยากมีหลักประกันอะไรไว้บ้าง เลยสนใจการทำประกันชีวิต เพราะสร้างความมั่นคงให้กับตนเองได้

ประจวบกับมีญาติเป็นตัวแทนขายประกันของ บริษัทประกันชีวิต เข้ามาพบเพื่อชวนทำประกันชีวิต เลยตัดสินใจเสนอขอเอาประกันประเภทชีวิตประเภทสะสมทรัพย์ ซึ่งตัวแทนชักชวนให้ซื้อสัญญาเพิ่มเติมอื่น ๆ รวมถึงสุขภาพด้วย

ปัญหา

การทำประกันชีวิตครั้งนั้นทำสัญญาเมื่อปี 2537 ซึ่งศิริอรคิดว่าพอที่จะส่งเบี้ยประกันไหว ต่อมาภาวะเศรษฐกิจไม่ดี จึงยกเลิกสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพไป แม้เห็นว่าจะมีประโยชน์มาก

การตัดสินใจเลิกสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพทำให้ศิริอรไม่สบายใจและเริ่มลังเล พอภาวะเศรษฐกิจดีขึ้น คิดจะซื้อใหม่อีกครั้ง จึงสอบถามตัวแทนว่าทำอะไรได้ อย่างไร ได้รับคำแนะนำว่า ต้องทำกรรมธรรม์หลักอีกตัวหนึ่งใหม่ แล้วแนบท้ายด้วยสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพใหม่ จึงตัดสินใจทำตามคำแนะนำของตัวแทน

ในระยะต่อมาถูกชักชวนจากตัวแทนซึ่งเป็นญาติ ให้เข้าเป็นตัวแทนขายประกันในหน่วยของญาติ ทักษะส่วนตัวของศิริอรไม่ชอบใจนักกับการขายประกันภัยด้วยตัวแทน เพราะเห็นว่าการเอาเปรียบมาก แต่ยังไม่ได้อธิบายปฏิเสธญาติไปอย่างเด็ดขาด แต่ญาติเข้าใจว่าศิริอรไม่น่าจะมีปัญหาอะไร จึงเปิดเผยข้อมูลหลายอย่างให้ฟัง เมื่อศิริอรถามเรื่องกรรมธรรม์ที่สอง ที่ต้องทำใหม่ ญาติบอกว่า ความจริงไม่ต้องทำตัวหลักตัวใหม่เลย สามารถซื้อเฉพาะประกันสุขภาพได้ ตนรู้สึกว่าการหลอก ถูกเอาเปรียบ เพราะเท่ากับต้องส่งเบี้ยประกันภัยถึง 2 กรรมธรรม์ ถามญาติว่าทำไม ญาติตอบว่า "ถ้าซื้อเฉพาะประกันสุขภาพ เงินส่งเข้าบริษัท ญาติไม่ได้ค่าตอบแทนใด ๆ "

การแก้ไข

หลังจากทราบความจริง ศิริอรจึงหยุดส่งเบี้ยประกันภัยสำหรับกรรมธรรม์อันที่สอง (ซึ่งถูกหลอกให้ทำ) ส่วนตัวแรกทำเรื่องยกเลิก ขอเบี้ยคืน แต่ก็ไม่ได้คิดจะฟ้องร้องอะไรกับตัวแทน เพราะเป็นญาติกัน

นอกเหนือจากโดนหลอกลงให้ทำสองกรรมธรรม์แล้ว ศิริอรเคยมีปัญหारेื่องการจะขอเบิกค่าสินไหม ในครั้งที่เคยเข้ารับการรักษาตัวเข้า ในช่วงปีแรกของการทำประกัน ซึ่งญาติที่เป็นตัวแทนบอกว่า ทำเรื่องเบิกยุ่งยากมาก ให้ตนเองใช้สิทธิจากสวัสดิการราชการจะดีกว่า ยิ่งตอกย้ำให้ศิริอรมองภาพตัวแทนขายประกันว่า ไม่มีจรรยาบรรณมุ่งแต่การขายเพื่อหวังค่าตอบแทนเท่านั้น

ข้อเสนอเพื่อการป้องกันและแก้ไข

ในทัศนะของศิริอร ตราบใดที่บริษัทประกันยังขายประกันแบบขายตรง มีตัวแทนขายที่อบรมมาแต่เรื่องการพยายามหาลูกค้าให้มาก ๆ โดยจะมีผลประโยชน์ตอบแทนสูง ๆ เป็นเครื่องล่อใจ ปัญหาเรื่องประกันภัยที่เกิดจากตัวแทน "แก้ไม่ได้"

1.เสนอให้ยกเลิกตัวแทนขายประกัน โดยน่าจะมียุติอื่นในการขายที่ดีกว่า "เพราะชีวิตเราฝากไว้กับตัวแทน" การประกันภัยโดยเฉพาะสุขภาพ จึงไม่ใช่สินค้าที่จะขายเหมือนขายตรงได้

ตัวแทนนั้นโดยลักษณะจะพยายามหาผลประโยชน์ อนุสัญญาทุกอย่างก็พุ่งเข้ามา โดยไม่คำนึง ถึงศักยภาพ ของผู้เอาประกัน ว่าสามารถจ่ายเบี้ยได้แค่ไหน ทำให้ขาดส่งและเสียผลประโยชน์ไปเอง แต่ตัวแทนได้ประโยชน์ไปแล้ว

2.สำหรับบทบาทของกรมการประกันภัย มองว่า ยังไม่มีบทบาทเท่าที่ควร มีแต่ตามแก้ปัญหา ไม่มีทางไล่ทัน กับบริษัทประกัน และหน่วยงานของรัฐเองไม่เคยคิดจะเป็นฝ่ายรุก

3.ต้องให้ข้อมูลข่าวสารกับประชาชนมากขึ้น จัดรายการวิทยุ หรือสื่ออื่น ๆ เล่าเรื่องบอกเล่าปัญหาให้เป็นบทเรียนกับผู้บริโภคอื่น ๆ

กรณีที่ 6

ปรียมณ อายุ 30 ปี

อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว

ก่อนตัดสินใจเสนอขอเอาประกัน

เมื่อปี 2539 สามีได้พบข้อความโฆษณาในวารสารเกี่ยวกับแม่และเด็ก เรื่องประกันชีวิต ของบริษัทประกันชีวิตแห่งหนึ่ง เป็นแบบที่ให้ความคุ้มครองทั้งผู้เอาประกันและบุตร ปรียมณและสามีเห็นตรงกันว่ามีประโยชน์ สามีคิดว่าถ้ามีอะไรเกิดขึ้นกับตนลูกจะได้ไม่ลำบาก หรือถ้าลูกไม่สบายก็เบิกค่าใช้จ่ายได้

ประจวบกับปรียมณมีเพื่อนเป็นตัวแทนขายประกันของบริษัทแห่งนั้น จึงติดต่อให้เพื่อนดำเนินการให้เพื่อนทำเรื่องให้ตามที่ปรียมณและครอบครัวต้องการ ทั้งสองได้อ่านสัญญาเรียบร้อยแล้วตกลงลงลายมือชื่อ ในวันที่ 19 ส.ค. 2539 และนัดแนะกับเพื่อนว่า ให้มารับเงินในวันถัดมา คือวันที่ 20 ซึ่งในตัวกรมธรรม์เองระบุว่า วันเริ่มสัญญาคือ วันที่ 20 ส.ค. 2539 (ส่วนวันออกกรมธรรม์คือวันที่ 28 ส.ค.2539)

ปัญหา

ระหว่างรอกรมธรรม์ ลูกชายมีอาการไม่สบายจึงพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลซึ่งเด็กไปรักษาตัวที่นั่นเป็นประจำ แพทย์บอกว่า ไม่มีอะไร ปกติดี ปรียมณพาลูกกลับบ้านอย่างสบายใจ แต่หลายวันต่อมาลูกมีอาการไม่สบายอีก จึงพาไปที่คลินิกใกล้บ้านในวันที่ 22 กันยายน 2539 แพทย์ที่คลินิกบอกว่าเด็กมีอาการเกร็งกระตุก ควรรีบพาไปโรงพยาบาลใหญ่ ปรียมณรีบพาลูกไปรักษาที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งแถวอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ โรงพยาบาลรับเด็กเป็นผู้ป่วยใน ต้องอยู่โรงพยาบาล 3 วัน แพทย์ที่โรงพยาบาลแจ้งคร่าว ๆ ว่า ลูกอาจเป็นโรคเกี่ยวกับสมอง การรักษาสามวันนั้นครอบครัวปรียมณไม่ได้เรียกร้องขอเบิกค่าสินไหมทดแทนแต่อย่างใด

ผ่านมาอีกประมาณ 5 เดือน (มีนาคม 2540) ปรียมณต้องพาลูกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กอีกร่วมเดือน หมดค่ารักษาไปจำนวนเรือนแสน ชำรายก่อนออกจากโรงพยาบาลเด็กเกิดอาการปวดตื้อตื้อซ้ำ จึงต้องรักษาตัวต่ออีก 2 สัปดาห์ ตลอดเวลาที่ลูกป่วย ปรียมณเป็นกังวลมาก ทั้งเรื่องอาการของลูกและค่ารักษาพยาบาลที่สูงมาก จึงสอบถามเพื่อนซึ่งเป็นตัวแทน และหัวหน้าเพื่อนว่า สามารถเบิกได้ทั้งหมดหรือไม่ ทางหัวหน้าเพื่อนบอกกับปรียมณว่า เบิกได้ทั้งหมด และเดินเรื่องร้องไปที่สำนักงานใหญ่ให้

ต่อมาปรียมณได้รับข่าวร้าย บริษัทประกันภัยปฏิเสธการจ่าย อ้างเหตุผลเรื่องอาการเจ็บป่วยกับวันที่เริ่มคุ้มครองตามสัญญา และบอกว่า ทางพ่อแม่เด็กทราบมาก่อนแล้วว่าลูกเป็นโรคเกี่ยวกับสมองก่อนที่สัญญาจะเริ่มต้นขึ้น

ปรียมณไม่เข้าใจ พยายามอ่านสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลรายวัน พบข้อความระบุว่า "อนึ่งบริษัทจะจ่ายผลประโยชน์เฉพาะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลัง 30 วัน นับแต่วันที่ออกสัญญาฉบับนี้หรือวันที่บริษัทยินยอมรับการต่ออายุสัญญาเพิ่มเติมฉบับนี้ แล้วแต่วันใดจะเกิดขึ้นภายหลัง เว้นแต่ได้มีการตกลงเป็นอย่างอื่น"

สิ่งที่ปรียมณไม่เข้าใจ วันที่อาการเจ็บป่วยเริ่มต้นคือ วันที่ 22 กันยายน 2539 (ทราบจากแพทย์ที่คลินิก) ซึ่งมากกว่า 30 ตามที่สัญญากำหนด แต่ทางบริษัทอ้างว่า ทางพ่อแม่ทราบก่อนแล้วว่าลูกไม่สบายด้วยโรคเกี่ยวกับสมอง เพราะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ลูกรักษาประจำมาก่อน ปรียมณไม่พอใจ เพราะในความจริงตอนที่ไปพบแพทย์ที่

รามา แพทย์ได้แจ้งกับตนเองว่า เด็กปกติ ไม่มีการระดูใด ๆ เลย ว่า เด็กเป็นโรคเกี่ยวกับสมอง บริษัทจะมาเอาเอง ได้อย่างไรว่า ทางครอบครัวของเด็กทราบมาก่อน

การแก้ปัญหา

เมื่อเจรจาด้วยตนเองแล้วไม่ได้ผล บริษัทจึงร้องเรียนไปที่กรรมการประกันภัย เพราะรู้สึกถูกเอาเปรียบอย่างมาก ทางกรรมการประกันภัยได้เรียกทั้งสองฝ่ายมาเจรจา แต่บอกกับทางผู้เอาประกันว่า เสียเปรียบเพราะข้อสัญญาทำให้บริษัทอ้างเหตุผลไม่จ่ายค่าสินไหมได้ จนถึงปัจจุบัน บริษัทก็ยังไม่เห็นว่าจะตนเองผิดสัญญาแต่อย่างใด เป็นฝ่ายบริษัทต่างหากที่เอาเปรียบ

ผลการเจรจากับบริษัทในเดือน พฤษภาคม 2540 บริษัทยอมจ่ายค่าสินไหมทดแทนให้ แต่จ่ายเฉพาะอาการปอดติดเชื้อ คือจ่ายบางส่วน ประมาณ 20.000 กว่าบาท

บริษัทและสามีต้องช่วยกันทำงานอย่างหนัก หยุดพักไม่ได้ เพราะภาระที่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลลูกน้อยคราวละเป็นแสน กับภาระที่ต้องดูแลลูกน้อยซึ่งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ทั้งสองต้องยุติเรื่องแต่เพียงแค่นั้น "ตนคำนึงถึงเรื่องครอบครัวจนไม่คิดฟ้องร้องเอาความต่อ แต่ที่เข้าไปตอนแรกเพราะไม่พอใจมาก และตอนนี้เอกสารเกือบทุกอย่างทั้งไปเกือบหมด"

ในปีที่สองของสัญญาประกันภัย บริษัทยังส่งเบี้ยประกันตามปกติ แต่บริษัทขอยกเลิกตัวสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพไป บริษัทยังรู้สึกแย่งไปอีก ในใจเฝ้าแต่คิดว่า ทำไมบริษัทจะบอกยกเลิกหรือทำอะไรก็ได้ ในขณะที่ผู้เอาประกันภัยเสียเปรียบทุกอย่าง

ลูกชายไม่มีหลักประกันสุขภาพอีกต่อไป เพราะเสียสิทธิไปแล้วจะไปทำประกันกับที่อื่น ๆ ไม่ได้ "เจออย่างนี้ไม่เชื่อใครอีกเลย เราคิดว่าเรามีความรู้ยังโดนขนาดนี้ เราทำประกันเพราะเห็นว่ามันมีประโยชน์ เราไม่เคยคิดปล่อยลูกเราให้ป่วยเพื่อหวังเคลมเงินประกัน"

เพื่อนที่เป็นตัวแทนประกัน แทบไม่มีบทบาทอะไร เพราะสุดท้ายต้องขึ้นอยู่กับบริษัทเป็นฝ่ายตัดสินใจ

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไข

1. ต้องแก้ไขที่นโยบายรัฐ ควรเข้มงวดกับผู้ประกอบการให้มาก ประโยชน์ของการประกันภัยควรเป็นของประชาชน ไม่ใช่บริษัทประกันฝ่ายเดียว

2. ตราบิตที่รัฐปล่อยให้บริษัทประกันเอาเปรียบผู้บริโภค ต่อให้ผู้บริโภคพยายามอย่างไรเราก็ไม่สามารถเอาชนะได้ จะพบว่าข้อสัญญาของทุกบริษัท ล้วนมีเงื่อนไขเป็นประโยชน์กับบริษัท ขอแก้สัญญาไม่ได้เลย

กรณีที่ 7
นิตยา
อาชีพรับจ้างตัดเสื้อผ้า

ก่อนตัดสินใจเสนอขอเอาประกัน

นิตยาได้ทำประกันชีวิตกับพี่ชาย ซึ่งเป็นตัวแทนขายประกัน โดยซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพด้วย สัญญาประกันเริ่มต้นในวันที่ 11 กรกฎาคม 2540

ปัญหา

วันที่ 1 กันยายน 2540 นิตยามีอาการปวดท้องอย่างแรง จึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์วินิจฉัยว่า ลำไส้ผิดปกติ เมื่อเอกซเรย์พบว่า ลำไส้พองตัว (ลำไส้ใหญ่อุดตัน) แพทย์ถามว่า “ยกของหนักในทำผิดปกตินี้หรือไม่” นิตยานึกได้ว่า ก่อนหน้าอาการปวดท้องหนึ่งวัน ได้ยกของหนักแล้วล้มลงจริง จึงแจ้งแพทย์ไป แพทย์แนะนำว่าต้องผ่าตัด ถามว่าพร้อมหรือไม่ นิตยายังกังวลอยู่จึงได้ถามแพทย์กลับว่า มีวิธีอื่นรักษาหรือไม่นอกจากการผ่าตัด แพทย์บอกว่า “วิธีอื่น คงไม่ได้ผล เพราะตอนนี้ลำไส้พองตัวกัน อนาคตจะทำให้ลำไส้อักเสบและเน่าเปื่อยได้” นิตยาจึงตัดสินใจเข้ารับการรักษา โดยพี่ชายทำเรื่องเพื่อเบิกค่าใช้จ่ายให้

หลังผ่าตัดเสร็จ ปรากฏว่าพี่ชายไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายให้ได้ บริษัทอ้างว่า “ผู้เอาประกันภัยเป็นโรคลำไส้ มาตั้งแต่กำเนิด ทำประกันเพราะหวังผลประโยชน์ไม่สุจริตใจ” พี่ชายได้ทำเรื่องไปใหม่ อธิบายความจริงเรื่องอาการป่วย ว่ามิได้เป็นแต่กำเนิดตามที่บริษัทกล่าวหา

การแก้ไขปัญหา

หลังจากนั้นไม่นานบริษัทมีหนังสือตอบว่า ไม่เพียงเป็นโรคลำไส้มาแต่กำเนิด ยังเข้ารักษาพยาบาลก่อนที่สัญญาจะมีผลคุ้มครอง (30 วันหลังวันเริ่มต้นสัญญา) ซึ่งบริษัทไม่ต้องรับผิดชอบ นิตยาเห็นว่าไม่เป็นความจริงแต่อย่างใด ขณะเดียวกันสุริยันโกรธมากคิดว่า บริษัทประกันภัยไม่มีความรับผิดชอบ เอาแต่ได้ จึงเดินเรื่องร้องเรียนที่กรมการประกันภัย

ผ่านไป 4 เดือน ทั้ง ๆ ที่เอกสารทุกอย่างครบถ้วน รวมทั้งเอกสารยืนยันจากทางโรงพยาบาลว่า การที่คนไข้มีลำไส้ยาวกว่าคนทั่วไป เป็นธรรมชาติของแต่ละบุคคล ไม่ถือเป็นความพิการแต่กำเนิด กรมการประกันภัยได้พิจารณาแล้วลงความเห็น ว่า “การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ของนางนิตยา จึงหาใช่เป็นการผ่าตัดเพื่อแก้ไขสิ่งผิดปกติอันเนื่องมาจากกำเนิดตามที่บริษัทประกันกล่าวอ้าง” จึงได้มีหนังสือเรียก บริษัทมาเจรจากับผู้เอาประกัน ครั้งแรก บริษัทตอบปฏิเสธทางกรมต้องใช้อำนาจตาม พ.ร.บ.กฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 861 ทำหนังสือลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2541 บังคับ ให้ บริษัทจ่ายเงินแก่ผู้เอาประกันภัย

บริษัทยังยื่นกรานปฏิเสธ โดยอ้างข้อมูลซึ่งทางบริษัทได้นำไปเสนอให้แก่นายแพทย์ท่านหนึ่ง ซึ่งบริษัทอ้างว่า เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ให้ช่วยพิจารณาข้อมูล ซึ่งได้รับการยืนยันว่า “ผู้เอาประกันมีภาวะลำไส้ผิดปกติมาแต่กำเนิดจริง”

หลังจากทางกรรมการประกันภัยหมดปัญญาเล่นงานบริษัทประกัน กรรมการประกันภัยจึงมีหนังสือถึงคุณ นิตยาว่า "กรรมการประกันภัยได้วินิจฉัยให้ทางบริษัทประกันจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ผู้เอาประกัน แต่บริษัทยืนยัน ปฏิเสธ ซึ่งโดยข้อจำกัดของกฎหมายท่านมีความจำเป็นต้องนำคดีขึ้นสู่การพิจารณาของศาล และหากผลถึงที่สุด ประการใด โปรดแจ้งให้กรมฯ ทราบด้วย" นั่นคือการแก้ปัญหของกรรมการประกันภัย นิตยากับพี่ชายจึงต้องนำเรื่อง ไปฟ้องร้องทางกฎหมายเอง ขณะนี้อยู่ในชั้นศาล

ข้อเสนอเพื่อการป้องกันและแก้ไข

1.บริษัทอ้างว่าเป็นโรคมาแต่กำเนิดจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ไม่ใช่แพทย์ซึ่งเป็นเจ้าของไข้ รวมทั้งข้อมูลทางการ แพทย์ที่ขัดแย้งกันทำอย่างไรจึงจะมีข้อยุติ

2.แม้แต่กรรมการประกันภัยเอง ยังบังคับอะไรกับบริษัทประกันภัยไม่ได้ ผู้บริโภคต้องพึ่งตัวเองต่อไป

กรณีที่ 8

สถาพร อายุ 51 ปี

อาชีพ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

ก่อนตัดสินใจเสนอขอเอาประกัน

สถาพรมีความจำเป็นต้องขอกู้เงินจาก ธนาคาร เมื่อปี พ.ศ. 2538 โดยทางธนาคาร เสนอ(บังคับ) ให้ทำประกันชีวิตกับบริษัทประกันภัยในเครือของธนาคาร โดยมีพร้อมสัญญาแนบท้าย 3 ฉบับ คือ ประกันสุขภาพ ประกันการขาดกรรม และประกันอุบัติเหตุ

สถาพรไม่ขัดข้อง เพราะเห็นว่า น่าจะมีประโยชน์แม้เดิมไม่เคยทำประกันชีวิตมาก่อน แต่พิจารณาจากสัญญาเห็นว่า วงเงินในการคุ้มครองด้านสุขภาพน้อย เกรงจะมีปัญหาเมื่อต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลเอกชน จึงทำประกันชีวิตกับบริษัทประกันชีวิตอื่น อีก 1 กรมธรรม์ พร้อมกัน ประมาณเดือน กันยายน 2538 โดยกรมธรรม์ตัวหลังสถาพรเข้าไปติดต่อบริษัทด้วยตนเอง โดยมีตัวแทนซึ่งเป็นระดับหัวหน้าหน่วยรับทำประกันให้ และให้คำแนะนำกับข้อมูลที่ดีมากในความรู้ลักษณะนั้น

ปัญหา

ทำประกันมาได้ประมาณปีเศษ สถาพรพบว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพด้วยโรคหอบหืด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล พบว่ามีปัญหาที่ปอดด้วย เมื่อทำเรื่องขอเบิกเงินค่าสินไหมกับทั้ง 2 บริษัทประกัน ปรากฏว่า บริษัทปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทน อ้างว่า โรคดังกล่าว สถาพรเป็นมาก่อนที่จะทำประกันภัย

สถาพรรู้สึกหงุดหงิดใจ เพราะเมื่อตอนที่ตัดสินใจทำประกัน ตั้งใจว่าจะเขียนแบบขอเอาประกันภัยด้วยตนเอง แต่ตัวแทนขายเสนอเขียนแทนให้ บอกว่าคงไม่ถนัด ถึงอย่างไรก็ตามสถาพรได้ให้ข้อมูลที่เป็นจริงทุกอย่างไม่เคยปกปิดสิ่งใด

การแก้ไข้ปัญหา

เมื่อไม่สามารถเบิกค่าสินไหมได้ จึงทำหนังสือถึงบริษัทประกันทั้งสอง เพื่อสอบถามว่า ข้อมูลที่ระบุว่า ตนเองเป็นโรคหอบหืดมาก่อน ได้มาจากไหน สถาพรต้องรออยู่ 1 เดือน ก็ไม่เห็นมีคำตอบรับใดกลับมาจากบริษัท สถาพรจึงเข้าร้องเรียนกับ กรมการประกันภัย ด้วยความสัมพันธ์ส่วนตัวซึ่งสถาพรเป็นญาติกับอธิบดี กรมการประกันภัย จึงขอร้องให้ญาติช่วยเหลือ เรียกบริษัทประกันทั้งสองมาเจรจาไกล่เกลี่ย เรื่องของสถาพรสามารถจบได้ภายใน 1 สัปดาห์ โดยได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันทั้งสองแห่ง

ถึงแม้ได้รับเงินค่ารักษาแล้ว สถาพรยังตัดสินใจเลิกทำประกันกับทั้งสองบริษัท เพราะในส่วนตัวคิดว่าตัวแทน น่าจะมีความรับผิดชอบมากกว่านี้ ตลอดเวลาที่เกิดเรื่องไม่เคยมาสนใจดูแลเลย และการที่สถาพรมีญาติเป็นอธิบดี " คงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เรื่องของผมได้รับการจัดการที่ดี ซึ่งหากเป็นคนอื่นมีปัญหาก็คงไม่ทราบเหมือนกันว่าเรื่องจะยุติได้อย่างไรหรือไม่"

กรณีที่ 9

อัครวัฒน์ อายุ 25 ปี

อาชีพ ลูกจ้างบริษัทเอกชน

ก่อนตัดสินใจเสนอขอเอาประกัน

อัครวัฒน์เห็นเพื่อน ๆ ในบริษัททำประกันชีวิตกันหลายคน คิดอยากลองทำดูบ้าง เพราะเห็นว่าประโยชน์อยู่บ้าง อีกทั้งคนที่เป็นตัวแทนขายประกันของบริษัทประกันชีวิต ที่ตนเองรู้จักมีบุคลิกน่าเชื่อถือ ปกติอัครวัฒน์มั่นใจในสุขภาพของตนเอง ไม่เคยคิดว่าตนเองมีปัญหาด้านสุขภาพ หรือหากเกิดอะไรขึ้น ตัวแทนขายได้บอกกับอัครวัฒน์ บริษัทจะรับผิดชอบทุกอย่าง เข้ารักษาได้ทุกโรงพยาบาล อัครวัฒน์จึงเสนอขอเอาประกันชีวิตและซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ จ่ายเงินทำสัญญากันปี 2540

ปัญหา

เดือนกุมภาพันธ์ 2541 อัครวัฒน์มีอาการไข้หวัดใหญ่ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน แพทย์บอกว่า “หวัดลงปอด” ต้องรักษาอาการอยู่ราว 1 อาทิตย์ พออัครวัฒน์ออกมาทำเรื่องเพื่อขอเบิกค่ารักษาพยาบาล บริษัทจ่ายค่าสินไหมให้เรียบร้อยดีไม่มีปัญหา

หลังจากออกจากโรงพยาบาลบริษัทประกันได้ทำหนังสือบอกยกเลิกสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ อ้างว่า ผู้เอาประกันมีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าที่แจ้งไว้ในกับบริษัท อัครวัฒน์รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ไม่ยุติธรรม เพราะตนเองให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา และบริษัทได้รับทำประกันภัยของตนแล้ว ทำไมจึงกล่าวหาว่า ให้ข้อมูลไม่ครบ จึงได้สอบถามกับตัวแทน ตัวแทนบอกเพียงว่า “ไม่อยู่ในอำนาจของตัวแทน”

การแก้ไขปัญหา

อัครวัฒน์แก้ปัญหาด้วยการไม่ส่งเบี้ยประกันภัยในปีต่อมา โดยส่วนตัวไม่ได้คิดไปร้องเรียนกับกรมการประกันภัยถึงแม้จะรู้สึกว่ามีปัญหา บทเรียนที่อัครวัฒน์ได้รับ ทำให้คิดว่าบริษัทประกันตั้งขึ้นมาเพื่อเอาเปรียบผู้บริโภค ถึงเวลาได้เงินแล้วรีบมารับ แต่พอถึงเวลาเบิกเงิน ยาก “ผมตั้งใจไว้ว่าจะไม่ทำประกันอีกแล้ว ถ้ามีเงินจะฝากธนาคารแทน หรือไม่ก็เอาไปให้พ่อ แม่ ดีกว่า”

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไข

อัครวัฒน์ แสดงความเห็น ว่า ตัวแทนประกันควรมีบทบาท ในการอธิบายกับบริษัทด้วยว่า รับทำประกันแล้ว ต้องให้ความสะดวกในการเบิกค่าสินไหม เหมือนตอนที่มาชวนทำประกันใหม่ ๆ ไม่ใช่พนักงานขาย ขายอย่างเดียว ไม่สนใจผู้เอาประกันภัย อย่างนี้ผู้เอาประกันภัยเหมือนคนโง่ อีกประเด็นคือ เห็นว่าบริษัทประกันภัยเอาเปรียบ เพราะพอมองเห็นว่า ผู้เอาประกันภัยมีแนวโน้มจะเจ็บป่วยบ่อย ก็หาเหตุอ้างยกเลิกสัญญา

กรณีที่ 10

วชิรา อายุ 39 ปี

อาชีพ แพทย์

ก่อนตัดสินใจเสนอขอเอาประกัน

วชิราเกรงใจเพื่อนร่วมงานในอดีตที่เคยเป็นพยาบาลแต่ลาออกไปเป็นตัวแทนขายประกัน จึงทำประกันชีวิตกับเพื่อน โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2537 ซึ่งวชิราให้ความสนใจในสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองอุบัติเหตุมากที่สุดเพราะมีทุนประกันสูงถึง 1 ล้านบาท แต่ในเมื่อเบี้ยประกันสำหรับสัญญาคุ้มครองสุขภาพไม่แพง จึงตกลงซื้อเพิ่มไปอย่างไม่เสียดายเงิน เนื่องจากมีทุนประกันในส่วนสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพไม่มาก จึงไม่ต้องตรวจสอบสุขภาพก่อน เพียงแค่ให้ตัวแทนประกันสอบถามประวัติการเจ็บป่วยก็เพียงพอ และวชิราเองไม่ได้ใส่ใจมากนักกับเรื่องดังกล่าว จึงให้ตัวแทนจัดการเขียนใบสัญญาแทน

ปัญหา

ปี 2538 วชิราได้เข้าตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ตนเองมีนิ่วในไต ซึ่งจากประสบการณ์ในวิชาชีพ วชิรามองว่า โรคนี้เป็นโรคที่ไม่ได้แสดงอาการให้รู้ได้ ว่าร่างกายไม่ปกติ ซึ่งไม่คิดว่าสิ่งนี้จะสร้างปัญหาให้กับตนเองในเวลาต่อมา

เมื่อพบว่าเป็น นิ่วในไต (ขนาดไม่ใหญ่นัก) จึงรักษาด้วยการใช้เครื่องสลายนิ่ว และตัดสินใจใช้สิทธิในการประกันสุขภาพ ปรากฏว่า บริษัทประกันภัยปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทน ด้วยเหตุผลว่า ผู้เอาประกันภัยผิดสัญญา "โรคนี้จะเป็นมาก่อนที่จะทำประกัน จึงไม่อยู่ในสัญญา" วชิรารู้สึกโกรธเพราะถูกกล่าวหาว่า ตนเองปกปิดประวัติ "ตอนรับเข้าทำประกัน ทำไมไม่ตรวจสุขภาพเสียให้เรียบร้อยก่อน" และการที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคนี้ มาก่อนเป็นเรื่องธรรมดา เพราะโรคนี้ไม่ได้บ่งอาการให้รู้ก่อนนอกจากจะตรวจร่างกายอย่างละเอียด

การแก้ไขปัญหา

ในขั้นต้นวชิราได้พยายามพูดคุยกับ บริษัทประกันภัย ซึ่งยังคงยืนยันกรณว่า ผู้เอาประกันภัยผิดสัญญาเอง จึงใช้วิธีการใหม่ โดยเขียนจดหมายร้องทุกข์ ไปยัง สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค(สคบ.) วชิราไม่รู้ว่า รัฐมีหน่วยงานรับร้องทุกข์เกี่ยวกับเรื่องประกัน ที่เรียกว่า "กรมการประกันภัย"

รอคำตอบจาก สคบ.มาจนถึงปี 2539 ก็ไม่ได้รับการตอบรับแต่อย่างใด ระหว่างนั้นเคยพยายามพูดคุยกับ บริษัทประกันภัย จนต้องยอมรับสภาพในที่สุดและใช้สิทธิจากต้นสังกัดแทน แม้ไม่ได้ยกเลิกตัวประกันสุขภาพ แต่หวังใจว่า ต่อไปถ้าหากเกิดเจ็บไข้ขึ้นมาอีก อาจมีความเป็นไปได้ที่บริษัทประกัน จะให้ข้ออ้างลักษณะดังกล่าว มาปฏิเสธการจ่ายอีก แต่น้ำหนักที่ตัววชิราเองให้ไว้กับเรื่องประกันอุบัติเหตุมีมากกว่า และเบี้ยประกันภัยสุขภาพไม่แพงมาก จึงยังไม่คิดยกเลิกสัญญา ส่วนความหวังที่จะให้หน่วยงานรัฐช่วยเหลือ คงไม่มีอีกแล้ว

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไข

จากบทเรียนของตนเอง วชิราวุธรู้สึกว่า ไม่ว่าวงเงินประกันสุขภาพจะมากหรือน้อย ถ้าบริษัทตัดสินใจรับทำประกันแล้ว ไม่ควรมีเงื่อนไขในการปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมด้วยคำอ้างว่า เป็นโรคมามาก่อน เพราะอย่างโรคที่ตนเองเป็น นิวไนโต ไม่มีใครสามารถรู้ก่อนได้ด้วยเป็นโรคที่ไม่มีอาการแสดงว่าผิดปกติ ขณะสอบถามประวัติสุขภาพวชิราวุธก็สมบูรณ์ดีทุกอย่าง หากมองให้ยุติธรรมบริษัทประกันภัยไม่ควรอ้างว่าผิดสัญญา

ในกระบวนการพิสูจน์ทางการแพทย์ เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่วชิราวุธมีทัศนะว่า แพทย์ผู้เชี่ยวชาญซึ่งทางบริษัทอ้างนั้น มักเป็นแพทย์หัวเก่า ไม่ยอมรับเทคนิคใหม่ ๆ ในการรักษา ซึ่งแม้การรักษาจะแพงกว่า แต่ในระยะยาวให้ผลทางการรักษาดีกว่า เช่น การใช้เครื่องสลายนิ่ว มักได้รับการปฏิเสธจากทางบริษัทประกันภัยเสมอ

การประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการประกันชีวิต ประกันสุขภาพก็ควรได้รับความสนใจจากหน่วยงานของรัฐให้มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

กรณีที่ 11

ดวงพร อายุ 31 ปี

อาชีพ ลูกจ้างบริษัทเอกชน

ก่อนตัดสินใจเสนอขอเอาประกัน

บริษัทที่ดวงพรทำงานอยู่ ทำประกันสุขภาพกลุ่มให้แก่ลูกจ้าง โดยเริ่มทำมาตั้งแต่ ปี 2533 ตลอดมาดวงพรไม่เคยได้ใช้สิทธิใด ๆ เลย

ปัญหา

เมื่อปี 2539 ประมาณเดือนสิงหาคม ดวงพรป่วยเล็กน้อยจึงเข้ารับการรักษาที่คลินิกแถวบางรัก ซึ่งในความเข้าใจดั้งเดิมตามที่บริษัทของดวงพรเคยให้ข้อมูล เมื่อไข้ของกรมธรรม์ระบุว่า สามารถเข้ารักษาที่ใดก็ได้ เพียงแต่นำใบเสร็จมามอบให้พนักงานฝ่ายบุคคลของบริษัทเท่านั้น ทางบริษัทจะจัดการติดต่อเรียกเงินค่าสินไหมทดแทนให้กับพนักงานเอง ดวงพรนำใบเสร็จค่ายา 300 บาทและใบรับรองแพทย์ มายื่นให้พนักงานบุคคลตามขั้นตอน

ผ่านไปหนึ่งเดือน ดวงพรคิดว่าตนเองควรได้เงินค่ายาคืนแล้ว แต่มาทราบจากฝ่ายบุคคลว่า บริษัทประกันสุขภาพ อ้างว่า ป่วยแค่เล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องไปหาแพทย์ และปฏิเสธการจ่าย ดวงพรหงุดหงิดมาก ถึงแม้เป็นเงินเล็กน้อย ก็ขอยืนยันการใช้สิทธิ เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลจึงดำเนินเรื่องให้อีกครั้ง

การแก้ปัญหา

สามเดือนผ่านไป ไม่มีอะไรเกิดขึ้น ดวงพรตัดสินใจรวบรวมเอกสารไปร้องเรียนที่กรมการประกันภัย และตั้งใจว่าต้องเรียกร้อง ค่าเสียเวลา ค่าเดินทางให้ได้ด้วย ดวงพรตั้งใจแกล้งบริษัทประกันสุขภาพจึงคิดว่า จะเรียกเงินจำนวนทั้งหมด 700 บาท เมื่อบอกความประสงค์กับเจ้าหน้าที่ของกรมการประกันภัย "เจ้าหน้าที่ยิ้มและบอกว่า เอาแต่เงินค่ารักษาก็น่าจะพอ" อย่างไรก็ตามดวงพรยืนยันสิทธิของตนเอง แม้ใครจะเห็นเป็นเงินจำนวนเล็กน้อยก็ตาม ทางเจ้าหน้าที่กรมการประกันภัยได้รับเรื่องร้องเรียนไว้

สิบห้าวันถัดมา ทางกรมการประกันภัยเรียกดวงพรไปตกลงเจรจากับทางบริษัทประกันสุขภาพ ตัวแทนของบริษัทประกันสุขภาพแจ้งว่า ขอจ่ายเพียง 300 บาทตามใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล ดวงพรได้สอบถามว่าเมื่อกรมธรรม์ไม่ได้บอกว่าเจ็บป่วยเล็กน้อยเบิกค่ารักษาไม่ได้ ทำไมบริษัทประกันจึงต้องปฏิเสธในตอนแรก ตัวแทนบริษัทตอบว่า ทางฝ่ายสินไหมของบริษัทประกันสุขภาพเห็นว่า เจ็บป่วยไม่มากจึงส่งเรื่องกลับ แม้กระนั้นดวงพรยังต้องการเรียกร้อง ค่าเสียเวลาเพิ่มจากค่ายา คือ ค่าเสียเวลาในการทำงาน 300 บาท/วัน จำนวน 600 บาท ค่าพาหนะแท็กซี่ อีก 400 บาท รวมเป็นเงินทั้งหมด 1,300 บาท

ตัวแทนบริษัทพยายามต่อรอง แต่เมื่อเห็นท่าทางเอาจริงของดวงพรที่ยืนยันว่า ถ้าไม่ได้ตามนี้จะฟ้องร้อง จึงยอมจ่าย ซึ่งคงจ่ายให้เองในจำนวนเงิน 1,000 บาท เพราะไม่มีใบเสร็จของทางบริษัทประกันสุขภาพ แม้เจ้าหน้าที่ของกรมการประกันภัยจะบอกว่า ดวงพรตึงเกินไป แต่เธอกลับตอบว่า "ถ้าไม่ช่วยก็อย่าห้าม" การที่เจ้าหน้าที่ของกรมการประกันภัยพูดเช่นนั้น สร้างความไม่พอใจให้ดวงพร ทำให้เห็นว่า กรมการประกันภัยไม่มีบทบาทอะไรเลยในการเจรจา

นอกจากนั่งฟังเฉย ๆ การลงมือพิทักษ์สิทธิของตัวเองครั้งนี้ ลึก ๆ แล้วคงพรู้สึกดีมาก เพราะรู้สึกที่สามารถจัดการกับบริษัทประกันสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญา

1.บริษัทประกันภัยเข้าใจนิสัยคนไทยดีว่า ไม่ค่อยใส่ใจกับเงินจำนวนเล็กน้อย จึงบอกปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมในกรณีที่เห็นว่าเงินจำนวนไม่มาก โดยอ้างว่า ป่วยเล็กน้อยไม่ต้องไปหาแพทย์หรือเรียกเงินค่าสินไหมทดแทน ซึ่งเป็นความคิดเชิงเอาเปรียบผู้บริโภค

2.ข้อสัญญาต่าง ๆ เขียนโดยบริษัทประกันภัย ผู้เอาประกันภัยไม่มีทางเท่าทันบริษัทได้เลยในทางด้านกฎหมาย

กรณีที่ 12

วิทยา อายุ 36 ปี

อาชีพรับจ้าง

ก่อนตัดสินใจเสนอขอเอาประกัน

วิทยามีเพื่อนร่วมงานเป็นตัวแทนขายประกันของบริษัทประกันภัยแห่งหนึ่ง เคยพูดคุยกันบ่อยจนปี 2539 จึงตกลงใจทำประกันชีวิตกับเพื่อนด้วยทุนประกัน 200,000 บาท และซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองอุบัติเหตุและสุขภาพ

ปัญหา

เดือนสิงหาคม 2541 วิทยาเกิดอาการปวดหลังโดยไม่ทราบสาเหตุ จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์เขียนใบรับรองว่า เกิดจากกล้ามเนื้อหลังอักเสบ ซึ่งอาจเกิดจากอุบัติเหตุ วิทยาจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปเป็นจำนวนเงิน 3,400 บาท เมื่อทำเรื่องเบิกค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทประกันภัย ฝ่ายสินไหมทดแทนของบริษัทประกันภัยตอบปฏิเสธ โดยให้เหตุผลว่า ผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อมูลในการทำสัญญาประกันภัย

การแก้ปัญหา

วิทยาไม่เข้าใจว่าตนเองปกปิดข้อมูลเรื่องใด จึงติดต่อทางจดหมายกับฝ่ายสินไหมของบริษัทอีกครั้ง ระบุว่าอะไรคือข้อมูลที่กล่าวหาว่าตนปกปิด และอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตน ก็มีใบรับรองแพทย์ชัดเจนว่า เป็นอุบัติเหตุ ซึ่งไม่ใช่โรคเรื้อรังที่เป็นมาก่อนแน่นอน บริษัทมีข้อมูลใดที่ระบุว่าตนเองเป็นฝ่ายผิดสัญญา

ผ่านไป 1 เดือน บริษัทประกันภัยยินยอมจ่ายเงินชดเชยมาให้จำนวน 3,000 บาท ขาดไป 400 บาท ซึ่งอ้างว่าเป็นค่าอุปกรณ์ที่ไม่จำเป็น เช่น เข็ม ฟิล์มเอ็กซเรย์ วิทยายกกับเหตุผลของบริษัทประกันภัยมาก อ้างว่าผู้เอาประกันภัยผิดกฎเกณฑ์อยู่เสมอ แต่บริษัทกลับไม่สามารถยืนยันด้วยเอกสารได้ เป็นการพูดจาบ่ายเบี่ยงให้ผู้เอาประกันภัยรู้สึกเหนื่อยหน่ายกับการทวงถามค่าสินไหม

วิทยาติดต่อไปอีกหลายครั้ง จนแน่ใจว่าเงินจำนวน 400 บาทคงไม่ได้คืนแน่นอน สุดท้ายวิทยารำคาญและเบื่อหน่ายจนเลิกติดต่อทวงถาม "ไม่เป็นไร เสียเวลาไปตามเขาเรื่อง"

ในความคิดเห็นของวิทยา บริษัทประกันภัยคงใช้วิธีนี้มานานในการเอาเปรียบผู้บริโภค เพราะได้ยื่นมาเสมอ คงเห็นว่ากรณีนี้เงินขาดไม่มาก ผู้เอาประกันภัยคงไม่เอาเรื่อง

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหานี้

1. ทำอย่างไรวิธีคิดของบริษัทประกันภัยในการจ่ายค่าสินไหมทดแทนจึงจะมีความตรงไปตรงมากับผู้บริโภค มิใช่คำนึงถึงแต่ประโยชน์ของบริษัทประกันภัยเท่านั้น

2. ควรมีการเปิดเผยรายชื่อบริษัทประกันภัยที่มีปัญหา และรูปแบบของปัญหาที่ผู้บริโภคถูกเอาเปรียบมาก ๆ ให้คนทั่วไปได้รับทราบ

กรณีที่ 13

ยินดี อายุ 34 ปี

อาชีพ รับราชการครู

ก่อนตัดสินใจเสนอขอเอาประกัน

ยินดีเสนอขอเอาประกันชีวิตปี 2538 เพราะพี่สาวเป็นตัวแทนขายประกัน ซึ่งนอกจากกรรมธรรม์หลักแล้ว ยินดี ยังยินดีจ่ายเพิ่มเพื่อซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพและอุบัติเหตุด้วย เบี้ยประกันภัยที่ต้องเสียตกรปีหนึ่งราว 20,000 บาท

ปัญหา

วันที่ 16 กันยายน 2541 ยินดีเกิดอาการสลายตัว ปรากฏผื่นแดงขึ้นตามผิวหนังและบริเวณหลัง ลักษณะเหมือนอาการแพ้ จึงเข้ารักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดกระบี่ อยู่ในโรงพยาบาล 1 อาทิตย์ หมดค่ารักษา 2,700 บาท พี่สาวรีบเดินเรื่องเบิกค่ารักษาให้ ปรากฏว่าสิทธิที่ต้องได้ค่ารักษาและค่าชดเชยรายวัน วันละ 1,200 บาท ไม่สามารถเบิกได้

บริษัทประกันภัยอ้างว่า ยินดีเป็นโรคที่นอกเหนือจากสัญญาเบิกไม่ได้ และน่าจะเป็นภูมิแพ้มาก่อนทำประกันภัย เท่ากับว่าปกปิดข้อมูล ยินดีไม่เคยมีอาการดังกล่าวมาก่อน ทางพี่สาวจึงขอให้ทางบริษัทประกันภัยแสดงหลักฐานเพื่อชี้แจงว่า ยินดีเป็นภูมิแพ้มาก่อน แต่บริษัทไม่สามารถหาหลักฐานมาแสดงได้ แต่ยื่นกรณปฏิบัติการจ่ายค่าสินไหมทดแทน

ลักษณะการปฏิเสธแบบนี้ ยินดีพบว่า หลายคนในหมู่บ้านเดียวกับยินดีเคยมีประสบการณ์ถูกปฏิเสธเช่นนี้ เพราะพี่สาวเป็นตัวแทนที่มีลูกค้าในหมู่บ้านจำนวนมากพอสมควร นอกจากบริษัทประกันภัยจะใช้ข้ออ้างเรื่องเจ็บป่วยมาก่อนแล้ว แม้แต่ใบรับรองแพทย์บริษัทก็ไม่เชื่อถือ บริษัทประกันภัยพร้อมยกเลิกการจ่ายอย่างไม่สนใจลูกค้า ทำให้พี่สาวตนเดือดร้อน จนต้องลาออกจากการเป็นพนักงานขายของบริษัทประกันภัยที่สังกัด

การแก้ปัญหา

หลังจากเห็นว่า บริษัทประกันภัยไม่จ่ายแน่ ยินดีกับพี่สาวจึงไปร้องเรียนที่ประกันภัยจังหวัด ต้องเสียเวลาเดินเรื่องอยู่ ประมาณ 2 อาทิตย์ ทางประกันภัยจังหวัดได้เจรจาไกล่เกลี่ยให้ และระบุว่า บริษัทประกันต้องจ่ายสินไหมทดแทนให้กับผู้เอาประกันภัย แต่บริษัทประกันภัยยังยื่นกรณไม่จ่าย ปลดปล่อยระยะเวลาผ่านไปถึง 11 เดือน บริษัทประกันภัยขอจ่ายเพียงค่ารักษาพยาบาลตามใบเสร็จ แต่ไม่ยอมจ่ายค่าชดเชยให้ อ้างว่า เป็นโรคมมาก่อนทำประกัน “ถ้าอย่างนั้นทำไมจึงยอมจ่ายค่ารักษาให้กับตนเอง” ยินดีรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรม บริษัทประกันภัยสาขาจังหวัดกระบี่ แนะนำหากต้องการค่าชดเชยให้ฟ้องร้องเอา สำหรับพี่สาวบอกว่าจะใช้เงินส่วนนี้ให้กับยินดี แต่เธอไม่ต้องการ เรื่องจึงยุติไปแบบไม่สบายใจทั้งพี่และน้อง

ยินดีกำลังทำเรื่องยกเลิกกรรมธรรม์ และขอเงินเวนคืนจากบริษัทประกัน ตลอดเวลาที่เดินเรื่องต้องเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ซึ่งต้องติดต่อกับทางบริษัทประกันภัยในกรุงเทพฯ เสียค่าโทรศัพท์เป็นพัน ๆ บาท ซึ่งไม่รู้ว่าจะคุ้มหรือไม่

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา

- 1.บริษัทประกันภัยควรให้ความเป็นธรรมกับผู้เอาประกันภัย เมื่อรับทำประกันแล้ว ไม่ควรหาเหตุมาอ้างเพื่อไม่จ่ายเงินกับลูกค้า ซึ่งยิ่งจะสร้างภาพด้านลบให้กับกิจการประกันภัย
- 2.สำนักงานประกันภัยจังหวัด หรือกรมการประกันภัยในส่วนกลาง ถึงที่สุดแล้วช่วยบรรเทาปัญหาให้กับผู้บริโภคนได้มาก หากบริษัทประกันภัย ยื่นกรานไม่ยอมจ่ายค่าสินไหม ผู้บริโภคยังต้องลำบากไปฟ้องร้องเอาเองต่อ

กรณีที่ 14

ฉลอง อายุ 29 ปี

อาชีพ ประมงทางทะเล

ก่อนตัดสินใจเสนอขอเอาประกัน

แม้มีอาชีพชาวประมง แต่ฉลองก็มีความรู้ระดับปริญญาตรี นิติศาสตร์ ในปี 2538 ฉลองได้รู้จักกับตัวแทนประกัน ซึ่งเป็นคนหมู่บ้านเดียวกัน ฉลองคิดว่าการประกันชีวิตมีประโยชน์และวงเงินประกันไม่มากนักทุนประกันเพียง 200,000 บาท ฉลองซื้อสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพและอุบัติเหตุ ปีหนึ่งต้องส่งเบี้ยประกันภัยจำนวน 12,000 บาท

ปัญหา

ตั้งแต่เริ่มทำประกันเมื่อปี 2538 ที่ผ่านมาฉลองไม่มีปัญหาอะไรจนมาถึงเดือนมีนาคม 2541 ฉลองออกเรือไปหาปลาในทะเล ทะเลเวลากลางวัน อากาศร้อนมาก ฉลองกระหายน้ำเป็นพิเศษ ด้วยความเคยชิน (ปกติน้ำดื่มจะใส่ในแกลลอน) จึงคว้าแกลลอนซึ่งเข้าใจว่าเป็นน้ำมาดื่ม ปรากฏว่า ในแกลลอนเป็นน้ำมันโซลา เมื่อน้ำมันเข้าไปในท้องส่วนหนึ่ง ผลก็คือ อาการอาเจียนอย่างรุนแรง เพื่อนประมงต้องรีบนำเรือกลับเข้าฝั่ง นำส่งโรงพยาบาลคลองท่อมทันที แพทย์ล้างท้องจนอาการดีขึ้น ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 1 อาทิตย์ หมดค่ารักษา 8,000 บาท

ตัวแทนขายประกันของฉลองทำหน้าที่ได้ดี ช่วยทำเรื่องเบิกค่ารักษาให้ และถือว่าเป็นอุบัติเหตุพร้อมเรียกค่าชดเชยที่ทำงานไม่ได้ให้ตามจำนวนวันที่นอนรักษาตัว แต่ฉลองก็ต้องทุกข์ใจเพิ่มขึ้นหลังจากออกจากโรงพยาบาล เพราะบริษัทประกันภัยตอบปฏิเสธ อ้างว่า ผู้เอาประกันภัยต้องการฆ่าตัวตาย "ผมโกรธมาก ด้วยความที่ผมมีเพื่อนฝูงมาก จึงพยายามบีบให้บริษัทรับผิดชอบเรื่องของผม จนบริษัทสาขาไม่มีใครกล้าสู้หน้า "

การแก้ปัญหา

ตัวแทนขายประกันยังคงพยายามอย่างมากเพื่อช่วยเหลือฉลอง โดยติดต่อกับประกันภัยจังหวัด แต่ประกันภัยจังหวัดไม่สามารถทำอะไรได้ต้องติดต่อกับทางสำนักงานใหญ่ที่กรุงเทพฯ ระหว่างนั้นตัวแทนขายเห็นว่า ฉลองสร้างแรงบีบคั้นกับเจ้าหน้าที่ของบริษัทประกัน สาขาจังหวัดมาก ถึงขนาดต้องปิดบริษัทประกันภัยไม่กล้าทำงาน ตัวแทนขายจึงนำเงินส่วนตัวมามอบให้กับฉลองบอกว่า เป็นค่ารักษาตัว 8,000 บาท ส่วนเจ้าหน้าที่สาขา จ่ายค่าชดเชยให้ วันละ 500 บาท ในเดือนเมษายนจึงได้เงินมาทั้งสิ้น 11,500 บาท

"เท่าที่ผมทราบ บริษัทใหญ่ที่กรุงเทพฯ ไม่ยอมจ่ายเงินค่ารักษา และตัวแทนเองได้ลาออกจากการเป็นตัวแทนขายแล้วด้วย "

ปัจจุบัน ฉลองเลิกทำประกันกับบริษัทดังกล่าวแล้ว รวมทั้งทำเรื่องขอเงินคืนด้วย ซึ่งยังอยู่ในระหว่างรอบริษัทประกันภัยดำเนินเรื่องอยู่ คงต้องให้เวลาผ่านไปสักระยะ แต่ถ้าเห็นว่ามีท่าทีไม่คืน "ผมจะไปร้องเรียนที่กรมการประกันภัย ยอมไม่ได้บริษัทเขาเปรียบผู้เอาประกันมาก ผมส่งเบี้ยไป 3 ปี เป็นเงิน 40,000 บาท ไม่เคยใช้สิทธิอะไรเลย แต่พอมีปัญหาต้องการใช้สิทธิ กลายเป็นว่ามีปัญหา ก็ไม่ทราบว่าจะทำไปทำไม"

แม้ฉลงยอมรับเองว่า การที่ตัวแทนออกเงินให้กับตนก่อน เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ไม่ได้แก้ที่สาเหตุ จริง ๆ แล้ว บริษัทประกันภัยควรเป็นฝ่ายรับผิดชอบ ฉลงไม่รู้สึกลืผิดเพราะคิดว่า ตัวแทนกับเจ้าหน้าที่ของ บริษัทประกันภัยสาขา ประจำจังหวัด ได้เงินค่าตอบแทนจากการที่ขายประกันภัยให้กับตนเองไปมากแล้ว

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญา

หน่วยงานรัฐ โดยกรมการประกันภัย ควรมีบทบาทมากกว่านี้ " ในความรู้สึกไม่เห็นเลยว่าจะทำอะไรบริษัทประกันภัยได้ ตามกลไกงเลห์เหลี่ยมของบริษัทประกันภัยไม่ทัน ยิ่งประกันภัยจังหวัด ข้อมูลข่าวสารก็ไม่ค่อยรู้เรื่องอะไร ผู้บริโภคต้องพึ่งตนเองให้มาก ๆ"

กรณีที่ 15

ไพลิน อายุ 54 ปี

อาชีพ ลูกจ้างประจำหน่วยงานราชการ

ก่อนตัดสินใจเสนอขอเอาประกัน

ปี 2532 วันหนึ่งเพื่อนกับภรรยาของเพื่อน ที่เป็นตัวแทนขายประกันภัยมาที่บ้าน ขณะที่ไพลินไม่อยู่ ทั้งสองบอกกับลูกชายไพลินว่า ขอดูทะเบียนบ้าน ลูกชายหยิบให้เพราะเห็นเป็นเพื่อนของบิดา เพื่อนนำเอกสารนั้น ไปจัดการทำเรื่องขอเอาประกันชีวิตให้กับไพลิน โดยออกเบี้ยประกันให้ก่อน เพื่อนให้เหตุผลภายหลังว่า "ต้องการได้ลูกค้าเพื่อทำยอด" รู้สึกไม่ดีแต่ก็ทำอะไรไม่ได้มากเพราะเกรงใจกัน

ปัญหา

ไพลินยินยอมลงลายมือชื่อเพื่อทำประกันชีวิต เป็นกรมธรรม์ สะสมทรัพย์ 21 ปี ทุก 3 ปีมีปันผล ร้อยละ 10 ไพลินต้องการให้เพิ่มสัญญาที่คุ้มครองเรื่องสุขภาพกับอุบัติเหตุ ภรรยาเพื่อนซึ่งเป็นตัวแทนขายบอกว่า ตัวสุขภาพนั้น ให้ไปใช้สิทธิกับต้นสังกัดดีกว่า ควรทำสัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ สองประเภท ซึ่งมีการจ่ายค่าชดเชยต่างกัน รวมทั้งทำสัญญาตัวที่คุ้มครองภัยพิเศษเพิ่มอีกตัว เพราะว่า มีอาชีพที่เสี่ยงภัย คือใกล้ชิดกับอาวุธอันตราย ไพลินเชื่อถือตามนั้น ระยะแรกไม่มีปัญหาอะไรเพราะยังไม่มีเหตุอะไรเกิดขึ้นจนวันหนึ่ง

ประมาณเดือนกรกฎาคม ปี 2540 ไพลินเกิดล้มคว่ำไปที่ถนนเนื่องเพราะกระแทกอย่างแรงกับคนที่เดินสวนกันมา ด้วยความตกใจได้ใช้มือค้ำยันร่างกายไว้เพื่อไม่ให้ตัวเองถูกรถชน ผลแขนขวาหัก กระดูกที่มือออกมาด้านนอก มีคนช่วยนำคุณไพลินส่งโรงพยาบาลเอกชนที่ใกล้ที่สุด ไพลินไม่คิดอะไรมาก เพราะมั่นใจว่า มีบริษัทประกันภัยให้ความคุ้มครองแน่

ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งสิ้นรวมเป็นเงินประมาณ 60,000 บาท ต้องเข้าออกโรงพยาบาลอยู่เกือบสี่เดือนไพลินทั้งที่ยังไม่หายดี ไพลินต้องหอบเอกสารไปเบิกเงินกับทางสำนักงานของบริษัทประกันภัย ซึ่งเหตุการณ์ไม่เป็นอย่างที่เพื่อนเคยบอกไว้ก่อนหน้านี้ว่า "เวลาเจ็บป่วยอะไรจะมีคนของบริษัทมาดูแล" เมื่อย้อนกลับไปคิดถึงตอนที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลได้พยายามติดต่อให้ทางบริษัทประกันภัยส่งพนักงานมาดูแลเรื่องค่ารักษา ไพลินจำได้ว่า มีมาหนึ่งคน แต่ทำทางทำงานไม่เป็น ไพลินต้องหยิบยืมเงินเพื่อนบ้านมาจ่ายค่ารักษาตัวในโรงพยาบาลเอง ปัจจุบันยังเป็นหนี้เพื่อนบ้านอยู่

การเจรจากับบริษัทประกันภัยไม่ได้ทำให้เหตุการณ์ดีขึ้น เนื่องจากไพลินเสียเปรียบเรื่องสัญญาเพราะเข้าใจผิดมาโดยตลอดเนื่องจากถูกปิดบังข้อมูลในการทำประกัน สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่ไพลินคาดว่าจะได้ บริษัทประกันภัยกลับจ่ายกับให้ได้เพียง 7,000 บาทเท่านั้น "ผมคิดว่าผมต้องได้น้อยถึงแสนกว่าบาท" และถ้าเพียงแต่ทำตัวสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพไว้ ไพลินคงได้รับค่าสินไหมมากกว่านี้

การแก้ไขปัญา

เมื่อบริษัทไม่ยอมแน่ ๆ ไหวงศ์ตรงไปร้องเรียนกรรมการประกันภัยทันที ตอนแรกที่พบกันท่าทางก็ดูดี คิดว่าน่าจะพอช่วยเหลือผู้บริโภคได้ แต่ต่อมาไหวงศ์ได้รับการบอกกล่าวว่า "หลักฐานของผมไม่พอ ทางบริษัททำถูกผมโกรธมาก ผมจึงจดหมายตอบของกรม ลงถึงชยะไปแล้ว"

จากบทเรียนครั้งนี้ ทำให้ไหวงศ์ตัดสินใจเลิกทำประกัน แม้บริษัทจะพยายามส่งคนมาเจรจาด้วยเมื่อถึงเวลาต้องส่งเบี้ยประกันภัย ในปีต่อมา

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไข

ทั้งตัวแทน ทั้งบริษัทก็เอาเปรียบผู้บริโภคมาก ตราบใดที่บริษัทประกันภัยยังให้ค่าตอบแทนการขายสูง (ได้ยินมาว่า ถึงร้อยละ 57) ตัวแทนก็ต้องพยายามทุกทางที่จะหลอกลวงเข้าบริษัทโดยไม่ได้คำนึงถึงเรื่องคุณภาพในการให้บริการหลังการขาย "ตลอดเวลาที่เกิดเรื่อง กับผม ทั้งเพื่อนทั้งเมียเพื่อน ไม่เคยมาพบหน้า" เหมือนน้ำท่วมปากจะฟ้องร้อง ก็เป็นเพื่อนกัน ไม่รู้จะทำอะไร นอกจากตั้งใจว่าจะไม่ทำประกันชีวิตอีก

บทที่ 5

สรุปผล 15 กรณีศึกษา

การละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากการประกันสุขภาพภาคเอกชน

สรุปผล 15 กรณีศึกษา

5.1 ปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภค

จากการศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ทั้ง 15 กรณี พบว่า ผู้บริโภคประสบปัญหาพร้อมที่สำคัญ คือ

1. บริษัทปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทน

กรณีศึกษาที่ประสบปัญหาถูกบริษัทปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทน มีจำนวน 13 กรณี ศึกษา ซึ่งปัญหาการถูกปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมมีสาเหตุหลัก 2 ประการ คือ

- **ตัวแทนขายไม่มีจรรยาบรรณ** หลอกลวงให้ผู้บริโภคทำสัญญาผิดประเภท เป็นเหตุให้เสียสิทธิประโยชน์ในการได้รับความคุ้มครองเช่น สุธารส (กรณีที่ 3 หน้า 23) สุวรรณ (กรณีที่ 4 หน้า 25) และไพวงศ์ (กรณีที่ 15 หน้า 44) ทั้ง 3 กรณีจะไว้วงใจตัวแทนขายประกันซึ่งเป็นเพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน ทำให้เธอเธอไม่รอบคอบในเรื่องเอกสาร เป็นเหตุให้ทำประกันภัยผิดประเภท
- **บริษัทประกันภัยมีแนวโน้มปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนในเบื้องต้นก่อน** หรือจ่ายไม่ครบตามสิทธิประโยชน์ในสัญญา ด้วยเหตุผลว่า ผู้บริโภคปกปิดข้อมูลในการทำสัญญา เช่น ธนาวุฒิ ถูกบริษัทประกันภัยปฏิเสธการจ่าย โดยอ้างว่าเป็นเบาหวาน (กรณีที่ 1 หน้า 19) ปริยมน บริษัทประกันภัย อ้างว่าปกปิดข้อมูลเรื่องอาการป่วยของลูก แม้มีเหตุผลทางการแพทย์ยืนยันว่าไม่ใช่ (กรณีที่ 6 หน้า 29) หรือนิตยา ซึ่งเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ แต่บริษัทกล่าวหาว่า ทำการผ่าตัดรักษาเพื่อแก้ไขความพิการ (กรณีที่ 7 หน้า 31) ทั้งนี้ยังมีสถาพร (กรณีที่ 8 หน้า 33) วิทยา (กรณีที่ 12 หน้า 39) และยินดี (กรณีที่ 13 หน้า 40) ซึ่งล้วนแต่ถูกบริษัทอ้างว่า ปกปิดข้อมูลก่อนทำประกันสุขภาพ ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 3 ยืนยันว่า ไม่เป็นความจริง นอกจากนี้ในรายของวิชรรา (กรณีที่ 10 หน้า 35) ซึ่งป่วยด้วยโรคที่ไม่อยู่ในวิสัยของคนทั่วไปที่จะรู้ได้ว่าเป็นก่อนที่จะทำสัญญา แต่บริษัทประกันภัยก็นำมาเป็นข้ออ้างเพื่อปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทน

2. ปัญหาสัญญาไม่เป็นธรรม

ผู้บริโภคที่ประสบปัญหาสัญญาไม่เป็นธรรมมีจำนวน 3 ราย คือ มนต์ชัย (กรณีที่ 2 หน้า 21) ต้องรอกิจกรรมออกมามีผลบังคับใช้เป็นเวลานาน ทำให้ระหว่างที่รอกิจกรรมนั้น เสียสิทธิประโยชน์ที่สมควรได้รับไป ในขณะที่เบี้ยประกันภัยได้ชำระไปล่วงหน้าแล้ว ถือเป็นข้อบกพร่องของสัญญาที่กำหนด waiting period ไว้ ทำให้บริษัทประกันเอาเปรียบผู้บริโภคได้ และในกรณีของธนาวุฒิ (กรณีที่ 1 หน้า 19) และอัศววัฒน์ (กรณีที่ 9 หน้า 34) ซึ่งรู้สึกถูกเอาเปรียบจากสัญญาของบริษัทประกันภัย ที่สามารถบอกเลิกการทำสัญญาประกันสุขภาพได้ทันที เมื่อเห็นโอกาสเสี่ยงที่จะต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทน

3. กลไกในการให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานรัฐไม่มีประสิทธิภาพ

จากปัญหาในข้อ 1 นำมาสู่ภาระหนักที่ผู้บริโภคต้องเผชิญเมื่อต้องการพิทักษ์สิทธิของตน กรณีศึกษาที่นำเรื่องเข้าร้องเรียนต่อกรมการประกันภัย มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ราย ระบุว่า

- กลไกในการให้ความช่วยเหลือไม่สะดวก ระดับการปฏิบัติงานของหน่วยงานใน กรุงเทพฯ กับต่างจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด
- แนวคิดเรื่องความเป็นกลางของหน่วยงาน ซึ่งเน้นนโยบายใกล้เคียงประนีประนอม มากกว่าการพิจารณาโทษ ทำให้ผู้บริโภครู้สึกว่าไม่ได้รับความเป็นธรรม

5.2 แนวทางการแก้ไขปัญหา

แนวทางของผู้บริโภคในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง แบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

1. เรียกร้องสิทธิเพื่อให้ชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น (redress) มากที่สุด จำนวน 12 ราย ขั้นตอนการดำเนินการคือ

- เจรจาด้วยตนเองกับบริษัท จนสามารถยุติปัญหาได้
- เมื่อขั้นตอนแรกไม่ได้ผลจะไปร้องเรียนที่กรมการประกันภัยหรือประกันภัยจังหวัด สามารถยุติปัญหาได้
- ส่งข่าวให้หนังสือพิมพ์
- ไม่ได้รับการแก้ไขปัญหามาจากหน่วยงาน 2 ราย ดำเนินคดีทางศาล 1 ราย

2. ไม่ร้องทุกข์แต่ใช้วิธีทิ้งกรรมธรรม์หรือแสดงพลังผู้บริโภคในการเลิกใช้บริการ (sanction or boycott) จำนวน 3 ราย ได้แก่ สุธารส (กรณีที่ 3 หน้า 23) ศิริอร (กรณีที่ 5 หน้า 27) และอัศววัฒน์ (กรณีที่ 9 หน้า)

5.3 ปัญหาที่ผู้บริโภคมองพบจากการร้องเรียน

1. ผู้บริโภคมีปัญหาเนื่องจากสัญญาไม่เป็นธรรม การใกล้เคียงประนีประนอมโดยกรรมการประกันภัยจะยึดตัวสัญญาเป็นหลัก
2. ถึงแม้กรรมการประกันภัย จะมีคำสั่งให้บริษัทประกันจ่ายค่าสินไหมทดแทนให้กับผู้บริโภครวม แต่บริษัทอาจยื่นกรณไม่จ่ายได้ ในกรณีจำนวนเงินพิพาทมีจำนวนมากทำให้เป็นภาระของผู้บริโภคที่ต้องดำเนินการถึงชั้นศาล
3. ผู้บริโภคขาดข้อมูลทำให้ร้องเรียนผิดหน่วยงาน
4. ท่าทีที่ไม่เหมาะสมของเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานทั้งในส่วนของบริษัทประกันและกรรมการประกันภัยหรือสำนักงานประกันภัยจังหวัด ทำให้ผู้บริโภคเบื่อหน่ายในการใช้สิทธิ

5.4 ปัจจัยที่ช่วยให้ผู้บริโภคประสบความสำเร็จในการใช้สิทธิร้องเรียน

1. ความตั้งใจจริงของผู้บริโภค ในการติดตามหน่วยงานที่รับร้องเรียนอยู่เสมอ
2. ความสัมพันธ์ส่วนตัว ถ้าผู้บริโภครู้จักกับ "คนใน" ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว
3. การใช้สื่อมวลชน พลังมวลชน ทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบทำงานรวดเร็วขึ้น
4. หากค่าสินไหมทดแทนมีจำนวนเงินไม่มากนัก จะประสบความสำเร็จได้ง่ายและเร็ว

5.5 ข้อเสนอแนะโดยผู้บริโภค

ต่อภาคธุรกิจ	ต่อกรรมการประกันภัย	ต่อรัฐ(นโยบายกฎหมาย)
1.บริษัทควรมีความรับผิดชอบต่อผู้บริโภคให้มากขึ้น 2.ต้องยกระดับตัวแทนขายประกันให้มีคุณภาพ 3.ยกเลิกการให้คำตอบแทนจากการขายในอัตราสูง (ยกเลิกระบบตัวแทนขาย)	1.เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับการทำสัญญาประกันภัย 2.ควรให้น้ำหนักในการใกล้เคียงข้อพิพาทที่ผู้บริโภคมามากกว่าบริษัท ซึ่งถือว่าเป็นฝ่ายได้เปรียบผู้บริโภคมามากกว่า 3.บริษัทประกันภัยที่มีปัญหามิควรถูกลงทะเบียนอย่างเด็ดขาด มีการประกาศรายชื่อบริษัทที่มีปัญหาในสื่อต่าง ๆ ให้ผู้บริโภคทราบข้อมูล 4.ปรับปรุงประสิทธิภาพบุคลากรทั่วประเทศให้มีศักยภาพใกล้เคียงกัน	1.กฎหมาย ข้อปฏิบัติ ต้องปรับปรุงไม่ให้เกิดการได้เปรียบเสียเปรียบกันระหว่างผู้บริโภครวมกับบริษัท 2.เพิ่มบทลงโทษบริษัทประกันและตัวแทนขายประกันที่มีปัญหามาก ๆ

5.6 การแก้ไขปัญหาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กรรมการประกันภัย	สมาคมประกันชีวิตไทย
1.การทำสัญญาประกันภัยต้องอาศัยความซื่อสัตย์ด้วยกันทั้งสองฝ่าย ผู้บริโภคต้องไม่ปกปิดข้อมูลในการขอเอาประกัน 2.ผู้บริโภคต้องศึกษากรมธรรม์สัญญาและเขียนข้อมูลด้วยตนเอง กรมฯ ทำหน้าที่ดูแลสัญญาและเงื่อนไขในสัญญาให้แทนผู้บริโภคอยู่แล้วไม่ให้เกิดการเอาเปรียบ 3.ในกรณีบริษัทใช้วิธี คาดเดา (assume) ว่าผู้เอาประกันทำผิดสัญญา กรมฯจะไม่นับยอมรับต้องมีหลักฐานแน่ชัดเท่านั้น 4.ขอให้ผู้บริโภคที่มีปัญหาร้องเรียนเข้ามาที่กรมฯ เจ้าหน้าที่จะให้ความช่วยเหลือเต็มที่ 5.รัฐคงต้องให้งบประมาณสนับสนุนการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์มากขึ้น เพราะธุรกิจประกันภัยในหลักการเป็นสิ่งที่ดี 6.เรื่องตัวแทนกรมฯ ดูแลเต็มที่ ต้องมีการสอบวิชาที่เกี่ยวกับจรรยาบรรณ ถ้าไม่ผ่านจะไม่ให้ใบอนุญาต	1.การทำประกันต้องซื่อสัตย์ ถ้าหากบริษัทเห็นว่า ไม่ผิดเงื่อนไข บริษัทจ่ายแน่นอน แต่ถ้ามีเจตนาทุจริต ซึ่งเจ้าหน้าที่ฝ่ายสินไหมจะมีประสบการณ์ในส่วนนี้มาก จะไม่จ่าย แต่ส่วนใหญ่กรณีไม่จ่ายบริษัทต้องพิจารณาอย่างรอบคอบแล้ว 2.การยกเลิกสัญญา เมื่อเห็นว่าผู้เอาประกันมีความเสี่ยง ต้องเข้าใจว่า ถ้าบริษัทไม่ทำอย่างนั้น จะกระทบกับผู้เอาประกันคนอื่น ๆ ทำให้ต้องเสียเบี้ยแพงขึ้น แต่มีไม่มากนัก เพราะไม่อย่างนั้นจะทำธุรกิจได้อย่างไร 3.ทางสมาคมพยายามขอให้แต่ละบริษัทมีการควบคุมจรรยาบรรณของตัวเองแทนขาย ต่อไปปัญหาเรื่องตัวแทนจะลดลง

ที่มา : การประชุมเวทีวิชาการ เรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภค กรณีประกันสุขภาพภาคเอกชน วันที่ 11 มีนาคม 2542 จัดโดยมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

บทที่ 6

ข้อเสนอแนะ

การประกันสุขภาพในประเทศไทยมีหลายระบบ สิทธิประโยชน์แต่ละระบบมีข้อดีข้อจำกัดต่างกันไป ข้อดีของประกันสุขภาพภาคเอกชนคือ ไม่จำกัดสถานที่ในการเลือกเข้ารับบริการ แต่ในขณะเดียวกันก็สร้างปัญหาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์เกินความจำเป็นได้มาก ทั้งจากความต้องการของผู้บริโภคเองและผู้ให้บริการ ซึ่งเห็นว่าผู้บริโภคมีระบบประกันจากเอกชนรองรับอยู่ ขณะเดียวกันการจะเลือกให้ประกันสุขภาพเอกชนเป็นทางเลือกของการประกันสุขภาพในประเทศไทย น่าจะมีความเป็นไปได้ต่ำเพราะ บริษัทประกันจะปฏิเสธกลุ่มที่พบว่ามีความเสี่ยงสูงหรือเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันที่สูง ดังนั้นจึงมีผู้ที่เข้าถึงบริการชนิดนี้ได้เพียงจำนวนหนึ่ง

จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภคในปัจจุบัน ถึงแม้จะไม่สามารถบอกได้ว่ามีจำนวนผู้บริโภคที่ประสบปัญหาในเรื่องนี้นาน้อยเพียงใดแต่จะยอมรับให้ประกันสุขภาพมีปัญหาดัง ๆ ที่พบจากการศึกษาครั้งนี้หรือไม่ และจะมีแนวทางในการป้องกันปัญหาได้อย่างไร ใคร่ขอยืนยันข้อเสนอแนะซึ่งควรดำเนินการดังต่อไปนี้

1. กรมการประกันภัย ควรจะมีการจัดทำบัญชีดำหรือจัดลำดับบริษัทประกันสุขภาพที่น่าเชื่อถือ เพื่อเป็นข้อมูลในการเลือกบริษัทในการทำประกันสุขภาพแทนที่การได้ข้อมูลจากบริษัทหรือตัวแทนขายประกันเพียงอย่างเดียว

2. ควรจัดทำราคากลางมาตรฐานในการทำประกันสุขภาพเพื่อเป็นเกณฑ์ให้ผู้บริโภคใช้ในการตัดสินใจเลือกซื้อประกัน

3. มีมาตรการที่เข้มงวดในการดูแลตัวแทนขายประกันให้มีความรับผิดชอบต่อจรรยาบรรณ และความชำนาญในเรื่องของการขายประกันสุขภาพ โดยกรมการประกันภัยหรือบริษัทประกันต้องมีหลักสูตรเฉพาะให้กับตัวแทนขายกลุ่มนี้ เพื่อให้ตัวแทนขายสามารถชี้แจงสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขต่าง ๆ ที่เป็นข้อจำกัดซึ่งผู้บริโภคควรรู้ เป็นการป้องกันปัญหาที่จะเกิดตามมาในภายหลัง

4. กรมการประกันภัยควรทบทวนสัญญาประกันสุขภาพที่ทำให้ผู้บริโภคเสียเปรียบ เช่น การคุ้มครองหลังวันทำสัญญา 30 วัน ไม่ควรเรียกเก็บเงินผู้บริโภคก่อน กำหนดให้มีหน่วยงานเฉพาะที่มีผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการแพทย์ สาธารณสุข ผู้ประกอบธุรกิจ และผู้บริโภค มาร่วมทบทวนแก้ไขสัญญาประกันสุขภาพให้มีความเป็นธรรมและมีมาตรฐานที่จะทำ

ให้บริษัทประกันภัยนำไปเป็นกรอบในการจัดทำสัญญาประกันสุขภาพ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความสามารถ ศักยภาพของผู้เอาประกันสุขภาพซึ่งยังมีข้อจำกัดเรื่องการรับรู้ข้อมูลอยู่มาก

5. ควรมีการนำมรรหมประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองระยะยาวมาพิจารณา เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้บริโภคที่ต้องการหลักประกันทางด้านสุขภาพ ลักษณะรูปแบบของสัญญาอาจให้มีหลักคล้ายกับการทำประกันชีวิต

6. มาตรการใกล้เคียงประนีประนอมข้อพิพาทของกรมการประกันภัย ควรขยายขอบเขตไปถึงการพิจารณาลงโทษบริษัทประกันภัยหรือตัวแทนขายประกันอย่างเด็ดขาด เมื่อมีการละเมิดสิทธิผู้บริโภคซ้ำแล้วซ้ำอีก โดยเฉพาะตัวแทนขายที่ขาดจรรยาบรรณ ต้องมีมาตรการจัดการที่จริงจังมิให้ออกไปสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้บริโภคอีกเป็นจำนวนมากที่มีข้อจำกัดเรื่องความรู้ความเข้าใจ

7. ควรมีการสร้างฐานข้อมูลทางด้านประกันสุขภาพเอกชนขึ้น เนื่องจากปัจจุบันไม่มีหน่วยงานใดเลยที่มีข้อมูลด้านนี้อย่างครบถ้วน แม้แต่สถิติการร้องเรียนในกรมการประกันภัยก็ยังมีได้แบ่งแยกออกมาเฉพาะเจาะจงในเรื่องของประกันสุขภาพ ทำให้ยากในการที่จะทำความเข้าใจในเรื่องความรุนแรงของสถานการณ์ปัญหาเรื่องการประกันสุขภาพเอกชน

8. ควรเผยแพร่ความเข้าใจที่ถูกต้องในการทำประกันสุขภาพเอกชนให้กับประชาชน

9. ควรพิจารณาทบทวนให้มีการกำหนดราคากลางในการรักษาพยาบาล สำหรับผู้เอาประกันสุขภาพ สถานพยาบาลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สร้างปัญหาให้เกิดขึ้นในระบบการประกันสุขภาพเอกชน สถานพยาบาลแต่ละแห่งจะมีมาตรฐานการรักษาพยาบาลผันแปรไปตามสถานะทางการเงินของผู้ป่วยมากกว่าที่จะคำนึงถึงความต้องการทางการแพทย์อย่างแท้จริง แพทย์มีแนวโน้มให้การรักษาที่เกินความจำเป็นแก่ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพเอกชนช่วยจ่ายค่ารักษาแทนให้ ซึ่งส่งผลให้บริษัทประกันยิ่งเข้มงวดในการจ่ายค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้บริโภค หรือส่งผลให้เบี้ยประกันสุขภาพสูงขึ้นโดยไม่จำเป็น จึงควรมีการศึกษาระดับราคามาตรฐานในการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งไม่เพียงช่วยแต่เฉพาะในเรื่องประกันสุขภาพเอกชน แต่ยังส่งผลให้ผู้บริโภคทั่วไปไม่ต้องประสบปัญหาค่ารักษาพยาบาลแพงอีกด้วย

ส่วนที่ 2
ประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535

บทที่ 7

การประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

หลักการประกันสุขภาพคือ การเจียดความเสี่ยงสำหรับคนกลุ่มมากเพื่อให้ผู้เอาประกันภัย หรือสมาชิกในครัวเรือนที่ได้รับการคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างทันทีเมื่อเจ็บป่วย โดยที่ค่ารักษาพยาบาลไม่ใช่อุปสรรคปิดกั้นไม่ให้เข้าถึงบริการ การประกันสุขภาพในประเทศไทยมีหลายระบบ มีข้อดี ข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ซึ่งแบ่งได้ 4 ประเภทใหญ่ ๆ คือสวัสดิการข้าราชการ การและพนักงานรัฐวิสาหกิจ การสงเคราะห์โดยรัฐ การประกันสุขภาพภาคบังคับ และการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

การประกันสุขภาพภาคบังคับที่เพิ่งออกมาบังคับอีกประเภทหนึ่งนอกเหนือจากประกันสังคม และกองทุนทดแทนแรงงาน คือ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 ซึ่งคุ้มครองความเสียหายเฉพาะการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากรถเท่านั้น โดยแหล่งเงินมาจากเจ้าของรถที่จ่ายเงินซื้อกรมธรรม์ แต่ผู้ดำเนินการคือบริษัทประกันเอกชน

ความเป็นมา

เนื่องจากปรากฏว่าอุบัติเหตุที่เกิดจากรถได้ทวีจำนวนมากขึ้นในแต่ละปีมีผู้ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก โดยผู้ประสบภัยดังกล่าวไม่ได้รับการชดเชยค่าเสียหายหรือได้รับชดเชยค่าเสียหาย ไม่คุ้มกับความเสียหายที่ได้รับจริงหากผู้ประสบภัยจะใช้สิทธิทางแพ่งเรียกร้องค่าเสียหาย ต้องใช้เวลาดำเนินคดียาวนาน ดังนั้นเพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับการชดเชยค่าเสียหายเป็นค่าเสียหายเบื้องต้นที่แน่นอนและทันทั่วถึง จึงกำหนดให้มีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถขึ้น

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 109 ตอนที่ 44 เมื่อ 9 เมษายน 2535 ตามมาตรา 2 พระราชบัญญัติฉบับนี้จะมีผลบังคับใช้เมื่อพ้นกำหนด 180 วัน ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป ซึ่งก็คือ 6 ตุลาคม 2535 แต่พระราชบัญญัตินี้ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรงว่า มีความไม่เหมาะสมหลายประการและมีผลกระทบต่อเจ้าของรถถึง 7-8 ล้านคน และมีผลกระทบต่อประชาชนชาวไทยทั่วประเทศ ในฐานะผู้ที่มีโอกาสเป็นผู้ประสบภัยจากรถ รวมทั้งความไม่เหมาะสมของเบี้ยประกันที่ประกาศในกฎกระทรวงพาณิชย์ ออกความมาตราที่ 7

ในที่สุดที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎรเมื่อ 7 ตุลาคม 2535 มีมติผ่านพระราชบัญญัติแก้ไขพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ โดยแก้ไขมาตราที่ 2 เท่านั้น โดยให้เลื่อนการบังคับใช้จาก 180 วัน เป็น 360 วัน หลังจากประกาศในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งก็คือ 5 เมษายน 2536 พร้อมกันแต่งตั้งกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาคำแนะนำความเหมาะสมของอัตราเบี้ยประกันตามพระราชบัญญัติฉบับนี้

วัตถุประสงค์

แต่เดิมนั้นเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางจราจรแล้ว มักจะเกิดปัญหาในด้านการรักษาพยาบาลอยู่เสมอ ๆ กล่าวคือ สถานพยาบาลโดยเฉพาะของเอกชนมักจะปฏิเสธการให้การรักษายาบาลแก่ผู้ประสบภัย หรือผู้นำส่งผู้ประสบภัยที่ไม่สามารถแสดงฐานะทางการเงินว่าจะสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ทำให้ผู้ประสบภัยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลทันเวลาที่ จนบางครั้งเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ หรือการรักษาพยาบาลไม่ต่อเนื่อง หรือมีการส่งต่อผู้ป่วยและผลภักะค่ารักษาพยาบาลไปยังโรงพยาบาลของรัฐ ทำให้เกิดข้อขัดข้องและปัญหาต่อกันอยู่เสมอ ๆ

พระราชบัญญัติฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ประสบภัยจากรถโดยที่ผู้ประสบภัยจะไม่ต้องเป็นการในค่ารักษาพยาบาลเอง

1. ให้ความคุ้มครองและช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล แก่ประชาชนผู้ประสบภัยจากรถซึ่งได้รับอันตรายความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย ให้ความคุ้มครองใช้ค่าเสียหายและค่าเสียหายเบื้องต้นอย่างทันทีทันใดและแน่นอน
2. เป็นหลักประกันว่าผู้ประสบภัยจากรถจะได้รับการชดใช้ค่าเสียหายและค่าเสียหายเบื้องต้นแน่นอนและทันเวลาที่ และเป็นหลักประกันว่าสถานพยาบาลทุกแห่งจะได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลอย่างแน่นอนและรวดเร็ว ใน การรับรักษาพยาบาลแก่ผู้ประสบภัยจากรถดังกล่าว
3. เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนธุรกิจประกันภัย ให้มีส่วนร่วมในการแบ่งเบาค่าเสียหายของผู้ประสบภัยอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุจากรถ ซึ่งนอกจากจะเป็นการช่วยบรรเทาภาระความเดือดร้อนของผู้ประสบภัยและครอบครัวแล้ว ยังเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของรัฐบาลในด้านสวัสดิการสงเคราะห์อีกด้วย¹

สาระสำคัญของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535

ให้เจ้าของรถ ผู้เช่าซื้อรถซึ่งมีภูมิลำเนาหรือถิ่นที่อยู่ในอาณาจักรที่นำรถที่จดทะเบียนในต่างประเทศมาใช้ในอาณาจักรที่ใช้รถหรือมีรถไว้เพื่อใช้ เน้นการจัดให้มีการประกันความเสียหาย โดยมีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง

1. รถที่ต้องทำการประกันภัย

ประเภทและชนิดของรถที่ต้องจัดให้มีการประกันภัยความเสียหายตาม พระราชบัญญัตินี้ คือ รถทุกคันที่จดทะเบียนกันกรมการขนส่งทางบก และเป็นยานพาหนะทุกชนิดที่ใช้ในการขนส่งทางบกซึ่งเดินด้วยกำลังเครื่องยนต์หรือขับเคลื่อนด้วยเครื่องยนต์ กำลังไฟฟ้าหรือพลังงานอื่น ทั้งนี้ หมายความว่ารวมถึงรถพ่วง รถจักรยานยนต์ รถสามล้อเครื่อง รถอีแต๋น รถแทรกเตอร์ รถบดถนน

¹ เป็นต้น

¹ สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.ผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพปี 2536.

กรุงเทพฯ , 2537. หน้า 59-60

2. ผู้รับประกันภัย

คือบริษัทประกันวินาศภัยและสาขาทั่วประเทศ ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการประกันภัยรถในราชอาณาจักร ซึ่งบริษัทประกันภัยจะปฏิเสธการรับประกันภัยตามพระราชบัญญัตินี้ไม่ได้ และบริษัทประกันภัยหรือเจ้าของรถมีสิทธิบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยตามพระราชบัญญัตินี้ ก่อนครบกำหนดความคุ้มครองได้ไม่ว่าด้วยเหตุใด แต่ต้องปฏิเสธตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง

3. จำนวนเงินเอาประกันภัย

เจ้าของรถ ผู้เช่าซื้อรถหรือผู้ที่มีหน้าที่ต้องจัดให้มีการประกันภัยความเสียหายเอาประกันภัยไว้กับบริษัทประกันภัยเพื่อคุ้มครองความรับผิดต่อความบาดเจ็บหรือเสียชีวิต โดยมีจำนวนเงินเอาประกันภัยต่อบุคคลหนึ่ง และต่อเหตุการณ์หนึ่งไม่น้อยกว่าจำนวนที่กำหนดไว้ ตามชนิด ประเภท และขนาดของรถ คือ

- รถที่มีที่นั่งไม่เกิน 7 คน หรือใช้บรรทุกผู้โดยสารรวมถึงผู้ขับขี่ไม่เกิน 7 คน ให้มีจำนวนเงินเอาประกันภัย จำนวน 50,000 บาท/คน (ปัจจุบัน 80,000 บาท/คน)
- รถที่มีที่นั่งเกิน 7 คน หรือใช้บรรทุกผู้โดยสารรวมทั้งผู้ขับขี่เกิน 7 คน ให้มีจำนวนเงินเอาประกันภัย 50,000 บาท/คน (ปัจจุบัน 80,000 บาท/คน)

4. ผู้ที่ได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติ

เนื่องจากพระราชบัญญัตินี้มีความมุ่งหมายที่จะคุ้มครองและบรรเทาแบ่งเบาภาระความเดือนร้อนเสียหายที่เกิดแก่ชีวิต ร่างกายอันเนื่องจากอุบัติเหตุ ดังนั้น “ผู้ประสบภัย” หมายถึง ผู้ที่ได้รับอันตรายต่อชีวิตหรือร่างกาย เนื่องจากรถที่ใช้หรืออยู่ในทาง หรือเนื่องจากสิ่งที่ยานพาหนะบรรทุก หรือติดตั้งในรถนั้น และหมายรวมถึงทายาทโดยธรรมของผู้ประสบภัย ซึ่งถึงแก่ความตายด้วย เพราะฉะนั้นผู้ที่ได้รับความคุ้มครองจาก พระราชบัญญัตินี้จึงหมายถึงประชาชนทุกคนที่ประสบภัยจากรถ ไม่ว่าจะเป็นผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร ผู้ซึ่งอยู่ในรถ ผู้ที่กำลังขึ้นหรือลงจากรถ ผู้ใช้ถนนอื่น ๆ เช่นคนเดินเท้า คนข้ามถนน หรือแม้แต่คนที่นอนอยู่ในบ้านหากได้รับความเสียหายจากรถยนต์ จะได้รับความคุ้มครอง โดยได้รับการชดเชยค่าเสียหายและหรือค่าเสียหายเบื้องต้นตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายนี้ทั้งสิ้น

5. ค่าเสียหายที่จะได้รับความคุ้มครอง

ค่าเสียหายที่จะได้รับตามพระราชบัญญัตินี้ เป็นค่าเสียหายเฉพาะที่เกิดกับชีวิต ร่างกายเท่านั้น ไม่รวมถึงค่าเสียหายที่อาจเกิดขึ้นกับทรัพย์สินโดยค่าเสียหายที่ผู้ประสบภัยหรือทายาทจะได้รับการชดเชยได้ครั้งนี้

6. ค่าเสียหายเบื้องต้น

ผู้ประสบภัยจากรถจะได้รับค่าเสียหายเบื้องต้น โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ยื่นคำขอ มีรายการ ดังนี้

- (1) กรณีได้รับบาดเจ็บแต่ไม่เสียชีวิต ผู้ประสบภัยจะได้รับค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ได้แก่
 - ค่ายา ค่าอาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ในลักษณะเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษา
 - ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม
 - ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค ทั้งนี้ไม่รวมถึงค่าจ้างพยาบาลพิเศษ และค่าบริการอื่น ๆ ในทำนองเดียวกัน
 - ค่าห้องและค่าอาหารตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษายาบาล
 - ค่าพาหนะนำผู้ประสบภัยไปโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
 โดยผู้ประสบภัยจะได้รับการชดใช้ค่าเสียหายเบื้องต้นตามความเสียหายที่แท้จริงหรือเท่าจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 10,000 บาท (ปัจจุบัน 15,000 บาท)
- (2) กรณีที่เสียชีวิตทันที ทายาทโดยธรรมของผู้ประสบภัยจะได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นและค่าปลงศพ และค่าใช้จ่ายอันเกี่ยวกับการจัดการศพ โดยจะได้รับชดใช้ค่าเสียหายเบื้องต้น จำนวน 10,000 บาท/ 1 คน
- (3) กรณีที่ผู้ประสบภัยถึงแก่ความตายหลังจากที่มีการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล จะได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นเป็นค่ารักษาพยาบาลตามข้อ (1) และข้อ (2) รวมกันไม่เกิน 20,000

7. ค่าเสียหายส่วนที่เกินกว่าค่าเสียหายเบื้องต้น

- (1) กรณีที่ได้รับบาดเจ็บ แต่ไม่เสียชีวิตจะได้รับค่าเสียหายตามความเป็นจริงแต่ไม่เกิน 50,000 บาท/คน
- (2) กรณีเสียชีวิตทันทีจะได้รับชดใช้เป็นเงิน 50,000 บาท/คน (ปัจจุบัน 80,000 บาท/คน)
- (3) กรณีบาดเจ็บและเสียชีวิตจะได้รับชดใช้รวมกันเป็นเงินจำนวน 50,000 บาท/คน (ปัจจุบัน 80,000) ค่าเสียหายที่เกินจากวงเงินคุ้มครอง ผู้ประสบภัยสามารถเรียกร้องได้จากผู้ละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งพาณิชย์

8. การขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น

การขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นของผู้ประสบภัยจากกรณีรถหรือทายาทโดยธรรมของผู้ประสบภัยจากกรณีรถหรือทายาทโดยธรรมของผู้ประสบภัยซึ่งถึงแก่ความตาย จะต้องร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นภายใน 180 วัน นับแต่วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้น โดยสามารถขอรับได้จากผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ

- (1) บริษัทประกันภัย เมื่อมีความเสียหายเกิดแก่ผู้ประสบภัยจากกรณีที่มีการประกันภัยไว้กับบริษัทประกันภัยตาม พระราชบัญญัตินี้ ให้ผู้ประสบภัยยื่นคำร้อง

ขอค่าเสียหายเบื้องต้นจากบริษัทประกันภัยที่รับประกันภัยไว้ โดยหากเป็นค่าเสียหายต่อร่างกาย ให้นำใบเสร็จรับเงินจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หรือหลักฐานการเจ็บนี้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านแล้วแต่กรณี สำหรับความเสียหายต่อชีวิตให้มีสำเนามรณบัตร สำเนาทะเบียนที่ประจำวันในคดีของพนักงานสอบสวนหรือหลักฐานที่แสดงว่าผู้บาดเจ็บถึงแก่ความตายเพราะอุบัติเหตุจากรถ ส่วนความเสียหายต่อร่างกายและต่อชีวิต ให้มีหลักฐานตามที่กล่าวข้างต้นทั้งหมด

(2) สำนักงานกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ซึ่งตั้งอยู่ที่กรมการประกันภัยและสำนักงานประกันภัยภูมิภาค

- เมื่อเจ้าของรถก่อให้เกิดความเสียหาย ไม่ได้จัดให้มีการประกันภัยเพื่อคุ้มครองความเสียหาย ไม่ได้จัดให้มีการประกันภัยเพื่อคุ้มครองความเสียหาย และเจ้าของรถไม่ยอมจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัยไม่ครบจำนวน
- ขณะที่เกิดเหตุ รถที่ก่อให้เกิดความเสียหายมิได้อยู่ในความครอบครองของเจ้าของรถ เพราะรถถูกยักยอก ขโมย ครอบครองโดยผู้อื่น ลักทรัพย์ ชิงทรัพย์ หรือปล้นทรัพย์ และเจ้าของได้ร้องทุกข์ต่อพนักงานสอบสวน
- ไม่มีผู้แสดงตนเป็นเจ้าของรถที่ก่อให้เกิดความเสียหาย และรถนั้นไม่มีการประกันภัยกับบริษัทประกันภัยไว้
- กรณีที่ผู้ประสบภัยถูกชนแล้วหนี
- บริษัทประกันภัยที่รับประกันภัยก่อให้เกิดความเสียหาย แล้วไม่จ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยหรือจ่ายไม่ครบ
- ความเสียหายที่ผู้ประสบภัย ได้รับจากรถที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องจัดให้มีการประกันภัยตามที่กำหนดยกเว้นไว้ในพระราชบัญญัตินี้

9. ระยะเวลาและหน้าที่รับผิดชอบในการจ่าย

เมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้น บริษัทประกันภัยที่ผู้เสียหายรับประกันภัยไว้จะต้องจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัย ภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับการร้องขอจากผู้ประสบภัย โดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความผิด

- กรณีที่รถตั้งแต่ 2 คันขึ้นไปก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ประสบภัยซึ่งอยู่ในรถ ให้บริษัทที่รับประกันภัยรถแต่ละคันจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัยซึ่งอยู่ในรถคันที่เอาประกันภัยไว้กับบริษัท
- กรณีที่รถตั้งแต่ 2 คันขึ้นไปก่อให้เกิดความเสียหาย ขึ้นอยู่กับผู้ประสบภัยที่ไม่ได้อยู่ในรถ ให้บริษัทประกันภัยรถดังกล่าวร่วมกันจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้

แก่ผู้ประสบภัยทุกคน โดยเฉลี่ยจ่ายในอัตราส่วนที่เท่ากันโดยให้บริษัทจ่ายตามวิธีการที่กำหนดไว้ตามกฎหมายกระทรวง คือ
ให้จ่ายแก่ผู้ประสบภัย หรือจ่ายแก่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่รักษาพยาบาลผู้ประสบภัย โดยให้จ่ายเป็นเงินสดหรือจ่ายเป็นเช็คที่มีได้ลงวันที่ล่วงหน้า และจ่ายให้เสร็จเรียบร้อยภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับร้อง โดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความผิด ทั้งนี้ห้ามมิให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบต่อผู้ประสบภัยจากกรณีที่บริษัทได้รับประกันภัยไว้

บทที่ 8

ปัญหาการละเมิดสิทธิจากการประกันสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ประกาศใช้เป็นกฎหมายเมื่อวันที่ 5 เมษายน พ.ศ.2535 เจตนารมณ์ของกฎหมายต้องการให้เกิดความเป็นธรรมในสังคม เพื่อคุ้มครองผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจร โดยให้เจ้าของรถยนต์ทุกคันต้องทำประกันภัยกับบริษัทประกันภัย ซึ่งจะจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นและจ่ายค่าทดแทนในวงเงินซึ่งกำหนดไว้เพื่อครอบคลุมทั้งค่ารักษาพยาบาลและทุพพลภาพ

เนื่องจากการประกันสุขภาพภาคบังคับที่ให้บริการเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งต่างจากประกันสุขภาพภาคบังคับอื่น ๆ เช่น ประกันสังคม กองทุนทดแทนแรงงาน ซึ่งดำเนินการโดยรัฐ จึงมักมีผู้กล่าวว่า บริษัทเอกชนจะเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากพระราชบัญญัติมากกว่าผู้บริโภคหรือผู้ประสบภัย ในหนังสือพิมพ์สยามธุรกิจ ฉบับที่ 219 ระบุว่า “เนื่องจากเป็นธุรกิจแสวงหากำไรจึงมีแรงจูงใจสูงในการควบคุมค่าใช้จ่าย การวางหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เข้มงวดในการเบิกจ่ายค่าเสียหายและค่ารักษาพยาบาล ตลอดจนประชาชนทั่วไปยังไม่เข้าใจในสิทธิประโยชน์ของพระราชบัญญัติ ดังนั้นแม้ว่าบริษัทประกันภัยจะสร้างภาพว่า บริษัทประกันภัยไม่มีกำไรจากพระราชบัญญัติฉบับนี้ แต่ความจริงบริษัทประกันภัยกลับสามารถมีกำไรจากการเบิกค่าเสียหายที่มีการจ่ายน้อยมาก 6 ปีที่ผ่านมา บริษัทประกันภัยจึงมีกำไรจากส่วนต่างของเบี้ยประกันภัยภาคบังคับกว่า 3 หมื่นล้านบาท”

ตารางที่ 8.1 เบี้ยรับและจ่ายสินไหม พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

ปี พ.ศ.	เบี้ยรับประกัน	จ่ายค่าสินไหม
2536	3,956.32	194.02
2537	5,154.12	1,441.52
2538	6,754.67	2,072.86
2539	7,694.98	2,817.55
2540	8,063.85	2,930.88
2541	5,800.72	772.22
รวม	37,424.66	10,229.05

ที่มา : กรมการประกันภัย

หน่วย: ล้านบาท

¹ บริษัทประกันภัยรับและฟัน 3 หมื่นล้าน พ.ร.บ. บุคคลที่ 3.สยามธุรกิจ.ฉบับที่ 219 วันที่ 21-27 ก.พ.2542 หน้า 1,4.

วิธีการศึกษาปัญหาการละเมิดสิทธิจากประกันสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถดำเนินการโดย การสืบค้นข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทบทวนเอกสาร สอบถามและสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระดับกลางและระดับสูง ซึ่งถือเป็นผู้แทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แล้วดำเนินการส่งแบบสำรวจสภาพปัญหา ไปยังกลุ่มตัวอย่างที่เลือกไว้ และคัดเลือกกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจจากผู้ตอบกลับแบบสอบถาม เพื่อทำการวิจัยเชิงคุณภาพ

8.1 สถานการณ์ปัญหาจากการทบทวนเอกสาร

จากการศึกษาของ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์และคณะ² เรื่อง สถานการณ์การบริการทางด้านการแพทย์แก่ผู้ประสบภัยตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 พบปัญหาดังนี้

1.ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจสิทธิประโยชน์และการเรียกร้องสิทธิตามกฎหมาย ทั้งนี้เพราะการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ ยังมีน้อย ไม่ทั่วถึงและไม่สม่ำเสมอ ทำให้ผู้ประสบภัยจากรถหรือคู่กรณีต้องรับภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เอง

2.ประชาชนที่มีความรู้ความเข้าใจกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติตามกฎหมาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง กล่าวคือ ความยุ่งยากของขั้นตอนและการหาเอกสารประกอบการร้องขอค่าเสียหายที่มีอยู่จำนวนมาก ทำให้บริษัทประกันภัยใช้เป็นข้ออ้างในการปฏิเสธการจ่ายค่าเสียหายของผู้ประสบภัย โดยผู้ประสบภัยหรือคู่กรณีจำเป็นต้องยอมเป็นผู้รับภาระดังกล่าวเอง หรือผลลัการะไปให้ผู้อื่นโดยหันไปใช้สิทธิอย่างอื่นที่สะดวกรวดเร็วกว่าแทน เช่น ชำราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม บัตรสุขภาพ บัตรสูงอายุ หรือผลลัการะให้แก่สถานพยาบาลในรูปการสงเคราะห์ เป็นต้น

3.บริษัทประกันภัยป่วยเบี่ยงหรือปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถ โดยกำหนดเงื่อนไขนอกเหนือกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้ ในเรื่องของการขอเอกสารเพิ่มเติม

3.1 เมื่อเกิดอุบัติเหตุจากรถ ผู้ประสบภัยที่ไม่ได้ดำเนินการแจ้งความต่อเจ้าพนักงานสอบสวน ถูกบริษัทประกันภัยป่วยเบี่ยงไม่ยอมจ่ายค่ารักษาเบื้องต้นโดยอ้างว่าต้องมีสำเนาแจ้งความด้วย ซึ่งตามกฎหมายการร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น ในกรณีความเสียหายต่อร่างกาย ผู้ประสบภัยสามารถยื่นคำร้องขอด้วยหลักฐานสำคัญเพียงสองอย่าง³ คือ

(ก) ใบเสร็จรับเงินจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หรือหลักฐานการแจ้งหนี้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

² สงวน นิตยารัมภ์พงศ์และคณะ ,2538 : หน้า 67-71

³ สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2537 – 2539 สำนักงานประกันสุขภาพ , 2540 : หน้า 53

- (ข) สำเนาบัตรประจำตัว หรือสำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวหรือ
สำเนานหนังสือเดินทาง หรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการเป็นผู้ออกให้ที่
สามารถพิสูจน์ได้ว่าผู้มีชื่อในหลักฐานนั้นเป็นผู้ประสบภัย แล้วแต่กรณี
- 3.2 การเบิกข้ามเขตระหว่างที่ตั้งของบริษัทประกันภัยและสถานที่เกิดอุบัติเหตุ
ไม่สะดวก ขาดการประสานงานที่ดี ซึ่งนโยบายและระเบียบวิธีปฏิบัติของแต่ละ
แห่งยังหลากหลายแตกต่างกันออกไป

4. การเรียกร้องค่าเสียหายเบื้องต้นจากบริษัทประกันภัยที่จะช่วยบรรเทาความเดือดร้อน
ทางด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ประสบภัย โดยกำหนดให้แล้วเสร็จภายใน 7 วัน ยังไม่
สามารถปฏิบัติได้จริง ทำให้ผู้ประสบภัยหรือสถานพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายไปก่อน หรือต้อง
รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดเอง เนื่องจากไม่สามารถเรียกร้องจากผู้ใดได้ด้วยเงื่อนไขข้อจำกัดต่าง ๆ
มากมาย ทั้งนี้การควบคุมกำกับและการลงโทษต่อบริษัทประกันภัยที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายภายใต้
การดูแลของกรมการประกันภัย จากหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ก็ยังไม่สามารถ
ปฏิบัติได้อย่างจริงจัง และเข้มงวด ทำให้ผู้ประสบภัยจากรถและสถานพยาบาลไม่ได้รับการช่วย
เหลือคุ้มครองสิทธิประโยชน์เท่าที่ควร

5. การคุ้มครองความเสียหายต่อร่างกายของผู้ประสบภัยจากรถได้กำหนดให้ได้รับค่าเสียหาย
เบื้องต้นในวงเงินไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท โดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิดไม่เพียงพอในกรณีที่ผู้
ประสบภัยมีอาการสาหัสต้องได้รับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องเป็นเวลานานและมีค่าใช้จ่ายสูงมาก ค่า
เสียหายที่เกินกว่าค่าเสียหายเบื้องต้นในวงเงินเกินกว่าหนึ่งหมื่นบาทแต่ไม่เกินห้าหมื่นบาท ต้องรอ
พิสูจน์ความรับผิดก่อน หากเป็นฝ่ายผิดก็จะได้รับการคุ้มครองเฉพาะค่าเสียหายเบื้องต้นเท่านั้น ทำให้
ผู้ประสบภัยจากรถหรือสถานพยาบาลต้องใช้เวลาและยุ่งยากในการติดตามผลหรือต้องรับภาระ
ค่าใช้จ่ายเองในส่วนที่นอกเหนือจากสิทธิที่กฎหมายกำหนดไว้

6. ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลใช้เป็นเกณฑ์ในการขอเบิกจากบริษัทประกันภัยหรือกอง
ทุนทดแทนค่อนข้างสูงมาก ทำให้ค่าเสียหายเบื้องต้น หมดยกอย่างรวดเร็วจนในวันสองวันแรกของการ
นอนโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลบางแห่งคำนวณค่ารักษาพยาบาลใกล้เคียงกับค่าเสียหายเบื้องต้น
ทำให้ค่ารักษาพยาบาลไม่เพียงพอ

7. ปัญหาจากการที่มีมิชชันนารีเข้ามาช่วยประโยชน์จากบริษัทประกันภัย โดยอาศัยช่อง
ทางการเบิกจ่ายเงินแทนผู้ประสบภัยของแพทย์และโรงพยาบาล ที่เรียกกันว่า "เคลมผี" หรือ "เคลม
เทียม" ขึ้นมาโกงเงินจากบริษัท ทำให้บริษัทประกันเสียประโยชน์ไปเป็นจำนวนมาก มีผลให้บริษัท
ยิ่งเพิ่มความระมัดระวังตัวในการเบิกจ่ายค่าเสียหาย ภาระหนักจึงไปตกอยู่กับผู้บริโภคและผู้ประสบ
ภัย⁴

⁴ สยามธุรกิจ วันที่ 21-27 ก.พ.2542

อาจกล่าวได้ว่าสถานการณ์ที่เป็นอยู่ไม่ได้เอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้ประสบภัยอย่างแท้จริง และ ยังสร้างความยุ่งยากให้สถานพยาบาลเป็นภาระในการเรียกร้องค่าเสียหายให้กับผู้ประสบภัยหรือ ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเอง ระเบียบขั้นตอนการเรียกร้องค่าเสียหายมีความยุ่งยากและ ได้รับล่าช้ามาก ทำให้สถานพยาบาลส่วนใหญ่หันมาใช้วิธีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ ประสบภัย

นอกจากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีปัญหาที่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากบริษัทประกันภัยได้ครบตามจำนวนที่ควรจะได้ จึงทำให้ภาระในการเรียกร้องค่าเสียหายตกอยู่กับโรงพยาบาลและผู้ประสบภัย จากข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการจากบริษัทประกันภัยของสถานพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างเมษายน 2536-เมษายน 2537 พบว่า จำนวนผู้ประสบภัย จากรถที่สามารถเรียกเก็บเงินจากบริษัทประกันภัย มีจำนวนทั้งหมด 9,803 คน จำนวนเงิน 37,869,801 บาท เรียกเก็บได้จริง 6,058 คน คิดเป็นร้อยละ 62 จำนวนเงิน 20,849,529 บาท เรียก เก็บไม่ได้ 3,745 คน คิดเป็นร้อยละ 38 จำนวนเงินที่เรียกเก็บไม่ได้ 17,020,272 บาท ค่าบริการ โดยเฉลี่ยต่อรายของกลุ่มที่เรียกเก็บเงินจากบริษัทประกันภัยไม่ได้ สูงกว่ากลุ่มที่เบิกเงินได้ คือ 4,545 บาท/ราย เทียบกับ 3,442 บาท/ราย น่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ประสบภัยถูกบริษัทประกันภัย ป้ายเปี่ยงการจ่ายค่าเสียหาย ดังตารางที่ 8.2

ตารางที่ 8.2 แสดงข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการจากบริษัทประกันภัยของสถานพยาบาลใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และที่สามารถเก็บได้ระหว่างเมษายน 2536 - เมษายน 2537

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (บาท)	ร้อยละ
ผู้ประสบภัยจากรถที่เรียกเก็บเงิน จากบริษัทประกันภัยทั้งหมด	9,803	100	37,869 801	100
ผู้ประสบภัยจากรถที่เรียกเก็บเงิน จากบริษัทประกันภัยได้	6,058	62	20,849,529	55.06
ผู้ประสบภัยจากรถที่เรียกเก็บเงิน จากบริษัทประกันภัยไม่ได้	3,745	38	17,020,272	44.99

ที่มา สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ขาดข้อมูล จังหวัดตรัง สุพรรณบุรี ตราด พะเยา อุตรธานี มุกดาหาร หนองบัว
ลำภู นครพนม ชุมพรและสงขลา

8.2 ลักษณะปัญหาของการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8.2.1 กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ของกองทุนทดแทน ได้แสดงทัศนะ ดังนี้

- 1.กองทุนทดแทน มีผู้ประสบภัยหรือตัวแทนมาร้องเรียนประมาณ 10 รายต่อวัน ซึ่งทุกรายกองทุนทดแทนสามารถแก้ปัญหาได้
- 2.กรณีที่ผู้ประสบภัยมายื่นคำร้องและเจ้าหน้าที่พบว่าแก้ปัญหาได้ยาก ได้แก่ กรณีรถยืมมาใช้แล้วเกิดอุบัติเหตุ โดยรถไม่ได้ทำประกันตาม พ.ร.บ.
- 3.การเบิกค่าเสียหายเบื้องต้นที่มีปัญหาเพราะส่วนใหญ่บริษัทไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ทั้งเรื่องระยะเวลาและเอกสาร บริษัทขอเอกสารจากผู้ประกันภัย มากกว่าที่กฎหมายกำหนด

8.2.2 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ฝ่ายประสานงาน ตาม พ.ร.บ. ได้แสดงทัศนะถึง ปัญหาการเบิกค่ารักษาพยาบาล ดังนี้

- ปัญหาจากบริษัทประกัน
 - 1.เก็บเงินจากบริษัทประกันไม่ได้ ทั้งที่ส่งเอกสารต่าง ๆ อย่างครบถ้วน
 - 2.ระยะเวลาที่ใช้ในการเรียกเก็บค่าเสียหายจากบริษัทประกันนานมาก เช่น บางบริษัทนานข้ามปี
 - 3.บริษัทปฏิเสธการจ่ายอ้างว่า ไม่ทราบว่าใครถูกใครผิด ผลักภาระให้โรงพยาบาล เป็นผู้หาฝ่ายผิด
- ปัญหาจากตัวผู้ประสบภัย
 - 1.ผู้ประสบภัยไม่มีความรู้ไม่เข้าใจ พ.ร.บ. และไม่คอยให้ความร่วมมือกับทางโรงพยาบาล บางครั้งเข้าใจว่าประสบอุบัติเหตุแล้วรักษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ประเภทนี้ จะไม่นำหลักฐานมาให้กับทางโรงพยาบาล ผู้ที่มีปัญหาเรื่องขาดข้อมูลโดยภาพรวมเป็นคนที่มีการศึกษาน้อย ยากจน
 - 2.ผู้ประสบภัย ไม่มีหลักฐานหรือเอกสาร เช่น บัตรประจำตัว สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ประสบภัยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นคนที่ไม่มีที่อยู่แน่นอน หรือเป็นคนต่างจังหวัดเข้ามากรุงเทพฯ ฯ ไม่มีใบแจ้งความ กลุ่มนี้บางคนรู้ตัวว่าเป็นฝ่ายผิดไม่กล้าแจ้งความ บางกรณีคู่ความเป็นญาติกันไม่ต้องการแจ้งความ หรือผู้ป่วยที่หนีออกจากโรงพยาบาล กลุ่มนี้โรงพยาบาลรักษาไปแล้วแต่หลักฐานยังไม่ได้รับจากผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยไม่มีญาติต้องรอให้หายก่อน จึงจะสามารถรวบรวมหลักฐานได้ แต่บางรายหนีไปเลยทางโรงพยาบาลก็ต้องทวงเงินในส่วนอื่นแทน

8.2.3 สมาคมประกันวินาศภัย

จากการสัมภาษณ์ผู้แทนของสมาคมประกันวินาศภัย ได้แสดงทัศนะ ดังนี้

- 1.ประชาชนไม่รู้ ไม่เข้าใจ เพราะเป็นกฎหมายใหม่ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์มีน้อยไป และความรู้สึกที่ถูกบังคับให้ทำ ทำให้มองข้ามสิทธิ และไม่แสดงความสนใจในเรื่องสิทธิประโยชน์
- 2.คนรับทำประกัน อาจไม่ได้ให้ข้อมูลกับผู้เอาประกัน ไม่ได้ชี้แจงเรื่องสิทธิประโยชน์เนื่องจากเป็นกฎหมายใหม่ เจ้าหน้าที่แต่ละคนมีประสบการณ์ไม่เท่ากัน
- 3.เจ้าหน้าที่ฝ่ายค่าสินไหมไม่ชำนาญ และเพราะทำธุรกิจประกันวินาศภัยกันมานาน จนอาจเคยชินกับการเรียกดูเอกสารอย่างละเอียด ะมัดระวังมากเกินไปจนวางมาตรการขั้นตอนในการเบิกค่าเสียหายให้มากกว่าเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด ประเด็นนี้สมาคม ฯ ให้ความเห็นว่า เจ้าหน้าที่ของบริษัทประกันภัย ที่ต้องรอบคอบมากเป็นพิเศษเพราะมีการเจตนาทุจริตโดยผู้เอาประกัน ผู้ประสบภัยบ่อยครั้ง
- 4.สถานพยาบาลมีแนวโน้มเรียกค่าเสียหาย ค่ารักษาพยาบาลแพงเกินจริง หรือบางโรงพยาบาลมีการสร้างหลักฐานเท็จเพื่อเรียกเงินจากบริษัท หรือบางโรงพยาบาลมีการให้ค่าหัวกับหน่วยงานบรรเทาสาธารณภัยให้นำผู้ประสบภัยส่งโรงพยาบาลของตน

8.2.4 ศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ มูลนิธิ ฯ ได้แสดงทัศนะดังนี้

- 1.ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์ในกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และการทำประกันเป็นไปโดยอัตโนมัติจากบริษัทรถยนต์ ทำให้ไม่มีช่องทางในการได้ข้อมูล
- 2.เมื่อเกิดอุบัติเหตุ ฝ่ายที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ โรงพยาบาลที่รับรักษาไม่ให้ความสำคัญกับผู้ประสบภัย ไม่แนะนำวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องหรือการเรียกร้องสิทธิ ทำให้ผู้ประสบภัยขาดข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นในการใช้สิทธิ
- 3.โรงพยาบาล มีแนวโน้มเรียกค่ารักษาพยาบาลจากผู้ประสบภัยก่อน แล้วให้ผู้ประสบภัยไปเรียกร้องจากบริษัทประกันเอง เพราะโรงพยาบาลไม่ต้องการเพิ่มภาระในส่วนนี้ หลายครั้งเกิดปัญหาโรงพยาบาลปฏิเสธรับผู้ประสบภัย หรือรับไว้แต่ปล่อยให้ผู้ป่วยรอโดยไม่มีการดูแลจนกว่าจะมีญาติมารับมิดชอบค่าใช้จ่าย
- 4.การลงโทษบริษัทที่มีปัญหาไม่เป็นจริง หน่วยงานรัฐไม่มีมาตรการเด็ดขาดในเรื่องนี้ ส่วนใหญ่ใช้วิธีไกล่เกลี่ยประนีประนอม แต่ความเสียหายส่วนใหญ่จะตกอยู่กับผู้บริโภค
- 5.ปัญหาสำคัญที่สุด ในทัศนะของผู้ให้สัมภาษณ์คือ บริษัทประกันภัยประวิงเวลาการจ่าย น้อยรายที่จะสำเร็จใน 7 วันตามที่กฎหมายกำหนด บริษัทมีเทคนิคในการดึงเรื่องให้ช้า จนผู้บริโภคเกิดความเบื่อหน่ายทั้งสิทธิที่ควรได้ไป หรือถ้าจะ

เรียกร้องสิทธิของตน บริษัทจะหาข้ออ้างดึงเรื่องจนถึงที่สุด จึงจะจ่ายเงินค่าเสียหาย
หลายรายที่ต้องใช้เวลาเป็นปีในการร้องเรียน
(ดูสรุปลักษณะปัญหาจากตารางที่ 8.3)

ตารางที่ 8.3 สรุปลักษณะปัญหาการละเมิดสิทธิจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภคจากรถใน
ทัศนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ลักษณะปัญหา	กองทุน ทดแทน	มูลนิธิเพื่อ ผู้บริโภค	สมาคม ประกัน วินาศภัย	โรง พยาบาล
1.บริษัทประกันจ่ายเบี้ย/ประวิงเวลาการจ่ายค่าเสียหาย	**	**	**	**
2.ผู้ประสบภัยไม่มีความรู้เพียงพอในการปฏิบัติตามกฎหมาย	**	**	**	**
3.รถที่ประสบอุบัติเหตุไม่ได้ทำประกันตาม พ.ร.บ.	**	-	-	-
4.เจ้าหน้าที่ของบริษัทประกันภัยไม่ชำนาญในการทำเรื่องเบิกค่าเสียหาย	-	-	**	-
5.สถานพยาบาลบางแห่งหาประโยชน์จากบริษัทประกันด้วยการสร้างหลักฐานเท็จ	-	-	**	-
6.สถานพยาบาลบางแห่งเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ประสบภัยก่อน ส่วนการเบิกค่าเสียหายจากบริษัทประกันให้เป็นภาระของผู้บริโภค	-	**	-	-
7.สถานพยาบาลมีปัญหาในการเบิกค่าเสียหายจากบริษัทประกัน กรณีรับมอบอำนาจจากผู้ประสบภัย	-	-	-	**
8.หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ โรงพยาบาลไม่ใส่ใจให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้ประสบภัย	-	**	-	-
9.ไม่มีมาตรการในการลงโทษบริษัทประกันภัยที่ละเมิดสิทธิอย่างเด็ดขาด	-	**	-	-

8.3 การสืบค้นปัญหาจากผู้บริโภค(ผู้ประสบภัย)

จากการทบทวนเอกสารและสัมภาษณ์หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสำรวจ" ปัญหาผู้บริโภค กรณีการทำประกัน พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค" แล้วส่งไปยังกลุ่มตัวอย่าง (ดูที่วิธีการศึกษาหน้า 4) จำนวนทั้งสิ้น 1,306 ราย โดยเป็นผู้ประสบภัยจากรถ ผู้บริโภค สมาชิกวารสารฉลาดซื้อ และเครือข่ายองค์กรผู้บริโภค (กลุ่มตัวอย่างเดียวกับข้อ 3.2 บทที่ 3)

ระยะเวลาการส่งแบบสอบถามเริ่มตั้งแต่วันที่ 16 ธันวาคม 2541 - 10 มกราคม 2542 ได้รับเอกสารตอบกลับค่อนข้างต่ำมากจำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 อย่างไรก็ตามมิได้ทำสำรวจซ้ำเพราะมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสภาพปัญหาและคัดเลือกกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจ เพื่อทำวิจัยเชิงคุณภาพ

- 8.3.1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสำรวจ พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 55 (จำนวน 36 ราย) เพศหญิงร้อยละ 45 (จำนวน 29 ราย) ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 49 (จำนวน 32 ราย) และร้อยละ 22 (จำนวน 14 ราย) สำเร็จการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 65 (จำนวน 42 ราย) มีรายได้ตั้งแต่ 10,000-50,000 บาท
- 8.3.2 การรับรู้ข้อมูลสิทธิประโยชน์และความเข้าใจใน พ.ร.บ. ผู้บริโภค ร้อยละ 68 (จำนวน 44 ราย) ตอบว่า มีความรู้ความเข้าใจใน พ.ร.บ. น้อย ผู้บริโภคที่ตอบว่ามีความรู้ในระดับดีมาก มีร้อยละ 25 (จำนวน 16 ราย) ร้อยละ 8 (จำนวน 5 ราย) ตอบว่า ไม่มีความรู้เลย
- 8.3.3 แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับ พ.ร.บ. พบว่า ร้อยละ 58 (จำนวน 38 ราย) ศึกษาด้วยตนเอง รองลงมา ร้อยละ 22 (จำนวน 14 ราย) ศึกษาจากเอกสารหน่วยงานของรัฐ ร้อยละ 8 (จำนวน 5 ราย) ได้ความรู้จากตัวแทนประกัน และร้อยละ 5 (จำนวน 3 ราย) ได้ความรู้จากบริษัทประกันภัย ตอบอื่น ๆ ญาติเพื่อน ร้อยละ 5 (จำนวน 3 ราย) มีผู้บริโภคไม่ตอบคำถาม ร้อยละ 3 (จำนวน 2 ราย)
- 8.3.4 ประสบการณ์อุบัติเหตุทางรถยนต์ พบว่า เคย ร้อยละ 46 (จำนวน 30 ราย) ไม่เคย ร้อยละ 54 (จำนวน 35 ราย)
- 8.3.5 ประสบการณ์ปัญหาจาก พ.ร.บ. พบว่า ร้อยละ 83 (จำนวน 54 ราย) ไม่เคยประสบปัญหา และร้อยละ 17 (จำนวน 11 ราย) เคยมีปัญหาจากเนื่องจาก พ.ร.บ.
- 8.3.6 ประสบการณ์ปัญหาจากการใช้ พ.ร.บ. ผู้ที่ประสบปัญหาจำแนกปัญหาดังต่อไปนี้ (ปัญหาสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ร้อยละ 36 (จำนวน 4 ราย) มีปัญหาในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกัน เนื่องจากได้จ่ายเงินล่วงหน้าไปแล้ว
 - ร้อยละ 27 (จำนวน 3 ราย) มีปัญหาบริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าเสียหายเบื้องต้น
 - ร้อยละ 9 (จำนวน 1 ราย) ผู้บริโภคเลี้ยงไปใช้สิทธิอื่นแทน พ.ร.บ.

- ร้อยละ 9 (จำนวน 1 ราย) โรงพยาบาลปฏิเสธที่จะรับรักษา
 - ตอบโดยระบุปัญหา มีดังนี้ ร้อยละ 18 (จำนวน 2 ราย) ไม่ใช้สิทธิ ร้อยละ 27 (จำนวน 3 ราย) ประสบปัญหาเตรียมเอกสารไม่ครบ และร้อยละ 9 (จำนวน 1 ราย) บริษัทประกันภัยบอกรัดให้ไปใช้สิทธิจากหน่วยงานต้นสังกัดแทน
- 8.3.7 วิธีการแก้ไขปัญหของผู้บริโภค ร้อยละ 70 (จำนวน 7 ราย) จะใช้วิธีเจรจากับบริษัทมากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 30 (จำนวน 3 ราย) ไปแจ้งความกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ และร้องเรียนหน่วยงานรัฐ ร้องสื่อมวลชน ฟ้องศาล ไปตามลำดับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 8.3.8 ระยะเวลาดำเนินการร้องเรียน ต่ำสุด 2 เดือน สูงสุด 1 ปี
- 8.3.9 ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญห ผู้ตอบแบบสำรวจได้ให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งสรุปเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ ทำคู่มือสำหรับประชาชน ประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น และบริษัทต้องมีจรรยาบรรณ
- 8.3.10 ข้อเสนอในการป้องกันปัญหา สรุปได้ 2 ประเด็นคือ ประชาชนต้องศึกษาหาความรู้ในเรื่อง พ.ร.บ.ให้มาก ระวังเรื่องการขาดอายุประกัน และรัฐต้องมีบทลงโทษที่เด็ดขาด

บทที่ 9

15 กรณีศึกษา

การละเมิดสิทธิจากการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค

วิธีการศึกษา

1. รวบรวมรายชื่อผู้ร้องเรียนที่น่าสนใจ ดังนี้
 - 1.1 ร้องเรียนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระหว่างปี 2539 – มิถุนายน 2541 จำนวน 456 ราย
 - 1.2 ร้องเรียนกับศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค จำนวน 3 ราย
 - 1.3 กรณีที่น่าสนใจจากผู้ตอบกลับแบบสำรวจ จำนวน 10 ราย
2. ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นและพิจารณาความเป็นไปได้ในข้อ 1.1 และ 1.2 คัดเลือกไว้จำนวน 10 ราย
3. การเลือกกรณีศึกษาใช้เกณฑ์พิจารณา ดังนี้
 - 3.1 กรณีผู้บริโภคประสบความสำเร็จในการดำเนินการด้วยตนเอง
 - 3.2 กรณีผู้บริโภคร้องเรียนกับหน่วยงานรัฐ
 - 3.3 กรณีผู้บริโภคร้องเรียนหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สื่อมวลชน องค์การพัฒนาเอกชน
 - 3.4 ระยะเวลาที่เกิดปัญหาอยู่ระหว่าง ปี 2539 – มิถุนายน 2541
 - 3.5 มีความน่าเชื่อถือของข้อมูลและความเป็นไปได้ในการศึกษาและติดตามข้อมูลเพิ่มเติม
4. ดำเนินการติดต่อโดยใช้การสื่อสารทางจดหมายทุกกรณี ทางโทรศัพท์และไปพบที่บ้าน เพื่อสอบถามความยินยอม ปรากฏว่า มีกรณีที่ได้รับการยินยอม และมีความเชื่อถือได้ของข้อมูลตลอดจนมีวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลาย จำนวน 15 กรณี
5. สัมภาษณ์เชิงลึกกรณีศึกษา

กรณีที่ 1

สำราญ อายุ 25 ปี

อาชีพ เจ้าหน้าที่งานผู้ประสบภัยจากรถ โรงพยาบาลอำเภอ

ภูมิหลัง

สำราญเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลอำเภอ ได้รับมอบหมายให้ทำงานเกี่ยวกับผู้ประสบภัยจากรถ ได้รับความเข้าใจเรื่อง พ.ร.บ.อยู่ในเกณฑ์ดี เคยเข้ารับการอบรมซึ่งจัดโดยกองทุนทดแทนในจังหวัด และศึกษาเองจากคู่มือที่ทางกระทรวงสาธารณสุข จัดส่งให้กับทุกโรงพยาบาล

ลักษณะปัญหาที่ประสบ

เมื่อปี 2540 สำราญขับรถไปกับเพื่อนร่วมงาน ระหว่างทางรถยนต์ส่วนตัวเฉี่ยวชนกับรถกระบะ เพื่อนรุ่นน้องที่นั่งมาด้วยกัน ได้รับบาดเจ็บไม่ร้ายแรงนัก สำราญไม่ต้องการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เบื้องต้นจาก พ.ร.บ.เพราะไม่สะดวก ต้องใช้เอกสารจำนวนมากและต้องแจ้งความกับตำรวจด้วย แม้สำราญจะได้เป็นคนผิด จึงให้คนเจ็บซึ่งเป็นพยาบาลใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัดแทน

จากประสบการณ์ของสำราญ ปัญหาเรื่องการขอเบิกเงินตาม พ.ร.บ. พบข้อยุ่งยากคือ

ผู้เอาประกันภัย/ผู้ประสบภัย

1. จะมีความรู้สึกว่ายุ่งยากในเรื่องเกี่ยวกับเอกสาร ซึ่งบริษัทประกันภัยเรียกมากเกินไป ถ้าเลี้ยงได้จะเลี้ยงไปใช้สิทธิอื่นแทน

2. การแจ้งความกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ เพื่อขอบันทึกประจำวัน ผู้แจ้งความต้องเสียค่าปรับ ซึ่งสร้างภาระให้กับผู้ขอเอาประกัน บางครั้งคู่กรณีเป็นญาติกันไม่กล้าฟ้องตำรวจ เอกสารจึงขาดไปไม่สามารถเบิกค่าเสียหายได้

3. ขาดความเข้าใจเรื่องการขอเบิกเงิน ไม่แน่ใจว่ากรณีไหนเบิกจาก พ.ร.บ. และเบิกได้แค่ไหน
อย่างไร

ผู้ให้บริการในโรงพยาบาล

1. การตัดสินใจว่า กรณีใดต้องเบิก พ.ร.บ. หรือใช้สิทธิอื่นใด เจ้าหน้าที่ไม่มั่นใจ

2. มีปัญหาเวลาส่งต่อผู้ป่วย บางครั้งไม่ได้ระบุว่าได้ใช้จ่ายไปเท่าไรแล้ว ทางโรงพยาบาลอีกแห่งที่รับไปจะเรียกค่ารักษาเต็มที่ ตามพ.ร.บ. ทำให้เกิดปัญหาเวลาเรียกกับกองทุนทดแทน หรือจากบริษัทประกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อป้องกันและแก้ไข

ทำอย่างไรจึงจะสามารถลดขั้นตอนเอกสารให้น้อยลง และกรณีแจ้งความตนเองเคยทราบข้อมูลมาแล้ว ต้องเสียค่าแจ้งความเป็นเงินถึง 400 บาท ทำให้มีปัญหากับผู้ประสบภัย ถ้าไม่มีใบบันทึกประจำวันจะไม่สามารถเบิกได้

กรณีที่ 2

ธนาวุฒิ อายุ 38 ปี

ผู้จัดการบริษัทเอกชน

ภูมิหลัง

ธนาวุฒิชอบช่วยเหลือคนอื่นในการให้คำปรึกษาเรื่องกฎหมายเพราะการทำงานระดับบริหารในบริษัท ทำให้ต้องฝึกฝนตนเองให้คำปรึกษากับผู้ใต้บังคับบัญชาเสมอ ความเข้าใจเรื่อง พ.ร.บ.อยู่ในระดับดี เพราะหมั่นศึกษาจากเอกสารต่าง ๆ ด้วยตนเองและจากประสบการณ์ที่ได้ช่วยผู้อื่น

ลักษณะปัญหา

ธนาวุฒิประสบอุบัติเหตุปี 2540¹ มอเตอร์ไซด์ล้ม หมดสติ ทราบภายหลังว่า ตำรวจนำส่งโรงพยาบาลซึ่งอยู่ใกล้ที่เกิดเหตุ ต่อมาย้ายไปโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลเรียกเก็บเงินจากธนาวุฒิ โดยไม่ได้แนะนำให้ใช้สิทธิตาม พ.ร.บ. ระหว่างนั้นธนาวุฒิกำลังมีปัญหาเรื่องประกันสุขภาพเอกชนด้วย เมื่อออกจากโรงพยาบาลมาแล้ว ธนาวุฒิจึงเดินทางไปยังสาขาของ บริษัทประกันภัย เพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น

ตามกฎหมายบริษัทควรจัดการเรื่องเสร็จภายใน 7 วัน แต่ธนาวุฒิให้เวลาถึง 15 วัน ติดต่อกับเรื่องไปคร่าวๆ บริษัทก็อ้างว่าต้องทำตามขั้นตอน ยังไม่เรียบร้อย

การแก้ปัญหา

เมื่อเห็นว่าบริษัทประกันภัยมีท่าทีชะลอเวลาการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น ธนาวุฒิจึงทำเรื่องฟ้องร้องที่กรมการประกันภัย พร้อมกับเรื่องของประกันสุขภาพเอกชนที่มีปัญหาจากสาเหตุเจ็บป่วยเดียวกัน ธนาวุฒิมิวิธีเร่งการทำงานของกรมการประกันภัยโดยใช้สื่อมวลชนช่วย และทวงถามความคืบหน้าตลอดเวลา อย่างไรก็ตามกว่าจะได้รับเงินค่ารักษาเบื้องต้น 10,000 บาท ใช้ระยะเวลาการฟ้องร้องนาน 3 เดือน

¹ คุรยละเอียดจากกรณีเรื่อง ประกันสุขภาพเอกชน

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไข

บริษัทใดมีปัญหาควรดำเนินคดีกับบริษัทนั้นอย่างเด็ดขาด สำหรับเรื่องเอกสาร ธนาวุฒิไม่คิดว่า
เป็นปัญหา รู้สึกว่าเหมาะสมดีแล้ว เพราะว่ารัดกุมดี "คนเราหากินกันหลายรูปแบบ"

กรณีที่ 3

เจริญ อายุ 18 ปี

อาชีพ มอเตอร์ไซด์รับจ้าง

ภูมิหลัง

เจริญมีอาชีพขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง ต่อมาได้ซื้อมอเตอร์ไซด์กับบริษัทตัวแทนขายรถ ซึ่งรับทำ พ.ร.บ.ให้ด้วย แต่ต้องจ่ายค่าทำเพิ่มอีกเล็กน้อย ความเข้าใจเรื่องเรื่องข้อกำหนดมีไม่มาก แต่อาศัย ข้อมูลจากบริษัทตัวแทนขายรถที่อธิบายให้ฟัง ถึงสิทธิประโยชน์เพียงคร่าว ๆ

ลักษณะปัญหา

เดือนกรกฎาคม 2541 เจริญขับรถมอเตอร์ไซด์ชนกับรถกระบะ รถกระบะเป็นฝ่ายผิด มาทราบน ภายหลังว่าเจ้าของรถเป็นนายทหารอากาศ เพราะเจริญหมดสติในที่เกิดเหตุ เจ้าของรถกระบะนำส่งโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ปี 2541

ตลอดเวลาที่นอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล คู่กรณีอำนวยความสะดวกให้ทุกอย่าง ทั้งเรื่องห้อง พิเศษและเดินเรื่องเบิกค่าใช้จ่ายกับบริษัทประกันให้ โดยมอบอำนาจให้เป็นผู้จัดการแทน และได้รับการ ชดเชยจากคู่กรณีเป็นจำนวนเงินเพิ่มอีก 20,000 บาท

กรณีของคุณเจริญถ้าไม่ได้คู่กรณีช่วยเหลือคงลำบากเหมือนกัน เพราะพี่ชายซึ่งเคยประสบอุบัติเหตุคล้ายกัน แต่ต้องทำเรื่องเบิกค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นเอง ประสบปัญหากับบริษัทประกันภัยเป็น อย่างมาก

สำโรง พี่ชายของเจริญ อายุ 30 ปี มีอาชีพขับมอเตอร์ไซด์รับจ้างเช่นกัน เคยประสบอุบัติเหตุเมื่อ ปี 2539 สำโรงจำได้ว่า มีปัญหาเรื่องการเบิกค่ารักษาพยาบาลกับทางบริษัทประกันวินาศภัย บ้านพัก ของสำโรงอยู่ที่พหลโยธิน 69 สำโรงต้องไปทำเรื่องเบิกค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นเองกับบริษัทประกันภัย ที่สำนักงานใหญ่ย่านบางรัก ร่างกายยังไม่แข็งแรงดี ทุกครั้งที่ไปไม่เคยได้รับความสะดวกในการไปติดต่อ เจ้าหน้าที่ของบริษัทป่วยเบี่ยงว่า สำโรงมีปัญหาเรื่องเอกสาร บอกปิดให้ไปนำมาใหม่ หลายครั้งเข้าสำโรง ก็เริ่มท้อและไม่ได้ไปอีก และรู้สึกไม่ดีกับการทำประกัน พ.ร.บ. เพราะว่ารัฐบังคับให้ทำแต่ พอมีปัญหาไป ขอสิทธิที่สมควรได้กลับไม่ได้

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไข

อยากให้หน่วยงานรัฐ สนใจผู้ประสบภัยจากรถให้มากกว่านี้ ไม่มีใครอยากให้เกิดอุบัติเหตุขึ้น แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้ว บริษัทประกันภัยสมควรจ่ายให้สมกับสิทธิที่ผู้ประสบภัยควรได้ เพราะผู้ประสบภัยได้ ทำตามกฎหมายแล้ว รัฐจึงควรเข้มงวดกับบริษัทประกันภัยให้ปฏิบัติตามกฎหมายมากกว่านี้

กรณีที่ 4

สันติ อายุ 39 ปี

อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว

ภูมิหลัง

สันติมีทั้งรถส่วนตัวและมอเตอร์ไซด์ ความเข้าใจเรื่องของ พ.ร.บ.มีไม่มากนัก ทราบแต่ว่ากฎหมายบังคับจึงต้องทำ เคยพบข้อมูลจากโทรทัศน์วิทยุบ้างแต่สั้น ๆ ไม่สามารถเข้าใจได้ชัดเจน และเป็นภาษากฎหมายเข้าใจยาก

ลักษณะปัญหา

กรณีรถยนต์ สันติเคยขับไปชนกับรถมอเตอร์ไซด์เมื่อปี 2540 เมื่อตัวเองเป็นผู้ผิด จึงตกลงเจรจากับคู่กรณีเอง และจ่ายค่าชดเชยให้ไป 20,000 บาท (บริษัทประกันที่ทำ พ.ร.บ.ไว้ ขณะนั้นไม่ได้เข้ามาดำเนินการใด ๆ) หลังจากนั้น 1 ปี บริษัทกลับแจ้งว่า บริษัทประกันภัยของฝ่ายคู่กรณีที่สันติได้ชดเชยค่าเสียหายไปแล้วนั้น เรียกเก็บเงินเพิ่ม 7,000 บาท และขอให้สันติหาเอกสารมายืนยันว่าได้จ่ายค่าชดเชยให้ไปแล้ว ซึ่งสร้างความยุ่งยากเป็นภาระให้อย่างมาก ตั้งใจหลีกเลี่ยงการใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.แต่แรกก็ยิ่งต้องมาเสียเวลาหาเอกสารให้บริษัทประกันภัยอีก นอกจากบริษัทประกันภัยของตนไม่ได้ช่วยเหลืออะไรเลย สันติต้องเป็นดำเนินเรื่องเองทุกอย่าง รวมทั้งออกเงินชดเชย ซึ่งบริษัทประกันภัยบอกว่า เป็นความผิดของสันติเองที่ไปดำเนินการตกลงเจรจากับคู่กรณีเอง ซึ่งจริง ๆ แล้วไม่ควรทำ

สันติเคยนึกสงสัยเหมือนกันว่า "ทำประกัน พ.ร.บ.ไปทำไม" เพราะโดยส่วนตัวไม่ศรัทธากระบวนการใช้กฎหมายของไทย พบว่ามีการเลือกปฏิบัติ การทำประกันภัยกับบริษัท สันติเห็นว่า มีแต่ฝ่ายบริษัทประกันภัยที่ได้ประโยชน์มากกว่าผู้เอาประกันภัยหรือผู้ประสบภัย ตลอดจนขั้นตอนของทางราชการนั้นซับซ้อน ควรลดความยุ่งยากลงเพื่อให้คนละúngตัวมากกว่าที่เป็นอยู่

อีกกรณีหนึ่งที่พบว่ามีปัญหา คือเรื่องการรับทำ พ.ร.บ.รถมอเตอร์ไซด์ ถูกปฏิเสธจากหลายบริษัท โดยใช้ข้ออ้างว่า เอกสารหมด จนในที่สุดได้ทำประกัน พ.ร.บ.มอเตอร์ไซด์กับบริษัทประกันวินาศภัยแห่งหนึ่งได้ แต่ต้องเสียเพิ่ม 20 บาท อ้างว่าเป็นค่าดำเนินการ แต่สันติสังเกตว่า ไม่มีใบเสร็จส่วนนี้ ซึ่งสันติเองเคยได้ข้อมูลว่าถ้าไปทำที่สาขาอื่นจะไม่ต้องเสียเงินจำนวนนี้

ประเด็นน่าสนใจ

1.สันติทราบว่า บริษัทประกันไม่มีสิทธิปฏิเสธการขอทำประกันตาม พ.ร.บ. แต่ไม่ยอมมีเรื่องเพราะว่า ถ้ามีเรื่องต่อไปจะไม่ได้รับความสะดวกกับบริษัทประกันนั้น อีกอย่างเจ้าหน้าที่คงรับนโยบายมาจากบริษัทใหญ่อีกที

2.เพื่อนสนิทของสันติ หลีกเลี่ยงการทำประกันภาคบังคับ และเสี่ยงเอาเมื่อเวลาไปต่อทะเบียนรถ ก็สามารถต่อทะเบียนรถได้ ไม่รู้เหมือนกันว่าผ่านได้อย่างไร

กรณี 5

พลัด อายุ 44 ปี

อาชีพ มอเตอร์ไซด์รับจ้าง

ภูมิหลัง

พลัด มีฐานะยากจนอาศัยอยู่ในบ้านหลังไม้เก่าที่ปลูกต่อเติมแบบงาย ๆ ริมคลอง เพื่อนยกมอเตอร์ไซด์ให้พลัด เพื่อใช้ทำอาชีพมอเตอร์ไซด์รับจ้าง พลัดยังไม่มีใบขับขี่และไม่รู้จัก พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ แต่เพื่อนเคยแนะนำว่าน่าจะทำ เพราะดีโดยไม่ได้อะไรอะไร พลัดไม่มีเงินพอสำหรับการทำใบขับขี่และซื้อ พ.ร.บ. ต้องรอจนมีเงินพอ (ประมาณ 400 บาท) จึงคิดจะไปทำแต่มาเกิดอุบัติเหตุก่อน

ลักษณะปัญหา

กรกฎาคม 2541 ขณะพลัดนำมอเตอร์ไซด์กลับบ้าน ถูกรถกระบะเฉี่ยวชน รถล้มพลัดได้รับบาดเจ็บที่ขาขวา ศูกรณี่ขับรถหนีไป ขณะนั้นพลัดยังมีสติร้องตะโกนให้ญาติช่วยพาส่งโรงพยาบาลญาติและเพื่อนบ้านช่วยกันนำส่งโรงพยาบาลรัฐแถวใกล้ที่เกิดเหตุ แต่โรงพยาบาลปฏิเสธ พลัดหมดสติไปแล้ว มาทราบภายหลังว่า มีคนขับรถสิบล้อแนะนำกับญาติว่าให้บอกกับหน่วยปอดเด็กตั้ง ปรากฏว่าหน่วยรถปอดเด็กตั้ง นำพลัดส่งโรงพยาบาลรัฐอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งอยู่ไกลกว่าแห่งแรก แพทย์รักษาเป็นผู้ป่วยในนอนอยู่นาน 1 เดือนกับ 20 วัน โดยต้องใส่เหล็กดามที่ขาขวา

พลัดได้รับการดูแลที่ดี จนถึงตอนที่เจ้าหน้าที่เรียกเก็บค่าเหล็กที่ดามขา เป็นจำนวน 10,000 บาท แต่นายพลัดและญาติรวบรวมมาได้เพียง 4,000 บาทจ่ายให้กับโรงพยาบาลไปก่อน ไม่นานมีแพทย์มาบอกกับพลัดว่า "มีคนเขาออกค่าเหล็กให้แล้ว" นายพลัดไม่ได้ถามว่าใคร แต่ก็ดีใจที่ได้เงิน 4,000 บาทคืนกลับมา

ก่อนออกจากโรงพยาบาล นางพยาบาลเรียกเก็บเงินค่าเหล็กอีก จำนวนประมาณ 2,000 บาท พลัดยินดีจ่ายให้กับทางโรงพยาบาล แม้จะเป็นเงินที่สูงมากก็ตาม (ใบเสร็จค่าเหล็กเป็นของบริษัทเอกชน ไม่ใช่ของโรงพยาบาล)

พลัดไม่มีความรู้เรื่อง พ.ร.บ. ไม่เคยได้รับคำแนะนำใด ๆ แม้ขณะอยู่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตามเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลพลัดได้รับการดูแลที่ดี และเคยคิดว่าตนเองน่าจะต้องเสียเงินมากกว่านี้ หลังจากออกจากโรงพยาบาล พลัดไม่ได้ไปตามนัดตามที่แพทย์ระบุ เพราะไม่มีเงินค่ารถและกลัวต้องเสียค่ารักษาเพิ่ม เพราะขาขวาข้างที่ดามเหล็กไว้ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และไม่มีรายได้จากทางอื่น

ประเด็นของพลัดคือ ไม่มีความรู้ ทั้งเรื่องเอกสารและข้อปฏิบัติของ พ.ร.บ. อยู่เลย อีกทั้งพลัดไม่ได้แจ้งความ ไม่มีใบขับขี่ เมื่อได้รับบาดเจ็บจากการถูกชนแล้วศูกรณี่หนีไป สภาพร่างกายที่ทุพพลภาพทำงานไม่ได้ ความจำกัดของความรู้ทำให้พลัดเสียสิทธิในส่วนที่ควรได้ไป

กรณีที่ 6

ประสิทธิ์ (เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ)

ขวัญ อายุ 24 บุตรสาวให้ข้อมูล

ภูมิหลัง

ขวัญ จำเป็นต้องหาความรู้เรื่องของ พ.ร.บ. เพราะบิดาคือประสิทธิ์เกิดอุบัติเหตุพลิกคว่ำ เวลาประมาณ 02.30 น. หน่วยกู้ภัยปอดเด็กต่งนำบิดาพร้อมญาติอีก 2 คนส่งโรงพยาบาลจังหวัด

ลักษณะปัญหา

เมื่อผู้บาดเจ็บถึงโรงพยาบาล ไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควรไม่มีแพทย์ดูอาการจนประมาณ 7.00 น. จึงมีแพทย์มาดูอาการ โดยบอกกับญาติว่า "ไม่ทำอะไรเพราะ "อาการหนักรอญาติก่อน" และแพทย์มีท่าทีบ่ายเบี่ยงการรักษา บอกว่า "สายไปแล้ว ตอนนี้ไม่ต้องรักษา รอเข้าวัดดีกว่า ญาติจงศัลยาได้เลย" ขวัญกับญาติคนอื่นๆ โกรธมาก ญาติต้องการให้ย้ายโรงพยาบาลเพื่อพยายามช่วยผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาจากแพทย์ที่โรงพยาบาลอื่น ทางโรงพยาบาลไม่ชัดเจนแต่เรียกเงินค่ารักษา ญาติบอกพร้อมโอนสิทธิ์ในการเบิกจาก พ.ร.บ. ให้แต่ทางโรงพยาบาลไม่ยินยอม จึงต้องไปรวบรวมเงินมาจ่ายให้

บิดา(นายประสิทธิ์) ซึ่งอาการสาหัสได้ย้ายมาโรงพยาบาลเอกชนใกล้ ๆ แต่อยู่ได้ไม่นานบิดาเสียชีวิต แพทย์โรงพยาบาลแห่งใหม่ระบุว่า เพราะโรงพยาบาลแรก ดูแลไม่ดีพอ ญาติหลายคนแนะนำกับขวัญ ซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมว่าต้องไปแจ้งความกับตำรวจ เรื่องบิดาเสียชีวิต ขวัญและบุญ จึงไปที่สถานีตำรวจที่ได้รับแจ้งเหตุเรื่องอุบัติเหตุไว้ในตอนแรกเพื่อเตรียมเอกสารมรณบัตร

ร้อยละเวลานั้นไม่รับเรื่อง บอกปัดว่า คนขับรถที่เกิดอุบัติเหตุมาแจ้งแล้ว ขวัญพยายามบอกว่า ตอนนี้บิดาเสียชีวิตแล้วต้องแจ้งความใหม่เพราะต้องใช้สำหรับการเบิก พ.ร.บ. ร้อยเวรไม่ทำให้ (ทราบภายหลังว่า คนขับตกลงไว้กับตำรวจเรื่องให้ช่วยดูแล เพราะ คนขับไม่มีใบขับขี่) สำหรับบุญของขวัญได้รับการติดต่อจากตำรวจนายหนึ่งว่า จะดำเนินเรื่องทั้งหมดให้แต่มีค่าใช้จ่าย 5,000 บาท ทั้งขวัญและบุญไม่ยินยอมจ่าย ขวัญนำเรื่องทั้งหมดไปปรึกษาญาติที่ทำงานอยู่ในองค์กรด้านคุ้มครองผู้บริโภค

ญาติช่วยเดินเรื่องให้ ทั้งติดต่อตำรวจ (ซึ่งรับแจ้งความไว้ แต่อ้างไว้ที่ไม่ทำให้เพราะให้ข้อมูลไม่รู้เรื่อง) จากนั้นดำเนินเรื่องเบิกค่ารักษาและค่าปลงศพจากบริษัทประกันภัยให้ ญาติเล่าให้ฟังว่า บริษัทประกันภัยใช้เล่ห์เหลี่ยมบอกว่า ค่าปลงศพ แค่ 50,000 บาทเท่านั้น แต่ญาติมีข้อมูลมากพอจึงแย้งว่า ต้องจ่าย 80,000 บาท บริษัทประกันภัยจึงยินยอมจ่ายให้

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไข

1.แม้โรงพยาบาลไม่ปฏิเสธการรักษา แต่จะมีประโยชน์อะไรถ้าไม่ดูแลคนเจ็บ ทำไมต้องรอจนให้มีญาติปรากฏตัว หน่วยงานที่ควบคุมสถานพยาบาลต้องวางมาตรการจัดการไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นอีก โดยเฉพาะเป็นโรงพยาบาลของรัฐเองยิ่งต้องเร่งจัดการ

2.การดำเนินการเบิกกับบริษัท ประกัน จำเป็นต้องมีข้อมูลให้มาก มิฉะนั้นจะถูกเอาัดเอาเปรียบได้

3.ตำรวจอาจมีการหาผลประโยชน์จาก พ.ร.บ. ต้องมีการแก้ไข

4.พยายามส่งเสริมให้คนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องกฎหมายให้มาก สามารถรู้ทันกลโกงของบริษัทประกันภัย หรือกลุ่มคนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

5.ต้องไม่จ่ายเงินให้กับกระบวนการหาประโยชน์ต่าง ๆ นอกกระบวนการ

กรณี 7

กันยา (เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ)

อัครวัฒน์ ผู้รับมอบอำนาจจากทายาทโดยธรรมของกันยา ให้ข้อมูล

ภูมิหลัง

อัครวัฒน์รู้จักกับนางอุษณีย์ ซึ่งเป็นมารดาของกันยามานาน นับถือเป็นญาติผู้ใหญ่ เมื่อกันยาโดนรถชน ปี 2539 พลเมืองดีนำส่งโรงพยาบาลจังหวัด ในตอนแรกแพทย์ปฏิเสธการรักษา เพราะผู้ประสบเหตุและญาติไม่มีเงิน อัครวัฒน์ได้เข้าช่วยเหลือคุยกับแพทย์ว่า พร้อมจะรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล ระหว่างเจรจา กันยาอาการทรุดลงเรื่อย ๆ โดยไม่ได้รับความสนใจจากแพทย์ เวลาผ่านไปประมาณ 5 ชั่วโมง (ไม่มีเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีน้ำเกลือ) จนเสียชีวิตในที่สุด

ลักษณะปัญหา

อัครวัฒน์ จัดการเรื่องขอรับศพเพื่อไปบำเพ็ญกุศล ทางโรงพยาบาลก็เรียกเก็บเงิน อัครวัฒน์กับมารดาผู้ตาย ไม่ยินยอมจ่าย เพราะเห็นว่าทางโรงพยาบาลไม่ได้ช่วยเหลืออะไรผู้ตายเลย โรงพยาบาลก็ไม่ยอมให้นำศพออกมา จนในที่สุดอัครวัฒน์ต้องบอกให้ทางโรงพยาบาลไปเบิกกับประกันภัยหรือกองทุนทดแทน เพราะคนขับรถชนก็ไม่ได้หนีไปไหน โรงพยาบาลยินยอมไม่ยอมบอกว่าต้องหาเอกสารมาให้ครบก่อนจึงจะรับศพไปได้ คนขับรถที่ชนกันยาเห็นว่าเรื่องราวจะยุ่งยากมากขึ้น จึงยอมจ่ายเงินแทนให้ เพื่อให้หมดปัญหากับทางโรงพยาบาล

หลังจากจัดการเรื่องศพแล้ว คนขับกับมารดาผู้ตายได้ไปแจ้งความที่สถานีตำรวจ และทำเรื่องขอประกันตัวออกมา อัครวัฒน์รับอาสาสมัครผู้ตาย มาทำเรื่องเบิกประกันตาม พ.ร.บ.ให้ โดยนำเอกสารไปยื่นที่ บริษัทประกันภัยที่รับทำ พ.ร.บ. ทางบริษัทแจ้งว่า ประมาณ 2 อาทิตย์เรื่องคงเรียบร้อย ปรากฏว่าต้องรออยู่ถึง 2 เดือน โดยบริษัทประกันภัยไม่ได้ติดต่อกลับมา ทางมารดาผู้ตายได้รับเงินค่าทำศพจากคนขับรถ 20,000 บาท และต้องออกเงินส่วนตัวอีก 10,000 บาท โดยการกู้ยืมจากคนอื่น เนื่องจากไม่มีเงิน

คนขับรถเมื่อทราบเรื่อง จึงชวนอัครวัฒน์ไปร้องเรียนที่กรมการประกันภัย ใช้เวลา 3 เดือน บริษัทประกันภัยจึงยอมจ่ายเงินให้ อ้างเหตุที่ล่าช้า เพราะว่าเกิดจากมีเรื่องเข้ามาที่บริษัทเป็นจำนวนมาก และกำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ

มารดาผู้ตายไม่ได้เอาเรื่องกับคนขับรถที่ขับชนลูกสาวตาย เพราะเห็นว่า เขาดีช่วยเดินเรื่องให้ตลอด นอกจากนี่ยังจ่ายค่าชดเชยให้กับมารดาผู้ตายอีกเป็นเงินจำนวน 30,000 บาท รวมทั้งสิ้น 50,000 บาท

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไข

อัครวัฒน์ มีประสบการณ์เรื่อง พ.ร.บ.ด้วยตัวเองเหมือนกัน และได้ตั้งข้อสังเกตว่า บริษัทประกันภัยจะไม่กระตือรือร้นในเรื่องการดำเนินเรื่องเบิกค่าสินไหมให้ ซึ่งตนเองมองว่า ไม่มีใครอยากให้เกิดอุบัติเหตุขึ้น แต่เมื่อเกิดแล้ว บริษัทประกันภัยควรมีความรับผิดชอบต่อผู้เสียหาย ถ้าไม่ต้องการทำงาน ก็ไม่ควรรับทำประกันแต่แรก เท่าที่คุยกับเพื่อนฝูง รู้สึกว่า บริษัทประกันภัยในเมืองไทยแย่ทุกบริษัท

การที่ต้องลงมาทำเรื่องเกี่ยวกับการเบิก พ.ร.บ. อัครวัฒน์ต้องลงงานหลายวัน จนเกือบต้องออกจากงาน กรณีของกันยา “ถ้าผมไม่ช่วยทำเรื่องให้ ป้าคงไม่ได้เงินแน่”

รัฐบาลต้องให้ความรู้กับประชาชนบ้าง โดยเฉพาะประชาชนธรรมดาอย่างมารดาของกันยา ซึ่งอัศววัฒน์เองก็
มีความรู้ไม่มาก

เรื่องกฎหมายต้องปรับปรุงแก้ไขโดยพิจารณาให้ พ.ร.บ.ให้การคุ้มครองผู้เอาประกันภัย ผู้ประสบภัย ไม่ใช่คุ้มครองแต่บริษัทประกันภัย

กรณีที่ 8

รัศมี อายุ 17 ปี

สถาพร บิดา ให้ข้อมูล อาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจ

ภูมิหลัง

รัศมีลูกสาวของสถาพร นั่งรถ ปอ.พ. 20 จากหน้าโรงเรียน เพื่อกลับบ้าน ขึ้นไปบนรถยังไม่ทันได้นั่ง รถเกิดเบรกกะทันหัน รัศมีล้มลงและหมดสติ คนขับรถนำส่งโรงพยาบาลเอกชนซึ่งอยู่ใกล้ที่เกิดเหตุที่สุด หลังจากนั้นคนขับรถ โทร.แจ้งบริษัทประกันภัยทราบ ซึ่งบริษัทประกันภัยติดต่อกับทางโรงพยาบาลว่า จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด

ลักษณะปัญหา

รักษาอยู่สามวัน อาการรัศมียังไม่ดีขึ้น สถาพรุ่นวายใจมาก นอกจากค่ารักษาที่แพงแล้ว อาการลูกสาวไม่มีท่าทีดีขึ้น จำนวนเงินค่ารักษา ประมาณ 40,000 บาท ทำให้สถาพรติดต่อบริษัทประกันภัยและบริษัท ปอ.พ. (กรุงเทพฯ ไมโครบัส) แต่ติดต่อไม่ได้เลย เมื่อไม่รู้จะทำอย่างไร สถาพรจึงนำเรื่องไปแจ้งความที่สถานีตำรวจ ตำรวจเรียกตัวพนักงานขับรถมาสอบสวน ไม่ถึง 2 ชั่วโมง ทั้งบริษัทประกันและคนขับรถมา บริษัทประกันภัยรีบไปติดต่อทำเรื่องเบิกค่ารักษาพยาบาลกับทางโรงพยาบาลทันที

แม้ไม่มีความรู้เรื่อง พ.ร.บ.มากนัก แต่สถาพรอาศัยญาติซึ่งมีความรู้ดี ช่วยแนะนำให้ รัศมีรักษาตัวอยู่ 7 วัน ก็ออกจากโรงพยาบาลได้ ค่ารักษาทั้งสิ้นเกือบ 6 หมื่นบาท บริษัทประกันรับผิดชอบทั้งหมด นอกจากนี้เพื่อให้ลูกสาวได้รับค่าชดเชยบ้าง สถาพรยังเรียกเงินจาก บริษัทเจ้าของรถอีกจำนวน 50,000 บาท เป็นค่าชดเชย สถาพรได้เงินตามความประสงค์ โดยมีญาติช่วยดำเนินเรื่องให้ ซึ่งคิดอยู่ว่า ถ้าไม่มีญาติคนนี้จะลำบาก

กรณี 9

วิลาวัลย์ อายุ 36 ปี

อาชีพพนักงานบริษัทเอกชน

ภูมิหลัง

เดือนพฤษภาคม 2541 ราว 2 ทุ่มเศษ วิลาวัลย์ขับรถยนต์จะไปทำธุระนอกบ้านขณะที่รถเลี้ยวออกถนนใหญ่ มอเตอร์ไซด์คันหนึ่งพุ่งเข้าชนรถของวิลาวัลย์อย่างแรง วิลาวัลย์ไม่เป็นอะไรแต่คู่กรณีบาดเจ็บมากพอสมควร

ลักษณะปัญหา

วิลาวัลย์รีบโทรศัพท์แจ้งบริษัทประกันภัยของตน มีตำรวจมาดูแลที่เกิดเหตุและนำคนเจ็บส่งโรงพยาบาล พร้อมยึดใบขับขี่ของวิลาวัลย์ไป ต่อมาตัวแทนประกันมาถึงที่เกิดเหตุ และพาวิลาวัลย์ไปแจ้งความที่สถานีตำรวจ โดยตัวแทนจากบริษัทประกันภัยบอกกับวิลาวัลย์ว่าให้รับเป็นคนผิด หลังจากนั้นจึงไปดูคนเจ็บที่โรงพยาบาล

อาการบาดเจ็บรุนแรงพอควรในส่วนของ แพทย์ทำแผลและวินิจฉัยให้พัก 2 อาทิตย์ ค่ายาในเบื้องต้นเท่ากับ 900 บาท (ในตอนหลังคนเจ็บมาหาแพทย์อีก 2 ครั้ง โดยวิลาวัลย์จ่ายด้วยเงินตัวเองประมาณ 3,000 บาท) ตัวแทนเปิดฉากเจรจาทุกอย่างให้แทนวิลาวัลย์ คนเจ็บเป็นพนักงานบริการในร้านอาหาร ขอค่าชดเชยจากบริษัทประกัน จำนวน 9,000 บาท ไม่เกี่ยวกับค่ายา ค่าแพทย์ ตัวแทนประกันใช้เทคนิคต่อรอง บอกปิดว่า จะจ่ายให้กับคนเจ็บตาม อัตราค่าแรงขั้นต่ำชดเชยที่ไปทำงานไม่ได้ 2 อาทิตย์ คือ 160 บาทคูณด้วย 14 วัน

ครั้งแรกคนเจ็บไม่ยอม เจรจากันอยู่นาน (ต่อหน้าตำรวจ แต่ไม่ได้พยายามช่วยคนเจ็บแต่อย่างใด) ในที่สุดตัวแทนยื่นคำขาดบอกว่า จ่ายเพียง 5,000 บาท ถ้าอยากได้มากกว่านี้ให้ไปฟ้องเอาเอง คนเจ็บจำยอมเพราะไม่คิดจะขึ้นโรงขึ้นศาล วิลาวัลย์รู้สึกอึดอัดท่าทีของตัวแทนบริษัทประกันภัยจึงมอบค่าทำขวัญให้คู่กรณีไป 2,000 บาท

วิลาวัลย์จำได้ว่า เหตุเกิดวันอาทิตย์ ตัวแทนบอกว่า อีก 5 วันมาพบกันที่สถานีตำรวจเพื่อจ่ายเช็คให้กับคนเจ็บ ปรากฏว่าครั้งแรกมีการบอกเลิกนัดเธอไปก่อน ตัวแทนโทรศัพท์ไปยกเลิกกับคนเจ็บว่า บริษัทประกันภัยไม่พร้อมเรื่องเช็ค เลื่อนมาอีกครั้งที่สอง คนเจ็บยังคงไม่ได้รับเช็คอีก เพราะตัวแทนที่ส่งมาเป็นอีกคนหนึ่ง จนครั้งที่สามเช็คก็ยังไม่ออก ตัวแทนบอกให้คนเจ็บไปรับเช็คที่บริษัทเอง ซึ่งวิลาวัลย์ต้องตามไปด้วยทุกครั้งทำให้รู้สึกเหนื่อยใจคนเจ็บอย่างมาก เพราะร่างกายยังไม่สมบูรณ์ ต้องเดินทางหลายครั้งและไม่ได้ทำงานด้วย ส่วนวิลาวัลย์เองพลอยเสียเวลาไปด้วยเช่นกัน เพราะต้องไปด้วยทุกครั้งที่มีการนัดหมาย ลักษณะเช่นนี้จะเรียกว่า ประวิงเวลาการจ่ายก็น่าจะได้ "จ่ายก็ช้าขึ้นตอนก็ยุ่งยาก" วิลาวัลย์บอกว่า ส่วนของค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น บริษัทประกันจ่ายให้ตามพ.ร.บ.

ปัญหา คือ ตนเองรู้สึก ว่า ไม่มีค่าชดเชยที่ให้กับคนเจ็บซึ่งทำงานไม่ได้ระยะหนึ่ง ควรสร้างความมั่นคงให้กับผู้ประสบภัยมากกว่านี้ อาจโดยการแก้กฎหมาย หรือออกกฎระเบียบเพิ่มเติม

สุดท้ายเธอฝากข้อคิดว่า "ผู้เสียหาย มีสิทธิร้องเรียนไหม" หากต้องเสียเวลา เสียค่าพาหนะ หรือมองว่า "การเสียเวลาของคนไทย ไม่มีค่า"

กรณีที่ 10

พิระพงษ์ อายุ 26 ปี

นักศึกษา

ภูมิหลัง

พิระพงษ์ ไม่มีความรู้เรื่องกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคจากกรณี ซึ่งหากเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ขึ้นจะมีหลักประกันในการรักษาพยาบาล

ลักษณะปัญหา

มกราคม 2542 เวลาประมาณ 02.00 น. พิระพงษ์นั่งรถไปกับพี่ชายและญาติได้เกิดอุบัติเหตุขึ้น พี่ชายอาการสาหัส ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่มากเท่าพี่ชาย ส่วนญาติบาดเจ็บเล็กน้อย ตำรวจถึงที่เกิดเหตุและนำคนเจ็บทั้งหมดส่งโรงพยาบาลจังหวัด

พิระพงษ์และพี่ชายไม่ได้รับการดูแลที่ดีจากทางโรงพยาบาล แม้รับตัวไว้แต่ไม่รักษาใด ๆ ต้องรอจนกว่าจะมีญาติมารับประกันว่า พวกตนจะมีเงินสำหรับการรักษาพยาบาล พิระพงษ์คิดว่าตัวเองอาการเจ็บไม่เท่าไรยังพอมีสติ แต่อาการพี่ชายน่าเป็นห่วงมาก คิดอยู่ในใจว่า ทำไมไม่มีแพทย์มาดูแลเลย

จนเช้าพิระพงษ์เริ่มปวดศีรษะมากขึ้น เมื่อญาติมาถึงพิระพงษ์ได้ปรึกษากับญาติว่า ควรย้ายโรงพยาบาลไปที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้ ๆ กัน โรงพยาบาลให้ย้ายได้แต่เรียกค่ารักษา 750 บาท พิระพงษ์ปฏิเสธไม่จ่าย เพราะแค่ล้างแผล ทำความสะอาด กับกินยาแก้ปวด 2 เม็ด พิระพงษ์เห็นว่าไม่สมเหตุสมผล โรงพยาบาลก็ไม่ให้ย้าย จนญาตินึกว่าค่าดูแลเงินมาจ่ายให้โรงพยาบาลได้ จึงได้ย้ายโรงพยาบาล

เมื่อมาถึงโรงพยาบาลเอกชน ทางเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรีบแจ้งเลยว่า “ถ้ารักษาที่นี่ต้องจ่ายเงินเลย แล้วน้องค่อยไปเบิก พ.ร.บ.เอาเอง” รักษาตัวอยู่ที่นั่นเสียค่ารักษาไป 2,900 บาท เป็นค่าเย็บแผล ค่าเอกซเรย์สมอง ค่ายา เนื่องจากมีอาการชักเกร็งที่แขนด้วย จึงต้องมีการรักษาต่อเนื่อง รวมแล้วเสียเงินไปทั้งหมด 5,800 บาท

ร่างกายแข็งแรงขึ้นแล้ว พิระพงษ์จึงปรึกษาศูนย์รวมรวบรวมเอกสารไปเบิกค่าเสียหายที่บริษัทประกันภัย ต้องไปดำเนินเรื่องหลายครั้ง ทั้ง ๆ ที่เอกสารครบไม่มีปัญหาอะไร น่าจะมีปัญหาที่บริษัทมากกว่า โดยมีท่าทีบ่ายเบี่ยงการจ่าย จนพิระพงษ์เบื่อน่ายไม่ติดตามเรื่องอีก

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา

บริษัทประกันภัยน่าจะแสดงความจริงใจในการทำเรื่องให้กับผู้ประสบภัยที่เข้ามาทำเรื่องเบิกค่าเสียหาย เพราะเอกสารต่าง ๆ ก็หามาให้ครบ ไม่น่าบ่ายเบี่ยงอีก เพราะการติดต่อกับบริษัทหลายครั้งเสียเวลามาก

กรณี 11

โหล (เสียชีวิต)

ฉลอง ภรรยา อาชีพเกษตรกรให้ข้อมูล

ภูมิหลัง

โหลกับภรรยาประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้ไม่แน่นอน ทั้งสองมีบุตรด้วยกัน 3 คน ไม่มีความรู้เรื่องพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

ลักษณะปัญหา

เมษายน 2540 โหลขับมอเตอร์ไซด์กลับบ้านพ่อแม่ซึ่งอยู่อีกหมู่บ้านหนึ่ง เวลาประมาณ 19.00 น. รถมอเตอร์ไซด์ถูกรถบรรทุกสิบล้อเฉี่ยวชนล้ม รถบรรทุกขับหนีไป โหลบาดเจ็บสาหัส ขาขาดเสียเลือดมาก ชาวบ้านละแวกดังกล่าวประสพเหตุได้เข้าแจ้งความ ตำรวจนำนายโหลส่งรักษาตัวที่โรงพยาบาลอำเภอหนึ่ง แม้โรงพยาบาลรับโหลไว้ แต่ญาติที่ทราบเรื่องและพากันมาดูที่โรงพยาบาลจากนั้นปรึกษากันว่า โรงพยาบาลนี้คงช่วยอะไรไม่ได้เพราะไม่มีแพทย์อยู่ จึงขอย้ายโหลไปโรงพยาบาลอำเภออีกแห่งหนึ่งซึ่งอยู่ไม่ไกลมาก ทางโรงพยาบาลให้จ่ายเงินก่อนย้ายรวมทั้งค่าบริการเพื่อนำรถออก ญาติไม่มีเงินพอต้องเสียเวลากลับบ้านไปรวบรวมเงินมาจำนวนหนึ่งเป็นค่ารถ เพื่อนำนายโหลส่งโรงพยาบาลอีกแห่ง เวลาผ่านไปกว่า 1 ชั่วโมงการเจรจาต่อรองระหว่างญาติกับโรงพยาบาลแรกจึงสำเร็จ (จ่ายเฉพาะค่ารถ)

เมื่อพาผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอำเภอแห่งที่สอง นายโหลอาการทรุดลงมาก แต่การดูแลรักษาก็ไม่ต่างจากโรงพยาบาลแรกเพราะทางโรงพยาบาลขณะนั้นไม่มีแพทย์อยู่เวรเช่นกัน ญาติจึงรีบพาผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในตัวจังหวัด แพทย์ที่โรงพยาบาลจังหวัดขณะนั้นไม่มีใครว่างมาดูอาการของนายโหล กว่าจะมาดูอาการให้นายโหลได้ เวลาผ่านไปเรื่อย ๆ นานจนในที่สุดนายโหลเสียชีวิตลงที่โรงพยาบาลในจังหวัด

ฉลองรับศพนายโหลมาจัดการทำพิธีทางศาสนา มีครุท่นหนึ่งในหมู่บ้านแนะนำว่า ต้องไปติดต่อที่บริษัทประกันภัยด้วย เพราะโหลได้ประกันรถมอเตอร์ไซด์ไว้ ฉลองจะได้มีเงินมาไว้สำหรับเป็นค่าปลงศพนายโหล เมื่อฉลองไปติดต่อที่บริษัทประกันภัย เจ้าหน้าที่บริษัทประกันภัยบอกให้ฉลองเตรียมเอกสารจำนวนมาก มีรายละเอียดที่สร้างความยากลำบากให้กับฉลองมาก ต้องไปติดต่ออีกหลายครั้ง ทุกครั้งเจ้าหน้าที่บริษัทประกันภัยจะต้องบอกให้ฉลองหาเอกสารมาเพิ่ม เจ้าหน้าที่ไม่เคยให้รายละเอียดเรื่องเอกสารที่สมบูรณ์ทั้งหมดที่ฉลองต้องใช้ดำเนินการ กว่าเอกสารจะได้ครบตามที่บริษัทประกันภัยต้องการ ฉลองใช้เวลาถึงสองเดือนเต็ม ฉลองโทษตัวเองว่าไม่มีความรู้ในการติดต่อกับหน่วยงานแบบนี้มาก่อน โชคดีที่ครุท่นที่ให้คำแนะนำในตอนแรกคอยช่วยเหลือตลอด

มิถุนายน 2540 ฉลองจึงได้รับเงินจำนวน 15,000 บาท หลังจากนั้นไม่มีการติดต่อใด ๆ อีกเลย ฉลองไม่รู้ด้วยว่า ควรจะทำอะไร อย่างไรต่อไป

ตลอดเวลา นอกจากครุท่นดังกล่าวแล้ว ผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นตำรวจ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ไม่เคยบอกกล่าวอะไรกับฉลอง แม้แต่เจ้าหน้าที่ของประกันภัยจังหวัด ซึ่งครุได้แนะนำให้ฉลองไปขอรับคำแนะนำก่อนติดต่อบริษัทประกันภัย ก็ไม่ได้รับความร่วมมือมากนัก ไม่มีใครเป็นที่พึ่งให้ฉลองได้เลยนอกจากครุ

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไข

- 1.โรงพยาบาลไม่ได้ดูแลและช่วยเหลือคนเจ็บอย่างเต็มที่ ไม่มีแพทย์อยู่ในโรงพยาบาลถึงสองแห่งที่ผู้ประสบภัยเข้าไปรับบริการ หากว่าโหล่ได้รับการดูแลที่ดีตั้งแต่แรกเข้าโรงพยาบาล โหล่อาจไม่ถึงกับเสียชีวิต
- 2.หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ เกี่ยวข้องกับ พ.ร.บ. ไม่นำพาเรื่องการให้คำแนะนำกับประชาชน

กรณี 12

สำเนียง อายุ 34 ปี

แม่บ้าน

ภูมิหลัง

สำเนียงก่อนออกมาใช้ชีวิตแม่บ้าน เคยทำงานอยู่ที่กรมการประกันภัยจนถึงปี 2539 ความรู้เรื่องของการประกันภัยจึงมีอยู่มาก

ลักษณะปัญหา

เมษายน 2540 ญาติของสำเนียง โดยสารรถกระบะมาด้วยกัน 3 คน รถประสบอุบัติเหตุระหว่างทาง อากาศสาหัสทั้ง 3 คน ชาวบ้านละแวกที่เกิดเหตุ ได้ช่วยกันแจ้งความและนำคนเจ็บส่งโรงพยาบาลในจังหวัด แม่ทางโรงพยาบาลไม่ได้ปฏิเสธคนเจ็บ แต่ไม่มีแพทย์อยู่เวรในขณะนั้น จนผู้บาดเจ็บคนหนึ่งเสียชีวิต อีกสองคนนอนรอแพทย์ด้วยความทรมานอยู่นาน ราว 6 ชั่วโมง โชคดีของทั้งสองที่แพทย์มาทันและให้การรักษาก่อนดีขึ้น หรืออีกนัยหนึ่ง โชคดีที่ทั้งสองคนอาการไม่รุนแรงเท่ากับคนที่เสียชีวิตไปก่อนหน้านี้

ผ่านไปสองวัน สำเนียงแจ้งกับทางโรงพยาบาล ซึ่งเรียกเก็บค่ารักษาว่า จะมอบอำนาจให้ทางโรงพยาบาลทำเรื่องแทนผู้เอาประกัน ซึ่งรถยนต์ขับที่เกิดเหตุนั้นทำประกันไว้ ทางโรงพยาบาลปฏิเสธให้เหตุผลว่า ญาติควรทำเรื่องเองจะดีกว่า เพราะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่มีความสามารถพอ สำเนียงไม่เชื่อว่าเจ้าหน้าที่ทำไม่ได้ แต่ไม่อยากจะยุ่งยากมากกว่าจึงบอกปิดให้ญาติผู้ป่วยมาทำกันเอง

เมื่อทางโรงพยาบาลไม่ยินยอม สำเนียงจึงรวบรวมเอกสารไปส่งยัง บริษัทประกันภัยผ่านไป 7 วัน ซึ่งควรได้รับการจ่ายค่าสินไหมตามกฎหมาย ไม่มีความคืบหน้าใดเกิดขึ้น ล่วงเลยมาจน 1 เดือน สำเนียงกับญาติ ๆ หมดเงินค่ารักษาคนเจ็บไปเป็นจำนวนคนละ 8,000 บาท สำเนียงต้องไปขอร้องให้ทางตำรวจเจ้าของคดีช่วยอีกแรงหนึ่ง เพราะศพจัดการไปแล้วแต่เงินค่าปลงศพและค่าเสียหายยังไม่ออก

ทางตำรวจช่วยเจรจาให้ ทางบริษัทประกันภัยจึงจ่ายออกมาก่อนสำหรับคนเจ็บสองคน เป็นเงินคนละ 15,000 บาท รวม 30,000 บาท ส่วนคนตาย บริษัทอ้างว่าต้องรอคำสั่งจากสำนักงานใหญ่ในกรุงเทพ ฯ เข้าเดือนที่สอง "ดิฉันเห็นว่า เรื่องคงไม่ไปไหนแน่ จึงเข้าร้องเรียนที่ประกันภัยจังหวัด ซึ่งกว่าจะเจรจาความจนยุติ ใช้เวลานานถึง 6 เดือน ก็ไม่เข้าใจว่าทำไมถึงช้านัก"

อย่างไรก็ตามสำเนียงทำเรื่องให้ญาติได้เงินค่ารักษาเบื้องต้นพร้อมค่าทำศพทั้งสามคนเป็นเงิน 1 แสน สามร้อยบาท โดยไม่รวมกับ สามหมื่นแรกที่จ่ายมา "ขนาดดิฉันเองซึ่งเคยทำงานที่กรม ฯ มาก่อน ยังต้องใช้เวลาเนิ่นนานกว่าจะยุติเรื่องได้ ซึ่งหากไม่บอกกับผู้เกี่ยวข้องทั้งหลายว่าดิฉันมีความรู้และเคยทำงานกรม ฯ มาก่อน เรื่องก็คงยังไม่จบ"

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไข

1. แม้มีความรู้แต่หากบริษัทประกันใช้เทคนิคประวิงเวลา ผลของการคุ้มครองก็จะล่าช้าอยู่ดี หากกรรมการประกันภัยไม่มีมาตรการอะไรที่เด็ดขาดในการลงโทษ พฤติกรรมเหล่านี้
2. โรงพยาบาลใหญ่ยังไม่มีแพทย์เวรอยู่ คงต้องมีการทบทวนนโยบาย เพราะการที่ไม่มีแพทย์อยู่ส่งผลให้คนเจ็บคนหนึ่งต้องเสียชีวิตลงไปอย่างน่าเสียดาย
3. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ผลักภาระในการทำเรื่องประกันมาให้กับผู้บริโภคร โดยอ้างเรื่องความรู้ความสามารถ ซึ่งโดยหลักการควรมีศักยภาพมากกว่าผู้บริโภคทั่วไป แสดงว่าโรงพยาบาลน่าจะมีปัญหาในการทำเรื่องเบิกเงินตามพระราชบัญญัติ

กรณีที่ 13

ไพฑูรย์ อายุ 33 ปี

อาชีพ รับจ้างทั่วไป

ภูมิหลัง

ไพฑูรย์ ทำประกันภาคบังคับตามเงื่อนไขของกฎหมาย แต่ไม่ได้มีความรู้มากนัก นอกจากคำบอกของตัวแทนขายและสื่อประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานรัฐ

ลักษณะปัญหา

เดือนพฤษภาคม 2541 ไพฑูรย์ขับรถยนต์ออกไปทำธุระที่จังหวัด รถเกิดอุบัติเหตุชนเข้ากับมอเตอร์ไซด์คันหนึ่ง ซึ่งมีคนโดยสารมาด้วย ทั้งสองคนนั้นได้รับบาดเจ็บ ไพฑูรย์รีบนำคนเจ็บส่งโรงพยาบาลจังหวัด และรีบติดต่อบริษัทประกันภัย หลังแจ้งเหตุประกัน รว 3 ชั่วโมงตัวแทนคนหนึ่งจึงมาพบกับไพฑูรย์ และพากันไปแจ้งความตามขั้นตอนของกฎหมายแล้ว ตัวแทนบอกให้ไพฑูรย์นำเอกสารไปส่งที่บริษัทประกันภัยด้วย

เนื่องจากไม่มีความรู้ในระเบียบวิธีการ ว่าต้องนำเอกสารอะไรไปบ้าง คิดว่าเพียงใบแจ้งความกับตัวกรรมธรม์น่าจะพอ เมื่อนำไปส่งบริษัทประกันภัย เจ้าหน้าที่บริษัทประกันภัยบอกว่าต้องนำหมายเลขเครื่องไปให้ ก็รับนำหมายเลขเครื่องไปให้ เจ้าหน้าที่บอกต้องนำสำเนาบัตรประชาชนและใบขับขี่มาให้ด้วยทั้งของตัวเองและคู่กรณี ตอนนั้นเริ่มรู้สึกโกรธแต่ก็ทำตาม พอมาติดต่ออีกครั้ง เป็นครั้งที่สาม เจ้าหน้าที่บอกว่า ต้องขอสำนวนคดีของทางตำรวจด้วย ไม่อย่างนั้นรับผิดชอบคนเจ็บไม่ได้ ครั้นนี้ทนไม่ไหวจึงต่อว่า เจ้าหน้าที่บริษัทไปว่า "ให้ทำเรื่องอยู่ได้ไม่รู้จะกี่รอบแล้ว" ไพฑูรย์ไม่เห็นสักนิดว่า บริษัทจะรับผิดชอบอะไร ต้องเสียเวลาไปถึงสี่ครั้ง

เสียเวลาไปเป็นเดือน เพื่อให้ทางบริษัทรับผิดชอบผู้บาดเจ็บ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาไปแล้วประมาณ 7,000 บาท โดยต้องสำรองเงินตัวเองจ่ายออกไปก่อน เพราะอย่างไรเราก็เป็นฝ่ายผิด แต่ตนเองเดือดร้อน เพราะไม่มีเงินมากนัก เกือบ ๆ จะเลิกยุ่งกับบริษัทประกันแล้ว แต่ในที่สุดคิดได้ว่าควรไหว้วานเพื่อนซึ่งเป็นทนายความเดินเรื่องให้ประมาณ 8 วันหลังเพื่อนทนายช่วยเหลือ บริษัทจ่ายเงินให้ตามใบเสร็จของทางโรงพยาบาล นอกจากนี้ทนายยังทำหนังสือมอบอำนาจให้กันทางโรงพยาบาลเบิกจ่ายเงินค่ารักษากับทางบริษัทประกันโดยตรง ซึ่งตรงนี้คุณไพฑูรย์ไม่ทราบมาก่อนเลย ว่าสามารถทำได้

บริษัทประกันภัยมีพฤติกรรมส่อเจตนา โกง ไม่มีท่าที่เหมือนกับตอนที่เข้ามาขายประกัน ทำตัวรักษาคะแนนของบริษัทเต็มที่ ผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ไม่เคยให้ข้อมูลอะไรกับผู้บริโภค ทั้งตำรวจ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ทั้งที่ตนเองบอกอยู่ตลอดว่า รถมีประกัน ซึ่งหากไม่ได้เพื่อนคงแย่กว่านี้

กรณีที่ 14

เล็ก (เสียชีวิต)

เดือนใจ ภรรยา อายุ 37 ปี อาชีพทำสวน

ลักษณะปัญหา

มกราคม 2541 นายเล็กโดยสารรถตู้ระหว่างจังหวัดปัตตานีจะกลับไปกลับยะลา ประมาณแยกก่อนเข้าจังหวัดยะลา มีรถยนต์ขององค์การโทรศัพท์ พุ่งเข้ามาปะทะรถตู้ ภายในรถตู้มีผู้โดยสารบาดเจ็บสองราย รถขององค์การ สองราย ตำรวจมาถึงที่เกิดเหตุได้นำคนเจ็บส่งโรงพยาบาล และแจ้งให้ฝ่ายผิดคือองค์การโทรศัพท์เรียกประกันมารับผิดชอบค่าเสียหายทั้งหมด

เมื่อประกันมาถึงที่เกิดเหตุแจ้งว่าจะรับผิดชอบค่าเสียหายทั้งหมดแน่นอน ทางผู้แทนขององค์การโทรศัพท์จึงมอบอำนาจให้กับทางโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งรับคนเจ็บไว้รักษาให้ติดต่อเบิกค่ารักษากับทางบริษัทประกันต่อไป ผ่านไปสามวันโรงพยาบาลแจ้งผู้แทนองค์การฯ ว่า บริษัทประกันมีปัญหา โรงพยาบาลเบิกค่าใช้จ่ายไม่ได้ ต้องขอให้องค์การรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด

วันที่ 4 นายเล็ก เสียชีวิต ผู้แทนองค์การฯ ได้ช่วยเหลือเดือนใจ ทวงค่าปลงศพจากบริษัทประกันภัย เรื่องหายเงียบไป เมื่อเห็นว่าบริษัทประกันภัยสาขามีปัญหา ไม่จ่ายแน่ ผู้แทนองค์การฯ จึงนำเรื่องไปแจ้งที่สาขาที่ใหญ่กว่าอีกจังหวัดหนึ่ง ซึ่งแน่นอนมีดีจ่ายให้ แต่ว่าได้มาเพียง 10,000 บาทสำหรับคนเจ็บและตายทั้งสองคน ผู้แทนขององค์การเห็นว่าต้องบริหารจัดการเรื่องของนายเล็กก่อน จึงนำ 10,000 บาทจ่ายเฉพาะค่ารักษาที่เกิดขึ้นและค่าแต่งศพของนายเล็ก

ตัวแทนขององค์การที่คอยช่วยเหลือเดือนใจมาตลอด แนะนำเดือนใจว่า ทำทางบริษัทจะประวิงเวลาการจ่าย แนะนำให้ไปร้องเรียนที่ประกันภัยจังหวัด เดือนใจพร้อมกับญาติของคนเจ็บอีกสามราย จึงเข้าร้องเรียนตั้งแต่มกราคม 2541 เจ้าหน้าที่ของประกันภัยจังหวัด แสดงท่าทีไม่สนใจเรื่องการร้องเรียน เก็บเรื่องไว้เป็นเวลานาน จนเผด็จไปเรียบร้อยก็ไม่มีอะไรเกิดขึ้น

หลังจากครบร้อยวันแล้ว เดือนใจจึงเดินเรื่องเข้าร้องเรียนที่กรมการประกันภัย ที่กรุงเทพฯ เดือน เมษายน 2541 ผ่านไปประมาณ 2 อาทิตย์ ทางกรมฯ มีหนังสือตอบมา ขอให้ส่งข้อมูลเพิ่มเติม เดือนใจจัดการส่งเอกสารเพิ่มจนครบ รออยู่ 4 เดือน จึงมีหนังสือบอกว่า ให้ขึ้นไปรับเงินที่กรุงเทพฯ กรมการประกันภัย

มกราคม 2542 เดือนใจจึงได้รับเงิน จำนวน 80,000 บาท ต้องใช้ระยะเวลายาวนานถึง 1 ปีเต็ม ๆ ไม่ทราบเหมือนกันว่าทำไม ประกันภัยของจังหวัดไม่สามารถช่วยเหลือทายาทผู้ประสบภัยได้ กับทางโรงพยาบาลเองเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเคยบอกกับเดือนใจว่า เบิกประกัน พ.ร.บ. มีปัญหาตลอด

เดือนใจนอกจากได้เงินค่าปลงศพสามีแล้ว กับทางองค์การโทรศัพท์ในเบื้องต้นได้ชดเชยให้เดือนใจอีก 50,000 บาท ซึ่งคุณเดือนใจนั้นต้องพึ่งพาสามีหาเลี้ยงครอบครัว จึงขอเพิ่มอีก 50,000 บาท รวมแล้วได้ค่าชดเชยจากองค์การ เป็นจำนวนเงิน 100,000 บาท

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไข

บุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับ ประกันตาม พ.ร.บ. โดยเฉพาะหน่วยงานรัฐ ควรมีประสิทธิภาพที่ใกล้เคียงกัน ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค โดยเฉพาะภูมิภาค คนที่ทำงานเป็น มีน้อยมาก เรื่องต้องเข้ามาส่วนกลางทำให้เกิดปัญหา ความล่าช้า

กรณี 15

เดิม (เสียชีวิต)

อุบล ภรรยา อายุ 56 ปี อาชีพรับราชการ

ลักษณะปัญหา

นายเดิมรับราชการระหว่างออกทำงานในพื้นที่ รถกระบะของสำนักงานชนเข้ากับรถบรรทุก นายเดิมเสียชีวิตทันที ชาวบ้านในละแวกเกิดเหตุเข้าแจ้งความกับทางเจ้าหน้าที่ตำรวจ และนำคนเจ็บอื่นส่งโรงพยาบาล จากการสืบสวนรถของการไฟฟ้าคนขับเกิดอาการเมายาบ้า จึงเกิดอุบัติเหตุขึ้น

หลังจากจัดการเรื่องศพสามี อุบลไม่ทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ไม่มีความรู้เรื่อง พ.ร.บ.เลย ต้องนำเรื่องมาปรึกษาเพื่อนร่วมงานแล้วจึงรวบรวมเอกสารต่าง ๆ ไปยังประกันภัยจังหวัดยะลา ประมาณเดือนกุมภาพันธ์ 2541 เนื่องจากผลคดีเกิดจากความประมาทของรถบรรทุก อุบลจึงเรียกร้องค่าเสียหายทางแพ่งจากคู่กรณีด้วย เป็นเงินจำนวน 1 ล้านบาท

กรณีประกันตามพ.ร.บ. ใช้เวลารอประกันภัยจังหวัดอยู่ 3 เดือน ประกันภัยจังหวัดบอกว่า บริษัทประกันภัยอนุมัติเงินให้แล้ว แต่ต้องใช้ระยะเวลาอีกสักกระยะหนึ่ง อุบลวางใจเพราะอย่างน้อยเจ้าหน้าที่ของราชการมาดูแลเรื่องให้ แต่ต่อมาอีก 2 เดือน ปรากฏว่า ประกันภัยจังหวัดทำหนังสือแจ้งอุบล ว่าต้องส่งเรื่องเข้ากรมการประกันภัยที่กรุงเทพฯ เพราะประกันภัยจังหวัดเองไม่สะดวกในการติดต่อกับทาง บริษัทประกันภัย อุบลอดใจไม่ไหวจึงได้ต่อว่า ประกันภัยจังหวัดไปว่า ถ้าทำไม่ได้ตั้งแต่แรกควรจะบอกกันก่อน ไม่ใช่ให้รออยู่จนผ่านมา 5 เดือน "ไม่คิดเลยว่าราชการทำไม่ถึงทำงาน อย่างนี้"

อุบลรีบติดต่อ โดยการเขียนจดหมายไปร้องเรียนที่กรมการประกันภัย พร้อมทั้งร้องเรียนการทำงานของเจ้าหน้าที่ประกันภัยจังหวัดด้วย รออยู่อีกประมาณ 2 เดือน กรมการประกันภัย จึงมีหนังสือแจ้งมาว่า ให้ไปปรับเงินที่กรุงเทพฯ ได้

ข้อเสนอเพื่อป้องกันและแก้ไข

- 1.หน่วยงานราชการในต่างจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับ พ.ร.บ.ควรต้องพัฒนาในมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
- 2.กฎหมายต้องเข้ามาดูแล และลงโทษบริษัทประกันที่ทำผิด ไม่ใช่ปล่อยให้เรื่องร้องทุกข์มีอยู่จำนวนมากมาย

บทที่ 10

สรุปผล 15 กรณีศึกษา

การละเมิดสิทธิจากการประกันสุขภาพ
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

สรุปผลการศึกษา

10.1 ปัญหาจากการประกันตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
จากการศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้ง 15 กรณี พบว่า ผู้บริโภคประสบปัญหาสำคัญ

คือ

1. บริษัทประกันภัยจ่ายเบี่ยงการเบิกจ่ายค่าเสียหาย

จากกรณีศึกษา 15 กรณี พบผู้ประสบปัญหาบริษัทประกันภัยจ่ายเบี่ยงการจ่ายค่าเสียหายถึง 11 กรณี โดยรูปแบบการจ่ายเบี่ยงของบริษัทประกันภัยที่กรณีศึกษาประสบมากที่สุดคือการเรียกขอเอกสารมากกว่าที่กฎหมายกำหนด เช่น กรณีสำเร็จ พี่ชายของเจริญ (กรณีที่ 3 หน้า 73) กันยา (กรณีที่ 7 หน้า 78) พีรพงษ์ (กรณีที่ 10 หน้า 82) ไหล่ (กรณีที่ 11 หน้า 83) ไพฑูรย์ (กรณีที่ 13 หน้า 87) เล็ก (กรณีที่ 14 หน้า 88) กรณีศึกษาเหล่านี้ต้องใช้เวลามากกว่า 7 วันตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งในกรณีของเล็กต้องใช้เวลาทั้งหมด 12 เดือนจึงได้รับค่าเสียหายได้ ในกรณีของพีรพงษ์ และสำเร็จ ถูกเรียกขอเอกสารมากมายจนหมดความประสงค์ในการเบิกค่าเสียหาย

สาเหตุหลักของปัญหาเกิดขึ้นเนื่องจากบริษัทประกันภัยอาศัยความไม่รู้ ไม่เข้าใจกฎหมายของผู้ประสบภัยมาสร้างเป็นเงื่อนไขที่ทำให้การเบิกค่าเสียหายไม่สะดวก นอกจากนี้อาจเป็นไปได้ว่า เจ้าหน้าที่หรือตัวแทนบริษัทประกันภัย มีข้อมูลที่ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานในเรื่องการเบิกจ่ายค่าเสียหายตาม พ.ร.บ. ดังนั้นจึงใช้วิธีปฏิบัติเหมือนการเบิกจ่ายค่าเสียหายเนื่องจากรถยนต์ เช่น กรณีของไพฑูรย์ (กรณีที่ 13 หน้า 87) บริษัทประกันภัยขอหมายเลขเครื่องรถยนต์ ขอสำนวนคดีของตำรวจ สร้างภาระให้กับกรณีศึกษาที่ต้องใช้เวลาในการติดต่อกันมากกว่าที่บริษัทประกันภัยจะดำเนินการได้

จากการศึกษาพบว่า มีกรณีศึกษาเพียง 3 กรณีเท่านั้นที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในระดับดีมากได้แก่ สำราญ (กรณีที่ 1 หน้า 70) ธนาวุฒิ (กรณีที่ 2 หน้า 71) และสำเนียง (กรณีที่ 12 หน้า 85) แต่ทั้งธนาวุฒิและสำเนียงก็ไม่ได้ได้รับความสะดวกในการเบิกจ่ายค่าเสียหายเช่นเดียวกับกรณีศึกษาอื่น ๆ ที่ประสบปัญหาจากการจ่ายเบี่ยงการจ่ายค่าเสียหาย ในกรณีของสำราญนั้นหลีกเลี่ยงการใช้สิทธิตาม พ.ร.บ. แต่ไปใช้สิทธิจากสวัสดิการข้าราชการแทนเพราะสะดวกกว่า

นับจากวันที่ประกาศใช้กฎหมาย มีผู้บริโภคจำนวนน้อยมากที่มีความรู้ความเข้าใจ ใน พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภคจากกรณีทั้งในส่วนของผู้ประกอบการและการปฏิบัติตน ซึ่งแม้แต่เจ้าหน้าที่ในส่วนที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เช่น เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ตำรวจ ซึ่งน่าจะเป็นผู้ที่ให้คำแนะนำในการปฏิบัติแก่ผู้บริโภคได้ กลับไม่รู้และไม่ได้ทำหน้าที่ให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้บริโภค ผู้วิจัยพบว่า การประชาสัมพันธ์และการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ยังไม่เพียงพอ ดังกรณีของ ไหล่ (กรณีที่ 11 หน้า 83) ไม่มีเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องคนใดใส่ใจให้คำแนะนำ หรือพลัด (กรณีที่ 5 หน้า 75) ซึ่งขณะที่ไปสัมภาษณ์ก็ยังไม่ทราบว่า สามารถใช้สิทธิรับค่าเสียหายจาก พ.ร.บ.ได้ ทั้งนี้เพราะไม่มีใครให้ข้อมูลแก่เขา

2. การใช้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลไม่ได้รับความสะดวก

จากการศึกษาพบว่า 5 กรณีศึกษาประสบปัญหาจากการใช้บริการในโรงพยาบาล คือ ถูกปฏิเสธการรักษาพยาบาล กรณีพลัด (กรณีที่ 5 หน้า 75) ให้การดูแลที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ให้การรักษอย่างเต็มที่หรือต่อเนื่องจนเป็นเหตุให้เสียชีวิต ได้แก่ ประสิทธิ์ (กรณีที่ 6 หน้า 76) กันยา (กรณีที่ 7 หน้า 78) และไหล่ (กรณีที่ 11 หน้า 83) นอกจากนี้ยังมีกรณีความไม่สะดวกเนื่องจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปฏิเสธการมอบสิทธิในการเรียกร้องค่าเสียหายแทนผู้ประสบภัย กรณีลำเนียง (กรณีที่ 12 หน้า 85)

ผู้วิจัยพบว่า ความไม่สะดวกนั้นรวมถึงการให้ผู้ประสบภัยจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อนและไปดำเนินการเรียกร้องค่าเสียหายเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์ร่วมกันของกรณีศึกษา ประสิทธิ์ (กรณีที่ 6 หน้า 76) กันยา (กรณีที่ 7 หน้า 78) ลำเนียง (กรณีที่ 12 หน้า 85) ซึ่งหากโรงพยาบาลสามารถทำหน้าที่แทนผู้ประสบภัยในรายที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง พ.ร.บ.ได้ จะช่วยบรรเทาปัญหาลงได้มาก

3. การควบคุมกำกับและการบังคับใช้กฎหมาย

โดยเจตนารมณ์ของกฎหมาย มุ่งให้ผู้ประสบอุบัติเหตุได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสมจากสถานบริการโดยไม่มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยให้บริษัทประกันภัยเป็นผู้จ่ายค่าเสียหาย (วิธีการปฏิบัติเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายดูรายละเอียดในบทที่ 7) ในทางปฏิบัติสถานพยาบาลหลายแห่งบ่ายเบี่ยงการรับมอบสิทธิจากผู้ประสบภัย ทำให้ผู้ประสบภัยหรือญาติต้องรับภาระในการจ่ายเงินค่ารักษาไปก่อน และต้องไปเรียกร้องค่าเสียหายด้วยตนเองจากบริษัทประกันภัยในภายหลัง จากการศึกษามีประเด็นที่สังเกตพบ คือ กฎหมายได้เปิดโอกาสให้บริษัทประกันภัยเขาเปรียบผู้ประสบภัยได้ กล่าวคือในมาตรา 20 กำหนดให้ผู้ประสบภัยต้องเป็นฝ่ายร้องขอจากบริษัทที่รับทำประกันภัยไว้ แต่ถ้าไม่ติดใจเรียกร้องบริษัทประกันภัยมีสิทธิปฏิเสธไม่จ่าย แต่เพราะคนทั่วไปไม่ค่อยรู้สิทธิจึงมิได้ร้องขอ หรือเวลาที่ไปร้อง

ขอค่าเสียหาย บริษัทประกันภัยจะจ่ายเพียงการจ่าย ผู้บริโภคจะเป็นฝ่ายท้อแท้เมื่อหน่ายไปเอง อีกกรณีหนึ่งถ้าผู้ประสบภัยไม่ดำเนินการร้องเรียนกับหน่วยงานของรัฐหรือไปใช้สิทธิประโยชน์ จากกองทุนทดแทน ผู้ประสบภัยจะเป็นฝ่ายเสียผลประโยชน์ไปเองภายใน 180 วันตามที่ กฎหมายกำหนดให้ยื่นคำร้อง

4. กลไกในการให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานรัฐไม่มีประสิทธิภาพ

พบกรณีศึกษา 4 กรณี ได้แก่ ธนาวุฒิ (กรณีที่ 2 หน้า 71) สำเนียง(กรณีที่ 12 หน้า 85) เล็ก (กรณีที่ 14 หน้า 88) และเติม (กรณีที่ 15 หน้า 90) ซึ่งทั้ง 4 กรณีศึกษาประสบ ปัญหาพร้อมคือ ไม่ได้รับความสะดวกในการติดต่อประสานงานกับสำนักงานประกันภัย จังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ให้ความคุ้มครองผู้ประสบภัยที่มีปัญหากับบริษัท ประกันภัย ความไม่มีประสิทธิภาพของการทำงานของหน่วยงานทำให้ทนายโดยธรรมชาติของเล็ก (กรณีที่ 14 หน้า 88) ต้องใช้เวลาในการเบิกค่าเสียหายถึง 12 เดือน และกรณีของเติม ทนายต้องใช้เวลา 6 เดือน จึงดำเนินเรื่องได้เรียบร้อย

5. อื่น ๆ (ปัญหาเฉพาะที่ไม่พบในกรณีศึกษาอื่น)

- บริษัทประกันภัยไม่รับทำประกันรถจักรยานยนต์ เนื่องจากรถจักรยานยนต์มีความ เสี่ยงสูงในการเกิดอุบัติเหตุ บริษัทอาจมองว่าไม่คุ้มกับการรับทำประกัน จึงหลีกเลี่ยง กฎหมาย โดยใช้วิธีการจ่ายเบี้ย เช่น สันติ(กรณีที่ 4 หน้า 74) รูปแบบการปฏิเสธคือ อ้างว่าเอกสารการรับทำประกันหมด หรือเรียกเก็บเงินพิเศษค่าเอกสารเพิ่ม
- การหาประโยชน์จากผู้ประสบภัยโดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง กรณีของประสิทธิ์ (กรณีที่ 6 หน้า 76) ญาติไปติดต่อแจ้งความที่สถานีตำรวจ มีเจ้าหน้าที่ประจำสถานีเข้ามา เสนอความช่วยเหลือในการเบิกจ่ายค่าเสียหายและค่าชดเชย โดยเรียกเงินค่าดำเนินการ 5,000 บาท

10.2 แนวทางการแก้ไขปัญหาของผู้บริโภค

แนวทางการแก้ไขปัญหาของผู้บริโภคด้วยตนเอง แบ่งเป็นสี่ประเภทคือ

1. เรียกร้องสิทธิ ดำเนินการโดย

- ร้องเรียนด้วยตนเองที่บริษัทประกันภัยแล้วประสบความสำเร็จ
- หากไม่สำเร็จ เข้าร้องเรียนต่อเนื่องกับกรมการประกันภัยหรือสำนักงานประกันภัยจังหวัด และ/หรือ ไปร้องเรียนกับหน่วยงานอื่น เช่น มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ปรีกษาทนายความ แจ้ง ความกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ

2. ไม่เรียกร้องสิทธิใด ๆ เนื่องจากไม่รู้ว่าสามารถร้องเรียนได้

- 3.หลีกเลี่ยงไม่ใช้สิทธิตาม พ.ร.บ. โดยหลีกเลี่ยงไปใช้สิทธิอื่นแทน หรือจ่ายค่าเสียหายให้ผู้ประสบภัยเอง
- 4.เปลี่ยนบริษัทประกันภัยในปีถัดไป

10.3 อุปสรรคในการร้องเรียน

- 1.ผู้ร้องเรียนไม่รู้กฎหมาย ทำให้เสียเวลาในการทำความเข้าใจเรื่องขั้นตอนปฏิบัติ
- 2.เอกสารไม่ครบตามที่บริษัทประกันเรียกร้อง
- 3.ทำที่ไม่เหมาะสมของเจ้าหน้าที่บริษัทประกันหรือหน่วยรัฐ ทำให้ผู้เอาประกัน ผู้ประสบภัยเกิดความเบื่อนาย
- 4.เจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องในต่างจังหวัดไม่มีศักยภาพเท่าส่วนกลาง

10.4 ปัจจัยที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จ

- 1.ความตั้งใจจริงของผู้เอาประกัน ผู้ประสบภัย ซึ่งต้องหมั่นไปติดต่อกับหน่วยงานเสมอ
- 2.มีที่ปรึกษาที่เข้าใจกฎหมายจะช่วยให้การติดต่อเรื่องเบิกค่าเสียหายง่ายขึ้น
- 3.ต้องมีเอกสารครบถ้วน

10.5 ข้อเสนอแนะโดยผู้บริโภค

ต่อบริษัทประกัน	ต่อหน่วยงานรัฐ	ต่อนโยบายของรัฐ
บริษัทต้องปฏิบัติตามกฎหมาย อย่างเคร่งครัด ไม่เรียกร้องเอกสารมากกว่าที่กฎหมายกำหนด	1.ควรประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น ถึงกลุ่มคนทุกกลุ่มในสังคม โดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาส เพื่อให้ประชาชนได้ปฏิบัติตามขั้นตอนกฎหมายได้ถูกต้อง 2.ปรับปรุงประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่างจังหวัดให้เท่าส่วนกลาง 3.กรณีใกล้เกลี้ยจรจมา ควรคำนึงถึงผู้บริโภคให้มาก ๆ 4.ดูแลให้บริษัทตระเตรียมขั้นตอนที่ยุ่งยากในเรื่องการเบิกค่าเสียหาย	1.ระบบบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ 2.เพิ่มบทลงโทษบริษัทที่มีปัญหากับผู้บริโภค ควรขยายสิทธิให้ผู้บริโภคเรียกร้องค่าเสียหายชัดเจนที่เกิดจากความล่าช้าของบริษัทได้ 3.ประสานความร่วมมือให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ทั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ตัวแทนขายประกัน ฯลฯ สามารถทำหน้าที่ช่วยเหลือให้คำแนะนำกับผู้บริโภคได้

10.6 การแก้ไขปัญหของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กรรมการประกันภัย	สมาคมประกันวินาศภัย
1.เน้นการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจในกฎหมายมากขึ้น 2.ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมการขนส่งทางบก ตำรวจ ให้ดูแลให้รถทุกคันทำประกันตามกฎหมาย 3.ดูแลควบคุมบริษัทประกันให้เบิกจ่ายตาม พ.ร.บ.อย่างรวดเร็ว	1.จัดตั้งบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ขึ้น เมื่อ ปี 2541 เพื่อบรรเทาปัญหาการเบิกค่าเสียหาย โดยการลงทุนร่วมกันในหมู่บริษัทประกันวินาศภัย 69 แห่ง บริษัทกลางมีสาขาทุกจังหวัด จะลดปัญหาให้กับผู้ประสบภัยได้อย่างมาก 2.วางนโยบายหลักร่วมกับหน่วยงานอื่น ที่เกี่ยวข้องเพื่อลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุจากรถ 3.เตรียมโครงการเรื่องราคากลางค่ารักษาพยาบาลจากรถ เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบไม่ให้กระทบกับการเก็บเบี้ยประกันเพิ่ม

ที่มา : การประชุมเวทีวิชาการ เรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหการละเมิดสิทธิผู้บริโภค กรณีประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ วันที่ 11 มีนาคม 2542 จัดโดย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

บทที่ 11

ข้อเสนอแนะ

1. กรรมการประกันภัยควรมีมาตรการที่เข้มงวดรัดกุมในการติดตามตรวจสอบให้บริษัทประกันภัยปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดและห้ามมิให้เรียกเอกสารมากกว่าที่ระบุไว้ในกฎหมาย ถ้าพบว่ามีเจตนาบ่ายเบี่ยงไม่ปฏิบัติตามกฎหมายต้องมีการลงโทษที่เด็ดขาด
2. การทำให้บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งจัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2541 ความเป็นหน่วยงานอิสระโดยมีองค์ประกอบจากทุกฝ่าย เพราะปัจจุบันบริษัทกลางเป็นการรวมกันของบริษัทเอกชน ย่อมมีแนวโน้มรักษาสถาบันประโยชน์ให้บริษัทเอกชนมากกว่าผู้บริโภคหรือผู้ประสบภัย ควรมีการประชาสัมพันธ์บริษัทกลางในวงกว้าง และปัจจุบันกรรมการประกันภัยคงต้องมีการติดตามการทำงานของบริษัทกลางอย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีมาตรการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถให้ได้รับการดูแลจากสถานพยาบาลให้มีชีวิตรอดปลอดภัย มีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีการดำเนินการที่คล่องตัวในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันหรือกองทุนได้อย่างสะดวกรวดเร็ว และกระทรวงสาธารณสุขต้องมีมาตรการที่เหมาะสมให้สถานพยาบาลทุกแห่งต้องมีแพทย์อยู่ประจำเพื่อช่วยเหลือชีวิตของผู้ประสบภัยจากรถได้อย่างทันด่วนที่
4. กรรมการประกันภัยในส่วนกลาง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระทรวงพาณิชย์ เช่น ประกันภัยจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุข ต้องเร่งทำประชาสัมพันธ์ในสื่อต่าง ๆ ให้ผู้บริโภคได้รู้ถึงสิทธิประโยชน์ในกฎหมาย รวมทั้งผลิตคู่มือสำหรับการปฏิบัติตนเมื่อประสบภัยจากรถ
5. ในระยะยาวน่าจะต้องมีการทบทวนเพิ่มสิทธิที่นอกเหนือจากค่าเสียหาย เช่น ค่าชดเชยต่าง ๆ ซึ่งแม้กฎหมายมิได้เปิดโอกาสในการฟ้องร้องทางแพ่ง แต่จำนวนเงินที่จะไปเรียกร้องทางแพ่งอาจไม่คุ้มกับการดำเนินการ จึงควรมีวงเงินสำหรับการชดเชยที่นอกเหนือจากค่าเสียหายที่กำหนดไว้ในกฎหมาย

6. รัฐคงต้องทบทวนระบบการประกันสุขภาพสำหรับผู้ประสบภัยจากรถ ว่าควรให้เอกชนมีส่วนช่วยเหลือความรับผิดชอบหรือไม่ เพราะในระยะแรกมีแนวโน้มว่าบริษัทเป็นฝ่ายได้ประโยชน์จากการทำประกันตามกฎหมายมากกว่าผู้บริโภค ผู้ประสบภัย ซึ่งหากรัฐสามารถจัดระบบบริหารจัดการให้กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถทำหน้าที่ได้เหมือนกองทุนประกันสังคม จะอำนวยความสะดวกให้ประชาชนได้มากกว่า โดยอาจใช้มาตรการทางภาษีเก็บจากผู้บริโภคที่มีรถ ซึ่งต้องขึ้นหรือต่อทะเบียนกับกรมการขนส่งทางบกอยู่ทุกปี

7. รัฐต้องมีกลไกในการตรวจสอบการเสียชีวิตของผู้ประสบภัยจากรถ

8.. นอกเหนือจากผู้บริโภค ผู้ประสบภัยจากรถ บริษัทประกันวินาศภัย และกรมการประกันภัยแล้ว ยังมีอีกหลายฝ่ายที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎหมาย ที่สำคัญได้แก่ ตำรวจ กรมการขนส่งทางบก และสถานพยาบาล หากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งทำหน้าที่ขาดตกบกพร่อง ปัญหาจาก พ.ร.บ.จะยังคงอยู่ต่อไป จึงจำเป็นที่ทุกฝ่ายต้องมีการพัฒนาและประสานสร้างความร่วมมือกันเพื่อให้เกิดประโยชน์กับสังคมโดยรวม

บรรณานุกรม

“บริษัทประกันรับและฟัน 3 หมั่นล้าน พ.ร.บ.บุคคลที่ 3” . สยามธุรกิจ.ฉบับที่ 219 วันที่ 21-27 ก.
พ.2542.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาหลักการประกันภัย.พิมพ์ครั้งที่ 4.
2539.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์และคณะ . สถานการณ์การบริการทางด้านการแพทย์แก่ผู้ประสบภัยตามพระ
ราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535. สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ,
2539.

สมาคมประกันชีวิตไทย . คู่มือตัวแทนประกันชีวิต , 2535.

สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพปี
2536, 2537.

สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.รายงานประจำปี 2537-2539 สำนักงานประกันสุขภาพ
ภาพ , 2540.

สุธรรม พงศ์สำราญ, พิงใจ พิงพาและวิรัช ณ สงขลา . หลักการประกันชีวิต. ไทยวัฒนาพานิช, 2528.

ภาคผนวก

แบบสำรวจปัญหาผู้บริโภค กรณีการทำประกันสุขภาพ

แบบสำรวจสำหรับสืบค้นปัญหาผู้บริโภคที่เกิดขึ้นจากการทำประกันสุขภาพ ของบริษัทประกันภัยเอกชน เช่น การปฏิเสธการรับประกัน การจ่ายค่าสินไหมทดแทน ฯลฯ

• ข้อมูลทั่วไป

1. ผู้ตอบแบบสำรวจ..... อายุ.....ปี
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
2. เพศ (.....) ชาย (.....) หญิง
3. สถานภาพสมรส (.....) โสด (.....) คู่ (.....) หย่า,หย้าย,แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา (.....) 1. ประถมต้น (.....) 2. ประถมปลาย
(.....) 3. มัธยมต้น (.....) 4. มัธยมปลาย
(.....) 5. ปวช.หรือเทียบเท่า (.....) 6. ปวส.หรือเทียบเท่า
(.....) 7.ปริญญาตรี (.....) 8.สูงกว่าปริญญาตรี
5. รายได้ต่อเดือน (.....) 1. 1,000 - 5,000 บาท (.....) 2. >5,000 - 10,000 บาท
(.....) 3. >10,000 - 20,000 บาท (.....) 4. 20,000 - 50,000 บาท
(.....) 5. > 50,000 บาท

• ข้อมูลเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากการทำประกันสุขภาพเอกชน (หมายถึง การทำประกันชีวิตที่มีอนุสัญญาแนบท้ายสำหรับการประกันการดูแลและรักษาสุขภาพ หรือบริษัทที่รับประกันสุขภาพโดยตรง)

1. คุณเคยทำประกันสุขภาพเอกชนหรือไม่
(.....) เคย เมื่อใด(ระบุ)..... (.....) ไม่เคย
2. สิ่งจูงใจที่สำคัญที่ตัดสินใจทำประกันสุขภาพเอกชนคืออะไร (ตอบเพียงข้อเดียว)
(.....) พนักงานขายประกัน (.....) เห็นประโยชน์ของการทำประกันสุขภาพ
(.....) บริษัทที่ทำงานทำให้ (.....) มีโรคประจำตัว
(.....) อื่น ๆ ระบุ.....
3. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และมีความเข้าใจในกรมธรรม์ก่อนการทำประกันสุขภาพเอกชนมากเพียงใด
(.....) มาก (.....) น้อย (.....) ไม่มีเลย

4. ท่านได้รับข้อมูลจากข้อ 3 จากใคร

(.....) ศึกษาด้วยตนเอง

(.....) ตัวแทนประกัน ฯ(พนักงานขาย)

(.....) บริษัทประกัน

(.....) หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง

(.....) อื่น ๆ ระบุ.....

5. คุณเคยประสบปัญหาจากการทำประกันสุขภาพหรือไม่

(.....) เคย เมื่อใด(ระบุ)..... (.....) ไม่เคย

6. ปัญหาที่เกิดขึ้นจากข้อ 5 คือ

(.....) บริษัทปฏิเสธไม่รับประกัน เหตุผล(ระบุรายละเอียด).....

(.....) บริษัทรับประกันแต่ยกเลิกภายหลัง เหตุผล(ระบุรายละเอียด).....

(.....) บริษัทรับประกันแต่มีปัญหาการเบิกค่าสินไหม เนื่องจากผู้เอาประกันจ่ายเงินล่วงหน้าแต่มีปัญหาใน
เบิกค่าสินไหม (ระบุรายละเอียด).....

(.....) บริษัทรับประกันแต่มีปัญหาการใช้บริการที่โรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลเบิกค่ารักษาโดยตรง
จากบริษัทประกัน (ระบุรายละเอียด).....

(.....) ปัญหาอื่น ๆ ระบุรายละเอียด.....

7. ท่านคิดว่าข้อใดคือเหตุผลที่ทำให้ท่านเกิดปัญหา(ละเมิดสิทธิ)ในเรื่องการทำประกันสุขภาพ

เหตุผล	ใช่	ไม่ใช่
7.1 ผู้เอาประกันไม่มีโอกาสได้ศึกษาเอกสารโดยถี่ถ้วน		
7.2 ตัวแทนขายประกันไม่มีความรับผิดชอบต่อผู้เอาประกัน		
7.3 ผู้เอาประกันไม่ได้เขียนสัญญาเอง แต่ไว้วางใจตัวแทนขายให้ เป็นผู้ดำเนินการให้ ทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน		
7.4 บริษัทไม่มีจรรยาบรรณ ประวิงเวลาการจ่ายค่าสินไหม จนกว่า จะมีกรณีร้องเรียน		
7.5 บริษัทประกันมีปัญหากับทางโรงพยาบาลทำให้มีผลกระทบ กับผู้เอาประกัน		

8. บริษัทประกันภัยเอกชนที่เกิดปัญหากับท่านในข้อ 5 คือ(ระบุ).....

9. จากปัญหาในข้อ 5 ตัวแทนประกัน ฯ (พนักงานขาย) มีความเห็นบทบาทหรือบทบาทอย่างไร

10. ท่านได้มีการดำเนินการแก้ปัญหาอย่างไร

- (.....) เปรียบเทียบบริษัทด้วยตนเองจนบริษัทยอมชดใช้และแก้ปัญหาให้
- (.....) ร้องเรียนหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ ฯ
- (.....) ร้องเรียนมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สภาทนายความ หรือองค์กรสาธารณประโยชน์ ฯ
- (.....) ร้องเรียนสื่อมวลชน
- (.....) ฟ้องร้องด้วยตนเอง (ศาล)
- (.....) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

11. ความสำเร็จจากการดำเนินการข้างต้นเป็นอย่างไร?

- (.....) สิ้นสุด ระยะเวลาดำเนินการ.....ปีเดือน
ผลการดำเนินการ.....
- (.....) กำลังดำเนินการอยู่(ระบุรายละเอียด).....

12. ข้อเสนอแนะของท่านในการแก้ไขปัญหาเรื่องนี้.....

13. ข้อเสนอแนะของท่านในการป้องกันการละเมิดสิทธิผู้บริโภคในการทำประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชน

14. ท่านสนใจที่จะเข้าร่วมประชุมเพื่อหาทางออกในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจาก
การทำประกันสุขภาพหรือไม่

(.....) สนใจ (.....) ไม่สนใจ

ในกรณีที่สนใจที่อยู่ชัดเจนของท่าน คือ (นาย/นาง/นางสาว).....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

แบบสอบถามผู้บริโภค กรณีการทำประกัน พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

แบบสำรวจสำหรับสืบค้นปัญหาผู้บริโภคที่ประสบอุบัติเหตุและไม่ได้รับการคุ้มครองตาม พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถซึ่งรถยนต์ทุกประเภทจะต้องทำประกันภัยบุคคลที่ 3 เพื่อคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเมื่อเกิดอุบัติเหตุ แต่ในปัจจุบันพบว่า มีปัญหาจากการบังคับใช้ของกฎหมายฉบับนี้หลายประการ เช่น การปฏิเสธการจ่ายเงินเบื้องต้นของบริษัทประกันเมื่อประสบอุบัติเหตุจำนวน 15,000 บาท ฯลฯ

• ข้อมูลทั่วไป

1. ผู้ให้สัมภาษณ์..... อายุ.....ปี
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
2. เพศ (.....) ชาย (.....) หญิง
3. สถานภาพสมรส (.....) โสด (.....) คู่ (.....) หย่า,หม้าย,แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา (.....) 1. ประถมต้น (.....) 2. ประถมปลาย
(.....) 3. มัธยมต้น (.....) 4. มัธยมปลาย
(.....) 5. ปวช.หรือเทียบเท่า (.....) 6. ปวส.หรือเทียบเท่า
(.....) 7.ปริญญาตรี (.....) 8.สูงกว่าปริญญาตรี
5. รายได้ต่อเดือน (.....) 1. 1,000 - 5,000 บาท (.....) 2. >5,000 - 10,000 บาท
(.....) 3. >10,000 - 20,000 บาท (.....) 4. 20,000 - 50,000 บาท
(.....) 5. > 50,000 บาท

• ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการได้รับความคุ้มครองจากกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

1. คุณเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และมีความเข้าใจในประกันพรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถมากเพียงใด
(.....) มาก (.....) น้อย (.....) ไม่มีเลย
2. คุณได้รับข้อมูลจากข้อ 1 จากใคร
(.....) ศึกษาด้วยตนเอง (.....) ตัวแทนประกัน ฯ(พนักงานขาย)
(.....) บริษัทประกัน (.....) หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง
(.....) อื่น ๆ ระบุ.....
3. คุณเคยประสบอุบัติเหตุจากรถยนต์หรือไม่
(.....) เคย เมื่อใด(ระบุ)..... (.....) ไม่เคย

4. ถ้าเคยประสบอุบัติเหตุ คุณมีปัญหาการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถหรือไม่

(.....) เคย (ระบุรายละเอียดในข้อ 5)

(.....) ไม่เคย

5. ปัญหาที่เกิดขึ้นจากข้อ 4 คือ

(.....) โรงพยาบาลปฏิเสธที่จะรับการรักษา เหตุผล(ระบุรายละเอียด).....

(.....) บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินเบื้องต้น 15,000 บาท (ระบุรายละเอียด).....

(.....) ปัญหาการไม่ยอมจ่ายเงินโดยผู้ประสบอุบัติเหตุต้องใช้สิทธิจากสิทธิอื่น ๆ เช่น ประกันสังคม ข้าราชการ (ระบุรายละเอียด).....

(.....) มีปัญหาการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้เอาประกันจ่ายเงินล่วงหน้า แต่มีปัญหาในเบิกเงินจากบริษัท (ระบุรายละเอียด).....

(.....) มีปัญหาการใช้บริการที่โรงพยาบาล เช่น คุณภาพการให้บริการ เนื่องจากโรงพยาบาลเบิกค่ารักษาโดยตรงจากบริษัทประกัน (ระบุรายละเอียด).....

(.....) ปัญหาอื่น ๆ ระบุรายละเอียด.....

6. จากปัญหาในข้อ 5 ท่านได้มีการดำเนินการแก้ปัญหาอย่างไร

(.....) เจรจากับบริษัทด้วยตนเองจนบริษัทยอมชดใช้และแก้ปัญหาให้ (.....) แจ้งความตำรวจ

(.....) ร้องเรียนหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง (.....) ฟ้องร้องด้วยตนเอง (ศาล)

(.....) ร้องเรียนมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สภานายความ หรือองค์กรสาธารณประโยชน์

(.....) ร้องเรียนสื่อมวลชน (.....) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

7. บริษัทประกันภัยเอกชนที่เกิดปัญหากับท่านในข้อ 4 คือ(ระบุ).....

8. ความเป็นมาจากการดำเนินการข้างต้นเป็นอย่างไร?

(.....) สิ้นสุด ระยะเวลาดำเนินการ..... ปี..... เดือน

ผลการดำเนินการ.....

(.....) กำลังดำเนินการอยู่(ระบุรายละเอียด).....

9. ข้อเสนอแนะของท่านในการแก้ปัญหาเรื่องนี้.....

10. ข้อเสนอแนะของท่านในการป้องกันการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากพรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ.....

11. ท่านสนใจที่จะเข้าร่วมประชุมเพื่อหาทางออกในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจาก
พรบ.คุ้มครองผู้บริโภคจากกรณี หรือไม่

(.....) สนใจ

(.....) ไม่สนใจ

ในกรณีที่สนใจที่อยู่ชัดเจนของท่าน คือ (นาย/นาง/นางสาว).....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

คำถามเพิ่มเติมสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก

กรณีประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชน

1. เบี้ยประกันที่จ่ายต่อปี.....บาท
2. ความคุ้มครองในการเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลในแต่ละครั้งและต่อปี
3. ลักษณะการเจ็บป่วยที่เข้าโรงพยาบาล
4. ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการรักษาทั้งหมด
5. ปัญหาที่ประสบในการดำเนินการ เพื่อให้ได้รับค่าชดเชยตามสิทธิอันพึงมีพึงได้
6. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีบทบาทและความเห็นต่อปัญหานี้อย่างไร
 - กรมการประกันภัยกระทรวงพาณิชย์
 - โรงพยาบาล
 - บริษัทเอกชน
 - หน่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

กรณีการทำประกัน พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จากบริษัทเอกชน

1. เบี้ยประกันที่จ่ายต่อปี.....บาท
1. ลักษณะการเจ็บป่วยที่ต้องเข้าโรงพยาบาล
2. ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (มูลค่าความเสียหาย)
3. ปัญหาที่ประสบในการดำเนินการแก้ปัญหาเพื่อให้ได้รับสิทธิตามกฎหมาย
4. วิธีการแก้ปัญหา/เทคนิคการคลี่คลายปัญหา
5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีบทบาทและความเห็นต่อปัญหานี้อย่างไร
 - กรมการประกันภัยกระทรวงพาณิชย์
 - เจ้าหน้าที่ตำรวจ
 - โรงพยาบาล
 - บริษัทประกันภัยเอกชน
 - หน่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง