

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การประกันชีวิต เป็นการสร้างความมั่นคงให้แก่ผู้ทำประกันชีวิต (ผู้ทำประกันชีวิตกับผู้อู่ประกันชีวิตมีความหมายเดียวกัน) หรือผู้รับประโยชน์ มนุษย์ทุกคนจะดำรงชีวิตอยู่ได้ หรือจะให้คนในครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ได้นั้นจะต้องมีรายได้เพียงพอ สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการอุปโภคบริโภค ตลอดจนค่าใช้จ่ายจำเป็นอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการศึกษาของบุตร ค่าใช้จ่ายในยามเจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือยามชรา แต่เนื่องจากชีวิตของคนจะดำรงอยู่ได้ ถึงแม้ใดเป็นเรื่องที่ไม่แน่นอน แม้กระทั่งความสามารถในการหารายได้ก็เช่นกัน ก็มีอุปสรรคที่สำคัญ 5 ประการ คือ 1) การออกจากงานกะทันหัน ถ้าหากไม่มีเงินออมไว้ก็ย่อมจะเดือดร้อนในช่วงที่ยังหาเงินไม่ได้ 2) การมีอายุมากขึ้นเมื่อพ้นวัยทำงาน หากแต่การใช้เงินยังคงต้องมีตราบเท่าที่ยังมีชีวิตอยู่ 3) การเสี่ยงต่อการเป็นคนทุพพลภาพหรือพิการซึ่งจะทำให้ไม่สามารถทำงานได้ 4) การเสี่ยงต่อความตายซึ่งไม่มีใครสามารถบอกได้ว่าจะเสียชีวิตเมื่อใดหากครอบครัวใด สูญเสียหัวหน้าครอบครัวไป จะทำให้ขาดรายได้ที่จะมาจุนเจือครอบครัว 5) การป่วยด้วยโรคร้าย นอกจากผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แล้ว ยังเป็นภาระอย่างยิ่งในด้านของค่ารักษาพยาบาล ด้วยโรคร้ายนั้นต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง และใช้ระยะเวลาในการรักษาที่นาน กว่าผู้ป่วยด้วยโรคปกติทั่วไปการบรรเทาความเดือดร้อนที่เกิดจากการไม่สามารถหารายได้ วิธีหนึ่งคือการทำประกันชีวิต แต่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่เห็นประโยชน์ของการประกันชีวิต คิดว่าการทำประกันชีวิตเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น และคิดว่าประโยชน์จากการทำประกันชีวิตนั้นไม่คุ้มกับเบี้ย (บริษัทเมืองไทยประกันชีวิต จำกัด, 2548 : 5)

ประกันชีวิตที่ต้องจ่ายให้กับบริษัทประกันชีวิตมนุษย์ทุกวันนี้ ต้องเผชิญกับอันตราย มากขึ้นกว่าแต่ก่อน อันตรายที่มนุษย์เผชิญอยู่นั้นมีทั้งที่เป็นอุบัติเหตุต่าง ๆ และโรคร้าย เห็นได้จากการที่วงการแพทย์ได้ค้นพบโรคใหม่ๆ อยู่เสมอและจากผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) (ไกรลาส วิศิษฐ์พล, 2547 : 15) ว่าได้ทำการสำรวจ ช่วงอายุเฉลี่ยของคนที่มีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข (Healthy life expectancy) ในประเทศสมาชิกทั้ง 191 ประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2547 พบว่าญี่ปุ่นได้รับการจัดอันดับให้อยู่ในอันดับ 1 และเป็นเวลา 25 ปี ติดต่อกันแล้วที่ญี่ปุ่นได้รับการจัดอันดับให้อยู่ในอันดับ 1 ของประเทศที่มีประชากรอายุยืนยาวที่สุด และมีช่วงชีวิตที่มสุขภาพดี ปลอดภัยจากโรคร้ายไข้เจ็บมากกว่าคนในประเทศอื่น ๆ คือจะมีช่วงชีวิตที่

มีสุขภาพดี ทำงานได้สะดวก และเดินทางได้คล่องแคล่วถึง 74.5% ซึ่งนานกว่าคนที่เกิดในประเทศอื่น ๆ เหตุผลที่เป็นเช่นนั้น เพราะคนญี่ปุ่นมีอัตราการเป็นโรคหัวใจต่ำ รายงานระบุว่าคนญี่ปุ่นรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ รับประทานเนื้อปลามาก และบริโภคอาหารขยะ น้อยกว่าคนในประเทศตะวันตก ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้ชื่อว่าเป็นผู้นำเศรษฐกิจของโลก ได้รับการจัดอันดับของประชาชนอยู่ในอันดับที่ 24 มีช่วงชีวิตที่มีสุขภาพดี 70 ปี แพทย์จากองค์การอนามัยโลก กล่าวว่าสาเหตุน่าจะจะเป็นเพราะความไม่เท่าเทียมกันในสังคมอเมริกา คนบางกลุ่มด้วยโอกาสดีกว่ากลุ่มอื่น เช่น กลุ่มคนพื้นเมือง กลุ่มเชื้อสายแอฟริกา หรือคนยากจน คนพวกนี้มีช่วงชีวิตที่มีสุขภาพดีสั้น คล้ายกับคนที่อาศัยอยู่ในส่วนที่ด้อยที่สุดในประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้คนอเมริกายังมีอัตราการเป็นโรคหัวใจและโรคมะเร็งสูง โดยเฉพาะมะเร็งปอด ในเอเชีย ประเทศจีนที่มีประชากร 1,580 ล้านคน หรือประมาณ 23% ของประชากรโลก ประชากรมี สุขภาพดีถึงอายุ 62.3 ปี อยู่ในระดับที่น่าพอใจเมื่อคำนึงถึงปริมาณประชากรและรายได้ ในประเทศไทยนั้น อัตราการมีช่วงอายุที่มีสุขภาพดี อยู่ที่ 60.2 ปี อัตราช่วงอายุสุขภาพดีดังกล่าวสำหรับคนไทย ถือว่าน้อยมาก เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรแล้ว จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า การพัฒนาด้านสาธารณสุขของไทย ยังต้องพัฒนาอีกมาก โดยเฉพาะในด้านของการให้ความรู้ความเข้าใจในด้านการบริโภคแก่ประชาชน การทำความเข้าใจ และให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องของการรักษาสุขภาพ ในทุกๆ ด้านแก่ประชาชนการมีภาวะสุขภาพดีนั้น เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน และเป็นสิ่งที่ทุกคนในสังคมปรารถนา แต่ด้วยปัจจุบันโลกได้เปลี่ยนแปลงไปในทุก ๆ ด้านชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนก็เปลี่ยนแปลงไป อยู่ในภาวะเร่งรีบ การจำกัดในเรื่องของเวลา การเดินทาง ค่าครองชีพต่าง ๆ ที่สูงขึ้นทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องช่วยกันหารายได้มากขึ้น จากอดีตสามีเป็นผู้หารายได้เพียงคนเดียวภรรยาอยู่แต่บ้าน แต่ปัจจุบันภรรยาก็ต้องทำงานนอกบ้าน เพื่อสร้างรายได้ของครอบครัวให้เพิ่มขึ้น การให้ความเอาใจใส่ในด้านคุณค่าของอาหารที่บริโภคเริ่มน้อยลง ส่วนใหญ่จะเลือกรับประทานอาหารที่รวดเร็ว สะดวก ประหยัดเวลา ทำให้เกิดปัญหา ด้านสุขภาพตามมา

ชีวิตที่ปราศจากสุขภาพอนามัยที่ดีนับเป็นชีวิตที่ไม่สมบูรณ์ หรือเป็นสภาวะที่อยู่กึ่งกลางระหว่างการมีชีวิตที่แท้จริงกับความตาย จากความหมายของสุขภาพดี ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ หมายถึงสภาวะการมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมีใช้เพียงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น แต่การมีสุขภาพที่ดียังส่งเสริมให้บุคคลนั้น ดำรงชีวิตอย่างเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมด้วย โดยปกติดัชนีที่ใช้วัดสุขภาพตามหลักสากล พิจารณาจากอัตราการเกิด อัตราการตาย อัตราการเพิ่มประชากร อัตราการอยู่รอดของทารกแรกเกิด อัตราการเจ็บป่วย รวมไปถึงอัตราการระบาดของโรคเป็นต้น ดังจะเห็นได้จากการข้อมูลของสำนักพัฒนา

วิชาการสาธารณสุข (วสันต์ พันรบ, 2547 : 4) ได้ชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงด้านการเสียชีวิตด้วยโรคร้ายของไทย นับวันมีอัตราที่เพิ่มขึ้น อ้างถึง น.พ.ลือชา วรรัตน์ หัวหน้าสำนักพัฒนาวิชาการสาธารณสุข เปิดเผยจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคต่าง ๆ ต่อประชากรแสนคนช่วงปี พ.ศ.2541 - 2547 พบว่าคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจเป็นอันดับ 1 และโรคมะเร็งเป็นอันดับ 3 ประมาณ 48,000 คนต่อปี โรคร้ายดังกล่าวนี้มีแต่จะเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดในสมอง ฯลฯ ซึ่งโรคร้ายแรงนี้ เป็นสาเหตุหลักที่คร่าชีวิตคนทั่วโลกรวมทั้งคนไทยในแต่ละปีมากกว่า 8 – 10 ล้านคน ที่สำคัญโรคเหล่านี้ เมื่อนอกจากจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้วยังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก เช่น โรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่ใกล้ตัวมนุษย์เรามาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการใช้ชีวิตของคนเมืองในปัจจุบันต้องซื้อหาอาหารจาก นอกบ้าน ในอาหารที่บริโภคเข้าไปในแต่ละวันจึงมักจะมีสารปนเปื้อนหรือสารตกค้างจากกระบวนการผลิต เช่น สารเคมีเร่งเนื้อแดงในหมู สารอนาบอลิกสเตียรอยด์ เพื่อเร่งการเจริญเติบโตของไก่ สารฟอร์มาลินเพื่อรักษาสภาพความสดของปลา ยาปราบศัตรูพืช หรือสารตกค้างในพืชผักผลไม้ ฯลฯ เมื่อนุญธ์บริโภคพืชและสัตว์ที่มีสารเคมีต่างๆ สะสมหรือตกค้างอยู่ย่อมส่งผลต่อสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ตัวอย่างเช่น สารอนาบอลิกสเตียรอยด์ ที่ใช้กับไก่ ทำให้ฮอร์โมนทางเพศในเด็กผิดไปจากธรรมชาติ ทำให้เด็กผู้หญิงมีประจำเดือนเร็วกว่าปกติ แถมยังเข้าไปสะสมในร่างกาย และมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งในมดลูกอีกด้วย ซึ่งจากการสำรวจข้อมูล สาเหตุการตายสูงสุด 5 อันดับแรก ต่อประชากร 1 แสนคน ของคนไทย ในปี 2541 – 2547 พบว่าในช่วงเวลาดังกล่าว สาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งมาจากการเสียชีวิตด้วยสาเหตุของโรคหัวใจ รองลงมาคือโรคมะเร็ง และ โรคความดันเลือดสูง ตามลำดับ แต่หลังจากปี 2545 - 2547 จากการสำรวจพบว่า สาเหตุการตายด้วยโรคหัวใจลดลงกล่าวคือในปี 2545 สาเหตุการตายด้วยโรคหัวใจต่อประชากร 100,000 คน มีอัตราอยู่ที่ 69 คน ในปี 2546 ลดลงเหลือ 62 คน และในปี 2547 มีอัตราลดลงอีกเหลือ 60 คนต่อประชากร 1 แสนคน แต่ประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งกลับมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ในปี 2541 มีอัตราเสียชีวิต 41 คนต่อประชากร 1 แสนคน ปี 2544 มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 48 คน ปี 2547 เพิ่มขึ้นเป็น 56 คนต่อประชากร 1 แสนคน (สมคิด แก้วสนธิ,2524) (ดังตาราง 1.1)

ตาราง 1.1 สาเหตุการตาย 5 อันดับแรกและอัตรา(ต่อประชากร 1 แสนคน) พ.ศ.2541 – 2547

สาเหตุ	2541		2542		2543		2544		2545		2546		2547	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
โรคหัวใจ	31,003	54.7	32,131	56	33,989	58.5	36,680	62.5	41,053	69.2	39,991	60.4	39,589	60.1
อุบัติเหตุและการเป็นพิษ	25,852	45.6	27,811	48.5	30,599	52.7	36,155	61.5	36,435	61.5	37,054	62	30,032	49.7
โรคมะเร็งทุกชนิด	23,332	41.2	24,961	43.5	26,132	45	28,741	48.9	30,195	50.9	31,172	56.5	31,478	56.8
ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง	9,035	15.9	9,709	16.9	9,496	16.4	9,231	15.7	9,548	16.1	9,350	15.6	6,497	13.5
การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตาย และอื่น ๆ	8,386	14.8	8,732	15.2	8,553	14.7	6,498	11.1	7,860	13.3	8,244	13.8	7,631	12.6

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2547)

จากการสำรวจของสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข (2547) จะเห็นว่า โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่อัตราการเกิดโรคมะเร็งขึ้นอยู่กับอายุ ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของยีน ที่เกิดขึ้นต่อเซลล์ต่าง ๆ มีมากขึ้นตามอายุขัย จากการเก็บสถิติของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยทำการเก็บสถิติร่วมกับสำนักทะเบียนโรคมะเร็ง พบว่าโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นกับผู้ชายมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับ และมะเร็งโพรงหลังจมูก ส่วนมะเร็งที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงมากที่สุด ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งกระเพาะอาหาร นอกจากมะเร็งที่เกิดขึ้นในผู้ชายและผู้หญิงแล้ว ก็ยังมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นกับเด็ก ได้เช่นกัน แต่มีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้นน้อยมาก ในเด็ก 600 คนมีโอกาสดังกล่าวจะเกิดโรคมะเร็งประมาณ 1 คน ชนิดของมะเร็งที่พบในเด็กก็ต่างจากที่พบในผู้ใหญ่ ที่พบมากที่สุดได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว ตามด้วยเนื้องอกในสมองและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง แต่เด็กที่มะเร็งในเด็กตอบสนองต่อการบำบัดรักษาดีกว่าผู้ใหญ่ และมีโอกาสหายประมาณ 70% เมื่อทำการสำรวจถึงการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งตามลำดับตำแหน่งของมะเร็ง ในปี 2545 – 2547 พบว่า การเสียชีวิตเนื่องจากมะเร็ง 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ เป็นสาเหตุการตายอันดับแรก จากปี 2545 มีอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับ 10 คน ต่อประชากร 1 แสนคน ในปี 2546 มีอัตรา 9 คน ในปี 2547 มีอัตรา 9 คนต่อประชากร 1 แสนคน ซึ่งรองลงมาคือ มะเร็งปอด จากสถิติในปี 2545 มีอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งปอด 4 คน ต่อประชากร 1 แสนคน ปี 2547 มีอัตราการเสียชีวิตที่ 4 คน และจากสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นอันดับ ที่ 3 คือในปี 2545 มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 1 คน ปี 2547 มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 2 คน (ดังตาราง 1.2)

ตาราง 1.2 ลำดับการตายด้วยโรคมะเร็ง และอัตรา (ต่อประชากร 1 แสนคน) พ.ศ.2545 – 2547

ตำแหน่งของมะเร็ง	ลำดับ	2545		ลำดับ	2546		ลำดับ	2547	
	ที่	จำนวน	อัตรา	ที่	จำนวน	อัตรา	ที่	จำนวน	อัตรา
ตับและท่อน้ำดีในตับ	1	6,004	10.1	1	5,455	9.1	1	5,782	9.6
หลอดคอ หลอดลมและปอด	2	2,722	4.7	2	2,961	5	2	2,976	4.9
ลำไส้ใหญ่ เรคตัม และทวารหนัก	3	952	1.6	3	1,822	3	3	1,380	2.2
ลูคีเมีย	4	814	1.4	4	928	1.6	4	892	1.5
ผนังมดลูกและมดลูกที่ มิได้ระบุ	5	553	0.9	10	353	0.6	9	276	0.5
เต้านม	6	478	0.8	7	550	0.9	6	503	0.8
ปาก ช่องปาก และคอหอย	7	477	0.8	6	673	1.1	7	423	0.7
หลอดอาหาร	10	216	0.4	-	-	-	-	-	-
กระเพาะอาหาร	8	470	0.8	8	401	0.7	10	254	0.4
คอมดลูก	-	-	-	9	329	0.7	8	324	0.5
เยื่อหุ้มสมอง, สมอง, ไชสัน หลัง, ประสาทสมองและ ระบบประสาทส่วนกลางอื่น ๆ	9	412	0.7	5	699	1.2	5	552	0.9
ตำแหน่งอื่น ๆ	-	17,047	28.7	-	17,264	28.9	-	13,216	21.9
รวมทั้งหมด	-	30,195	50.9	-	31,172	56.5	-	31,478	56.8

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2547)

ตราบไคที่มนุษย์ยังไม่สามารถเอาชนะภัยอันตรายจากโรคร้ายเหล่านี้ได้ มนุษย์ย่อมมีความหวาดกลัวเพราะไม่รู้ว่าจะโรคนั้นจะเกิดขึ้นกับตนหรือครอบครัวเมื่อใด ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นที่จะต้องเตรียมตัวไว้ก่อนที่โรคร้ายจะมาถึง เพราะโรคร้ายนั้นเมื่อป่วยแล้ว นอกจากผู้ป่วยจะทรมาณอย่างมากจากอาการเจ็บป่วย แต่สิ่งที่ตามมา นั่นก็คือ ค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากการรักษาในแต่ละโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคร้ายแรง ไม่ว่าจะเป็นโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคสมอง ฯลฯ ซึ่งต้องใช้ค่ารักษาพยาบาลที่สูง เพราะฉะนั้นการทำประกันภัยโรคร้ายแรงจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้

ด้วยเหตุนี้จึงสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมผู้บริโภคต่อการซื้อรูปแบบประกันภัยโรคร้ายแรงว่าถ้าหากผู้บริโภคหนึ่งคนจะซื้อประกันภัยโรคร้ายแรง อะไรบ้างที่เป็นเหตุจูงใจให้ตัดสินใจซื้อ และปัญหาที่ผู้บริโภคได้รับจากการซื้อประกันภัยโรคร้ายแรงมีอะไรบ้าง โดยจะทำการศึกษาจากลูกค้าที่ทำประกันภัยโรคร้ายแรงของ บริษัทเมืองไทยประกันชีวิต บริษัท AIA และบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด ในเขตจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 300 คน ซึ่งผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรในระบบธุรกิจประกันชีวิตให้สามารถเข้าถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้บริโภคในการเสนอขายประกันภัยโรคร้ายแรงได้ และบริษัทประกันชีวิตต่างๆ สามารถนำปัญหาที่ผู้บริโภคได้รับไปปรับปรุงแก้ไขรูปแบบของแบบประกันภัยโรคร้ายแรงต่อไปได้

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1) เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ซื้อประกัน โรคร้ายแรง
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อประกัน โรคร้ายแรงของผู้ซื้อประกัน
- 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการใช้บริการจากบริษัทประกันกับการซื้อประกันภัยโรคร้ายแรงของผู้ซื้อประกัน

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษานี้จะทำให้ทราบถึงปัจจัย หรือตัวแปร ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อประกันโรคร้ายแรง รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากที่ซื้อประกันโรคร้ายแรง เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการปรับปรุงและพัฒนา ด้านการประกันภัยโรคร้ายแรง แก่บริษัทประกันชีวิตต่าง ๆ ในการวางแผนด้านการตลาดเกี่ยวกับการพัฒนา ผลิตภัณฑ์ด้านโรคร้ายแรง และด้านการพัฒนาบุคลากร ให้สามารถเข้าถึงความต้องการของผู้บริโภคอย่างแท้จริง และถูกต้อง ในการนำเสนอโครงการประกันภัยโรคร้ายแรง เพราะหากประชาชนให้ความสำคัญและสนใจในด้านของการทำประกันภัย

โรคร้ายแรงมากขึ้นก็จะเป็ผลดีต่อภาพรวมของสังคมไทย เนื่องจากการทำประกันโรคร้ายแรงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยแบ่งเบาภาระทางสังคมได้ เพราะค่าใช้จ่ยในการรักษาโรคร้ายแรงนั้น มีค่าใช้จ่ยที่สูงมาก หากได้ทำประกันโรคร้ายแรงไว้ ก็สามารถช่วยแบ่งเบาภาระได้มาก

1.4 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้ ศึกษาถึงลูกค้าที่เอาประกันภัยรูปแบบโรคร้ายแรง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ และทำประกันภัยกับบริษัทเมืองไทยประกันชีวิต จำกัด สาขาเชียงใหม่ บริษัท AIA ประกันชีวิต จำกัด สาขาเชียงใหม่ และบริษัทประกันชีวิต จำกัด สาขาเชียงใหม่ ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน คือ เดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2549

1.5 นิยามศัพท์

โรคร้ายแรง หมายถึงโรคร้ายแรงที่แสดงอาการภายหลัง 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทประกันชีวิต ตกลงรับประกันภัยแล้ว หรือ นับตั้งแต่วันที่อนุมัติให้ต่อสัญญาครั้งสุดท้าย เนื่องจากขาดชำระเบี้ยประกันภัย และ รวมถึงผลการวินิจฉัยการเจ็บป่วย และการผ่าตัด ดังต่อไปนี้

1. โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease)
2. การผ่าตัดหลอดเลือดใหญ่ (Aorta Sugery)
3. ภาวะอะแพลติก (Apallic Syndrome)
4. โรคโลหิตจางเนื่องจากไขกระดูกไม่ทำงาน (Aplastic Anaemia)
5. โรคเชื้อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial Meningitis)
6. ตาบอด (Blindness)
7. มะเร็ง (Cancer)
8. โรคปอดเรื้อรัง (Chronic Lung Disease)
9. อาการหมดสติ (Coma)
10. การผ่าตัดเปิดหัวใจด้วยวิธี บายพาส (Coronary Artery Bypass Surgery)
11. หูหนวก (Deafness)
12. สมองอักเสบ (Encephalitis)
13. ไวรัสตับอักเสบนคร้ายแรง (Fulminant Viral Hepatitis)
14. หัวใจวาย (Heart Attack)
15. การผ่าตัดลิ้นหัวใจ (Heart Valve Surgery)
16. ไตวาย (Kidney Failure)

17. โรคตับระยะสุดท้าย (Liver Failure (End Stage))
18. อาการสูญเสียความสามารถในการพูด (Loss of Speech)
19. แผลไหม้เป็นบริเวณกว้าง (Major Burns)
20. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ (Major Organ Transplant)
21. โรคเซลล์ประสาทการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Motor Neuron Disease)
22. โรคที่มีการกระด้างในเนื้อสมองและไขสันหลัง (Multiple Sclerosis)
23. โรคกล้ามเนื้อฝ่อ (Muscular Dystrophy)
24. อัมพาต (Paralysis)
25. โรคประสาทพาร์กินสัน (Parkinson's Disease)
26. โรคโปลิโอ (Poliomyelitis)
27. ความดันโลหิตสูงของหลอดเลือดแดงในปอด (Pulmonary Arterial Hypertension)
28. อัมพาตจากโรคหลอดเลือดในสมอง (Stroke)
29. การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Illness)
30. ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร (Total and Permanent Disability)

ผู้อุปถัมภ์ หรือ ผู้ทำประกันภัย หมายถึงคู่สัญญาฝ่ายซึ่งมีหน้าที่เปิดเผยข้อความจริงอันเป็นสาระสำคัญต่อการพิจารณาของผู้รับประกันภัย และมีหน้าที่ชำระเบี้ยประกันภัยตามจำนวนที่ได้ตกลงกันไว้ และเมื่อเกิดความเสียหายขึ้นกับวัตถุที่เอาประกันภัยไว้ผู้อุปถัมภ์ก็มีสิทธิในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามความเสียหายที่แท้จริงได้

ผู้รับประกันภัย หรือ บริษัทประกันภัย หมายถึงคู่สัญญาฝ่ายซึ่งมีหน้าที่ในการพิจารณารับประกันภัย รับเบี้ยประกันภัยตลอดจนชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้อุปถัมภ์หรือผู้รับประโยชน์ เมื่อมีเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นตามที่ระบุไว้ในสัญญา

ผู้รับประโยชน์ หมายถึงบุคคลภายนอกสัญญาประกันภัยที่มีสิทธิเข้ารับประโยชน์ในค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามข้อตกลงของผู้อุปถัมภ์ และผู้รับประกันภัย

เบี้ยประกันภัย หมายถึงจำนวนเงินที่ผู้อุปถัมภ์จะต้องจ่ายให้แก่ผู้รับประกันภัยตามเงื่อนไขที่ตกลงไว้ในสัญญา ซึ่งการจ่ายค่าเบี้ยประกันภัยอาจจ่ายเป็นรายปี รายหกเดือน รายไตรมาส หรือรายเดือน ตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย

ทุนประกันภัย หมายถึงจำนวนเงินที่ผู้รับประกันภัย จะต้องจ่ายตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์เมื่อภัยและความเสียหายเกิดขึ้นแก่ผู้อุปถัมภ์

มูลค่าเงินสดหรือมูลค่าเวนคืน หมายถึงจำนวนเงินที่ผู้อุปถัมภ์จะได้รับเมื่อบอกเลิกสัญญา โดยการหยุดชำระเบี้ยประกันภัย ซึ่งมีผลให้สัญญาสิ้นสุดทันที

มูลค่าใช้เงินสำเร็จ หมายถึงจำนวนเงินเอาประกันภัยของกรมธรรม์ภายใต้ผลประโยชน์ความคุ้มครองเดิมที่ลดลงตามส่วน เนื่องจากการหยุดชำระเบี้ยประกันภัยก่อนครบสัญญา

มูลค่าขยายเวลา หมายถึงระยะเวลาคุ้มครองที่เกิดจากการนำมูลค่ากรมธรรม์ ใช้เป็นเบี้ยประกันภัยสุทธิซื้อการประกันชีวิตแบบชั่วระยะเวลา ซึ่งให้ความคุ้มครองการเสียชีวิตเท่ากับความคุ้มครองในขณะที่ขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ โดยระยะเวลาที่คุ้มครองจะลดลง หรือไม่เกินระยะเวลาคุ้มครองของกรมธรรม์เดิม



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved