

บทที่ 5

การประกันสุขภาพ

หลังจากอ่านบทเรียนบทนี้แล้ว ผู้เรียนควรสามารถ

- อธิบายความหมายและประเภทของการประกันสุขภาพได้
- อธิบายถึงระบบการประกันสุขภาพในประเทศไทยได้
- อธิบายถึงระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ข้าราชการบำนาญและพนักงานรัฐวิสาหกิจได้
- อธิบายถึงระบบการประกันสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้
- อธิบายถึงแบบและความคุ้มครองของการประกันสุขภาพภาคสมัครใจได้
- อธิบายถึงข้อยกเว้นการคุ้มครองของการประกันสุขภาพภาคสมัครใจได้
- อธิบายถึงปัจจัยที่ใช้ในการพิจารณารับประกันสุขภาพภาคสมัครใจได้
- อธิบายถึงปัจจัยในการกำหนดอัตราเบี้ยประกันสุขภาพภาคสมัครใจได้
- อธิบายถึงขั้นตอนในการเรียกร้องสินไหมทดแทนของการประกันสุขภาพภาคสมัครใจได้

ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐนั้นเป็นคำกล่าวที่เราทุกคนคุ้นหูและหวังว่าในช่วงชีวิตของเรานั้นเราคงไม่เป็นโรคแต่อย่างใด แต่ในความเป็นจริงแล้วเราทุกคนย่อมต้องประสบกับความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บในระดับที่รุนแรงแตกต่างกัน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บก็ย่อมแสวงหาการรักษาโดยอาจเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน อาจจำเป็นจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดหรืออาจจ่ายเพียงบางส่วน หรืออาจไม่ต้องจ่ายเลยซึ่งขึ้นอยู่กับว่าเรามีการประกันสุขภาพประเภทไหนคุ้มครอง

ความหมายและประเภทของการประกันสุขภาพ (Health Insurance)

ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยนั้นสามารถจัดกลุ่มได้เป็น

- **การประกันสุขภาพภาคบังคับ (Compulsory Health Insurance)** การประกันสุขภาพนี้รัฐบาลเป็นผู้กำหนดเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ของความคุ้มครองให้แก่กลุ่มคนบางกลุ่มที่สอดคล้องตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ ผู้ได้รับความคุ้มครองอาจต้องจ่ายเงินร่วมด้วย เช่น ความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลในการประกันสังคม การประกันสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- **การประกันสุขภาพภาคสมัครใจ (Voluntary Health Insurance)** การประกันสุขภาพนี้ดำเนินการโดยเอกชน ผู้เอาประกันภัยมีสิทธิที่จะเลือกซื้อบริการหรือไม่ก็ได้

การประกันสุขภาพภาคสมัครใจเป็นรูปแบบหนึ่งของการโอนความเสี่ยงของการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บไปยังคนอื่นหรือกลุ่มคนอื่นเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ซึ่งย่อมบรรเทาความเดือดร้อนทางการเงินแก่เขาได้ การประกันสุขภาพภาคสมัครใจนี้ผู้รับประกันภัยสัญญาจะชดใช้เงินจำนวนหนึ่ง ให้แก่ผู้เอาประกันภัยเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความเจ็บป่วยหรือความบาดเจ็บโดยไม่คำนึงว่าจะเป็นผลมาจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือประสบอุบัติเหตุ นอกจากความคุ้มครองดังกล่าวแล้วการประกันสุขภาพภาคสมัครใจยังให้ความคุ้มครองรวมถึงการสูญเสียรายได้อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บหรืออาจให้ความคุ้มครองเนื่องจากการสูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือสูญเสียชีวิต ทั้งนี้แล้วแต่จะมีการตกลงระหว่างผู้เอาประกันภัยและผู้รับประกันภัย

เราอาจให้คำจำกัดความของการประกันสุขภาพภาคสมัครใจได้ว่าเป็นการทำสัญญาระหว่างบุคคลสองฝ่ายคือ ฝ่ายผู้รับประกันภัย (insurer) กับฝ่ายผู้เอาประกันภัย (insured) โดยผู้รับประกันภัยตกลงจะชดใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ศัลยกรรม และอื่นๆ ให้กับผู้เอาประกันภัยเมื่อผู้เอาประกันภัยเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บหรือจากอุบัติเหตุทำให้ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบการจากรัฐบาล ทั้งนี้ผู้เอาประกันภัยต้องจ่ายเงินจำนวนหนึ่ง เรียกว่า ค่าเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้รับประกันภัย (บริษัทประกันภัย)

สวัสดิการด้านสุขภาพของไทย

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยค่อยๆ พัฒนาโดยเริ่มจากกลุ่มจำเพาะต่างๆ คือเริ่มจากการให้ความคุ้มครองข้าราชการพยาบาลแก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ตามมาด้วยการให้การสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี จากนั้นริเริ่มให้มีการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ โดยใช้โครงการบัตรสุขภาพสำหรับครัวเรือนที่ไม่ได้อยู่ในเกณฑ์สงเคราะห์ ต่อมาการประกันสุขภาพภาคบังคับได้ขยายไปสู่ผู้ใช้แรงงาน โดยเริ่มจากการมีกองทุนทดแทนแรงงานที่ให้ความคุ้มครองการเจ็บป่วย ทุพพลภาพ และการตายเนื่องจากการทำงาน จากนั้นจึงขยายความคุ้มครองต่อการเจ็บป่วย ทุพพลภาพ และการตายอันมิใช่ผลจากการทำงาน ความคุ้มครองด้านสุขภาพนี้อยู่ในระบบของการประกันสังคมนั่นเอง พัฒนาการต่างๆ ที่กล่าวมานี้รัฐบาลมีบทบาทในการผลักดันให้เกิดขึ้น

เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยสูงขึ้นมากถึงปีละ 2-3 แสนล้านบาทและมีอัตราเพิ่มที่สูงมากกว่าร้อยละ 10 ต่อปี การดำเนินงานด้านสุขภาพส่วนใหญ่มุ่งไปที่การซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างสุขภาพ ปัญหาในแง่ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการที่แตกต่างกันและการใช้ทรัพยากรอย่างขาดประสิทธิภาพ ประชาชนราว 20 ล้านคนขาดหลักประกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อยามจำเป็น ในมาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญฉบับปี 2540 ได้กำหนดสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนไว้ว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ....”

และมาตรา 82 ระบุว่า

“รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุข ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ อย่างทั่วถึง”

ทั้งหมดนี้คือปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้กระแสการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพก่อขึ้น ดังนั้นในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลจึงประกาศใช้นโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค “ ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ โดยประชาชนทุกคน (ยกเว้นประชาชนที่มีสิทธิในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลอื่น คือระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ และระบบประกันสังคม) มีสิทธิในการใช้บริการนี้โดยเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้ง ต่อมาต้นปี พ.ศ. 2549 ได้ขยายความคุ้มครองเพิ่มเติม เป็นนโยบาย “30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค” ซึ่งเน้นการบริการป้องกันการตรวจสุขภาพและการส่งเสริมให้ดูแลสุขภาพ หลังจากที่มีการปฏิรูปการปกครองแผ่นดินเมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2549 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศเรื่อง การยกเลิกค่าบริการทางการแพทย์ คำสั่งดังกล่าวเป็นคำสั่งยกเลิกการเรียกเก็บค่าบริการ 30 บาทในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเป็นทางการ คำสั่งนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา

ส่วนในรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2550 มาตรา 50 ก็ได้ระบุถึงสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ ไว้เช่นกันว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”

โดยสรุปปัจจุบันประเทศไทยมีระบบหลักประกันด้านสุขภาพดังนี้

- ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ข้าราชการบำนาญและพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- ระบบประกันสังคม
- การประกันสุขภาพเฉพาะด้าน เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
- ระบบการประกันสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ข้าราชการบำนาญและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

ระบบนี้ให้ความคุ้มครองข้าราชการ ข้าราชการบำนาญและพนักงานรัฐวิสาหกิจ รวมทั้งบุคคลในครอบครัว โดยใช้ระบบการจ่ายแบบเบี่ยงโอนหลัง ตามจำนวนรายการและชนิดของการรักษายาบาลที่ให้ (fee for service) รูปแบบนี้พบว่ามีรายจ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีจำนวนผู้ได้รับสวัสดิการนี้ประมาณ 5.3 ล้านคน

ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลนี้ ได้แก่

- ข้าราชการ
- ลูกจ้างประจำ
- ลูกจ้างชาวต่างประเทศ ซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากงบประมาณรายจ่าย และสัญญาจ้างนั้น มิได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษายาบาลไว้
- ผู้ได้รับบำนาญปกติ หรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเหตุทุพพลภาพ ตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญ ข้าราชการและทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหม ว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด

เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลนี้ ให้รวมถึง บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรของบุคคลที่มีสิทธิด้วย

สำหรับบุตรนั้นจะต้องเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการนี้ ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมผู้อื่น โดยให้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุตรเพียง 3 คน คือ บุตรคนที่ 1 ถึงคนที่ 3 นับเรียงตามลำดับก่อนหลัง ไม่ว่าบุตรที่เกิดจากการสมรสครั้งใด หากบุตร คนใดคนหนึ่งตายลงก่อนบรรลุนิติภาวะ ก็ให้ผู้มีสิทธิสามารถเบิกเงินสวัสดิการนี้สำหรับบุตรคนถัดไปแทนได้

ค่ารักษาพยาบาล ได้แก่

- ค่ายา ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ทำนองเดียวกับที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค
- ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม
- ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค แต่ไม่รวมถึงค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ ยกเว้น การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ของทางราชการที่เปิดบริการนอกเวลาราชการ ค่าบริการซึ่งเป็นค่าธรรมเนียมพิเศษที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ เพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทนพิเศษของแพทย์ผู้ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการให้ผู้มีสิทธิจ่ายค่าบริการเอง
- ค่าห้องและค่าอาหาร เวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล
- ค่าตรวจสุขภาพประจำปี

การจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล มีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- ค่ารักษาพยาบาล ได้กำหนดไว้ตามประเภทของสถานพยาบาล ดังนี้
 - สถานพยาบาลของทางราชการ ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภายในและผู้ป่วยภายนอก ได้เต็มตามที่จ่ายจริง
 - สถานพยาบาลของเอกชนให้เข้ารับรักษาได้เฉพาะ 2 กรณี คือ
 - ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัย
 - มีความจำเป็นรีบด่วนซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลในทันทีทันใด อาจเป็น อันตรายต่อชีวิตให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยคนไข้ในเท่านั้น ในอัตราครึ่งหนึ่งของจำนวนที่ จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 3,000 บาท ในระยะเวลา 30 วัน
 - ค่ายาที่เบิกจ่ายได้คือ ค่ายาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เว้นแต่คณะกรรมการแพทย์ ของสถานพยาบาลวินิจฉัยว่าจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

* กรณีผู้ป่วยภายในที่จะจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลไปก่อน กระทำได้กรณีดังนี้

- สถานพยาบาลจำเป็นต้องส่งตัวไปรักษาเป็นครั้งคราวในสถานพยาบาลเอกชน
- สถานพยาบาลไม่มียา เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด หรือสารทดแทน น้ำยา หรืออาหาร ทางเส้นเลือด ออกซิเจน อวัยวะเทียม หรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือสถานพยาบาล ไม่อาจให้การตรวจทางห้องทดลอง หรือเอกซเรย์ได้ และผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลต้องซื้อ หรือรับการตรวจจากสถานที่อื่น
- ผู้ที่อยู่ระหว่างการส่งจ่ายบ้านาญเปี้ยหวัด
- ผู้ที่อยู่ระหว่างถูกสั่งพักรักษาหรือให้ออกจากการรักษาไว้ก่อน เมื่อคดีหรือกรณีถึงที่สุด ปรากฏว่าผู้นั้นได้รับเงินเดือนในระหว่างนั้น
- ค่าอวัยวะเทียม ค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค และค่าซ่อมแซม ให้เบิกได้ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด
- ในกรณีคนไข้ใน
 - ค่าเตียงสามัญ และค่าอาหาร เบิกได้เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละ 200 บาท ส่วนค่าห้อง เบิกได้เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละ 600 บาท
 - ค่าห้องและค่าอาหาร เบิกได้ไม่เกิน 13 วันแล้ว ส่วนที่เกินกว่านี้ ให้ผู้มีสิทธิรับภาระเอง ยกเว้น กรณีคณะกรรมการแพทย์ที่ผู้อำนวยการสถานพยาบาลแต่งตั้งวินิจฉัยว่าจำเป็นต้องรักษาเกินกว่า 13 วัน ให้เบิกได้ตามจำนวนวันที่คณะกรรมการแพทย์วินิจฉัย
- ค่าตรวจสุขภาพประจำปี
 - ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี จะต้องเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ หรือผู้ได้รับเบี้ยหวัดบ้านาญ
 - ต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี (ปีงบประมาณ) ในสถานพยาบาลของทางราชการเท่านั้น
 - ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ หรือผู้ได้รับเบี้ยหวัดบ้านาญเป็นผู้มีสิทธิเบิกเงินค่าตรวจสุขภาพประจำปีได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด และไม่เกินอัตรา ดังต่อไปนี้

หน่วย : บาท/คน

กลุ่มผู้มีสิทธิ	เงินค่าตรวจสุขภาพประจำปี
อายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์	450
อายุเกินกว่า 35 ปีบริบูรณ์	910

การประกันสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคม

ดูในบทที่ 6 การประกันสังคม

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

ดูในบทที่ 8 การประกันภัยรถยนต์

ระบบการประกันสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประชาชนผู้มีสิทธิตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกให้ เรียกว่า บัตรทอง โดยผู้ถือบัตรทอง จะได้รับการบริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการอนามัยอันจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจ การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการอื่นใดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่หน่วยบริการจัดขึ้น โดยไปรับบริการได้ที่สถานอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งและโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการตามที่จะระบุไว้ในบัตร ในกรณีได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้ารับการรักษาได้ที่สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง หรือโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ โดยที่สามารถใช้บริการได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี

ผู้ที่ไม่ได้รับสิทธิจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้มีสิทธิได้รับบัตรทองคือประชาชนคนไทยทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิใด ๆ จากหลักประกันอื่น ยกเว้น

- ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เช่น ลูกจ้างที่ทำงานในกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ยกเว้น ลูกจ้างทำงานบ้าน หาบเร่ แผงลอย หรือลูกจ้างของบุคคลธรรมดาที่ไม่มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย
- ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น ข้าราชการ ลูกจ้างประจำของส่วนราชการ และครอบครัว
- ผู้อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้ เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานหรือเจ้าหน้าที่ในองค์กรอิสระ

บริการที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย

บริการที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายได้แก่

- การตรวจและการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

- การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
- การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
- การวางแผนครอบครัว
- ยาด่านไวรัสเอดส์ กรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่ที่กำลังตั้งครรภ์สู่ลูก
- การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
- การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
- การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะ และลำคอ รวมทั้งการเคลือบหลุมร่องฟัน
- การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้งนับตั้งแต่ใช้สิทธิในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ค่าอาหาร และค่าห้องสามัญ
- การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
- ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ
- การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ

บริการที่ไม่คุ้มครอง

บริการที่ไม่คุ้มครองได้แก่

- โรคจิตที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน
- การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
- อุบัติเหตุการประสบภัยจากรถและอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย
- การรักษาภาวะมีบุตรยาก
- การผสมเทียม

- การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- การตรวจวินิจฉัยและรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นกรณีมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง
- การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- ยาต้านไวรัสเอดส์ยวณกรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่ที่กำลังตั้งครรภ์สู่ลูก
- การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

แบบและความคุ้มครองของการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ

บริษัทประกันชีวิตและบริษัทประกันวินาศภัยที่ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับการประกันสุขภาพจะเสนอรูปแบบของสัญญาประกันสุขภาพที่แตกต่างกันโดยระบุจุดสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขพร้อมทั้งเบี้ยประกันภัย ทั้งนี้เพื่อสนองตอบต่อความต้องการของผู้เอาประกันภัย อย่างไรก็ตามสามารถแบ่งผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับจากการประกันสุขภาพ เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ผลประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและผลประโยชน์ในการทดแทนการสูญเสียรายได้ สำหรับผลประโยชน์ในการรักษาพยาบาลนั้นอาจให้ความครอบคลุมการรักษา สำหรับคนไข้ในโรงพยาบาล การรักษาสำหรับคนไข้นอกโรงพยาบาล และผลประโยชน์เพิ่มเติมอื่นๆ เช่น การคุ้มครองการคลอดบุตร การรักษาฟัน เป็นต้น ผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับจะมีการกำหนดจำนวนเงินชดเชยสูงสุดต่อการรักษาพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลสูงสุดต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง และจำนวนครั้งสูงสุดของการชดเชยต่อปีกรมธรรม์

หากพิจารณาถึงความแตกต่างของรูปแบบของสัญญาประกันสุขภาพที่จำหน่ายอยู่ในประเทศไทยนั้น สามารถจำแนกได้เป็น 5 รูปแบบดังนี้คือ

- สัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพรายบุคคลที่ให้ความคุ้มครองการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและศัลยกรรม ซึ่งขายโดยบริษัทประกันชีวิต
- สัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพหมู่ที่ให้ความคุ้มครองการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและศัลยกรรม ซึ่งขายโดยบริษัทประกันชีวิต
- การประกันภัยหมู่สวัสดิการพนักงานซึ่งขายโดยบริษัทประกันชีวิต
- การประกันสุขภาพรายบุคคลซึ่งขายโดยบริษัทประกันวินาศภัย
- การประกันสุขภาพหมู่ซึ่งขายโดยบริษัทประกันวินาศภัย

สัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและ คัลยกรรมรายบุคคลซึ่งขายโดยบริษัทประกันชีวิต

การประกันสุขภาพนี้ขายควบกับสัญญาประกันชีวิต โดยกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยชั้นต่ำของกรมธรรม์หลักที่ผู้เอาประกันภัยสามารถซื้อสัญญาแนบท้ายนี้ได้ ประมาณ 100,000 บาท ถึง 200,000 บาท ผู้รับประกันภัยแต่ละรายจะกำหนดชุดสิทธิประโยชน์แตกต่างกันหลายรูปแบบ ดังนั้นผู้เอาประกันภัยสามารถเลือกซื้อได้ตามความต้องการซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนเงินเอาประกันภัยในสัญญาหลัก สิทธิประโยชน์มี 9 รายการ ดังนี้

● ค่าห้องและค่าอาหาร

บริษัทจะจ่ายค่าห้องและค่าอาหารซึ่งโรงพยาบาลจัดให้ตามปกติ สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล ตามจำนวนเงินที่ผู้เอาประกันภัยจ่ายจริง แต่ทั้งนี้จะต้องไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์และจะจ่ายให้ไม่เกิน 90 วัน ต่อการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลครั้งใดครั้งหนึ่ง

● ค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ

ในระหว่างที่ผู้เอาประกันภัยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน บริษัทจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลซึ่งโรงพยาบาลให้การรักษาพยาบาลตามปกติสำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ดังนี้

- ค่ายาตามคำสั่งแพทย์ และที่ใช้ในโรงพยาบาล
- ค่าเย็บบาดแผลและค่าตกแต่งบาดแผล การเข้าเฝือก ยกเว้นเครื่องช่วยค้ำต่าง ๆ และเครื่องมือเครื่องใช้
- กายภาพบำบัด
- ค่าตรวจด้วยรังสีเอกซ์ ตรวจหัวใจด้วยคลื่นไฟฟ้า และการตรวจในห้องปฏิบัติการซึ่งมีความจำเป็นในการตรวจเพื่อวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในครั้งนั้น ๆ
- ค่าธรรมเนียมการฉีดยาเข้าเส้นโลหิต
- ค่าธรรมเนียมการให้โลหิตหรือพลาสมา ยกเว้นค่าโลหิตหรือพลาสมา
- ค่าบริการของรถพยาบาลสำหรับไป หรือมาจากโรงพยาบาลต่อการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลครั้งใดครั้งหนึ่ง โดยบริษัทจะจ่ายให้ตามจำนวนเงินที่ผู้เอาประกันภัยจ่ายจริงแต่ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์ ค่าห้องและค่าอาหารที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์ 1 วันเท่านั้น

บริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์ข้างต้นให้ตามที่ผู้เอาประกันภัยจ่ายจริง แต่ทั้งนี้เมื่อรวมกันแล้วจะต้องไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์ “ค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ” ที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์ต่อการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลครั้งใดครั้งหนึ่ง

● ค่าธรรมเนียมผ่าตัด

บริษัทจะจ่ายค่าธรรมเนียมผ่าตัดซึ่งโรงพยาบาลให้การรักษาพยาบาลตามปกติสำหรับผู้ป่วยในและแพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องทำการบำบัดรักษาโดยการผ่าตัดตามจำนวนเงินที่ผู้เอา

ประกันภัยจ่ายจริง แต่ทั้งนี้จะต้องไม่เกินจำนวนเงินที่กำหนดไว้ใน “ตารางอัตราค่าธรรมเนียมผ่าตัด” ซึ่งระบุไว้เป็นอัตราร้อยละของผลประโยชน์ “ค่าธรรมเนียมผ่าตัด” ที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์ต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งใดครั้งหนึ่ง

- **ค่าธรรมเนียมผ่าตัดเล็ก**

บริษัทจะจ่ายให้ตามจำนวนที่จ่ายจริงสำหรับการผ่าตัดโดยเป็นผู้ป่วยนอก แต่ทั้งนี้จะต้องเป็นการผ่าตัดที่ปรากฏในตารางอัตราค่าธรรมเนียมผ่าตัดเท่านั้น และบริษัทจะจ่ายให้ไม่เกินจำนวนเงินที่กำหนดไว้ใน “ตารางค่าธรรมเนียมผ่าตัด” ซึ่งระบุไว้เป็นอัตราร้อยละของผลประโยชน์ “ค่าธรรมเนียมผ่าตัด” ที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์

- **ค่าห้องผ่าตัด**

บริษัทจะจ่ายค่าห้องผ่าตัดในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยมีสิทธิได้รับ “ค่าธรรมเนียมผ่าตัด” ตามจำนวนเงินที่ผู้เอาประกันภัยจ่ายจริง ดังนี้

- ค่าใช้ห้องผ่าตัด
- ค่าอุปกรณ์ต่างๆ ในห้องผ่าตัด

แต่ทั้งนี้จะต้องไม่เกินจำนวนเงินที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์ต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งใดครั้งหนึ่ง

- **ค่าวางยาสลบ**

บริษัทจะจ่ายค่าวางยาสลบในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยมีสิทธิได้รับ “ค่าธรรมเนียมผ่าตัด” ตามจำนวนเงินที่ผู้เอาประกันภัยจ่ายจริง แต่ทั้งนี้จะต้องไม่เกินจำนวนเงินที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์ต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งใดครั้งหนึ่ง

- **ค่าวินิจฉัยโรคในห้องทดลองต่าง ๆ ขณะเป็นผู้ป่วยนอก**

บริษัทจะจ่ายค่าวินิจฉัยโรคในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยต้องเข้ารับการวินิจฉัยโรคด้วยรังสีเอ็กซเรย์ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นไฟฟ้า หรือการตรวจในห้องปฏิบัติการ (แล็บ) ตามคำแนะนำและเห็นชอบเป็นหนังสือของแพทย์ เนื่องจากการบาดเจ็บทางร่างกายที่ได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บ ตามที่ผู้เอาประกันภัยได้จ่ายไปจริง สำหรับค่ารังสีเอ็กซเรย์ ค่าตรวจหัวใจด้วยคลื่นไฟฟ้า หรือค่าตรวจในห้องปฏิบัติการ (แล็บ) ในขณะที่เป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล แต่ทั้งนี้จะต้องไม่เกินจำนวนผลประโยชน์ “ค่าวินิจฉัยโรคในห้องทดลองต่างๆ ขณะเป็นผู้ป่วยนอก” ที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์ต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งใดครั้งหนึ่ง โดยจะจ่ายผลประโยชน์ดังกล่าวเฉพาะในกรณีที่การตรวจนั้นได้กระทำเนื่องจากผู้เอาประกันภัยต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการกระทำดังกล่าวเกิดขึ้นภายใน 30 วัน ก่อนหรือหลังการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น

- **ค่าปรึกษาแพทย์**

บริษัทจะจ่ายค่าปรึกษาแพทย์หรือค่าธรรมเนียมแพทย์ในการตรวจรักษาซึ่งโรงพยาบาลให้การรักษายาบาลตามปกติสำหรับผู้ป่วยใน ตามจำนวนเงินที่ผู้เอาประกันภัย

จ่ายจริง แต่ทั้งนี้จะต้องไม่เกินจำนวนเงินที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์ต่อครั้ง และจะจ่ายให้ไม่เกิน 90 ครั้ง หรือไม่เกินกว่าจำนวนวันที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วแต่จำนวนไหนจะน้อยกว่า

- **ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ**

บริษัทจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอก หากผู้เอาประกันภัยประสบอุบัติเหตุและเข้ารับการรักษายาบาลฉุกเฉินในฐานะผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ โดยจะจ่ายเงินให้เท่ากับจำนวนเงินที่ผู้เอาประกันภัยจ่ายจริง แต่ทั้งนี้จะต้องไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์ “ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ” ที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์

สิทธิประโยชน์ทั้ง 9 รายการข้างต้นนี้คุ้มครองเฉพาะการรักษาในฐานะผู้ป่วยในเท่านั้น โดยยกเว้นการเข้ารับการรักษายาบาลในฐานะผู้ป่วยนอกอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ วงเงินผลประโยชน์ของแต่ละรายการของแต่ละแบบนั้นแตกต่างกัน ผู้เอาประกันภัยต้องพิจารณาว่าต้องการความคุ้มครองมากน้อยเพียงใดในแต่ละรายการ โดยปกติในการเสนอขายมักใช้จำนวนเงินผลประโยชน์ของค่าห้องและค่าอาหารเป็นหลักให้ผู้เอาประกันภัยพิจารณา ผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการเปลี่ยนแปลง รายการผลประโยชน์สูงสุด ของแต่ละรายการได้ ทั้งนี้ให้ถือว่าผลประโยชน์ที่ระบุในตารางผลประโยชน์ นั้นเป็นชุดของสิทธิประโยชน์ นอกจากนี้ผู้เอาประกันภัยจะสามารถเลือกซื้อชุดสิทธิประโยชน์ได้ตามจำนวนเงินเอาประกันภัยในกรมธรรม์หลักที่แต่ละบริษัทระบุไว้เท่านั้น

ส่วนผลประโยชน์การรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอกนั้น บริษัทประกันชีวิตจะขายแยกเป็นสัญญาเพิ่มเติมเฉพาะ โดยกำหนดวงเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อการรักษาแต่ละครั้ง รวมทั้งจำนวนครั้งสูงสุดต่อปีกรมธรรม์ เช่น กำหนด ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลสูงสุดในฐานะผู้ป่วยนอกไว้ที่ 500 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 30 ครั้งต่อปี เป็นต้น นอกจากสัญญาแนบท้ายเฉพาะผลประโยชน์ของผู้ป่วยนอกแล้ว บางบริษัทยังขายสัญญาแนบท้ายที่ให้ผลประโยชน์ค่าชดเชยรายวัน สำหรับการรักษาในโรงพยาบาลในลักษณะการเหมาจ่ายตามจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาแต่ไม่เกินจำนวนวันสูงสุดที่ระบุไว้ในสัญญาต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยหนึ่งครั้ง

สัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพหมู่ที่ให้ความคุ้มครองการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และคัลยกรรม ซึ่งขายโดยบริษัทประกันชีวิต

สัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพหมู่นี้จะขายควบกับสัญญาประกันชีวิตหมู่ ผู้ทรงกรม-ธรรม์จะเป็นองค์กรต่าง ๆ หรือ เจ้าของธุรกิจ ซึ่งเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยให้กับพนักงาน โดยส่วนใหญ่พนักงานหรือสมาชิกจะได้รับใบรับรองของการเอาประกันชีวิต และการประกันสุขภาพกลุ่มไว้เป็นหลักฐาน เนื่องจากการรับประกันภัยประเภทนี้พิจารณาเป็นกลุ่ม เบี้ยประกันภัย

จะเป็นอัตราเดียวกันทั้งกลุ่ม ปกติจะไม่มีการตรวจสอบสุขภาพหากพนักงานสมัครเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มภายใน 30 วัน แต่ถ้าเกินกว่านี้จำเป็นต้องกรอกใบแถลงสุขภาพประกอบการสมัคร หรืออาจถูกกำหนดให้ตรวจร่างกาย

สัญญานี้จะให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและการผ่าตัดแก่ลูกจ้างและผู้อุปการะของลูกจ้าง เมื่อเจ็บป่วยจากโรคหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 12 ชั่วโมง ผลประโยชน์ที่ได้รับส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากสัญญาประกันสุขภาพเพิ่มเติมรายบุคคล บางบริษัทจะรวมผลประโยชน์ ค่าห้องผ่าตัด ค่าวางยาสลบ ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉิน และค่าวินิจฉัยโรคไว้ใน หมวดค่าใช้จ่ายทั่วไป ผลประโยชน์ ดังกล่าวเป็นผลประโยชน์ในฐานะผู้ป่วยใน หากต้องการผลประโยชน์ผู้ป่วยนอก ผลประโยชน์เกี่ยวกับผดุงครรภ์และ คลอดบุตร ผลประโยชน์ค่าปรึกษาแพทย์พิเศษ ก็อาจขอซื้อเพิ่มเติมได้

ขนาดของกลุ่มเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการพิจารณารับประกันภัยของสัญญาประเภทนี้ โดยปกติจะกำหนด จำนวนสมาชิกขั้นต่ำไว้ที่ 10 คน ถ้านายจ้างเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยฝ่ายเดียวจำนวนลูกจ้างหรือสมาชิกเข้าร่วมรับ ความคุ้มครองต้องเป็นจำนวนร้อยละ 100 ของผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครอง แต่ถ้านายจ้างและลูกจ้างร่วมกันชำระเบี้ยประกันภัย จำนวนลูกจ้างหรือสมาชิกที่เข้าร่วมรับความคุ้มครองจะต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของจำนวนผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครอง

การประกันภัยหมู่สวัสดิการพนักงานซึ่งขายโดยบริษัทประกันชีวิต

ลักษณะการประกันภัยแบบนี้จะเป็นการประกันชีวิตกลุ่มสวัสดิการพนักงาน ซึ่งจะรวมความคุ้มครองการประกันชีวิต การประกันอุบัติเหตุ และการประกันสุขภาพไว้ด้วยกัน บางแบบจะรวมการประกันทุพพลภาพทั้งหมดอย่างถาวรเข้าไว้ด้วย ผลประโยชน์เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลในฐานะคนไข้สามารถเลือกซื้อได้โดยไม่ต้องจำกัดตามแผนหลัก แต่จะระบุข้อจำกัดของจำนวนครั้งต่อวัน จำนวนครั้งต่อโรค และจำนวนครั้งต่อปีกรมธรรม์ เช่น 1 ครั้งต่อวัน 15 ครั้งต่อโรค 30 ครั้งต่อปี เป็นต้น ผลประโยชน์เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลในฐานะคนไข้ไม่แตกต่างจากแบบการประกันสุขภาพประเภทที่ 2 ดังที่กล่าวแล้ว

บางบริษัทประกันชีวิตจะจำหน่ายกรมธรรม์ประกันสุขภาพประเภทนี้เฉพาะกลุ่มที่มีพนักงานมากกว่า 20 คน ขึ้นไป แต่บางบริษัทจะมีแบบที่เหมาะสมสำหรับธุรกิจขนาดเล็กที่มีพนักงานระหว่าง 5-20 คน โดยปกติจะให้ความคุ้มครอง พนักงาน ที่ทำงานเต็มเวลาโดยมีอายุระหว่าง 15-59 ปี และอยู่ปฏิบัติงานในวันที่เริ่มการคุ้มครอง มีระดับอายุเฉลี่ยของกลุ่มไม่เกิน 40 ปี และกรมธรรม์จะมีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 ของเดือนถัดไปหลังจากชำระเบี้ยประกันภัยแล้ว การคุ้มครองที่สามารถเลือกได้คือ 1) พนักงานคนเดียว 2) พนักงานและคู่สมรส

ที่ขอด้วยกฎหมาย 3) พนักงานและบุตรที่อยู่ในอุปการะ และ 4) ครอบครัว ซึ่งให้ความคุ้มครองเฉพาะตัวพนักงาน คู่สมรสที่ถูกต้องตามกฎหมายและบุตรที่อยู่ในความอุปการะ

การประกันสุขภาพรายบุคคลซึ่งขายโดยบริษัทประกันวินาศภัย

ผลประโยชน์ของการประกันสุขภาพรายบุคคลที่ขายโดยบริษัทประกันวินาศภัยนี้คล้ายคลึงกับผลประโยชน์ในสัญญาแนบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตรายบุคคล การประกันสุขภาพประเภทนี้บางแบบจะรวมผลประโยชน์ การตรวจสุขภาพประจำปีฟรี และการประกันอุบัติเหตุกรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะและทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงไว้ด้วย บางบริษัทจะกำหนดจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดในแต่ละรายการต่อการเจ็บป่วยหนึ่งครั้ง หรือจำนวนเงินสูงสุดทั้งหมดแทนจำนวนวันสูงสุดต่อการเจ็บป่วยหนึ่งครั้ง นอกจากผลประโยชน์ในตัวกรมธรรม์หลักแล้วผู้เอาประกันภัยยังสามารถซื้อความคุ้มครองเพิ่มเติมได้ ดังนี้

- ความคุ้มครองเพิ่มเติมการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอก
- ความคุ้มครองเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายในส่วนสูตรกรม
- ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลในส่วนทันตกรรม

นอกจากความคุ้มครองเพิ่มเติมข้างต้นแล้ว บางบริษัทยังเสนอแบบประกันสุขภาพ ที่ให้ความคุ้มครองกรณีเจ็บป่วยสาหัส คือผู้เอาประกันภัยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มากกว่า 60 วัน โดยแบบประกันสุขภาพทั่วไปครอบคลุมไม่ถึง อย่างไรก็ตามเมื่อผู้เอาประกันภัยต้องการความคุ้มครองเพิ่มเติมจากแบบมาตรฐานก็จำเป็นต้องชำระเบี้ยประกันเพิ่มเติมด้วย

การประกันสุขภาพหมู่ซึ่งขายโดยบริษัทประกันวินาศภัย

การประกันสุขภาพหมู่ประเภทนี้มักขายควบคู่กับการประกันอุบัติเหตุ แต่มีบริษัทประกันวินาศภัยบางบริษัทขายประกันสุขภาพหมู่แยกต่างหากจากแบบการประกันอุบัติเหตุ โดยทั่วไปสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพหมู่นั้นจะเป็นสิทธิในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลดังนี้คือ

- **ค่าห้อง/ค่าอาหารและค่าบริการในการพยาบาลทั่วไป**

ผลประโยชน์ในหมวดนี้จะจ่ายจริงแต่ไม่เกินกว่าอัตราผลประโยชน์รายวันและจำนวนวันสูงสุดที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์ บางสัญญากำหนดว่าผู้เอาประกันภัยต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมงหรือ 12 ชั่วโมงขึ้นไป

- **ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ**

บริษัทจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ เท่าที่จ่ายจริงตลอดระยะเวลาที่ต้องพักรักษาตัวในฐานะผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง แต่ไม่เกินจำนวนสูงสุดที่แสดงไว้ในตารางผลประโยชน์

- **ค่าธรรมเนียมผ่าตัด**

นอกจากผลประโยชน์ตามที่กล่าวมาแล้ว หากมีการผ่าตัด บริษัทจะจ่ายค่าธรรมเนียมค่าผ่าตัดให้ตามค่าใช้จ่ายที่แท้จริง แต่ไม่เกินกว่าผลประโยชน์ค่าผ่าตัดสูงสุดที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์

- **ค่าเยี่ยมของแพทย์ในโรงพยาบาล**

บริษัทจะจ่ายค่าเยี่ยมของแพทย์ (แพทย์ที่ขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลป์) ในโรงพยาบาล โดยจ่ายตามจริงแต่ไม่เกินผลประโยชน์สำหรับค่าเยี่ยมแพทย์ที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์

นอกจากสิทธิประโยชน์ทั้ง 4 หมวดข้างต้นแล้ว บางสัญญาประกันสุขภาพหมั่วยังให้สิทธิอื่นๆ อีก เช่น ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุผู้ป่วยนอก ผลประโยชน์ค่ารักษาโดยแพทย์พิเศษผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ผลประโยชน์ค่าวินิจฉัยโรคโดยเอกซเรย์พิเศษ และผลประโยชน์สำหรับผู้ป่วยนอก บางแบบประกันสุขภาพอาจคุ้มครองบริการทางทันตกรรม ผดุงครรภ์และคลอดบุตร รวมทั้งการตรวจร่างกายประจำปีด้วย

การเข้าร่วมแผนประกันสุขภาพนี้อาจเป็นประเภทเฉพาะตัวพนักงานคนเดียว ประเภทที่รวมคู่สมรส ประเภทรวมทั้งครอบครัว และประเภทพนักงานกับบุตร ซึ่งราคาเบี้ยประกันภัยจะแตกต่างกันไปแล้วแต่สิทธิประโยชน์และความครอบคลุมที่ได้รับ

นอกจากรูปแบบของสัญญาประกันสุขภาพที่จำหน่ายในประเทศไทยทั้ง 5 รูปแบบแล้ว บางบริษัทที่ประกอบธุรกิจประกันสุขภาพโดยเฉพาะได้เสนอแบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมถึงการประกันอุบัติเหตุ ความคุ้มครองกรณีผู้ป่วยนอก และความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปพักฟื้นยังภูมิลำเนา และการเคลื่อนย้ายศพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังเพิ่มความคุ้มครองจากสัญญาเพิ่มเติมทางด้านสุติกรรม ซึ่งค่าใช้จ่ายจะครอบคลุมถึงการฝากครรภ์ การดูแลหลังคลอด ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าแพทย์ ค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ ของโรงพยาบาล ค่าอุปกรณ์ต่าง ๆ การคลอดปกติ การผ่าตัดคลอดโดยตั้งใจ และ การคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย การตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูก การผ่าคลอดฉุกเฉิน และการแท้งบุตร

สำหรับบริษัทประกันวินาศภัยบางบริษัทเสนอแบบประกันสุขภาพที่คุ้มครองโรคมะเร็งเป็นแพคเกจทั้งครอบครัว โดยสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับคือ ความคุ้มครองครอบคลุมถึงบุตรทุกคนที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด จนถึงอายุ 22 ปี จ่ายค่าทดแทนเต็มตามจำนวนเงินเอาประกันภัยเมื่อรู้ว่าเป็นโรคมะเร็ง และขยายความคุ้มครองเพิ่มสำหรับโรคมะเร็งผิวหนังในอัตราร้อยละ 20 ของทุนประกันภัย แบบประกันสุขภาพนี้ไม่ต้องตรวจสุขภาพ โดยมีการขายผ่านระบบธนาคาร นอกจากนี้บางบริษัทได้เสนอแบบที่มีการเพิ่มความคุ้มครองการรักษาพยาบาลขณะที่พำนักอยู่ในต่างประเทศ ค่าฟอกไต ค่ารักษาโรคมะเร็ง และการเปลี่ยนหรือปลูกถ่าย

อวัยวะ อันได้แก่ ไต หัวใจ ตับ ปอด และไขกระดูก โดยผู้ป่วยจะต้องมีค่าใช้จ่ายร่วมที่ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบเอง 750 บาทแรกต่อการรักษาพยาบาลของการบาดเจ็บหรือป่วยใช้แต่ละครั้ง

นอกจากนี้บริษัทประกันชีวิตบางบริษัทได้เสนอแบบประกันสุขภาพแบบทำกรมธรรม์ประกันชีวิตที่กำหนดค่าใช้จ่ายร่วมต่อครั้ง โดยผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองบางส่วนเมื่อเข้ารับการรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และมีการปรับผลประโยชน์ ค่าใช้จ่ายร่วม และเบี้ยประกันภัยให้สอดคล้องตามค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ปัจจุบันนี้บางบริษัทยังเสนอแบบประกันสุขภาพแบบเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งบางบริษัทยังเสนอแบบประกันสุขภาพแบบประกันภัยแผนรายได้ระหว่างการต้องอยู่ในโรงพยาบาล โดยจะทดแทนรายได้ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและขณะพักฟื้นหลังออกจากโรงพยาบาล รวมถึงค่ารักษาทางกายภาพบำบัด และค่าเดินทางไปพบแพทย์ (ดังตัวอย่างตารางที่ 5.1)

ตารางที่ 5.1 ตัวอย่างการแสดงสิทธิประโยชน์ในการประกันภัยแผนรายได้ระหว่างการต้องอยู่ในโรงพยาบาล

ผลประโยชน์	แผน 1	แผน 2
ทดแทนรายได้ขณะรักษาในโรงพยาบาล	1,000 บาท/วัน	2,000 บาท/วัน
ทดแทนรายได้ขณะพักฟื้น หลังออกจากโรงพยาบาล (สถานที่ใดก็ได้)	500 บาท/วัน	1,000 บาท/วัน
ค่ารักษาทางกายภาพบำบัด	10,000 บาท/กรณี	20,000 บาท/กรณี
ค่าเดินทางไปพบแพทย์ หลังออกจากโรงพยาบาล (สูงสุด 10 ครั้ง)	100 บาท/ครั้ง	200 บาท/ครั้ง

ข้อยกเว้นการคุ้มครองของการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ

โดยทั่วไปกรมธรรม์ประกันสุขภาพไม่ว่าจะขายในรูปแบบของสัญญาเพิ่มเติมแบบทำกรมธรรม์ประกันชีวิต หรือในรูปแบบของกรมธรรม์เดี่ยวที่ขายโดยบริษัทประกันวินาศภัยก็ตาม มักจะมีข้อยกเว้นทั่วไปของการคุ้มครอง โดยปกติกรมธรรม์จะไม่คุ้มครองความเสียหายอันเกิดจากหรือสืบเนื่องจาก

- การฆ่าตัวตายหรือทำร้ายร่างกายตัวเองโดยเจตนา หรือความพยายามกระทำเช่นนั้น หรือจงใจมีส่วนร่วมในการ ทะเลาะวิวาท
- ภัยจากสงครามไม่ว่าจะมีการประกาศหรือไม่ก็ตาม การรุกรานหรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การกบฏ การจลาจล การนัดหยุดงาน การปฏิวัติ การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล

- ภัยจากอาวุธนิวเคลียร์ การแผ่รังสี หรือกัมมันตรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากกากนิวเคลียร์ใดๆ อันเนื่องมาจากการไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ และจากกรรมวิธีใดๆ แห่งการแยกตัวของนิวเคลียร์ซึ่งดำเนินการติดต่อกันโดยตัวเอง
- ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือลงหรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์ และขณะขับหรือเป็นพนักงานประจำในอากาศยานใดๆ
- การตรวจรักษาทางการแพทย์ของผู้เอาประกันภัยหรือผู้ได้รับความคุ้มครองก่อนวันที่การประกันภัยจะมีผลบังคับใช้ การประกันสุขภาพนั้นจะไม่มีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัย หรือผู้ที่ได้รับความคุ้มครองนั้นได้รับการรักษาหายแล้ว
- การเข้ารับการตรวจสุขภาพไม่ว่าจะอยู่ในโรงพยาบาลหรือไม่ก็ตาม
- ขณะที่ผู้ได้รับความคุ้มครองปฏิบัติหน้าที่เป็นทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัครและเข้าปฏิบัติการในสงคราม หรือปราบปราม

นอกจากข้อยกเว้นทั่วไปดังกล่าวแล้ว กรมธรรม์ประกันสุขภาพยังมีข้อยกเว้นปลีกย่อยตามลักษณะของความ คุ้มครอง ที่มีอยู่ในแต่ละแบบของกรมธรรม์ เช่น กรมธรรม์ ที่ให้ความคุ้มครองการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลจะมีข้อยกเว้นในกรณีการรักษาพยาบาล หรือเข้าพักรักษาตัวซึ่งมิได้เกิดจากการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย เช่น การลดความอ้วน การทำหมัน การคลอดบุตร ศัลยกรรมความงาม หรือการพักรักษาตัว เพื่อพักผ่อน รวมทั้งการรักษาฟันหรือสายตา การรักษาโรคจิตเวช จราจร โรค การติดสิ่งเสพติด การแก้ไขความบกพร่องทางกรรมพันธุ์ของร่างกายที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิด เป็นต้น ส่วนกรมธรรม์ที่ให้ความคุ้มครองลักษณะอื่นๆ จะระบุข้อยกเว้นที่แตกต่างกัน

ข้อยกเว้นบางกรณีของแบบประกันสุขภาพบางแบบสามารถซื้อกลับได้ โดยผู้เอาประกันภัยต้องชำระเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติม เช่น การตรวจสุขภาพ ความคุ้มครองการผดุงครรภ์ และคลอดบุตรซึ่งจะมีเงื่อนไขกำหนดว่ากรมธรรม์จะไม่คุ้มครอง ถ้าการคลอดบุตรนั้นเกิดขึ้นภายใน 9 เดือน นับจากวันที่กรมธรรม์มีผลบังคับใช้

การพิจารณารับประกันสุขภาพภาคสมัครใจ

ในการพิจารณารับประกันสุขภาพนั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายด้านประกอบกันเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจว่าจะรับประกันภัยหรือไม่ และถ้ารับประกันภัยจะรับภายใต้เงื่อนไขใด รวมทั้งเบี้ยประกันภัยจะเป็นเท่าไร เราอาจแบ่งปัจจัยที่ใช้ในการพิจารณารับประกันสุขภาพเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

- ภาวะทางศีลธรรม (moral hazard)
- ภาวะทางกายภาพ (physical hazard)

ภาวะทางศีลธรรม

ภาวะทางศีลธรรมนี้เป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากความตั้งใจของผู้ขอเอาประกันภัยในการปกปิดข้อความจริง หรือให้ข้อมูลอันเป็นเท็จซึ่งเป็นสาระสำคัญในการรับประกันสุขภาพ หรือผู้ขอเอาประกันภัยจงใจก่อให้เกิดความเสียหาย ไม่ว่าจะก่อขึ้นเองหรือมีส่วนร่วมในความเสียหายนั้น ในกรณีดังกล่าวนี้ย่อมทำให้ผู้รับประกันภัยตัดสินใจในการรับประกันภัยผิดพลาดและต้องรับภาระความเสี่ยงภัยสูงขึ้นด้วย เช่น กรณีที่ผู้ขอเอาประกันสุขภาพอาจปกปิดประวัติการเจ็บป่วยของตนเองด้วยความเฉอเรอ รู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือด้วยความตั้งใจ ในกรณีเช่นนี้การพิจารณารับประกันภัยจะเกิดความผิดพลาดขึ้นได้ ดังนั้นในการแถลงข้อเท็จจริงในเรื่องสุขภาพนั้นผู้ขอเอาประกันภัยต้องแสดงข้อเท็จจริงที่ตนเองทราบให้ครบถ้วน หรือในกรณีที่ผู้เอาประกันสุขภาพทำร้ายตัวเองเพื่อหวังในสินไหมทดแทนค่าชดเชยรายได้ เป็นต้น

การพิจารณาประวัติ ความประพฤติ และลักษณะการประกอบอาชีพ จะมีส่วนช่วยในการพิจารณารับประกันภัยได้ดียิ่งขึ้น

ภาวะทางกายภาพ

นอกจากภาวะทางศีลธรรมที่ต้องพิจารณาแล้ว ภาวะทางกายภาพก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ต้องใช้ในการพิจารณารับประกันภัย ภาวะทางกายภาพเป็นข้อมูลเกี่ยวกับผู้ขอเอาประกันภัยซึ่งทำให้เกิดการเรียกร้องสินไหมทดแทนที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยและบาดเจ็บแตกต่างกัน ได้แก่ อายุ เพศ สุขภาพ และอาชีพ

- **อายุ** เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าอายุมีส่วนสัมพันธ์กับอัตราการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ อายุที่มากขึ้นโอกาสที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพย่อมมากขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้เพราะร่างกายเสื่อมถอยลง เมื่อเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บย่อมต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาตัวนานกว่าตอนยังหนุ่มสาว แต่อย่างไรก็ตามในช่วงวัยหนุ่มสาวแม้ว่าปัญหาการเจ็บป่วยจะมีน้อยแต่ความบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุก็มีสูง ในการพิจารณารับประกันสุขภาพนั้นจะแบ่งช่วงของอายุออกเป็น 3 ช่วงคือ

ช่วงอายุ 18-39 ปี ในช่วงอายุนี้นี้เป็นช่วงวัยหนุ่มสาว โอกาสเกิดการเจ็บป่วยมีน้อย แต่ในช่วงอายุ 15-20 ปีนั้นเป็นช่วงที่มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุสูงทั้งนี้เพราะเป็นช่วงที่มีความรับผิดชอบค่อนข้างน้อย โดยปกติบริษัทประกันภัยจะกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองไว้ให้ในระดับที่ต่ำ

ช่วงอายุ 40-65 ปี ในช่วงอายุนี้นี้จะมีความรับผิดชอบสูงขึ้น มีความระมัดระวังตัวมากขึ้น แต่ก็ยังเป็นช่วงที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยลงและมีปัญหาสุขภาพตามมา การพิจารณารับประกันภัยนั้นต้องพิจารณาเป็นพิเศษสำหรับผู้ขอเอาประกันสุขภาพเป็นครั้งแรก ต้องค้นหาเหตุผลของการเริ่มทำประกันสุขภาพ ทั้งอาจเป็นเพราะเขามีปัญหาสุขภาพมาก่อนหรือได้รับการปฏิเสธการขอเอาประกันภัยมาแล้ว

ช่วงอายุ 66 ปีขึ้นไป ในช่วงวัยนี้เป็นช่วงวัยเกษียณอายุ ร่างกายเสื่อมถอยลงมาก มีปัญหาสุขภาพมากขึ้นตามวัยที่สูงขึ้น การพิจารณารับประกันสุขภาพต้องมีความรอบคอบสูงมาก

โดยปกติการรับประกันสุขภาพจะจำกัดอายุของผู้ขอเอาประกันสุขภาพ ไว้ที่อายุ 18-60 ปี สำหรับอายุนอกช่วงนี้ บริษัทอาจกำหนดเงื่อนไขช้อยกเว้นบางประการ หรือจำกัดจำนวนเงินเอาประกันภัยหรือกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยที่สูงไว้ก็ได้

- **เพศ** โดยสภาพร่างกาย ความแข็งแรงของผู้หญิงนั้นด้อยกว่าผู้ชายโดยกำเนิด อัตราการเจ็บป่วยของผู้หญิงย่อมสูงกว่าชาย และใช้เวลาในการฟื้นตัวจากความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บมากกว่าผู้ชาย อีกทั้งผู้หญิงเป็นเพศที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพร่างกายมากกว่าชาย ดังนั้นอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ในจะสูงกว่า ดังนั้นการพิจารณารับประกันสุขภาพต้องพิจารณาปัจจัยนี้ร่วมด้วย
- **สุขภาพ** สุขภาพของผู้ขอเอาประกันสุขภาพนั้นเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญยิ่งในการพิจารณารับประกันสุขภาพ รายละเอียดที่ต้องพิจารณาได้แก่ ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพ และการรักษาพยาบาลตลอดจนสภาพร่างกายของผู้ขอเอาประกันสุขภาพ ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยรุนแรงย่อมมีโอกาสน้อยที่จะเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงในอนาคต นอกจากนี้ผู้ที่มีอาการผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจอาจก่อให้เกิดแนวโน้มและความเป็นไปได้สูงในการเกิดอุบัติเหตุ เช่น เป็นโรคลมบ้าหมู นอกจากประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันสุขภาพแล้ว ในการพิจารณารับประกันภัยนั้นต้องพิจารณาประวัติสุขภาพของบิดา มารดาและพี่น้องร่วมด้วย ทั้งนี้เพราะมีโรคหลายโรคที่สืบทอดทางกรรมพันธุ์ เช่น โรคเบาหวาน
- **อาชีพ** อาชีพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ การพิจารณารับประกันสุขภาพนั้นต้องพิจารณารายละเอียดของการทำงานของผู้ออกประกันสุขภาพ เช่น ประเภทของการทำงาน ทำในสำนักงาน ทำงานนอกสถานที่ หรือทำกลางแจ้ง ต้องเดินทางเป็นประจำหรือไม่ ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องจักรเป็นอันตรายหรือไม่ ทั้งนี้เพราะผู้ที่ทำงานในสำนักงานย่อมมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บน้อยกว่าผู้ที่ทำงานกลางแจ้ง ผู้ที่ต้องเดินทางเป็นประจำย่อมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากกว่า ดังนั้นในการพิจารณารับประกันสุขภาพนั้นจะพิจารณาตามระดับชั้นของอาชีพ

นอกเหนือปัจจัยหลักทั้ง 4 ประการที่ใช้ในการพิจารณารับประกันสุขภาพแล้ว ผู้รับประกันภัยควรพิจารณาถึงปัจจัยอื่นที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุสูงหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น

- งานอดิเรกของผู้ออกประกันภัย ทั้งนี้เพราะมีงานอดิเรกบางอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูง อาทิ การขี่ม้า แข่งรถ โต้เขา การดำน้ำ เป็นต้น
- พฤติกรรมการดื่มสารแอลกอฮอล์ การใช้สารกระตุ้นประสาทและสารเสพติด

- ประวัติในการขับถ่ายพยาธิ
- การเข้าร่วมกิจกรรมที่มีความเสี่ยง เช่น การเป็นทหาร อาสาสมัครป้องกันภัย

ข้อมูลดังกล่าวที่ใช้ในการพิจารณารับประกันภัยส่วนมากนั้นจะมาจากใบคำขอเอาประกันภัย ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยต้องกรอกข้อมูลให้ไว้เป็นหลักฐาน ข้อมูลนอกเหนือจากที่ระบุในใบคำขอจะได้มาจากการตรวจร่างกายโดยแพทย์

ปัจจัยในการกำหนดอัตราเบี้ยประกันสุขภาพ

หลักการกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยโดยทั่วไปต้องคำนึงถึงว่า 1. เบี้ยประกันภัยที่กำหนดนั้นเพียงพอในการชดเชยค่าสินไหมทดแทนที่อาจเกิดขึ้นหรือไม่ 2. เบี้ยประกันภัยนั้นมีความยุติธรรมกับทุกฝ่ายหรือไม่ และ 3. อัตราเบี้ยประกันภัยนั้นบุคคลทั่วไปสามารถหาซื้อได้หรือไม่ นอกเหนือจากหลักการทั้ง 3 ประการแล้ว ผู้รับประกันภัยยังต้องพิจารณาถึงการแข่งขันทางการตลาดและข้อกำหนดของรัฐบาลในการกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยที่ขายแก่ผู้บริโภค

ปัจจัยในการคำนวณอัตราเบี้ยประกันสุขภาพมีปัจจัยหลักดังนี้

- อัตราการเจ็บป่วย (morbidity rate) อัตราการเจ็บป่วยที่ใช้ในการคำนวณนี้ควรเป็นอัตราเจ็บป่วยของผู้เอาประกันสุขภาพที่เก็บรวบรวมจากประสบการณ์ของบริษัทประกันภัยทุกแห่งที่ขายสัญญาประกันภัยนี้ ทั้งนี้เพราะกระบวนการพิจารณารับประกันภัยนั้นจะส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยของประชากรกลุ่มนี้แตกต่างจากประชากรทั้งประเทศ อัตราเจ็บป่วยต้องพิจารณาจำแนกตามเพศ อายุและ กลุ่มอาชีพ ด้วย ทั้งนี้เพราะ ปัจจัยดังกล่าวนี้มีผลทำให้อัตราการเจ็บป่วยแตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุย่อมมีอัตราการเจ็บป่วยมากกว่าวัยรุ่น ผู้หญิงมักจะสนใจเรื่องสุขภาพมากกว่าชาย ผู้ที่ประกอบอาชีพที่ต้องเดินทางอยู่เสมอ เช่น พนักงานขาย ย่อมมีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและเจ็บป่วยมากกว่าผู้ที่ทำงานในสำนักงาน
- ค่าใช้จ่าย (expense) ค่าใช้จ่ายในที่นี้รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ค่านายหน้า ค่าใช้จ่ายในการพิจารณารับประกันภัย ค่าใช้จ่ายในการออกกรมธรรม์ ค่าตรวจสอบและค่ารักษาพยาบาล
- อัตราการคงอยู่ของกรมธรรม์ (persistency rate) อัตราการคงอยู่ของกรมธรรม์มีผลต่อเบี้ยประกันสุขภาพเฉพาะแบบที่เป็นสัญญาแบบทำกรมธรรม์ประกันชีวิต ทั้งนี้เพราะค่าใช้จ่ายในการออกกรมธรรม์จะสูงในปีแรกและลดต่ำลงในปีถัดๆ มา โดยทั่วไปอัตราความคงอยู่ของกรมธรรม์จะมีส่วนสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย คือ ถ้าผู้เอาประกันภัยมีการเจ็บป่วยบ่อยในรอบปีกรมธรรม์ที่ผ่านมาก็มักจะต่ออายุสัญญาประกันสุขภาพ เพราะเห็นประโยชน์ของการประกันภัยนั้นอย่างชัดเจน ในทำนองกลับกัน หากในรอบปีกรมธรรม์ที่ผ่านมาผู้เอาประกันภัยไม่เคยเรียกร้องสินไหม

ทดแทนจากการประกันสุขภาพเลย ผู้เอาประกันภัยก็มักจะไม่เห็นคุณค่าของการประกันสุขภาพ ดังนั้นเขาอาจจะไม่ต่ออายุสัญญาในปีถัดไป

- อัตราดอกเบี้ย (interest rate) เบี้ยประกันภัยจะถูกเรียกเก็บตอนต้นปีกรมธรรม์ ผู้รับประกันภัยสามารถนำเงินดังกล่าวไปลงทุนเพื่อให้ได้ผลประโยชน์ตอบแทน ดังนั้นอัตราดอกเบี้ยจึงต้องนำมาพิจารณาในการคำนวณเบี้ยประกันภัยด้วย ปัจจัยนี้ส่งผลอย่างมากต่อการคำนวณเบี้ยประกันภัยแบบคงที่รายปีของสัญญาระยะยาว
- เงินสำรองเพื่อเหตุฉุกเฉิน (contingency margins) เหตุฉุกเฉินที่เกิดจากความไม่แน่นอนอาจเกิดขึ้นจาก 1. อัตราการรักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อคนต่อปีสูงกว่าสมมติฐานที่ตั้งไว้ 2. ค่าใช้จ่ายสูงกว่าที่ตั้งสมมติฐานไว้ 3. อัตราการคงอยู่ของกรมธรรม์ต่ำกว่าที่ตั้งไว้ 4. อัตราดอกเบี้ยที่คาดว่าจะลงทุนได้ต่ำกว่าที่คาดไว้ ดังนั้นผู้รับประกันภัยจำเป็นต้องตั้งเงินสำรองฉุกเฉินเพื่อการนี้ไว้

การเรียกร้องสินไหมทดแทน

เมื่อผู้เอาประกันภัยหรือผู้ได้รับความคุ้มครองได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษา ต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ ดังนี้

- เมื่อเกิดความเสียหายขึ้น ให้แจ้งบริษัทประกันภัยทราบภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยปกติจะเป็น 30 วัน นับแต่วันที่เกิดความเสียหาย
- กรอกรายละเอียดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บในใบเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลตามที่ได้รับจากบริษัทประกันภัย โดยส่วนมากบริษัทมักจะให้ผู้ได้รับความคุ้มครองมอบฉันทะและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลแก่สถานพยาบาลหรือแพทย์ผู้ตรวจรักษาในการให้รายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ได้รับความคุ้มครอง
- ขอใบรับรองแพทย์ (ตามรูปแบบของบริษัท) จากสถานพยาบาล
- นำเอกสารหลักฐานการรักษาตัวส่งให้แก่บริษัท ภายในระยะเวลาที่กำหนดในกรมธรรม์ เพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน โดยเอกสารที่ต้องนำส่งได้แก่
 - ใบเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล และใบมอบฉันทะ
 - ใบรับรองแพทย์
 - ใบเสร็จรับเงินของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ฉบับจริง
 - ใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลฉบับจริง

จากขั้นตอนการเรียกร้องสินไหมทดแทนดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าผู้ได้รับความคุ้มครองนั้นต้องชำระเงินค่ารักษาพยาบาลไปก่อนล่วงหน้าแล้วนำเอกสารหลักฐานทั้งหมดไปเรียกร้องเงินค่าสินไหมทดแทนตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ในภายหลัง การปฏิบัติเช่นนี้อาจก่อให้เกิดความเดือนร้อนและไม่สะดวกแก่ผู้ได้รับความคุ้มครอง ดังนั้นบริษัทประกันภัยจึงได้สร้างระบบ

เครือข่ายโรงพยาบาลขึ้น หากผู้ได้รับความคุ้มครองเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เครือข่ายแล้ว ทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้ติดต่อกับบริษัทประกันภัยโดยตรงเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแทนผู้ป่วย ในกรณีที่ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนั้นสูงกว่าวงเงินจำกัดในกรมธรรม์ โรงพยาบาลจะเรียกเก็บจากผู้ป่วยโดยตรง การปฏิบัติเช่นนี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกมากขึ้นทั้งไม่ต้องจ่ายเงินไปก่อนล่วงหน้า

คำศัพท์ (Key Words)

1. การประกันสุขภาพภาคบังคับ (compulsory health insurance)
2. การประกันสุขภาพภาคสมัครใจ (voluntary health insurance)
3. ภาวะทางศีลธรรม (moral hazard)
4. ภาวะทางกายภาพ (physical hazard)
5. อัตราการเจ็บป่วย (morbidity rate)
6. อัตราการคงอยู่ของกรมธรรม์ (persistency rate)
7. เงินสำรองเพื่อเหตุฉุกเฉิน (contingency margins)