

ความผิดทางอาญาเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ



นางสาวบรรพรรณ อินจำปา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต

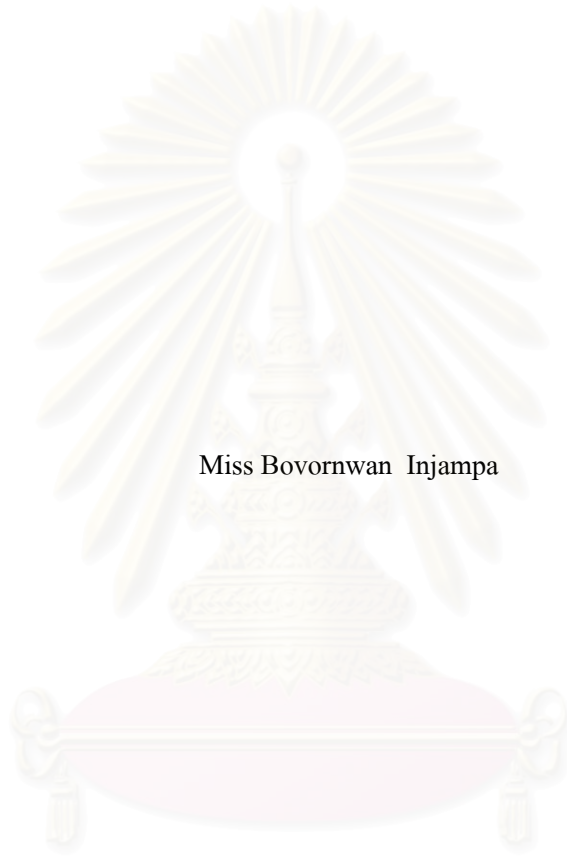
สาขาวิชานิติศาสตร์

คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CRIMINAL SANCTIONS IN THE HEALTHCARE SYSTEM



Miss Bovornwan Injampa

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Laws Program in Laws

Faculty of Law

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University



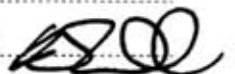
บวรวรรณ อินจำปา : ความผิดทางอาญาเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ. (CRIMINAL SANCTIONS IN THE HEALTHCARE SYSTEM) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ดร. อภิรัตน์ เพ็ชรศิริ, 180 หน้า.

ระบบประกันสุขภาพ เกิดขึ้นเพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ประชาชนว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วย จะได้รับการดูแลรักษาโดยปราศจากอุปสรรคทางการเงิน แต่ในปัจจุบัน พบว่า การกระทำ ความผิดทางอาญาเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพมีมากขึ้นเรื่อยๆ และความผิดดังกล่าว สร้างความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจ และความน่าเชื่อถือของระบบประกันสุขภาพทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน นอกจากนี้ การกระทำความผิดดังกล่าวยังอาจส่งผลกระทบต่อชีวิต และร่างกายของผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพที่เข้ารับบริการได้ ผู้กระทำความผิดในกรณีดังกล่าว อาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ สถานพยาบาล ผู้มีสิทธิ หรืออาจจะเป็นบุคคลภายนอกก็ได้

ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเฉพาะที่จะนำมาใช้บังคับกับการกระทำความผิดอาญาที่เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ หากเกิดการกระทำดังกล่าวขึ้น จึงจำเป็นต้องนำบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญา และกฎหมายอื่นๆซึ่งเกี่ยวข้อง ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมาบังคับใช้กับการกระทำความผิดในรูปแบบต่างๆ จากการศึกษาพบว่า กฎหมายดังกล่าวมีข้อจำกัดด้านองค์ประกอบความผิด ทำให้ไม่สามารถบังคับใช้กับความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพในบางรูปแบบ หรือหากบังคับใช้ได้แต่โทษก็ไม่เหมาะสมเหมือนดังประเทศสหรัฐอเมริกา จึงเห็นว่า ประเทศไทยควรมีบทบัญญัติเฉพาะแก่การกระทำความผิดอาญาเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ที่ครอบคลุมการกระทำความผิดดังกล่าวในทุกรูปแบบ และมีโทษที่เหมาะสมไว้ในประมวลกฎหมายอาญา เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับเรื่องนี้มีประสิทธิภาพ อันเป็นการป้องกันปราบปรามความผิดอาญาเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพให้น้อยลงได้

สาขาวิชา.....นิติศาสตร์.....  
ปีการศึกษา.....2551.....

ลายมือชื่อนิสิต บวรวรรณ อินจำปา.....  
ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....



## 4986251334 : MAJOR LAWS

KEYWORDS : CRIMINAL / SANCTIONS / HEALTHCARE / SYSTEM

BOVORNWAN INJAMPA : CRIMINAL SANCTIONS IN THE HEALTHCARE  
SYSTEM. ADVISOR : ASSOC.PROF.DR.APIRAT PETCHSIRI, 180 pp.

The healthcare system is created to insure the citizens of that country that when they get sick, they will be treated without money difficulty. Nowadays, crime against healthcare system has been increasingly committed. It causes severe damages to the country's economy and particularly to the health service system both by public and private sectors. Moreover, it directly affected the livelihood of those insured. Besides, the offenders to this crime can be medical professional, healthcare provider, insured and others.

In Thailand, there is no particular criminal law against offenses relating to healthcare system. Only few items of the current penal code and some other laws relating to such action maybe considered applicable when such offenses take place. The study shows that the existing laws have limited application for the offence. Certain forms of crime against healthcare system or their punishments are not suitable to the Thai situation. Unlike the laws in the United States where there are more specific provisions in the criminal law of every state. Accordingly, Thailand should initiate the enactment of specific criminal provisions to combat crime against healthcare system. Such enactment should cover the whole range of offences and determine suitable punishment and should be added to the existing penal code. This can make the enforcement of law concerning this matter more efficient and thereby reduce crime against healthcare system.

Field of Study : ..... LAWS .....

Student's Signature Bovornwan Injampa

Academic Year : ..... 2008 .....

Advisor's Signature [Signature]



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความเมตตาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อภิรัตน์ เพ็ชรศิริ ที่กรุณาได้รับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และได้สละเวลาในการให้ คำปรึกษา ตรวจร่างวิทยานิพนธ์ ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างมากแก่ผู้เขียน

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์วีระพงษ์ บุญโญภาส ที่ได้กรุณาสละเวลารับเป็น ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ ที่กรุณาสละเวลารับเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้คำปรึกษาและให้ คำแนะนำแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นอย่างดีตลอดมา

ผู้เขียนขอขอบคุณ นางสาวอรุณิชา สวัสดิชชัย และเพื่อนๆ ของผู้เขียน ที่ได้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจที่ดีแก่ผู้เขียนตลอดมา

สุดท้ายนี้ ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ครอบครัวของผู้เขียน และนายภคพล ธีระมงคลกุล ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้เขียนในทุกด้าน และให้กำลังใจที่ดีแก่ผู้เขียนเสมอมา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์ให้แก่ ผู้สนใจไม่มากนักน้อย หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีข้อบกพร่องประการใด ผู้เขียนขอรับไว้แต่เพียง ผู้เดียวและขออภัยมา ณ โอกาสนี้ด้วย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
<b>บทที่ 1 บทนำ</b> .....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 สมมติฐานของการวิจัย.....	2
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	3
1.5 วิธีการศึกษาวิจัย.....	3
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	3
<b>บทที่ 2 ความทั่วไปและระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย</b> .....	5
2.1 ความทั่วไปเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ.....	5
2.1.1 ความหมายของการประกันสุขภาพ.....	5
2.1.2 ลักษณะสำคัญของการประกันสุขภาพ.....	6
2.1.3 สิทธิและหน้าที่ของผู้มีสิทธิและผู้ให้บริการ.....	6
2.1.4 แหล่งที่มาของเงินในระบบประกันสุขภาพ.....	8
2.1.5 วิธีการต่างๆในการจ่ายค่าบริการ.....	8
2.1.6 กลไกในการควบคุมแรงจูงใจทางการเงิน.....	11
2.2 ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย.....	12
2.2.1 ประเภทของระบบประกันสุขภาพ.....	22
2.2.2 รูปแบบการกระทำความผิดที่เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย.....	29
<b>บทที่ 3 มาตรการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพใน ต่างประเทศ</b> .....	49
3.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา.....	49
3.1.1 ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย.....	49
3.1.2 วิธีการในการจ่ายค่าบริการ.....	51
3.1.3 ความทั่วไปเกี่ยวกับการกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย.....	51

	หน้า
3.1.4 รูปแบบของการกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพ.....	53
3.1.4.1 รูปแบบในการกระทำความผิดในกรณีที่ผู้กระทำ เป็นผู้ให้บริการ.....	53
3.1.4.2 รูปแบบในการกระทำความผิดในกรณีที่ผู้กระทำเป็นผู้มีสิทธิ ในโครงการประกันสุขภาพ.....	60
3.1.5 มาตรการและบทกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความผิดเกี่ยวกับระบบประกัน สุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา.....	65
3.1.5.1 บทบัญญัติทางอาญา.....	65
3.1.5.2 บทบัญญัติทางแพ่ง.....	76
3.1.5.3 มาตรการทางปกครอง.....	80
3.1.6 องค์การที่มีอำนาจสอบสวนความผิดทางอาญาเกี่ยวกับ ระบบประกันสุขภาพ.....	81
3.2 ประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรป.....	83
<b>บทที่ 4</b> <b>ข้อพิจารณามาตรการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความผิดเกี่ยวกับระบบประกัน</b> <b>สุขภาพในประเทศไทย</b> .....	<b>85</b>
4.1 บทบัญญัติทางอาญากับการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ.....	85
4.1.1 บทบัญญัติทางอาญาตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง.....	87
4.1.2 บทบัญญัติทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา.....	91
4.1.2.1 ความผิดต่อชีวิตร่างกาย.....	91
4.1.2.2 ความผิดต่อทรัพย์สิน.....	102
4.1.2.3 ความผิดต่อเอกสาร.....	106
4.1.2.4 ความผิดฐานทอดทิ้งผู้พึ่งตัวเองไม่ได้.....	113
4.1.2.5 ความผิดต่อเสรีภาพ.....	115
4.2 บทบัญญัติทางแพ่งกับการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ.....	122
4.2.1 บทบัญญัติละเมิดในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์.....	122
4.2.2 พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539.....	124
4.2.3 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522.....	125
4.2.4 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.....	128
4.3 มาตรการทางปกครองกับการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ.....	129
4.3.1 กรณีผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์.....	129
4.3.2 กรณีสถานพยาบาล.....	131



บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	136
5.1 บทสรุป.....	136
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	139
รายการอ้างอิง.....	142
ภาคผนวก.....	146
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	180



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน ประเทศไทยได้มีโครงการประกันสุขภาพต่างๆให้แก่ประชาชน ซึ่งทางรัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณเกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นจำนวนมาก โดยในส่วนข้าราชการจะมีโครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ซึ่งดูแลโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ระบบดังกล่าว เป็นระบบที่ตั้งขึ้นมาเพื่อเป็นกลไกในการเบิกจ่ายเงินตามสิทธิ ส่วนในภาคประชาชนทั่วไป หากเป็นบุคคลที่เป็นลูกจ้างหรือพนักงานบริษัทเอกชน จะได้รับการคุ้มครองจากโครงการประกันสังคม ซึ่งเป็นการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 และประชาชนในส่วนที่เหลือนั้น แต่เดิมมีโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.) ที่ให้สิทธิในการรักษายาบาลฟรีแก่ผู้มีรายได้น้อย แต่ในปัจจุบัน ตั้งแต่รัฐบาลภายใต้การนำของพ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร ได้เกิดแนวคิดโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคให้แก่ประชาชนทุกคน ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ในปัจจุบันนี้ ระบบหลักประกันสุขภาพนั้นมีผลกระทบต่อประชาชนคนไทยทุกคน และเป็นที่น่าแน่นอนว่า ในทุกสังคม จะต้องเกิดการกระทำคามผิด ไม่ว่าจะเป็ความผิดในรูปแบบใด ซึ่งโครงการหลักประกันสุขภาพก็เป็นอีกช่องทางหนึ่ง ที่อาจเกิดการกระทำคามผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ เมื่อพิจารณาโครงการประกันสุขภาพในแต่ละโครงการ จะพบว่าสามารถเกิดการกระทำคามผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพได้ ทั้งในฝ่ายบุคคลผู้ได้รับประโยชน์จากโครงการ บุคลากรทางการแพทย์ สถานพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการกระทำคามผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพโดยประชาชนผู้รับประโยชน์จากโครงการ เช่น การใช้สิทธิเบิกค่ารักษายาบาลเป็นเท็จ โดยรูปแบบในการกระทำคามผิดมีทั้งกระทำคามผิดโดยลำพัง และกระทำคามผิดโดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์พยาบาล สามารถกระทำคามผิดได้ การกระทำคามผิดของบุคคลประเภทนี้มักต้องอาศัยความรู้และความชำนาญเฉพาะทาง โดยสามารถกระทำคามผิดทั้งต่อระบบหลักประกันสุขภาพเองและต่อประชาชนผู้รับบริการ ซึ่งการกระทำโดยบุคคลดังกล่าวนี้ เป็นอันตรายมากเนื่องจากอาจส่งผลต่อชีวิตและร่างกายของประชาชนได้และทำยที่สุด หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นสถานพยาบาลผู้ให้บริการอาจมีรูปแบบในการกระทำคามผิด ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ได้รับผลกระทบคือตัวระบบหลักประกันสุขภาพนั่นเอง ทำให้ระบบสุขภาพต้องสูญเสียเงินงบประมาณเป็นจำนวนมาก

เมื่อพิจารณาแล้ว จะเห็นว่า การกระทำความคิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพนั้น ได้เกิดความเสียหายนานับประการ ทั้งต่อระบบเศรษฐกิจและการเงินของประเทศ เนื่องจากรัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณเกี่ยวกับเรื่องโครงการประกันสุขภาพเป็นจำนวนค่อนข้างมาก ซึ่งเมื่อจำนวนเงินงบประมาณที่มีอยู่ได้ถูกทำให้น้อยลงเนื่องจากการกระทำความคิดแล้ว จะส่งผลให้แก่ประชาชนผู้ได้รับประโยชน์คนอื่นๆ เนื่องจากจะได้รับบริการทางด้านสุขภาพอย่างไม่เต็มที่เท่าที่ควรจะได้ ทั้งในด้านคุณภาพและจำนวนของเวชภัณฑ์ที่ได้รับ บริการ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ นำไปสู่การสูญเสียความมั่นใจในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งตามรายงานการวิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) พบว่า แม้ประชาชนจะมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพตามที่แต่ละคนมีอยู่ แต่มีประชาชนเป็นจำนวนมาก ไม่ใช้สิทธิตามที่ตนมีอยู่นั้น โดยเลือกที่จะเสียค่าใช้จ่ายทางด้านนี้เองเพื่อให้ได้รับบริการทางการแพทย์ อุปกรณ์ คุณภาพของยาที่ดีกว่า ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว นอกจากเกิดขึ้น โดยการบริหารและการวางรูปแบบของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยแล้ว การกระทำความคิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพก็เป็นสาเหตุอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาการที่ประชาชนไม่ไว้วางใจในระบบประกันสุขภาพดังกล่าวอีกด้วย

จากที่กล่าวมานี้ จะเห็นได้ว่า การกระทำความคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่รัฐจะต้องเข้ามาแก้ไขอย่างเร่งด่วน ซึ่งการที่จะแก้ไขนั้น สิ่งหนึ่งที่ขาดไม่ได้คือการมีกฎหมายออกมารองรับที่เป็นรูปธรรม ชัดเจน มีอัตราโทษที่เหมาะสม ซึ่งในปัจจุบัน ความคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพยังไม่มีบทบัญญัติของกฎหมายอาญาบัญญัติไว้โดยเฉพาะ เพื่อที่จะควบคุมบุคคลที่เข้ามากระทำความผิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ ทำให้การบังคับใช้กฎหมายไม่สำเร็จผล อาจทำให้อาชญากรไม่เกรงกลัวต่อกฎหมาย นอกจากนี้ การกระทำความคิดดังกล่าวยังอาจเกิดการลอกเลียนแบบขึ้นได้ง่าย เนื่องจากมีบางส่วนของกระทำความผิดที่กระทำโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นที่นับถือมีหน้ามีตาทางสังคม ทำให้คนในสังคมมีทัศนคติต่อการกระทำผิดประเภทนี้ว่าการกระทำดังกล่าวไม่ได้เป็นอาชญากรรมร้ายแรง และผู้กระทำความผิดก็ไม่ได้รับการกระทำเหมือนดังผู้กระทำความผิดประเภทอื่น ๆ ที่มีความเสียหายเท่ากันหรืออาจน้อยกว่าด้วยซ้ำไป จากสาเหตุดังกล่าว อาจเกิดการกระทำผิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพมากขึ้น จนเกิดความเสียหายต่อประเทศเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้น ประเทศไทยจึงควรมีกฎหมายออกมารองรับการกระทำความผิดในรูปแบบดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม มีความชัดเจน และมีอัตราโทษที่เหมาะสมกับลักษณะของการกระทำความผิด และความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการกระทำผิดด้วย

## 1.2 สมมติฐานของวิทยานิพนธ์

การมีระบบประกันสุขภาพไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบใด หากขาดสภาพบังคับของกฎหมายที่แน่ชัด และเหมาะสม ยากที่จะทำให้ระบบดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพได้ ในประเทศไทย ไม่มี

บทบัญญัติให้การกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพมีโทษทางอาญาโดยเฉพาะ ดังนั้นจึงขาดสภาพบังคับที่ชัดเจน เพราะฉะนั้น เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพ และป้องกันการกระทำความผิดโดยอาศัยช่องว่างทางกฎหมาย จึงต้องมีบทบัญญัติทางกฎหมายที่มีความผิดทางอาญาเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพไว้ให้ชัดเจน

### 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มุ่งศึกษาถึงลักษณะของการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ทั้งฝ่ายสถานพยาบาลผู้ให้บริการ บุคลากรในสถานพยาบาล และฝ่ายผู้ใช้บริการ ศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่ โดยเฉพาะบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญา พระราชบัญญัติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย เพื่อนำมาวิเคราะห์เสนอแนะแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาของการกระทำความผิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพต่อไป

### 1.4 ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาถึงรูปแบบของระบบประกันสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ และลักษณะของการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพที่เกิดหรือสามารถเกิดขึ้นในระบบประกันสุขภาพดังกล่าว รวมทั้งมาตรการและบทกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความผิดดังกล่าวในต่างประเทศ เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการนำกฎหมายอาญารวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ที่ประเทศไทยมีอยู่ มาบังคับใช้กับการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ

### 1.5 วิธีดำเนินการวิจัย

วิทยานิพนธ์เล่มนี้ ทำการศึกษา ดำเนินการค้นคว้า และวิจัยในเชิงลักษณะเอกสาร (Documentary research) โดยการรวบรวมข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทย และภาษาต่างประเทศ จากหนังสือ บทความ วารสาร บทบัญญัติของกฎหมาย Web site คำพิพากษากฎีกาที่เคยตัดสินมา ตลอดจนสอบถามผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและเกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพ แล้วนำมาศึกษาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ และสรุปให้ชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขกฎหมายต่อไป

### 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาและวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงรูปแบบและวิธีการในการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ทั้งฝ่ายสถานพยาบาลผู้ให้บริการ บุคลากรในสถานพยาบาล และฝ่ายผู้ใช้บริการ
2. ทำให้ทราบถึงปัญหา และอุปสรรคการบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่กับความผิดดังกล่าว

3. ทำให้ทราบถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ในระบบหลักประกันสุขภาพ
4. ทำให้ทราบถึงแนวทางในการใช้มาตรการกฎหมายอาญาในการควบคุมการกระทำ ความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 2

### ความทั่วไปและระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ในประเทศไทย มีระบบประกันสุขภาพเพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ประชาชนว่า เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ตนจะมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ไม่ว่าตนจะมีฐานะเช่นใดก็ตาม โดยระบบประกันสุขภาพเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงในระหว่างบุคคลในสังคม มิให้บุคคลใดต้องประสบกับความเดือดร้อนมากเกินไปเมื่อตนเกิดอาการเจ็บป่วย ระบบประกันสุขภาพจึงมีความสำคัญในสังคม วัตถุประสงค์ของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ได้มุ่งศึกษาถึงลักษณะของการกระทำความผิดอาญาที่เกิดหรือสามารถเกิดขึ้นได้ ในระบบประกันสุขภาพ และวิเคราะห์ว่ากฎหมายที่บังคับใช้ในปัจจุบันนี้มีความเหมาะสมและเพียงพอหรือไม่ ซึ่งการศึกษาในเรื่องดังกล่าว มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องศึกษาหลักการ และแนวคิดพื้นฐานของระบบประกันสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยเสียก่อน

#### 2.1 ความทั่วไปเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ

##### 2.1.1 ความหมายของการประกันสุขภาพ

สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของการประกันสุขภาพ ว่า “ การประกันสุขภาพ เป็นการสร้างความคุ้มครองในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยผู้ที่จะมีสิทธิได้รับความคุ้มครองดังกล่าว จะต้องจ่ายเงินสมทบล่วงหน้าให้กับกองทุนประกัน อัตราในการจ่ายเงินขึ้นอยู่กับค่าใช้จ่ายที่ประมาณว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต จำนวนผู้ที่เข้าเป็นสมาชิก และแหล่งเงินที่จะสมทบจากที่อื่น”<sup>1</sup>

รศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ ได้ให้คำนิยามของการประกันสุขภาพ ว่า “เป็นมาตรการที่มีขึ้นเพื่อปกป้องบุคคลจากภาระความเสี่ยงทางการเงินที่เกิดจากการเจ็บป่วยโดยลด หรือขจัดความเสี่ยงทางการเงินของแต่ละบุคคลหรือครอบครัว โดยการจัดระบบให้มีการกระจายความ

---

<sup>1</sup> สังคิต พิริยะรังสรรค์และคณะวิจัย, โครงการวิจัยความคิดเห็นของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกัน, พิมพ์ครั้งที่ 1( กรุงเทพฯ : สถาบันปริกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547) , หน้า 14.

เสียงของบุคคลหรือครอบครัวจำนวนมาก ด้วยวิธีรวบรวมและสำรองเงินค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นล่วงหน้า”<sup>2</sup>

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การประกันสุขภาพเป็นการสร้างหลักประกันให้แก่ผู้มีสิทธิว่า เมื่อคนเจ็บป่วย ก็สามารถได้รับการดูแลรักษาโดยปราศจากอุปสรรคทางการเงิน

### 2.1.2 ลักษณะสำคัญของการประกันสุขภาพ

รูปแบบในการใช้และการให้บริการสุขภาพ โดยทั่วไป จะมีการจ่ายค่าบริการให้แก่ผู้ให้บริการเหล่านั้นโดยตรง ในรูปแบบการใช้บริการดังกล่าว มีผู้ที่เกี่ยวข้องอยู่ 2 ฝ่าย ได้แก่ ผู้ใช้บริการ (user) นั่นก็คือผู้ป่วย และผู้ให้บริการ (provider) ซึ่งได้แก่ แพทย์ บุคลากรสาธารณสุขประเภทอื่น รวมทั้งสถานพยาบาล

ส่วนในรูปแบบที่มีการประกันสุขภาพ จะเพิ่มผู้ที่เกี่ยวข้องอีกฝ่ายขึ้นมา ซึ่งนั่นก็คือ ผู้ให้ประกัน (insurer) ซึ่งจะเข้ามาจัดการโดยการออกข้อกำหนดเกี่ยวกับการจ่ายค่าบริการ และบางครั้งอาจมีการเก็บเงินล่วงหน้า การกำหนดคคกติกาอื่นๆ เช่น ข้อกำหนดเกี่ยวกับการเลือกผู้ให้บริการด้วย ซึ่งในระบบนี้ จะมีการกำหนดคคกติการองการจ่ายเงินและสิทธิประโยชน์ ก่อนที่จะเกิดการให้บริการทางด้านสุขภาพ และเมื่อมีฝ่ายผู้ให้ประกัน ความสัมพันธ์ทางการเงินระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการ จึงได้เปลี่ยนแปลงไป คือในระบบที่ไม่มีการประกันสุขภาพ ผู้ใช้บริการเมื่อไปใช้บริการจากผู้ให้บริการแล้ว เวลาชำระค่าบริการจะต้องชำระเต็มจำนวน แต่หากเป็นระบบที่มีการประกันสุขภาพแล้ว ผู้ใช้บริการอาจจะไม่ต้องจ่ายค่าบริการแก่ผู้ให้บริการ หรืออาจเป็นการร่วมจ่ายเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เพราะผู้ให้ประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายค่าบริการทั้งหมด หรือจ่ายค่าบริการในส่วนที่เหลือ ซึ่งการจ่ายเงินของผู้ให้ประกันแก่ผู้ให้บริการนี้อาจมีวิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นวิธีที่ผู้ให้ประกันจ่ายให้แก่ผู้ให้บริการโดยตรง หรือผู้ให้บริการชำระเงินแก่ผู้ให้บริการไปก่อน แล้วค่อยเบิกคืนจากผู้ให้ประกันในภายหลัง

### 2.1.3 สิทธิและหน้าที่ของผู้มีสิทธิและผู้ให้บริการ

ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วว่า หากบุคคลใดเข้าร่วมในระบบประกันแต่ละระบบแล้ว บุคคลนั้นจะเป็น “ผู้มีสิทธิ” ซึ่งคำว่า สิทธิ ดังกล่าวนี้ ก็คือ ชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit Package) นั่นเอง โดยรศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ ได้ให้ความหมายของชุดสิทธิประโยชน์ ว่าหมายถึง “ชนิดของบริการ

<sup>2</sup> เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, เจาะลึกระบบประกันสุขภาพ, พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548), หน้า10.

สุขภาพ ที่ได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพ ซึ่งผู้ให้ประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมด หรือบางส่วน บริการเหล่านี้ ปกติรวมถึงการตรวจวินิจฉัย การ รักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ยา วัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ”

ชุดสิทธิประโยชน์นี้ จะแตกต่างกันไปตามแต่ละระบบประกันสุขภาพ และจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของ ระบบ หากระบบประกันสุขภาพใดที่ชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมค่าตรวจรักษา ยา และบริการ อื่นๆหลายชนิด รวมถึงชนิดที่มีราคาสูงด้วย ระบบประกันสุขภาพดังกล่าว ก็จะมีค่าใช้จ่ายสูง แต่หาก ระบบสุขภาพใด ที่ครอบคลุมสิ่งดังกล่าวน้อยชนิด ค่าใช้จ่ายก็จะต่ำ ซึ่งในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ นั้น จะแบ่งเป็น

- ชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน เป็นการกำหนดว่า ระบบประกันสุขภาพนั้น จะรับผิดชอบภาระ ค่าใช้จ่ายของค่าบริการใดบ้าง ซึ่งรายการที่กำหนดในชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานนี้ ถือเป็นบริการ พื้นฐานที่จำเป็น ประเภทบริการที่ได้รับการยกเว้นไม่ครอบคลุม ได้แก่ บริการทางการแพทย์ที่ไม่ เกี่ยวกับการรักษาความเจ็บป่วย หรือความเสียหายจากการเจ็บป่วย เช่น การศัลยกรรมตกแต่ง เป็นต้น ซึ่งการกำหนดให้มีชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานก็เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่ง ระบบสุขภาพในประเทศต่างๆก็มักให้สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมกว้างขวาง

- สิทธิประโยชน์เพิ่มเติม ระบบประกันสุขภาพ อาจเปิดโอกาสให้ผู้มีสิทธิที่ประสงค์จะรับบริการที่ นอกเหนือไปจากที่กำหนดไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน และมีกำลังทางการเงินที่จะจ่ายได้ สามารถมีทางเลือกที่จะจ่ายค่าใช้จ่ายในส่วนที่เพิ่มเติม โดยอาจเป็นรูปแบบจ่ายค่าบริการส่วนเกิน ดังกล่าวในคราวที่ไปรับบริการทางการแพทย์ หรืออาจเป็นในรูปแบบของการซื้อประกันสุขภาพสมทบ

นอกจากผู้มีสิทธิในระบบประกัน จะมีสิทธิในการมีชุดสิทธิประโยชน์แล้ว ยังมีข้อกำหนด ในเรื่องสิทธิในการเลือกผู้ให้บริการอีกด้วย ซึ่งการกำหนดสิทธิในการเลือกผู้ให้บริการจะสัมพันธ์ กับการพิจารณาว่า เมื่อผู้เอาประกันเกิดการเจ็บป่วย จะต้องใช้บริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลใด จึงจะสามารถเบิกจากระบบประกันสุขภาพของตนได้ และการกำหนดการเลือกผู้ให้บริการยังเป็นการ ประหยัดค่าใช้จ่าย และเกิดความสะดวกในการบริการการเงินการคลังของระบบประกัน เช่น การเหมาจ่ายแบบรายหัว ผู้ให้ประกันจะต้องคำนวณค่าใช้จ่ายในปีหนึ่งๆ โดยคำนวณจากจำนวนผู้มี สิทธิที่ไปขึ้นทะเบียนที่สถานพยาบาลแต่ละแห่ง ซึ่งสถานพยาบาลแต่ละแห่งจะมีสิทธิได้รับเงิน จำนวนดังกล่าวจากผู้มาขึ้นทะเบียนกับคนเท่านั้น

เมื่อผู้เอาประกันมีสิทธิในระบบประกันดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้เอาประกันหรือผู้มีสิทธิก็ต้อง มีหน้าที่หรือความรับผิดชอบทางการเงินแต่ละระบบประกันใน 2 ส่วนคือ

1. การจ่ายเงินสำรองเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพและค่าใช้จ่ายอื่นๆ
2. การจ่ายส่วนร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ ซึ่งมีเพื่อสมทบเป็นค่าใช้จ่ายของระบบประกัน หรือการ จ่ายภาษีในกรณี ระบบประกันสุขภาพที่ใช้ภาษีเป็นแหล่งงบประมาณ

### 2.1.4 แหล่งที่มาของเงินในระบบประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบ มีแหล่งที่มาของเงินที่ใช้ต่างกัน แต่ละวิธี ก็มีข้อดีและข้อด้อยต่างกันไปได้แก่

1. ภาษี ได้แก่ ภาษีทั่วไปในประเภทต่างๆ มักใช้เป็นแหล่งที่มาของเงินในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ
2. เบี้ยประกัน (Premium) หมายถึง “เงินที่ผู้เอาประกันจ่ายให้แก่ผู้ให้ประกันล่วงหน้าก่อน เพื่อให้ได้รับสิทธิครอบคลุมค่าใช้จ่ายสุขภาพ”<sup>3</sup> อาจกล่าวได้ว่า เบี้ยประกันเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล ซึ่งระบบประกันสุขภาพที่มีการใช้เบี้ยประกัน อาจเป็นแบบสมัครใจ (เช่น ประกันเอกชน) หรืออาจเป็นแบบบังคับก็ได้ (เช่น ระบบประกันสังคม)
3. ส่วนร่วมจ่าย (Cost sharing) หมายถึง “เงินที่ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายสำหรับค่าตรวจรักษา ค่ายาและอื่นๆเมื่อไปใช้บริการ”<sup>4</sup> แหล่งเงินนี้เป็นเงินที่ผู้ใช้บริการจ่ายให้กับผู้ให้บริการโดยตรง ไม่ผ่านผู้ให้ประกัน

นอกจากนี้ ในบางประเทศมีแหล่งเงินอื่นนอกจากแหล่งเงินข้างต้น มาใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพของตน เช่น ในประเทศจีนได้หวัน มีการออกสลากหารายได้เพิ่มเติมเข้าสู่กองทุน

### 2.1.5 วิธีการต่างๆในการจ่ายค่าบริการ

วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ ที่นิยมใช้กันมาก มี 6 วิธีหลักๆดังต่อไปนี้

1. จ่ายตามรายการ (per item) หมายถึง การจ่ายตามชนิดและปริมาณรายการกิจกรรมที่ให้บริการ วิธีนี้มักเรียกว่า fee-for-service ซึ่งอาจแบ่งวิธีการจ่ายได้เป็นวิธีย่อยๆดังนี้
  - 1.1) เป็นการจ่ายตามจำนวนที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ วิธีนี้ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมิได้เข้าร่วมระบบประกันสุขภาพใดๆและระบบประกันสุขภาพในบางระบบ
  - 1.2) การจ่ายตามอัตราที่ตั้งไว้ (fee schedule) เป็นกรณีที่ผู้ให้ประกันมีการตั้งราคาค่าบริการแต่ละรายการ เอาไว้ เป็นราคาเพดาน เมื่อผู้ให้บริการส่งใบเบิกค่าใช้จ่ายมา ผู้ให้ประกันจะจ่ายไม่เกินเพดานที่ตั้งไว้
  - 1.3) การจ่ายตามคะแนน (point system) เป็นวิธีที่กำหนดให้บริการแต่ละชนิดมีจำนวนคะแนนที่แตกต่างกันออกไปตามความยากง่าย หรือตามทรัพยากรที่ต้องใช้สำหรับบริการชนิดนั้น จำนวนเงินที่จ่ายจริงจะมาจากการคูณคะแนนที่สะสมในช่วงเวลาหนึ่งกับอัตราจำนวนเงินต่อคะแนน

<sup>3</sup> เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, เจาะลึกระบบประกันสุขภาพ, หน้า 53.

<sup>4</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 55.

ข้อดีของวิธีการจ่ายเงินนี้ ก็คือ ผู้ให้บริการ ไม่ต้องกังวลว่าการส่งตรวจหลายรายการ หรือใช้วิธีการตรวจรักษาที่มีราคาสูง จะทำให้สถานพยาบาลต้องขาดทุน ดังนั้น แพทย์จึงใช้ดุลพินิจของตน ตามที่เห็นสมควรได้ ในทางตรงกันข้าม หากมีการตรวจรักษามาก ผู้ให้บริการมักจะได้ผลกำไรมากขึ้นตามไปด้วย เพราะเป็นแรงจูงใจให้มีการตรวจรักษามากกว่าวิธีการจ่ายเงินแบบอื่น บางครั้ง อาจเป็นการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็น หรือใช้เทคโนโลยีราคาแพง ดังนั้น จึงเป็นข้อเสียของระบบวิธีการจ่ายเงินแบบนี้

## 2. จ่ายตามรายโรค (per case or per diagnosis)

เป็นการจ่ายให้ตามครั้งของการให้บริการสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโดยไม่พิจารณาว่า ใน การตรวจรักษาครั้งนั้น มีกิจกรรมในการตรวจหรือรักษาที่รายการ ใช้เครื่องมือ จ่ายยาอะไร จำนวน เท่าใด การจ่ายแบบนี้ สามารถแบ่งเป็นวิธีย่อยได้ 2 แบบ

2.1) การจ่ายอัตราเดียวสำหรับทุกราย ผู้ให้ประกันจ่ายในราคาเดียวไม่ว่าเป็นการ รักษาอาการป่วยอะไรก็ตาม จ่ายเท่ากันหมด วิธีนี้มักใช้กับผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคไม่ร้ายแรง แต่วิธีการ ดังกล่าวก็ไม่นิยม เนื่องจาก โรคแต่ละชนิด จะมีค่ารักษาที่แตกต่างกันมาก

2.2) การจ่ายในอัตราตามความยากง่ายของโรค เป็นวิธีการจ่ายเงินที่กำหนดอัตรา ตามค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยที่ต้องใช้ในการดูแลรักษาโรคแต่ละโรค โดยมีอัตราการจ่ายที่แตกต่างกันไป ตามความยากง่ายของโรค วิธีนี้ นิยมใช้กับผู้ป่วยใน โดยมักมีการจัดโรคต่างๆเป็นกลุ่มวินิจฉัยโรค ร่วม(Diagnostic Related Group : DRG) โดย DRG นั้น เป็นระบบการจัดผู้ป่วยในตามการ วินิจฉัยโรค เพื่อคิดค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อโรค โดยใช้หลักการคิดที่ว่า การดูแลรักษาโรค หรือ อาการในกลุ่มเดียวกัน จะมีการใช้ทรัพยากรที่ใกล้เคียงกัน จึงคำนวณสัดส่วนทรัพยากรที่ใช้ในแต่ละ โรค และให้เป็นค่านำหนักโดยเปรียบเทียบการใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาโรคนั้นกับค่าเฉลี่ย ทรัพยากรของการรักษาโรคต่างๆ (น้ำหนักสัมพัทธ์) ผู้ให้ประกันจะกำหนดอัตราการจ่ายต่อหน่วย น้ำหนักโดยเปรียบเทียบ การจ่ายค่าบริการจะทำโดยการดูว่า การเข้าโรงพยาบาลครั้งนั้น ผู้ป่วยได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นโรคใด ค่าบริการจะคำนวณจากอัตราการจ่ายต่อหน่วย คูณด้วยน้ำหนักโดย เปรียบเทียบของการใช้ทรัพยากรสำหรับโรคนั้น เป็นจำนวนเงินที่เบิกจ่ายให้เป็นการจ่ายสำหรับการ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนั้น โดยไม่คำนึงว่า ผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาลกี่วัน ให้การรักษา อะไร หรือใช้ยา เครื่องมือ อุปกรณ์อะไรบ้าง<sup>5</sup> ประโยชน์ของการมี DRG ก็เพื่อเป็นบรรทัดฐานในการ กำหนดอัตราการจ่ายค่าบริการ

ข้อดีของวิธีการจ่ายเงินแบบนี้ คือวิธีการดังกล่าวนี้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายที่สูงเนื่องจาก วิธีการจ่ายค่าบริการแบบตามรายการ แต่มีข้อเสีย เพราะการจ่ายลักษณะนี้ จะไม่คำนึงถึงจำนวนและ ชนิดของบริการที่ให้ จึงพบว่า ผู้ให้บริการมีการปรับพฤติกรรมการตรวจรักษา เพื่อลดค่าใช้จ่ายของตน

<sup>5</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 64.



เช่น ลดปริมาณของการตรวจรักษาต่อครั้ง ลดการให้การตรวจรักษาที่มีราคาสูง ให้ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้งยิ่งขึ้น

### 3. จ่ายตามรายหัวหรือจ่ายต่อหัว(capitation)

วิธีการจ่ายแบบนี้ ผู้ให้ประกันมักให้ผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนเลือกสถานพยาบาลไว้ก่อน เพื่อสะดวกในการจ่ายเงินเป็นอัตราการเหมาจ่ายรายปีโดยคาดการณ์อัตราค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพ บวกค่าบริหารและอื่นๆที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพนั้นๆ ต้องใช้โดยเฉลี่ยในแต่ละปี ซึ่งวิธีการในการจ่ายค่าบริการแบบนี้ ต่างจาก 2 วิธีข้างต้น คือ เป็นการจ่ายก่อนการเกิดการให้บริการซึ่งผู้มีสิทธิอาจจะใช้บริการหรือไม่ใช้ก็ได้ และหากผู้มีสิทธิใช้บริการมากในปีนั้น ผู้ให้บริการจะเก็บเงินเพิ่มไม่ได้ (ยกเว้นกรณีมีส่วนร่วมจ่าย) ตัวอย่างของวิธีการจ่ายเงินวิธีนี้ได้แก่ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคและระบบประกันสังคมของไทย

ข้อดีของวิธีการจ่ายเงินวิธีนี้ เป็นประโยชน์ในการบริหารเงิน เพราะสามารถคำนวณและกะงบประมาณ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายโดยรวมของทั้งระบบได้ และการจ่ายเงินโดยวิธีนี้ ยังเป็นการหลีกเลี่ยงการบริหารจัดการโดยไม่จำเป็น แต่อย่างไรก็ตาม การจ่ายเงินวิธีนี้ ก็มีข้อเสียตรงที่ว่า เมื่อการจ่ายเงินสถานพยาบาลจะได้รับเงินจำนวนหนึ่งต่อประชาชนที่มากขึ้นทะเบียนใช้โรงพยาบาลของตน หากผู้ขึ้นทะเบียนมาใช้บริการน้อย สถานพยาบาลก็จะมีเงินเหลือเป็นรายได้ของตนมาก แต่หากมีผู้มีสิทธิมาใช้บริการมาก ก็อาจประสบภาวะขาดทุนได้ ดังนั้น ในการใช้วิธีการจ่ายเงินตามรายหัว สถานพยาบาลจึงมีแรงจูงใจในการประหยัดค่าใช้จ่ายเพื่อประโยชน์ของตนเอง โดยลดปริมาณการตรวจรักษา ลดการใช้เครื่องมือ ยา หรือเวชภัณฑ์ราคาแพง ซึ่งผู้มารับบริการ เป็นผู้มีความรู้ทางด้าน การแพทย์น้อย อาศัยแต่ความเชื่อใจบุคลากรทางการแพทย์ให้เป็นผู้วินิจฉัยและตรวจรักษาต่างๆ ดังนั้น จึงอาจจะเกิดปัญหาด้านคุณภาพการบริการตามมาได้

นอกจากนี้ ผู้บริการ จะมีแรงจูงใจที่จะให้ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบสุขภาพดังกล่าว มาขึ้นทะเบียนใช้บริการสถานพยาบาลของตนเป็นจำนวนมาก เพราะจะได้เงินจากผู้ให้ประกันมากขึ้น และเพื่อป้องกันความเสี่ยงของการเจ็บป่วยของผู้ที่มากขึ้นทะเบียน สถานพยาบาลจึงมีแรงจูงใจในการเลือกผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยต่ำ เช่น ประชาชนในวัยทำงาน และปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยสูง เช่น คนชรา หรือผู้ป่วย ที่มีโรคประจำตัว

### 4. จ่ายตามรายวัน (daily charge)

เป็นการจ่ายแบบราคาเดียว ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อวัน แล้วคูณด้วยจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนที่โรงพยาบาล วิธีการจ่ายเงินดังกล่าวนี้ อาจทำให้โรงพยาบาลมีแรงจูงใจในการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยใน และอาจเพิ่มวันนอนของผู้ป่วยในให้นานยิ่งขึ้น

### 5. จ่ายตามรายปีแบบงบประมาณ (budget)

วิธีนี้มักใช้ในระบบที่รัฐบาลเป็นผู้จัดบริการ แต่การจ่ายเงินวิธีการดังกล่าวไม่มีความยืดหยุ่นเท่าที่ควร เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดหมายระหว่างปี อาจทำให้เกิดปัญหาในเรื่องการดำเนินการได้

นอกจากนี้ เมื่อมีการจ่ายค่าบริการก่อนเดิวนในหนึ่งปี อาจเกิดปัญหาขึ้นคล้ายกับวิธีการจ่ายเงินแบบต่อหัว กล่าวคือ สถานพยาบาลอาจมีแรงจูงใจในการลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีต่างๆที่ได้กล่าวไปแล้วก็ได้

6. จ่ายตามรายเดือน (salary) หมายถึง การจ่ายบุคลากรที่ให้บริการเป็นเงินเดือน
7. จ่ายเป็นค่าตอบแทนพิเศษ (bonus) มักใช้เป็นที่เสริมสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์

### 2.1.6 กลไกในการควบคุมแรงจูงใจทางการเงิน

1. การตรวจสอบ โดยแตกต่างกันไปตามลักษณะวิธีการจ่ายเงิน ได้แก่

#### 1.1 วิธีจ่ายเงินแบบตามรายการ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และประกัน

เอกชน อันมีวิธีการจ่ายเงินตามรายการที่ขอเบิกมา วิธีการนี้อาจเกิดปัญหาเกิดจากแรงจูงใจทางการเงิน อันอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพของบริการได้ เช่น การตรวจรักษามากเกินความจำเป็น จ่ายยา หรือใช้เครื่องมือราคาแพงในการรักษาเพื่อให้ได้กำไรจากบริการดังกล่าวแก่ตนเอง และนำไปเป็นทุนสำรองไว้อุดหนุนระบบประกันอื่นที่ใช้ระบบเหมาจ่าย การตรวจสอบวิธีการจ่ายเงินวิธีนี้สามารถตรวจสอบได้ง่ายที่สุด โปร่งใสที่สุด เพราะทั้งฝั่งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการต้องส่งรายละเอียดในการตรวจรักษา เพื่อการเบิกค่าบริการไปยังผู้ให้ประกัน ดังนั้น หลักฐานและเอกสารต่างๆเกี่ยวกับชนิดและปริมาณของการตรวจรักษาจึงอยู่ที่ผู้ให้ประกัน ซึ่งทำให้สามารถสุ่มเลือกมาตรวจสอบได้เป็นระยะๆอย่างสม่ำเสมอ

1.2 การจ่ายตามรายโรค ซึ่งเป็นการจ่ายตามรายครั้งในการให้บริการแก่ผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ให้บริการจะรายงานรายละเอียดในระดับของการวินิจฉัยเพื่อเบิกจ่ายเงิน ส่วนรายละเอียดในการตรวจรักษาแต่ละรายการ อาจไม่ได้รายงานหรือรายงานแบบไม่สมบูรณ์ และทางผู้ให้ประกันในทางปฏิบัติก็จะไม่ขอตรวจสอบ เนื่องจากต้องใช้งบประมาณในการตรวจสอบเป็นจำนวนมาก

1.3 การจ่ายเงินโดยวิธีเหมาจ่ายต่อหัวและแบบงบประมาณ ในทางปฏิบัติ แม้ผู้ให้ประกันจะกำหนดกฎเกณฑ์ให้มีการส่งรายงานหรือรายละเอียดในการรักษาก็ตาม แต่สถานพยาบาลก็ไม่มีแรงจูงใจในการรายงานรายละเอียดของการให้บริการเพื่อประกอบการเบิกค่าบริการ เนื่องจากสถานพยาบาลได้รับเงินมาเป็นรายหัวมาแล้วในปีงบประมาณ ดังนั้น รายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการจึงอยู่ที่ผู้ให้บริการทั้งหมด การตรวจสอบในทางปฏิบัติจึงทำได้ยาก และการติดตามทวงถามข้อมูลจากผู้ให้บริการต่างๆ ก็มีค่าใช้จ่าย ประกอบกับการสุ่มตรวจตามโรงพยาบาลก็ทำได้ยากเช่นเดียวกัน ดังนั้น หากปล่อยให้ระบบตรวจสอบเป็นเช่นนี้ต่อไป อาจกระทบถึงคุณภาพบริการได้

2. การรับรองมาตรฐานผู้ให้บริการ

ผู้ให้ประกันควรมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานการบริการสุขภาพและระบบการตรวจสอบ

ผู้ให้บริการ และออกข้อกำหนดว่า สถานพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวเท่านั้น จะสามารถเข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการในระบบประกันสุขภาพนั้นได้ และผู้ให้ประกันก็ควรตรวจสอบเป็นระยะๆด้วย

### 3. การให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกผู้ให้บริการ

ทำให้ผู้ให้บริการเกิดแรงจูงใจที่จะพัฒนาคุณภาพของตน เพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลของตน หรือเลือกใช้บริการในสถานพยาบาลของตน

### 4. การร้องเรียน

แม้จะจัดให้มีกลไกในการควบคุมดังกล่าว แต่ก็อาจเกิดปัญหาของการให้บริการ ระบบประกันสุขภาพจึงต้องจัดให้มีระบบการร้องเรียน และการพิจารณากรณีที่ร้องเรียน ด้วยความโปร่งใสเป็นกลาง

## 2.2 ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ในประเทศไทย ระบบประกันสุขภาพในแต่ละประเภทล้วนแต่มีลักษณะเฉพาะตัวที่แตกต่างกัน ทั้งในด้านของข้อกำหนดในส่วนของสิทธิประโยชน์ สิทธิในการเลือกผู้ให้บริการ ความเป็นต้น ซึ่งในประเด็นที่มีความแตกต่างกันดังกล่าวนี้ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและประโยชน์ที่ผู้มีสิทธิในกลุ่มต่างๆของประเทศไทยจะได้รับ ทำให้เรื่องดังกล่าวเหล่านี้กลายเป็นประเด็นนโยบายทางสังคมที่กระทบในวงกว้าง

### 2.2.1 ประเภทของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

#### (ก) โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

โครงการดังกล่าวนี้ ปัจจุบันบริหารจัดการดูแลโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง โครงการนี้เป็นสิทธิประโยชน์ที่รัฐบาลให้การช่วยเหลือแก่บุคลากรของรัฐที่เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ พนักงานของรัฐสังกัดกระทรวง สาธารณสุข รวมถึงบุคคลในครอบครัว ในลักษณะสวัสดิการนอกเหนือจากเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัดบำนาญ เมื่อผู้นั้นเจ็บป่วยหรือ ประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัยและได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล โดยรัฐบาลเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการรักษาให้ โครงการดังกล่าวนี้เป็นระบบประกันสุขภาพที่ให้สวัสดิการกว้างขวางที่สุดในประเทศ

เมื่อเปรียบเทียบโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนี้ กับโครงการประกันสุขภาพภาคอื่น ๆ จะเห็นได้ว่า โครงการสวัสดิการรักษายาบาลครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลอย่างเต็มที่ และจากการที่ให้ผู้มีสิทธิและสถานพยาบาลมีการเบิกจ่าย แบบตามรายการ (fee-for-service) ทำให้โครงการประกันสุขภาพดังกล่าว มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่นอกจากสาเหตุด้านการเบิกจ่ายแล้ว ยังอาจเป็นเพราะโครงการสวัสดิการดังกล่าว ขาดกระบวนการตรวจสอบที่รัดกุม มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ.2543 จึงให้กระทรวงการคลังปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพื่อให้ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ และบุคคลในครอบครัว ได้รับคุณภาพในการรักษายาบาลเพิ่มมากขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ สามารถควบคุมและตรวจสอบค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การเบิกจ่ายเงินของผู้มีสิทธิในโครงการนี้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ในปัจจุบันการเบิกจ่ายเงินของผู้มีสิทธิในโครงการนี้ใช้วิธีการเบิกจ่ายย้อนหลังตามค่าบริการที่เรียกเก็บโดยสถานพยาบาล (fee-for-service) โดยผู้ป่วยนอกนั้น เดิมผู้มีสิทธิต้องทอรองจ่ายเองไปก่อน แล้วนำใบเสร็จที่ได้รับ ไปเบิกจ่ายกับทางราชการโดยผ่านต้นสังกัดของข้าราชการผู้นั้น แต่ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 เป็นต้นมา ผู้มีสิทธิทุกรายสามารถมีสิทธิขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลที่รักษา เพื่อให้โรงพยาบาลเบิกจ่ายตรงจากกรมบัญชีกลาง โดยผู้ป่วยไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า

ส่วนผู้ป่วยในนั้น ในกรณีที่ใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐนั้น สถานพยาบาลของรัฐจะเป็นผู้ทำฎีกาเบิกจ่ายจากทางราชการเองโดยตรง โดยกระทรวงการคลังได้กำหนดให้การจ่ายเงินเป็นค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยภายในสถานพยาบาลของทางราชการ ใช้การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 4 (Thai DRGs Version 4) เป็นเกณฑ์ในการจ่ายเงินเพื่อการเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นไปด้วยความถูกต้องเหมาะสม<sup>6</sup> เนื่องจากแต่เดิมนั้น กรมบัญชีกลางจะจ่ายเงินให้สถานพยาบาลของรัฐเต็มจำนวนตามจำนวนค่ารักษาของผู้มีสิทธิที่สถานพยาบาลเบิกไป ซึ่งวิธีการเบิกจ่ายดังกล่าว ก่อให้เกิดพฤติกรรมเบิกจ่ายที่ไม่ถูกต้อง โดยสถานพยาบาลบางแห่ง ได้วิธึแปลงผู้ป่วยนอกเป็นผู้ป่วยใน โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เพื่อเอื้อต่อทั้งผู้ป่วยเอง ที่ไม่ต้องออกเงินทอรองจ่ายไปล่วงหน้า และสถานพยาบาลสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้มากขึ้น แต่เมื่อมีการกำหนดวิธีการเบิกจ่ายดังกล่าว ทำให้สถานพยาบาลต้องรายงานข้อมูลผู้ป่วยในให้ละเอียดมากกว่าวิธีการเบิกจ่ายแบบเดิม เท่ากับเป็นการตรวจสอบและลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องดังกล่าวลงไป

### (ข) โครงการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

#### ความหมายของการประกันสังคม

<sup>6</sup> กรมบัญชีกลาง, “หนังสือที่ กค. 0422.2/ว188”, 28 พฤษภาคม 2551.



ศ.นิคม จันทรวาทูร ได้ให้ความหมายของการประกันสังคม(social welfare) ว่าเป็นโครงการที่รัฐบาลได้จัดขึ้น มีวัตถุประสงค์ที่จะสร้างความมั่นคงและหลักประกันให้แก่ประชาชน โดยมีการเก็บเงินส่วนหนึ่งของรายได้จากประชาชนที่มีรายได้ นำมาสมทบรวมกันเป็นกองทุนกลางเพื่อนำไปช่วยเหลือประชาชนในกรณีที่ประสบเคราะห์กรรม เช่น อุบัติเหตุ เจ็บป่วย พิกัด ทูพพลภาพ กรณีตกงาน และชราภาพ<sup>7</sup>

นอกจากนี้ มงคล กริชติทายาวุธ ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านกฎหมายประกันสังคม ยังได้ให้ความหมายการประกันสังคมไว้ดีกว่า เป็นระบบที่ทั้งนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ได้เข้ามามีส่วนร่วมกันดำเนินการ เพื่อตอบสนองความต้องการ และความจำเป็นของลูกจ้าง โดยทั้งสามฝ่ายเข้าร่วมส่งเงินสมทบเข้ากองทุน ทั้งนี้ เพื่อให้คนในสังคมมีความมั่นคง โดยให้ประชาชนที่อยู่ในข่ายถูกบังคับ ได้ให้ความช่วยเหลือผู้ประสบความเดือดร้อนอันเนื่องมาจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย นอกรงาน ทูพพลภาพ คลอดบุตร ตาย ชราภาพ สงเคราะห์บุตร และว่างงานนั่นเอง<sup>8</sup>

การประกันสังคมมีความจำเป็น เนื่องจากเมื่อระบบการผลิตมีการเปลี่ยนแปลงจากการใช้แรงงานคนมาเป็นการใช้เครื่องจักร และพลังงานต่างๆ มีการจ้างแรงงานมากขึ้น คนงานต้องพึ่งพารายได้และค่าจ้าง ไม่สามารถพึ่งพาตัวเองได้เช่นเดียวกับสมัยก่อน รายได้กลายเป็นเรื่องสำคัญ หากขาดงานก็จะขาดรายได้ ในกรณีที่คนงานประสบอุบัติเหตุ เจ็บป่วย ว่างงาน ก็ต้องขาดรายได้ คนงานเหล่านี้ก็จะเกิดความเดือดร้อน โดยเหตุนี้ ทำให้รัฐต้องเข้ามาช่วยเหลือโดยการออกกฎหมายประกันสังคม และอาจกล่าวได้ว่า การประกันสังคมนั้นเป็นการสร้างความมั่นคงของคนในสังคม ร่วมกันช่วยเหลือทั้งสุขและทุกข์ เพราะเมื่อใดประชาชนในสังคมมีความแตกต่างในเรื่องรายได้ และความ เป็นอยู่กันน้อย สังคมนั้น จะมีความมั่นคง และสงบสุข นอกจากนี้ การประกันสังคมยังเป็น ขบวนการทางเศรษฐกิจ เพราะกองทุนประกันสังคมเป็นแหล่งเงินออมแหล่งหนึ่ง ซึ่งช่วยให้คนงาน หรือประชาชนได้มีเงินใช้สอย ในกรณีที่ประสบเคราะห์กรรมต่างๆ ช่วยให้การผลิตดำเนินต่อไป จึงเป็นแหล่งหนึ่งซึ่งช่วยสร้างความมั่นคงและเสถียรภาพทางการเงินของประเทศ โดยเฉพาะในช่วงที่ประเทศประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ

ในประเทศไทย แต่เดิมมีการตราพ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2497 เป็นกฎหมายประกันสังคมฉบับแรกของไทย แต่ก็ได้มีการบริหารองค์กรที่จัดตั้งขึ้นมารองรับอย่างจริงจัง และไม่มีพระราชกฤษฎีกาประกาศใช้ในท้องที่ใดโดยเฉพาะ พ.ร.บ.ประกันสังคมดังกล่าวจึงไม่เคยได้มีผลบังคับ จนประเทศไทยได้ออก พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบัน โครงการดังกล่าว มีสำนักงานประกันสังคมเป็นองค์กรทำหน้าที่บริหารงานกองทุน โครงการประกันสังคมนี้ เป็น

<sup>7</sup> นิคม จันทรวาทูร, กฎหมายประกันสังคม : 35ปีแห่งการฝ่าฟันจนฝันเป็นจริง, หน้า 2.

<sup>8</sup> มงคล กริชติทายาวุธ, “ การประกันสังคมในประเทศไทย,” ใน แนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องตามกฎหมายประกันสังคม (ภาคพิศดาร), (สำนักพิมพ์ธรรมนิติ), หน้า 3.



โครงการภาคบังคับสำหรับลูกจ้างเอกชนในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ เนื่องจากลูกจ้างในกิจการที่อยู่ในบังคับของกฎหมายนี้ ต้องตกเป็นผู้ประกันตน มิใช่ต้องสมัคร หรือขอเป็นผู้ประกันตนก่อนแต่หากเป็นบุคคลอื่น ก็ขึ้นอยู่กับความสมัครใจว่าประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนหรือไม่ แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีข้อยกเว้นสำหรับผู้ทำงานบางประเภท ที่ไม่ต้องอยู่ภายใต้บังคับของโครงการนี้ อันได้แก่ข้าราชการ และลูกจ้างประจำของส่วนราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น แต่ไม่รวมถึงลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศ และองค์การต่างประเทศ ลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานภายในประเทศ แต่ไปประจำทำงานในต่างประเทศและครูของโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชนรวมถึงกรณีสถานประกอบการที่มีการจัดสวัสดิการหรือให้ประโยชน์ทดแทนก่อนหน้าการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ และให้ประโยชน์มากกว่าที่กฎหมายกำหนด

แหล่งที่มาของกองทุนประกันสังคมประกอบด้วยเงินสมทบที่เรียกเก็บจาก 3 ฝ่าย, เงินเพิ่ม, ผลประโยชน์ของกองทุน, เงินค่าธรรมเนียม, เงินที่ได้รับจากการบริจาค หรืออุดหนุนและเงินอุดหนุนหรือเงินอุดหนุนจากรัฐบาลจ่าย และรายได้อื่นๆ

ในการเลือกสถานพยาบาลนั้น ผู้มีสิทธิประกันสังคมสามารถเลือกสถานพยาบาลหลักได้เอง โดยกองทุนประกันสังคมจ่ายเงินให้สถานพยาบาลล่วงหน้าและเป็นกองทุนแรกที่ทำหน้าที่ซื้อบริการประกันการรักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิโดยใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว (capitation) เป็นหลัก และต่อมาก็ค่อยๆปรับกลไกการจ่ายเงินโดยผสมผสานวิธีอื่นเข้ามาด้วย เพื่อที่จะลดแรงจูงใจผู้ให้บริการที่มักจะปฏิเสธการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง หรือรักษาแต่ไม่เต็มที่อันเนื่องมาจากงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด โรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมหลายแห่ง มีโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือคลินิกเป็นสถานพยาบาลเครือข่าย และมีสัญญาส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการรักษาที่ซับซ้อนให้กับโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ตามพ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีการให้สิทธิประโยชน์ 7 ด้านซึ่งรวมสิทธิในด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการทำงานอยู่ด้วย ได้แก่

- (ก) กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (มาตรา 62)
- (ข) กรณีคลอดบุตร
- (ค) กรณีทุพพลภาพ
- (ง) กรณีตาย
- (จ) กรณีสงเคราะห์บุตร
- (ฉ) กรณีชราภาพ
- (ช) กรณีว่างงาน

ในปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมกำหนดจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายในอัตรา 1,306 บาท/คน/ปี (ในปี พ.ศ. 2551) ซึ่งจะจ่ายตามจำนวนผู้ประกันตนที่เป็นสมาชิกและจ่ายล่วงหน้าเป็นรายเดือน ตามระเบียบที่กำหนดภายใน 15 วันของแต่ละเดือน

นอกจากนี้เพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับบริการทางการแพทย์อย่างเหมาะสมและยุติธรรม สำนักงานประกันสังคมยังจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลอื่น ได้แก่ ค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสียงในอัตรา 233 บาท ค่าอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนเฉลี่ยคนละ 57 บาท อีกทั้งยังมีค่ารักษาพยาบาล โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ค่ายาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ HIV และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์อีกด้วย ซึ่งรวมแล้วจะมีค่าใช้จ่ายที่สำนักงานประกันสังคมจะต้องจ่ายให้แก่สถานพยาบาลในอัตราเฉลี่ย 2,194.21 บาทต่อคนต่อปี ทั้งนี้ผู้ประกันตนจะได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลตามมาตรฐานหลักวิชาการแพทย์ โดยได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐานไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ

สำหรับการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานอยู่ในความรับผิดชอบของกองทุนเงินทดแทน ซึ่งกฎหมายกองทุนเงินทดแทนนั้น ตามหลักกฎหมายสากล คือ กฎหมายประกันอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน และโรคอันเกิดจากการทำงาน โดยตั้งกองทุนเงินทดแทนขึ้นให้นายจ้างจ่ายเงินสมทบเพื่อนำมาช่วยคนงานที่เจ็บป่วยและรับอุบัติเหตุจากการทำงาน กองทุนเงินทดแทนเก็บเงินสมทบจากนายจ้างฝ่ายเดียว และอยู่ในความดูแลของสำนักงานประกันสังคมเช่นกัน โดยกองทุนเงินทดแทนจ่ายเงินตามค่าบริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ แต่มีการกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายต่อการเจ็บป่วยเอาไว้

แม้กฎหมายกองทุนเงินทดแทนนี้ จะถือได้ว่าเป็นกฎหมายประกันสังคมประเภทหนึ่งที่มีหลักการใกล้เคียงกับการจัดการประกันสังคม แต่ก็มีความแตกต่างกันตรงที่กฎหมายกองทุนเงินทดแทนประกันการขาดรายได้ การรักษาพยาบาลในกรณีที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน แต่ระบบประกันสังคมประกันสวัสดิภาพในเรื่องความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ และการเสื่อมสมรรถภาพของร่างกายซึ่งอาจเกิดตามธรรมชาติ หรือเหตุอื่นๆ และส่งผลให้ขาดรายได้ แม้ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการทำงานก็ตาม<sup>9</sup> ส่วนความแตกต่างระหว่างโครงการประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน กับโครงการประกันสุขภาพอื่น ได้แก่ ในโครงการประกันสังคมนั้น สิทธิประโยชน์ในด้านการรักษาพยาบาลนั้น ผูกติดกับสิทธิประโยชน์ด้านอื่นๆอย่างแนบแน่นกว่าในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ซึ่งแยกออกมาจากสิทธิอื่นๆรวมทั้งสิทธิในเรื่องบำเหน็จบำนาญอย่างชัดเจน) หรือโครงการ 30 บาท(ซึ่งไม่ครอบคลุมไปถึง

<sup>9</sup> นิคม จันทรวิฑูร, กฎหมายประกันสังคมฉบับประวัติศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 1(หอรัศนชัยการพิมพ์, 2533), หน้า 5.

สิทธิประโยชน์ด้านอื่นนอกเหนือจากการรักษาพยาบาล) สำหรับกองทุนเงินทดแทนนั้น เป็นโครงการที่ให้นายจ้างร่วมจ่ายเงินทดแทนความเสียหายที่เกิดขึ้น<sup>10</sup>

### (ค) กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ

สาเหตุหนึ่งในการตายในช่วงกว่า 3 ทศวรรษที่ผ่านมา คือ การเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยอัตราการเสียชีวิตของผู้ได้รับอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 3.6 ของผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งส่วนใหญ่แล้ว ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุดังกล่าว มักอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจ โดยคิดเป็นรายได้จากการทำงานที่ต้องสูญเสียไป เนื่องจากการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร ประมาณ 4.8 ล้านบาทต่อราย ความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย และทรัพย์สินโดยรวมของประเทศคิดเป็นจำนวนถึง 1,571.8 ล้านบาทในปี 2540 นอกจากนี้ อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นแม้มีผู้ก่อให้เกิดความเสียหายแต่โรงพยาบาลก็ต้องสูญเสียทรัพยากรอันเป็นงบประมาณของประเทศในการให้การรักษา ในจำนวนหนึ่งในสี่ของผู้เข้ารับการรักษาตัวโดยการนอนที่โรงพยาบาลนั้น ใช้เวลารักษาตัวเป็นเวลา 10-12 วัน และผู้ป่วยแต่ละราย มีค่ารักษาเฉลี่ย รายละ 12,000-26,000 และค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เรียกเก็บสำหรับผู้ป่วยจากอุบัติเหตุจากรถสูงถึง 71% ของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมด

#### วัตถุประสงค์ของการประกันความเสียหายของผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจากรถ

เมื่อเกิดอุบัติเหตุจากรถ จะส่งผลให้เกิดการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขจำนวนมากมหาศาล (catastrophic illness) ในจำนวนหนึ่งในสี่ของผู้เข้ารับการรักษาตัวโดยการนอนที่โรงพยาบาลนั้น ใช้เวลารักษาตัวเป็นเวลา 10-12 วัน และผู้ป่วยแต่ละราย มีค่ารักษาเฉลี่ย รายละ 12,000-26,000 และค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เรียกเก็บสำหรับผู้ป่วยจากอุบัติเหตุจากรถ สูงถึง 71% ของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมด ผู้ป่วยบางราย อาจไม่สามารถรับภาระในส่วนนี้ได้ และการเรียกร้องเอาผิดเพื่อให้ได้รับค่าเสียหายกับผู้ก่อให้เกิดอุบัติเหตุดังกล่าว ก็เป็นการยาก และใช้เวลานาน อาจทำให้ผู้ได้รับบาดเจ็บไม่ได้รับการชดเชยอย่างเต็มจำนวน และไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที หากไม่สามารถจ่ายค่ารักษาในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลเอกชน กรณีดังกล่าว อาจส่งผลต่อ

<sup>10</sup> วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชานา ณ ระนอง, สรชัย เตรียมวรกุล และศศิวิทย์ วงศ์มณฑา, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545-2546 รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 1 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง, (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2548), หน้า 57.

ชีวิตของผู้ประสบภัยได้ และหากแม้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการชำระ โรงพยาบาลก็จะใช้จากงบประมาณแผ่นดิน หรือไม่เช่นนั้น โรงพยาบาลก็ต้องรับความเสี่ยงเหล่านี้เอง ด้วยเหตุผลดังกล่าว รัฐจึงเห็นถึงความจำเป็นในการใช้การประกันเป็นเครื่องมือกระจายความเสี่ยงทางการเงิน โดยอาศัยบริษัทประกันภัยเอกชนเข้ามาเป็นผู้แบ่งเบาภาระดังกล่าวในด้านการจัดการ จนเกิดพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ขึ้น โดยกฎหมายฉบับดังกล่าว มีเจตนารมณ์ที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่

1. เพื่อคุ้มครอง และให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งได้รับอันตรายแก่ชีวิต หรือร่างกาย ให้ได้รับการชดเชยความเสียหายอย่างทันที และแน่นอน
2. เพื่อเป็นหลักประกันว่า สถานพยาบาลทุกแห่ง จะได้รับเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลอย่างแน่นอน และรวดเร็วในการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้บาดเจ็บ
3. บังคับให้ธุรกิจประกันภัย มีส่วนร่วมในการแบ่งเบาค่าเสียหาย และความเดือดร้อนของผู้ประสบภัย และครอบครัว นอกจากนี้ ยังเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของรัฐบาลด้านสวัสดิการสงเคราะห์
4. บังคับให้เจ้าของรถ ต้องจัดหลักประกันความเสียหายให้แก่ผู้ประสบภัยจากรถ ด้านชีวิตและร่างกาย

โดยหลักของกฎหมายฉบับนี้ เป็นประกันภัยภาคบังคับให้คนที่มารถต้องทำประกันภัย เพื่อคุ้มครองความเสียหายต่อร่างกาย ไม่รวมทรัพย์สิน ถ้าหากต้องการให้คุ้มครองทรัพย์สินด้วยก็ต้องซื้อประกันภัยเพิ่มเติม ส่วนประกันภัยภาคบังคับเป็นสวัสดิการสังคม ที่คาดกันว่าไม่ควรมีกำไร และไม่ควรขาดทุน(No-Loss No-Profit) การกำหนดเบี้ยประกันภัยจึงคิดคำนวณจำนวนเงินเท่าที่เป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ หากระยะแรกได้กำไร ปีต่อไปควรจะลดอัตราเบี้ยประกันภัยลง หรือขยายความคุ้มครองให้มากกว่าเดิม นั่นคือ จะจ่ายค่าสินไหมทดแทนเพื่ออันตรายที่เกิดจากรถหรือสิ่งบรรทุกหรือติดตั้งในรถ ให้แก่

1. ผู้เอาประกันภัย และลูกจ้างของผู้เอาประกันภัย ครอบครัวของผู้เอาประกันภัย
2. ผู้ที่ไม่ได้เอาประกันภัย แต่ได้รับอันตรายจากรถ ไม่ว่าจะอยู่บนหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของรถ อาจจะกำลังขึ้นหรือลงจากรถก็ตาม และยักรวมถึงทายาท โดยธรรมชาติของผู้ประสบภัยซึ่งถึงแก่ความตาย ตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535<sup>11</sup>

ปัจจุบัน การจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัยจากรถกำหนดไว้เพียง 2 กรณี คือ กรณีบาดเจ็บ จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 15,000 บาท กรณีเสียชีวิต จ่ายเป็นค่าปลงศพ จำนวน 35,000 บาท กรณีบาดเจ็บและต่อมาเสียชีวิตในภายหลัง จ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นได้ไม่เกิน 50,000

<sup>11</sup> ไฉไล สักคิรพงศ์, “ปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535,” วิทยาสารเกษตรศาสตร์ 21,1 (2543): หน้า 70.



บาท และมีผู้ประสบภัยจำนวนหนึ่งที่ได้รับบาดเจ็บและทุพพลภาพหรือสูญเสียอวัยวะ ซึ่งเท่ากับว่าผู้ประสบภัยเหล่านั้นได้เสียความสามารถในทางเศรษฐกิจไม่ต่างกับการเสียชีวิต พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550 จึงได้ขยายนิยามของคำว่า “ค่าเสียหายเบื้องต้น” ให้หมายความรวมถึงค่าเสียหายและค่าใช้จ่ายที่จำเป็นอย่างอื่น เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของผู้ประสบภัยในเบื้องต้นด้วย ซึ่งทำให้สามารถจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยที่ทุพพลภาพหรือสูญเสียอวัยวะได้ คณะกรรมการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จึงมีมติให้จ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยกรณีผู้ประสบภัยทุพพลภาพหรือสูญเสียอวัยวะจำนวน 35,000 บาท เท่ากับกรณีเสียชีวิตโดยใช้เกณฑ์เดียวกันกับการจ่ายตามจำนวนเงินเอาประกันภัยกรณีทุพพลภาพหรือสูญเสียอวัยวะ นอกจากนี้ยังกำหนดให้กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ที่รับโอนสิทธิเรียกร้องจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลได้

ค่าเสียหายเบื้องต้นดังกล่าวนี้ ยังไม่ใช่ค่าสินไหมทดแทน แต่เป็นลักษณะของเงินสำรองจ่ายไปก่อนโดยมิต้องพิจารณาว่าใครผิดใครถูก เนื่องจากแม้ว่าผู้ประสบภัยจะได้รับเงินค่าเสียหายเบื้องต้นแล้ว ก็ไม่ตัดสิทธิผู้ประสบภัยที่จะเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเพิ่มเติมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่ง ในการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายต่อร่างกายนั้น ส่วนใหญ่จะยึดหลัก Indemnity คือจ่ายเท่าความเสียหายจริง แต่ไม่เกินจำนวนที่กำหนดไว้ ส่วนกรณีเสียชีวิต จะยึดหลัก Agreed Value คือจ่ายเป็นจำนวนแน่นอนตามที่ได้กำหนดไว้ ในการขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นดังกล่าว ผู้ประสบภัยหรือทายาทต้องร้องขอรับจากบริษัทที่รับประกันภัยไว้ หรือจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ในกรณีดังต่อไปนี้

1. เจ้าของรถที่ก่อความเสียหาย มิได้จัดให้มีการประกันภัยเพื่อคุ้มครองความเสียหายสำหรับผู้ประสบภัยจากรถ และเจ้าของรถไม่ยอมจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัย หรือจ่ายไม่ครบจำนวน
2. ขณะเกิดเหตุ รถที่ก่อให้เกิดความเสียหายมิได้อยู่ในความครอบครองของเจ้าของรถ เพราะเหตุที่รถนั้น ได้ถูกยักยอก น้อ โกง กรรโชก ลักทรัพย์ ริดเอาทรัพย์ ชิงทรัพย์ หรือปล้นทรัพย์ และเจ้าของรถได้ร้องทุกข์ตามระเบียบแล้ว
3. ไม่มีผู้แสดงตนเป็นเจ้าของรถที่ก่อให้เกิดความเสียหาย และรถนั้นไม่มีการประกันภัยกับบริษัทประกันภัยเพื่อคุ้มครองความเสียหายสำหรับผู้ประสบภัยจากรถ
4. มีความเสียหายเกิดแก่ผู้ประสบภัย และรถคันที่ก่อให้เกิดความเสียหายนั้นหลบหนีไปหรือไม่อาจทราบได้ว่ารถคันใดก่อให้เกิดความเสียหาย
5. บริษัทประกันภัยไม่จ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัย หรือจ่ายแต่ไม่ครบจำนวน
6. ความเสียหายที่เกิดแก่ผู้ประสบภัยนั้น เกิดจากรถที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องทำประกันภัย เช่น รถของหน่วยงานราชการต่างๆ เป็นต้น



นอกจากค่าเสียหายเบื้องต้นแล้ว พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ยังได้กำหนดค่าสินไหมทดแทนส่วนที่เกินจากค่าเสียหายเบื้องต้นไว้อีกด้วย ซึ่งค่าเสียหายในส่วนดังกล่าว จะชดใช้ให้ภายหลังที่ได้มีการพิสูจน์ความรับผิดชอบตามกฎหมายแล้ว โดยบริษัทที่รับประกันภัยผู้เอาประกันที่เป็นฝ่ายผิดต้องรับผิดชอบค่าเสียหายให้แก่ผู้ประสบภัย หรือทายาท โดยจำนวนเงินดังกล่าว เมื่อรวมกับค่าเสียหายเบื้องต้น ที่ผู้ประสบภัย หรือทายาทได้รับแล้ว กรณีบาดเจ็บเป็นค่ารักษาพยาบาลและค่ารักษาอันจำเป็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามความเป็นจริง ไม่เกิน 50,000บาท หากสูญเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพจะได้รับไม่เกิน 100,000 บาท ไม่ว่าจะมีการรักษาพยาบาลหรือไม่

ในการเบิกจ่ายเงินชดเชยความเสียหายทั้งในส่วนค่าเสียหายเบื้องต้น และค่าเสียหายในส่วนที่เกินกว่าค่าเสียหายเบื้องต้น ต้องกระทำโดยผู้เสียหาย คือ ผู้ประสบภัย หรือทายาท ซึ่งผู้เสียหายจะต้องทำการชำระค่ารักษาพยาบาลไปก่อน แล้วจึงจะนำหลักฐานการชำระเงิน ไปขอเบิกจากบริษัทประกันในภายหลัง ซึ่งระบบดังกล่าว เรียกว่า Indemnity insurance โดยจะต้องดำเนินการขอเบิกภายใน 180 วัน หลังการเกิดความเสียหาย ซึ่งขั้นตอนดังกล่าว ก่อให้เกิดความยุ่งยาก ดังนั้น กฎหมายจึงผ่อนคลาย ให้สถานพยาบาลทำการขอเบิกจ่ายกับบริษัทประกัน หรือกองทุนทดแทนได้โดยตรง หากได้รับมอบเงินจากผู้ป่วย

### (ง) โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในปีพ.ศ. 2540 ประเทศไทยได้มีรัฐธรรมนูญฉบับใหม่เกิดขึ้น ซึ่งได้ให้สิทธิ และเสรีภาพกับประชาชนเพิ่มมากขึ้น รวมถึงสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุข ดังที่ได้ระบุไว้ในมาตรา 52ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ...” และมาตรา 82ระบุว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” จึงทำให้เกิดกระแสนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น จนเมื่อพรรคไทยรักไทยได้เข้ามาเป็นรัฐบาล ในพ.ศ. 2544 ก็ได้มีโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคขึ้น ใน 6 จังหวัดนำร่อง โดยออก “บัตรทอง” สำหรับกลุ่มประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ โดยดำเนินการเช่นเดียวกับโครงการ สปร. ต่อมา ก็ได้มีการขยายโครงการดังกล่าว ไปครบทุกจังหวัด(ยกเว้นกรุงเทพมหานครชั้นใน) และได้บูรณาการโครงการสปร.เข้ากับโครงการนี้ และเปลี่ยนบัตรสปร.เป็นบัตรหมวดทอง “ท” (ซึ่งผู้ถือบัตรนี้ไม่ต้องจ่าย 30 บาทเมื่อไปใช้บริการ) เลิกขายบัตรสุขภาพ 500 บาท และค่อยๆเปลี่ยนบัตรสุขภาพที่หมดอายุเป็นบัตรทองทั้งหมด จน เดือน เมษายน

2545 รัฐบาลก็ได้ดำเนินโครงการดังกล่าว ครอบคลุมทั่วประเทศ<sup>12</sup> การเกิดขึ้นของโครงการดังกล่าว อาจถือได้ว่าเป็นก้าวที่สำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมีเป้าหมายในการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยต้องถือเป็น "สิทธิ" ขึ้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เพียงการสงเคราะห์หรือช่วยเหลือจากรัฐอีกต่อไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญตามที่ได้กล่าวมาแล้ว นอกจากนี้ ยังได้มีการออกพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ขึ้นเพื่อรองรับโครงการดังกล่าวด้วย โดยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ให้การคุ้มครองประชาชนที่อยู่นอกรางงานทั้งหมด คู่ขนานกับหลักประกันสำหรับประชาชนในการจ้างงาน ได้แก่ข้าราชการ และลูกจ้างของธุรกิจเอกชน

ความจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์สุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 52กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ตามที่กฎหมายกำหนด” ซึ่งยังไม่มีความหมายใดกำหนดว่าประชาชนจะได้รับสิทธิเสมอกันมาก่อนดังที่รัฐธรรมนูญฉบับนี้ระบุไว้แต่อย่างใด
2. เมื่อเจ็บป่วย ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่าย จนอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้
3. ประชาชนจำนวนถึง 20 ล้านคนไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใดๆเลย ส่วนประชาชนอีก 23 ล้านคนได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ซึ่งไม่มีหลักประกันใดที่คุ้มครองให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน
4. ตลาดเสรีของบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้บริโภคขาดข้อมูลและความเข้าใจเพียงพอที่จะเลือกซื้อบริการอย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งยังขาดอำนาจต่อรอง จึงเป็นการยากที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระในการเลือกซื้อบริการสุขภาพ โดยไม่มีการจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ ยิ่งถ้าต้องการความประหยัด และมีคุณภาพ ข้อบกพร่องของกลไกตลาดจะยิ่งชัดเจนขึ้น ดังจะเห็นได้จากบทบาทที่ค่อนข้างจำกัดของธุรกิจประกันสุขภาพของเอกชนในประเทศ
5. แม้การเพิ่มรายได้แก่ประชาชนจะทำให้ยาก แต่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถลดรายจ่ายที่ประชาชนทุกคนจะต้องประสบได้ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศ ในการแก้ไขปัญหาความยากจน<sup>13</sup>

<sup>12</sup>วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง ,ศรชัย เตรียมวรกุล และศศิวิทย์ วงศ์มณฑา, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545-2546 รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 1 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง, หน้า 10.

<sup>13</sup> ดร.สังคิต พิริยะรังสรรค์และคณะวิจัย, โครงการวิจัยความคิดเห็นของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกัน, หน้า 18-19.

ในการจ่ายค่าบริการนั้น ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลและบริหารจัดการโครงการดังกล่าว จะจ่ายเงินโดยใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว (capitation ประชาชนสามารถเลือกสถานพยาบาลที่จะเข้ารับบริการดังกล่าวใน โดยในระยะแรก มีการกำหนดให้เลือกลงตามสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการในเขตพื้นที่เดียวกับทะเบียนราษฎร์

ในช่วงระยะแรก ประชาชนต้องเสียเงิน 30 บาทต่อครั้ง ในการใช้บริการ เพื่อเป็นส่วนร่วมจ่าย แต่ตั้งแต่วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2549 มีประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การยกเลิกค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งลงนามโดย นายมงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นคำสั่งยกเลิกการเรียกเก็บค่าบริการ 30 บาทในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเป็นทางการ

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักที่ประชาชนจะได้รับไว้ ซึ่งหากประชาชนใช้บริการนอกเหนือจากชุดสิทธิประโยชน์หลัก จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง โดยชุดสิทธิประโยชน์หลัก ได้แก่

#### 1. บริการขั้นพื้นฐาน

1.1 การตรวจรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพทั่วไป เช่น การตรวจวินิจฉัยโรค การทันตกรรม บริการอาหารและค่าห้องผู้ป่วยสามัญ การจัดส่งต่อเพื่อรักษาระหว่างโรงพยาบาล

1.2 การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง การรักษาพยาบาลกรณีต่อไป นี้ โดยทั่วไปมีการกำหนดเงื่อนไขและการจ่ายไว้ด้วยว่าไม่เกินเท่าใด ที่สถานพยาบาล (ต้นสังกัด) เบิกได้ ถ้ามีการรักษาพยาบาลส่วนเกิน สถานพยาบาลรับผิดชอบ โดยไม่เก็บเงินเพิ่มจากผู้ป่วย เช่น การรักษาที่มีราคาแพง หรือต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มีราคาแพง การรักษาโดยใช้เทคโนโลยีเฉพาะทางเพื่อความก้าวหน้าทางการแพทย์

1.3 กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน กรณีนี้สามารถใช้บริการในสถานพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้จุดเกิดเหตุทั่วประเทศ ภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากนั้นต้นสังกัดรับผิดชอบ กรณีข้างต้นเมื่อมีกรณีส่งต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยหรือสถานพยาบาลจะได้ค่าชดเชย ค่าพาหนะ ตามอัตราที่กำหนด นอกจากนั้นหน่วยบริการคู่สัญญาจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนที่เกิน

กรณีฉุกเฉิน เป็นกรณีเจ็บป่วยที่โรคหรืออาการของโรคมัถกษณะรุนแรงอาจเป็นอันตรายแก่ชีวิต โรคหรืออาการของโรคมักต้องรักษาด่วน ต้องผ่าตัดด่วน กรณีเช่นนี้สามารถขอรับบริการทางการแพทย์ในสถานบริการที่ใกล้ที่สุด กรณีที่เป็นสถานพยาบาลภายในจังหวัดให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าบริการจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็นภายในระยะไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับแต่เวลาป่วยเข้ารับบริการครั้งแรก โดยไม่รวมวันหยุดราชการปีละไม่เกิน 2 ครั้ง ตามเงื่อนไขที่กำหนด

#### 2. บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค ที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว

เป็นบริการในสถานพยาบาลและให้บริการในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน ฯลฯ แต่การให้บริการชุมชนที่ไม่รวม อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์หลัก คือการให้บริการในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กรณีมีการ

ระบาคของโรค การบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดเชื้อ/สารเสพติด การรณรงค์เพื่อควบคุมโรคเอดส์ ฯลฯ (หน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องตั้งงบประมาณเป็นการเฉพาะ จนกว่าจะกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

### 3. การบริการการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรอง<sup>14</sup>

จากการที่รัฐบาลจัดให้มีโครงการดังกล่าว นอกจากจะทำให้ประชาชนเลือกที่จะใช้บริการทางการแพทย์มากขึ้นแล้ว สิ่งที่ประชาชนโดยส่วนใหญ่ได้รับจากการมีโครงการดังกล่าว คือการลดความกังวลสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อย ว่าหากตนเกิดการเจ็บป่วย ก็จะได้รับดูแลรักษาพยาบาล และสามารถทราบล่วงหน้าว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตน ควรจะเป็นเท่าไร เพราะโครงการ รักษาทุกโรค นี้ มีความชัดเจนของสิทธิว่า การเจ็บป่วยชนิดใดที่ได้รับและ ไม่ได้รับการครอบคลุม ทำให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยมีความเชื่อมั่นที่จะไปพบแพทย์มากขึ้น ส่วนกลุ่มที่มีฐานะปานกลางขึ้นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งโดยปกติแล้วไม่ได้ไปใช้บริการจากโครงการนั้น การมีโครงการดังกล่าว จึงไม่ได้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่าใดนัก แต่คนกลุ่มนี้ มีความเห็นว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เหมือนหลักประกันความไม่แน่นอนในอนาคต เมื่อเป็นโรคที่รุนแรง หรือเสียค่าใช้จ่ายมาก เป็นการเพิ่มความมั่นคงด้านสุขภาพ(health security) ที่จะได้รับการรักษาในยามจำเป็น โดยเสียค่าใช้จ่ายเพียงเล็กน้อย อาจจะกล่าวได้ว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ เติบโตเต็มช่องว่างที่มีอยู่เดิม โดยการให้การประกันสุขภาพแก่ประชาชนที่ไม่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพรูปแบบอื่น

#### (จ) ระบบประกันสุขภาพภาคเอกชน

เป็นรูปแบบหนึ่งของการประกันสุขภาพ โดยการกระจายความเสี่ยงในการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บไปยังคนอื่นหรือกลุ่มคนอื่นเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่บุคคลนั้น อันเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนทางการเงินให้แก่ผู้เอาประกันได้ ซึ่งรูปแบบการประกันสุขภาพภาคเอกชนนี้ เป็นการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ

ในประเทศไทย ธุรกิจการประกันภัยถูกควบคุมอย่างเข้มงวด โดยกฎหมาย เนื่องจากความเกี่ยวข้องกับระบบการคลังสาธารณะและความมั่นคงของชาติ ธุรกิจดังกล่าว ได้มีขึ้นในประเทศไทย เมื่อปีพ.ศ. 2472 พระราชบัญญัติประกันชีวิต และพระราชบัญญัติประกันวินาศภัย พ.ศ.2510 อนุญาตให้ทุนต่างชาติ เข้ามามีส่วนร่วมในธุรกิจประกันภัยของไทยได้ไม่เกิน 15% แต่ไม่อนุญาตให้มีชาวต่างชาติเข้ามาเป็นกรรมการในบริษัทที่ทำธุรกิจประกันภัย ในปีพ.ศ.2521 กระทรวงพาณิชย์ได้

<sup>14</sup> <http://healthnet.md.chula.ac.th/text/forum1/guaranty/index.html>



ออกกฎกระทรวงที่ใช้ควบคุมการจัดตั้งบริษัทที่ให้บริการเฉพาะการประกันสุขภาพและได้มีบริษัทประกันสุขภาพเอกชนแห่งแรกในปีนั้น

กฎหมายทั้งสองฉบับได้รับการแก้ไขข้อกำหนดในกฎหมายดังกล่าวเป็นพ.ร.บ.ประกันชีวิต และพ.ร.บ.ประกันวินาศภัย พ.ศ. 2535 โดยเพิ่มความมั่นคงให้แก่ธุรกิจประกันภัย โดยกำหนดให้มีการเพิ่มทุน เพิ่มอำนาจการควบคุมตรวจสอบ และการก่อตั้งอนุญาโตตุลาการทางการประกันเพื่อยุติข้อขัดแย้งระหว่างบริษัทประกันภัยกับสาธารณชน

ในประเทศไทย บริษัทที่ดำเนินธุรกิจประกันสุขภาพ ได้แก่ทั้งบริษัทประกันชีวิต ซึ่งทำการขายประกันสุขภาพในรูปแบบของสัญญาเพิ่มเติมแนบท้ายกรมธรรม์หลัก ทั้งกรมธรรม์ประกันชีวิต ตามัญรายบุคคล และกรมธรรม์ประกันชีวิตหมู่ และบริษัทประกันวินาศภัย โดยการประกันสุขภาพในภาคเอกชนของประเทศไทย อยู่ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยใน 5 ลักษณะ คือ

1. กรมธรรม์ประกันชีวิตรายบุคคล ซึ่งครอบคลุมการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และการผ่าตัด การประกันสุขภาพนี้ ขายควบกับสัญญาประกันชีวิต ผู้รับประกันภัยแต่ละราย จะกำหนดชุดสิทธิประโยชน์แตกต่างกันหลายรูปแบบ ดังนั้น ผู้เอาประกันภัยสามารถเลือกซื้อได้ตามความต้องการ ซึ่งขึ้นอยู่กับทุนประกันในสัญญาหลัก โดยสิทธิประโยชน์ดังกล่าวนี้ คู่ครองเฉพาะการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน โดยยกเว้นการเข้ารับการรักษายาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอก อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ วงเงินผลประโยชน์ของแต่ละรายการแต่ละแบบแตกต่างกัน ผู้เอาประกันต้องพิจารณาว่าต้องการความคุ้มครองมากน้อยเพียงใดในแต่ละรายการ โดยปกติในการเสนอขายมักใช้จำนวนเงินผลประโยชน์ของค่าห้องและค่าอาหารเป็นหลักให้ผู้เอาประกันภัยพิจารณา ผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการเปลี่ยนแปลงรายการผลประโยชน์สูงสุดของแต่ละรายการได้ นอกจากนี้ ผู้เอาประกันสามารถเลือกซื้อชุดสิทธิประโยชน์ได้ตามทุนประกันในกรมธรรม์หลักของแต่ละบริษัทระบุไว้เท่านั้น

ส่วนผลประโยชน์การรักษายาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอกนั้น บริษัทประกันชีวิตจะขายแยกเป็นสัญญาเพิ่มเติมเฉพาะ โดยกำหนดวงเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อการรักษาแต่ละครั้ง รวมทั้งจำนวนครั้งสูงสุดต่อปีกรมธรรม์ นอกจากสัญญาแนบท้ายเฉพาะผลประโยชน์ของผู้ป่วยนอกแล้ว บางบริษัทยังขายสัญญาแนบท้ายที่ให้ผลประโยชน์ค่าชดเชยรายวันสำหรับการรักษาในโรงพยาบาลในลักษณะการเหมาจ่ายตามจำนวนวันที่เข้ารับการรักษา แต่ไม่เกินจำนวนวันสูงสุดที่ระบุไว้ในสัญญาต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยหนึ่งครั้ง

2. กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบเป็นกลุ่มซึ่งครอบคลุมการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลแต่ไม่เกินจำนวนวันสูงสุดที่ระบุไว้ในสัญญาต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยหนึ่งครั้ง สัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพหมู่นี้จะขายควบกับสัญญาประกันชีวิตหมู่ ผู้ทรงกรมธรรม์จะเป็นองค์กรต่างๆหรือเจ้าของธุรกิจซึ่งเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยให้กับพนักงาน โดยส่วนใหญ่พนักงานหรือสมาชิกจะได้รับใบรับรองการเอาประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่มไว้เป็นหลักฐาน เนื่องจากการรับประกันภัยนั้นพิจารณาเป็นกลุ่ม เบี้ยประกันจะเป็นอัตราเดียวกันทั้งกลุ่ม ปกติจะไม่มีการตรวจสอบสุขภาพหากสมัครเข้าเป็น

สมาชิกกลุ่มภายใน 30 วัน แต่ถ้าเกินกว่านี้จำเป็นต้องกรอกใบแสดงสุขภาพประกอบการสมัคร หรืออาจถูกกำหนดให้ตรวจร่างกาย

ลักษณะการคุ้มครองของสัญญาจะคุ้มครองเกี่ยวกับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและการผ่าตัดให้กับลูกจ้างและผู้อุปการะของลูกจ้างเมื่อเจ็บป่วยจากโรค หรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 12 ชม. ผลประโยชน์ที่ได้รับส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากสัญญาเพิ่มเติมรายบุคคล บางบริษัทจะรวมผลประโยชน์ค่าห้องผ่าตัด ค่าวางยาสลบ ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉิน และค่าวินิจฉัยโรคไว้ในหมวดค่าใช้จ่ายทั่วไป ผลประโยชน์ดังกล่าวเป็นผลประโยชน์ในฐานะผู้ป่วยใน หากต้องการผลประโยชน์ผู้ป่วยนอก ผลประโยชน์เกี่ยวกับการผดุงครรภ์และคลอดบุตร ผลประโยชน์ค่าปรึกษาแพทย์พิเศษ ก็อาจขอซื้อเพิ่มเติมได้

ขนาดของกลุ่มเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการพิจารณาประกัน โดยปกติจะกำหนดจำนวนสมาชิกขั้นต่ำไว้ที่ 10 คน ถ้านายจ้างเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยฝ่ายเดียว จำนวนลูกจ้างหรือสมาชิกเข้าร่วมรับความคุ้มครองต้องเป็นจำนวนร้อยละ 100 ของผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครอง แต่ถ้านายจ้างและลูกจ้างร่วมกันชำระเบี้ยประกันภัย จำนวนลูกจ้างหรือสมาชิกที่เข้าร่วมรับความคุ้มครองจะต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของจำนวนผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครอง

3. กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบเป็นกลุ่มที่ทำร่วมกับการประกันอุบัติเหตุและการประกันสุขภาพ ลักษณะการประกันแบบนี้จะเป็นการประกันชีวิตกลุ่มสวัสดิการพนักงาน ซึ่งจะรวมความคุ้มครองการประกันชีวิต การประกันอุบัติเหตุ และการประกันสุขภาพเข้าไว้ด้วยกัน บางแบบจะรวมการประกันทุพพลภาพทั้งหมดอย่างถาวรเข้าไว้ด้วย ผลประโยชน์เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลในฐานะคนไข้สามารถเลือกซื้อได้โดยไม่จำกัดตามแผนหลัก แต่จะระบุข้อจำกัดของจำนวนครั้งต่อวัน จำนวนครั้งต่อโรค และจำนวนครั้งต่อปีกรมธรรม์ เช่น 1 ครั้งต่อวัน 15 ครั้งต่อโรค 30 ครั้งต่อปี เป็นต้น ผลประโยชน์เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลในฐานะคนไข้ในนั้นไม่แตกต่างจากแบบการประกันสุขภาพประเภทที่ 2 ดังที่กล่าวมาแล้ว

บางบริษัทจะขายประกันประเภทนี้เฉพาะกลุ่มที่มีพนักงานมากกว่า 20 คนขึ้นไป แต่บางบริษัทจะมีแบบที่เหมาะสมสำหรับธุรกิจขนาดเล็กที่มีพนักงานระหว่าง 5-20 คน โดยปกติจะให้ความคุ้มครองพนักงานที่ทำงานเต็มเวลา ที่มีอายุ 15-59 ปี และอยู่ปฏิบัติงานในวันที่เริ่มการคุ้มครอง มีระดับอายุเฉลี่ยของกลุ่มไม่เกิน 40 ปี และกรมธรรม์จะมีผลบังคับใช้ในวันที่ ของเดือนถัดไป หลังจากชำระเบี้ยประกันภัยแล้ว การคุ้มครองที่สามารถเลือกได้มี 1) พนักงานคนเดียว 2) พนักงานและคู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย 3) พนักงานและบุตรที่อยู่ในอุปการะ และ 4) ครอบครัว ซึ่งให้ความคุ้มครองเฉพาะตัวพนักงาน คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย และบุตรที่อยู่ในความอุปการะ

4. กรมธรรม์ประกันสุขภาพรายบุคคล โดยบริษัทประกันวินาศภัย ผลประโยชน์ของการประกันสุขภาพรายบุคคลที่ขายโดยบริษัทประกันวินาศภัยนี้ คล้ายคลึงกับผลประโยชน์ในสัญญาแบบทำกรมธรรม์ประกันชีวิตรายบุคคล บางแบบประกันสุขภาพจะรวมผลประโยชน์การตรวจสุขภาพ



ประจำปีฟรี และการประกันอุบัติเหตุ กรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ และทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงไว้ด้วย บางบริษัทจะกำหนดจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดในแต่ละรายการต่อการเจ็บป่วยหนึ่งครั้งหรือจำนวนเงินสูงสุดทั้งหมด แทนจำนวนวันสูงสุดต่อการเจ็บป่วยหนึ่งครั้ง นอกจากผลประโยชน์ในตัวกรมธรรม์หลักแล้ว ผู้เอาประกันยังสามารถซื้อความคุ้มครองเพิ่มเติมได้ดังนี้

- ก. ความคุ้มครองเพิ่มเติมการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอก
- ข. ความคุ้มครองเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายในส่วนศัลยกรรม
- ค. ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลในส่วนทันตกรรม

นอกจากความคุ้มครองเพิ่มเติมข้างต้นแล้ว บางบริษัทยังเสนอแบบประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองกรณีเจ็บป่วยสาหัส คือผู้เอาประกันภัยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 60 วัน และแบบประกันสุขภาพโดยทั่วไปครอบคลุมไม่ถึง อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้เอาประกันต้องการความคุ้มครองเพิ่มเติมจากแบบมาตรฐาน ก็จำเป็นต้องชำระเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมด้วย

#### 5. กรมธรรม์ประกันสุขภาพแบบเป็นกลุ่ม โดยบริษัทประกันวินาศภัย

การประกันสุขภาพหมู่ประเภทนี้มักขายควบกับการประกันอุบัติเหตุ ปัจจุบันมีบางบริษัทที่ขายประกันสุขภาพหมู่ แยกต่างหากจากแบบการประกันอุบัติเหตุ โดยทั่วไปสิทธิประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับ จะเป็นสิทธิในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล คือ

ก. ค่าห้อง/ค่าอาหารและค่าบริการในการพยาบาลทั่วไป ผลประโยชน์ในหมวดนี้จะจ่ายจริง แต่ไม่เกินกว่าอัตราผลประโยชน์รายวันและจำนวนวันสูงสุดที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์ บางสัญญากำหนดว่า ผู้เอาประกันภัยต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง หรือ 12 ชั่วโมงขึ้นไป

ข. ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ผู้รับประกันจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลอื่นๆเท่าที่จ่ายจริงตลอดระยะเวลาที่ต้องพักรักษาตัวในฐานะผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง แต่ไม่เกินจำนวนสูงสุดที่แสดงไว้ในตารางผลประโยชน์

ค. ค่าธรรมเนียมผ่าตัด นอกจากผลประโยชน์ในข้อ ก. และ ข. แล้ว หากมีการผ่าตัด ผู้รับประกันภัยจะจ่ายค่าธรรมเนียมค่าผ่าตัดให้ ตามค่าใช้จ่ายที่แท้จริง แต่ไม่เกินกว่าผลประโยชน์ค่าผ่าตัดสูงสุดที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์

ง. ค่าเยี่ยมของแพทย์ในโรงพยาบาล ผู้รับประกันจะจ่ายค่าเยี่ยมของแพทย์(ที่ขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลป์) ในโรงพยาบาลโดยจ่ายตามจริงแต่ไม่เกินผลประโยชน์สำหรับค่าเยี่ยมแพทย์ที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์

นอกจากสิทธิประโยชน์ทั้ง 4 ประการข้างต้นแล้ว บางสัญญาประกันสุขภาพหมู่ยังให้สิทธิอื่นๆอีก เช่น ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุผู้ป่วยนอก ผลประโยชน์ค่ารักษาโดยแพทย์พิเศษผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ผลประโยชน์ค่าวินิจฉัยโรคโดยเอ็กซเรย์พิเศษ และผลประโยชน์สำหรับ

ผู้ป่วยนอก บางแบบการประกันสุขภาพอาจคุ้มครองบริการทางทันตกรรม ผดุงครรภ์ และคลอดบุตร รวมทั้งการตรวจร่างกายประจำปีด้วย

การเข้าร่วมแผนประกันสุขภาพนี้อาจเป็นประเภทเฉพาะตัวพนักงานคนเดียว ประเภทที่รวมคู่สมรส ประเภทรวมทั้งครอบครัว และประเภทพนักงานกับบุตร ซึ่งราคาของเบี้ยประกันสุขภาพก็แตกต่างกันไป แล้วแต่สิทธิประโยชน์และความครอบคลุมที่ได้รับ<sup>15</sup>

### สิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพภาคเอกชน

โดยทั่วไป สิทธิประโยชน์ทางการรักษาพยาบาล จะครอบคลุมเฉพาะค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในเท่านั้น ซึ่งได้แก่ ค่าห้องและค่าอาหาร ค่าหอผู้ป่วยหนัก ค่ารักษาทั่วไป ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษ ค่าคำปรึกษา ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉิน และค่าผ่าตัดและห้องผ่าตัด เนื่องจากการจ่ายเงินตามปริมาณการให้บริการ (fee for service) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทุกรายการ จึงถูกจำกัดด้วยระดับเพดาน บริษัทบางแห่งให้บริการประกันสุขภาพที่เพิ่มเติม เช่น การใช้บริการผู้ป่วยนอก การคลอดบุตร ความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง(catastrophic illness) ทุกบริษัทมีการกำหนดข้อยกเว้นในการคุ้มครอง นอกจากนี้ บริษัทส่วนใหญ่ไม่รับทำประกันให้แก่ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง หรือมีความเจ็บป่วยบางประเภทอยู่ก่อนแล้ว(preexisting conditions) เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน ลมชัก ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

#### (1) ข้อยกเว้นที่พบบ่อย

- ความผิดปกติที่เป็นอยู่ก่อน และที่เป็นมาโดยกำเนิด
- การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยที่ไม่ได้ผ่านความเห็นชอบจากแพทย์ หรือเพื่อการฟื้นฟู
- การตรวจสุขภาพตามปกติ ตรวจตา ทำฟัน ยกเว้นกรณีได้รับอุบัติเหตุ ผ่าตัดเสริมความงาม คุมกำเนิด ทำแท้ง ตั้งครรภ์ และคลอดบุตร
- อุปกรณ์ทางการแพทย์ และอุปกรณ์ที่ไม่ใช่เพื่อการผ่าตัด
- การฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองโดยเจตนา หรือพยายามกระทำเช่นนั้น อาการไม่พึงประสงค์จากยา ใช้นามากเกินขนาด ดิดเหล้า ใช้นยาในทางที่ผิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ โรคจิตประสาท หรือจงใจมีส่วนร่วมในการทะเลาะวิวาท

#### (2) ข้อยกเว้นที่พบบ่อย

- ความผิดปกติที่เป็นอยู่ก่อนและยังไม่ได้รับการรักษาให้หาย เช่น ริดสีดวงทวาร ไช้นัส

<sup>15</sup> สุวณี สุรเสียงสังข์, การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย, (กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2541), หน้า8-12.

## อีกเสบ

- กระเพาะอาหารอักเสบ ตับอักเสบ หอบหืด
- ไตวาย
- โรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นภายใน 6 เดือนหลังการทำประกัน เช่น วัณโรค มะเร็ง ไข้เลือด โรคที่เกี่ยวข้องกับต่อมทอนซิล ต่อมอดีนอยด์ โรคไต ตาบอด
- วัคซีน ยกเว้นวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า บาดทะยัก

นอกจากช้อยกเว้นทั่วไปแล้ว ในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ ยังมีช้อยกเว้นปลีกย่อยตามลักษณะของความคุ้มครองที่มีอยู่ในแต่ละแบบของกรมธรรม์ เช่น กรมธรรม์ที่ให้ความคุ้มครองการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล จะมีช้อยกเว้นในกรณีการรักษาพยาบาล หรือเข้าพักรักษาตัว ซึ่งมีได้เกิดจากการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย<sup>16</sup>

ในกรณีที่ผู้เอาประกันสุขภาพได้ทำประกันชีวิตร่วมด้วย สิทธิประโยชน์ในรูปของเงินชดเชยรายได้ที่ขาดหายไปจากการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมักจะได้รับการระบุไว้ในกรมธรรม์ ดังนั้น อาจทำให้เกิดปัญหาการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่ไม่มีความจำเป็น ซึ่งบางกรณีอาจเกิดจาก moral hazard บริษัทหลายแห่งไม่รับทำประกันภัยในกรณีผู้ป่วยนอกหรือยกเลิกการรับประกันดังกล่าวเมื่อประสบกับปัญหาอัตราสินไหมทดแทนที่สูง เนื่องจากการยุ่งยากที่จะทำการตรวจสอบใบเสร็จรับเงินหรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

## กลไกในการควบคุมค่าใช้จ่าย

บริษัทประกันภัยมักมีวิธีการจำกัดค่าใช้จ่ายดังนี้

### 1 การจัดการเรื่องความเสี่ยงในกรมธรรม์

ก่อนการเขียนกรมธรรม์ บริษัทประกันมักวางเงื่อนไขให้ผู้เอาประกันต้องตรวจสอบสุขภาพก่อน แต่หลายบริษัทมีการลดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ โดยกำหนดให้ผู้เอาประกันภัยเปิดเผยข้อมูลการเจ็บป่วยของตนด้วยตัวเอง หากภายหลังปรากฏว่าข้อความที่ผู้เอาประกันได้แจ้งเป็นความเท็จ การให้ความคุ้มครองจะถูกรับโดยปริยาย

### 2 การควบคุมการจ่ายค่าสินไหมทดแทน

บริษัทประกัน มีการสร้างระบบการร้องขอรับเงินชดเชยซึ่งเรียกว่า fax claim เพื่อขอรับการรับรองให้มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ทางโรงพยาบาลจะต้องส่งเรื่องการเจ็บป่วย และการวินิจฉัยไปให้บริษัทประกันพิจารณาอนุมัติก่อนรับผู้เอาประกันไว้นอนรักษา หากบริษัทประกันปฏิเสธการจ่ายเงิน ทางโรงพยาบาลก็จะแจ้งให้ผู้ป่วยชำระเงินเอง วิธีการดังกล่าวนี้จะช่วยป้องกันการ

<sup>16</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 13.

นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นลงได้ และก่อนที่จะมีการจำหน่ายผู้ป่วย ทางโรงพยาบาลก็จะแจ้งรายการค่ารักษาพยาบาลไปให้บริษัทประกันทราบอีกครั้ง รายการที่ถูกปฏิเสธการจ่ายทางโรงพยาบาลก็จะเรียกเก็บจากผู้ให้บริการโดยตรง

นอกจากนี้ บริษัทประกันยังมีการตรวจสอบบันทึกประวัติการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้เอาประกันในโรงพยาบาล โดยอาจมีการให้การฝึกอบรมและประชาสัมพันธ์แก่ทางโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลที่เป็นเท็จ

นอกจากนี้ บริษัทประกันอาจตกลงทำสัญญากับโรงพยาบาลเพื่อการตรวจสอบและขอส่วนลด ซึ่งทางโรงพยาบาลก็อาจยินดีให้ความร่วมมือเพราะถือเป็นประโยชน์ร่วมกัน เนื่องจากการที่ผู้ป่วยซึ่งเองประกันไม่ต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลเป็นจุดขายที่สำคัญของการประกันสุขภาพ ดังนั้น การที่โรงพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกัน โดยตรง จึงเป็นวิธีที่มีประสิทธิผลในการควบคุมค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม ก็อาจทำให้เกิดความล่าช้าในการจำหน่ายผู้ป่วย เนื่องจากต้องรออนุมัติการจ่ายจากบริษัทประกัน

จากการศึกษาระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยในแต่ละประเภทได้มีบทกำหนดโทษทางอาญาไว้ แต่มิได้มีความครอบคลุมถึงการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพที่เกิดและสามารถเกิดขึ้นทั้งหมดได้ เมื่อเกิดการกระทำความผิดขึ้น จะมีการนำประมวลกฎหมายอาญามาใช้บังคับตามลักษณะการกระทำผิดเป็นกรณีๆ ไป ซึ่งอาจไม่เป็นการเพียงพอ ดังนั้น จึงควรต้องพิจารณาว่า ควรบัญญัติกฎหมายไปในแนวทางใด เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันระบบประกันสุขภาพจากการกระทำผิดอาญาดังกล่าวได้มากที่สุด

## 2.2.2 รูปแบบการกระทำผิดที่เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ในปัจจุบัน มีการกระทำผิดที่เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพเกิดขึ้นในทุกขั้นตอน โดยอาศัยช่องว่างของกฎหมายที่ผู้รับประกันวางไว้ และช่องว่างของกฎหมาย ซึ่งลักษณะรูปแบบของการกระทำผิดจะแตกต่างกันไปตามวิธีเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และผู้กระทำความผิดมีทั้งที่เป็นฝ่ายผู้ให้บริการ ฝ่ายผู้ให้ประกัน ผู้มีสิทธิ และบุคคลภายนอก ที่ทำการร่วมมือกับบุคคลทั้งสองฝ่ายข้างต้น ซึ่งการกระทำผิดนอกจากจะเกิดความเสียหายต่อระบบประกันสุขภาพโดยกระทบความเชื่อมั่นที่ประชาชนมีต่อระบบ และทำให้ระบบสูญเสียงบประมาณไปแล้ว ยังส่งผลต่อชีวิตร่างกายของผู้มีสิทธิได้ ซึ่งรูปแบบในการกระทำผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพที่เกิดขึ้นในประเทศไทยมีดังต่อไปนี้

### (ก) โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

เป็นระบบการเบิกจ่ายเป็นแบบจ่ายตามรายการ(Fee-for-service) และจากการที่ให้ผู้มีสิทธิและสถานพยาบาลมีการเบิกจ่ายแบบตามรายการนี้ ทำให้โครงการประกันสุขภาพดังกล่าวเป็นช่องทางที่เอื้อต่อการหาผลประโยชน์แก่ตนเป็นจำนวนมาก ทั้งจากผู้ให้บริการ และข้าราชการผู้มีสิทธิในโครงการดังกล่าว

#### - ผู้ให้บริการ

การที่วิธีการจ่ายเงินค่าบริการของโครงการนี้เป็นแบบจ่ายตามรายการ (fee-for-service) ทำให้สถานพยาบาลสามารถเบิกค่ารักษายาบาลได้อย่างเต็มที่ เพื่อหากำไร รวมทั้งสำรองอุดหนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มโครงการประกันสังคม และโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า(cross-subsidization) เช่น หากผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการเป็นผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทางโรงพยาบาลสามารถคิดค่าบริการสำหรับค่าตรวจรักษาแต่ละรายการได้ ส่วนโครงการประกันสังคมและประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ไม่สามารถเก็บเพิ่มจากที่ได้รับในอัตราเหมาจ่ายต่อหัวได้ ทำให้โรงพยาบาลมีแรงจูงใจทางการเงินต่อกลุ่มผู้ป่วยภายใต้โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพื่อเพื่อไว้สำหรับอุดหนุนค่าใช้จ่ายในระบบอื่นที่มีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว แนวคิดดังกล่าวอาจนำไปสู่การใช้บริการที่มาก และมีค่าใช้จ่ายสูงเกินความจำเป็น (หรือเกินกว่าระดับที่มีประสิทธิภาพ) ในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศเยอรมันนี้ ลักษณะการจ่ายเงินลักษณะดังกล่าวมีส่วนทำให้ผู้ให้บริการสังตรวจรักษามากกว่าแบบอื่น ทั้งในแง่ของชนิด และปริมาณของการตรวจรักษาในแต่ละชนิด ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีราคาแพง จนมีการเรียกการให้บริการที่สูงเนื่องจากสาเหตุนี้ว่า “ความต้องการที่เกิดจากการเหนี่ยวนำโดยแพทย์”(physician-induced demand)<sup>17</sup> ในที่สุดจะมีผลกระทบที่ทำให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงขึ้น ดังนั้น โครงการสวัสดิการรักษายาบาลนี้ หากไม่มีการควบคุมให้ดี อาจเกิดปรากฏการณ์ดังที่เคยเกิดขึ้นกับประเทศทั้งหลายดังกล่าวได้ เนื่องจากมีวิธีการจ่ายเงินโดยหลักเหมือนกัน และผู้มีสิทธิในโครงการดังกล่าวไม่รู้สึกว่าตนได้รับผลกระทบจากการกระทำดังกล่าว เพราะค่าใช้จ่ายดังกล่าว ไม่ได้เป็นภาระของตน เมื่อพิจารณาแล้ว รูปแบบในการกระทำ ความผิดที่เกิดหรือสามารถเกิดในระบบได้ ได้แก่

1. การให้บริการโดยไม่จำเป็นซึ่งนำไปสู่การเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลที่เกินจริง เช่น
- โรงพยาบาลมีการให้นอนโรงพยาบาลนานเกินไปโดยไม่จำเป็น ซึ่งพบว่าค่าใช้จ่ายของ

<sup>17</sup> เสวคณธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, เจาะลึกระบบประกันสุขภาพ, หน้า 67.



โรงพยาบาลต่อวันนอนผู้ป่วยใน และการเรียกเก็บต่อรายของผู้ป่วยในในระหว่างปี พ.ศ.2539-2540 สูงกว่าในปีพ.ศ.2535 เกือบเท่าตัว<sup>18</sup>

- มีการจ่ายยาที่มากเกินไปโดยไม่จำเป็น หรือมีการจ่ายยาราคาแพง โดยรายได้จากการขายยาถือเป็นรายได้หลักของคลินิกและโรงพยาบาล ส่งผลจูงใจให้มีการจูงใจ ให้มีการสั่งยาในคลินิกและโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับชุมชน จนถึงแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น จากการศึกษาในภาควิชาอายุรศาสตร์ของโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งพบว่า ร้อยละ 90 มีการจ่ายยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นและไม่เหมาะสม<sup>19</sup> เช่น การเป็นไขหวัด นอกจากได้ยาบรรเทาอาการหวัดเบื้องต้นแล้ว บางรายอาจได้ยาปฏิชีวนะประเภทยาแก้อักเสบ และยาอื่นๆอีกหลายรายการ ซึ่งบางรายการเป็นยาสามัญเบื้องต้น นอกจากนี้ ในบางกรณี ยาที่จ่ายเป็นยาที่มีราคาแพงซึ่งมีสรรพคุณเหมือนกับยารายการอื่น ที่มีราคาถูกกว่า เช่น แทนที่หมอจะจ่ายยาแก้ปวดธรรมดาอย่าง paracetamol ก็เปลี่ยนมาเป็นยาลดไขมัน จากปกติใช้ simvastatin เปลี่ยนมาเป็น atorvastatin ซึ่งเป็นยาที่มีการพัฒนาเพิ่มเติมเล็กน้อยแต่กลับมีราคาแพงกว่าตัวยาเดิมเม็ดละหลายสิบบาท รวมถึงกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ยาปฏิชีวนะ หรือ NSAIDs (Non steroidal antiinflammatory drugs) ซึ่งก็มีราคาแพงเช่นกัน

- มีการใช้เครื่องมือแพทย์ในการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็น เช่น การสั่งเอกซเรย์คนไข้โดยไม่จำเป็น เพื่อเรียกเก็บเงินค่าเอกซเรย์ดังกล่าว

2. มีการเบิกจ่ายบริการที่ไม่ได้ให้บริการจริง เช่น โรงพยาบาลมักทำการเบิกจ่ายข้ามสิทธิเพื่อชดเชย (cross subsidy) โดยนำเงินจากระบบที่การเบิกจ่ายเป็นแบบ การจ่ายตามรายการไปอุดหนุนค่าใช้จ่ายจากระบบที่มีการจ่ายเงินในวิธีเหมาจ่ายต่อหัว จึงมีการเพิ่มการรักษาบางประการที่ไม่ได้จัดให้แก่คนไข้เรียกเก็บด้วย โดยผู้ป่วยก็ไม่รู้สึกเดือดร้อน เนื่องจากตนไม่ได้เป็นผู้รับภาระโดยตรง

3. การปลอมแปลงเอกสาร เช่น หลักฐานการเบิกจ่าย ซึ่งเป็นผลมาจากการกระทำความผิดในรูปแบบข้างต้น โดยอาจอยู่ลักษณะที่สถานพยาบาลให้บริการจริง แต่ทำการปลอมแปลงเอกสารสำหรับบริการ ที่มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น เช่น สถานพยาบาลบางราย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรายงานผลการวินิจฉัย โดยรายงานผู้ป่วยป่วยเป็นกลุ่มโรคที่มีความรุนแรงหรือซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มโรคที่รุนแรงกว่าให้ผลตอบแทนสูงกว่า อาจเทียบได้กับ ในประเทศสหรัฐอเมริกา หลังจากที่มีการเริ่มใช้ระบบ DRG รายงานการวินิจฉัยโรคของผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ Medicaid ในรัฐเซาท์ คาโรไลนา มีสัดส่วนการคลอดที่มีปัญหาแทรกซ้อนเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการจ่ายค่าตอบแทนผู้ป่วยในแบบ DRG นั้นหมายความว่า ผู้ให้บริการจะได้รับการจ่ายค่าบริการให้สำหรับกรณีกลุ่มโรคที่ซับซ้อนกว่า ใน

<sup>18</sup> จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, “ระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ: บทเรียนของการจ่ายตามบริการที่ไร้การควบคุม,” ใน ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย เอกสารวิชาการประกอบการสัมมนา ระบบหลักประกันสุขภาพของเอเชีย, (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544), หน้า 51.

<sup>19</sup> เรื่องเดียวกัน ,หน้า 14

อัตราที่สูงกว่า จึงมีการตั้งชื่อปรากฏการณ์นี้ว่า "การคืบคลานสูงขึ้นของDRG" (DRG creep) หรือการกระโดดของDRG (DRG jump)

นอกจากนี้ ปรากฏการณ์ที่พบในอเมริกาหลังจากการใช้การจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ยังมีการรายงานขอเบิกค่าใช้จ่ายโดยแยกโรคแต่ละโรคเป็นโรคย่อยๆ (unbundling) ตัวอย่างเช่น อาจแยกรายงานการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ในการผ่าตัดครั้งเดียว ออกเป็นการผ่าตัดมดลูก และผ่าตัดรังไข่ ซึ่งทำให้ได้ค่าตอบแทนบริการสำหรับสองโรค<sup>20</sup>

นอกจากการทำความผิดโดยการปลอมเอกสาร จะอยู่ในรูปที่สถานพยาบาลให้บริการจริง แต่ทำการปลอมแปลงเอกสารเพื่อบริการ ที่มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นแล้ว บางกรณีอาจเกิดกรณีการปลอมเอกสารโดยมิได้ทำการให้บริการนั้นจริงก็ได้

ในเรื่องวิธีในการเบิกจ่ายค่าบริการนี้ แม้มีการนำมาตรการต่างๆมาใช้เพื่อลดค่าใช้จ่าย แต่มาตรการระยะสั้นดังกล่าวยังมีช่องโหว่ให้ผู้ให้บริการและผู้มีสิทธิบางรายใช้พฤติกรรมฉวยโอกาสและเอาเปรียบระบบต่อไปได้ ซึ่งการทำความผิดในระบบ ก็เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ระบบมีค่าใช้จ่ายที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ แต่ก็ยังไม่มียกกฎหมายโดยตรง ที่จัดการในเรื่องเหล่านี้

#### - ผู้มีสิทธิ

ในกรณีที่ ผู้มีสิทธิต้องตรองจ่ายเองไปก่อน แล้วนำใบเสร็จที่ได้รับ ไปเบิกจ่ายกับทางราชการโดยผ่านต้นสังกัดของข้าราชการผู้นั้น มักเกิดกรณีที่ผู้มีสิทธิปลอมแปลงเอกสาร เพื่อได้รับเงินที่เพิ่มขึ้น หรือเพิ่มรายการที่ไม่ได้รับการรักษาลงไป หรืออาจมีแพทย์ให้ความร่วมมือ โดยรับรองการตรวจรักษาเป็นเท็จ ซึ่งในเรื่องดังกล่าว มีคำพิพากษาฎีกาที่สามารถเทียบเคียงได้ คือ คำพิพากษาฎีกาที่ 1352/2544<sup>21</sup> โดยจำเลยกับพวกได้ร่วมกันหลอกลวงกองทัพบกและมณฑลทหารบกที่ 31 (ค่ายจิรประวัติ) ด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จและปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง โดยจำเลยกับพวกได้ร่วมกันจัดทำใบสำคัญความเห็นแพทย์ ใบสั่งการรักษา/แจ้งหนี้ ใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล ใบเสร็จรับเงินแสดงการจัดซื้ออวัยวะเทียมพร้อมอุปกรณ์ โดยอ้างว่ามารดาของผู้ร่วมกระทำผิดป่วย พิการ เข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์โรงพยาบาล และได้ซื้ออวัยวะเทียมพร้อมอุปกรณ์ไปเป็นเงิน 23,910 บาท อันเป็นความเท็จ ความจริงมารดาของผู้ร่วมกระทำผิดไม่ได้ป่วย พิการ ไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ และไม่ได้มีการซื้ออวัยวะเทียมพร้อมอุปกรณ์ดังกล่าวข้างต้น แล้วผู้กระทำผิดคนหนึ่งได้นำเอกสารไปยื่นขอเบิกเงินจากเจ้าหน้าที่ของผู้เสียหายโดยการหลอกลวงเช่นว่านั้นทำให้เจ้าหน้าที่ของผู้เสียหายหลงเชื่อจ่ายเงินจำนวนดังกล่าวให้แก่จำเลยกับพวกไป ศาลชั้นต้นพิพากษาว่า จำเลยมีความผิดตาม

<sup>20</sup> เสวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, อ้างแล้ว, หน้า 68.

<sup>21</sup> www.deka2007.supremecourt.go.th [18 มกราคม 2552 ]

ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ประกอบด้วยมาตรา 83 แต่อย่างไรก็ตาม ในที่สุดศาลฎีกาได้พิพากษายกฟ้อง เนื่องจากพนักงานอัยการไม่มีอำนาจฟ้อง

## (ข) โครงการประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน

### โครงการประกันสังคม

#### - ผู้ให้บริการ

ในระยะแรก โครงการประกันสังคม โรงพยาบาลที่เข้าร่วมมักจะเป็นโรงพยาบาลของรัฐ แต่ต่อมา โรงพยาบาลของเอกชนก็ได้เข้าร่วมโครงการมากขึ้น ซึ่งกฎเกณฑ์สำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้มาเข้าร่วม ก็คือ การให้สิทธิผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาล โดยทางกองทุนจะจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลตามจำนวนบุคคลที่มากขึ้นทะเบียนเลือกสถานพยาบาลที่ตนจะไปใช้สิทธิ หากสถานพยาบาลใดคนเลือกขึ้นทะเบียนมาก ก็จะได้รับเงินมากตามจำนวนต่อหัวของประชาชนผู้มีสิทธิเหล่านั้น ซึ่งเป็นการคุ้มค่ากับการดำเนินการของสถานพยาบาล และเป็นช่องทางหนึ่งในการแสวงหากำไรจากโครงการนี้

แต่ในทางกลับกัน หากมีผู้ใช้บริการมาก นอกจากเงินที่ได้รับมาจากกองทุนจะเหลือน้อยลงแล้ว หากค่าใช้จ่ายที่ได้ทำการรักษา เป็นจำนวนเกินกว่าที่ได้รับจากกองทุนทั้งหมด ก็ไม่สามารถเบิกจ่ายเพิ่มได้อาจสูญเสียประโยชน์และไม่คุ้มค่า ดังนั้นสถานพยาบาลดังกล่าว อาจมีแรงจูงใจในการประหยัดค่าใช้จ่ายเพื่อรักษากำไร และป้องกันมิให้ต้องขาดทุน แม้สถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมจะต้องให้ผู้ประกันตนได้รับบริการทางการแพทย์ตามมาตรฐานการรักษา และการส่งจ่ายยาไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติและไม่เรียกเก็บเงินเพิ่มจากผู้ประกันตน รวมทั้ง มีมาตรฐานการควบคุมคุณภาพ การบริการของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยมีทีมอาจารย์ที่ปรึกษา ด้านการแพทย์ พร้อมทั้ง มีเจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมเข้าไปตรวจสอบเพื่อดูความพร้อมของสถานพยาบาล ด้านมาตรฐานการรักษา มาตรฐานในการจ่ายยา และมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ก็ตาม แต่มาตรการประหยัดเหล่านี้อาจบรรลุได้โดยการ

1. จำกัดปริมาณ และ/หรือคุณภาพของบริการ บางกรณีอาจเป็นในรูปแบบไม่ได้ให้การตรวจรักษาทำจำเป็นที่ควรจะต้องให้ หรือ คุณภาพของบริการที่ให้แก่ผู้ประกันตน เมื่อพิจารณาจากเรื่องที่ถูกร้องเรียนไปยังคณะกรรมการแพทย์ ของโครงการประกันสังคม จะเห็นว่า รูปแบบการกระทำ ความผิดลักษณะนี้ ตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยรายหนึ่ง ถูกเศษไม้กระเด็นเข้าตา ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามสิทธิแต่ไม่ได้พบแพทย์เฉพาะทาง โดยได้รับการตรวจจากแพทย์ทั่วไปถึง 3 ครั้ง จนผู้ป่วยมีอาการหนัก จึงจะให้พบแพทย์

เฉพาะทางซึ่งไม่ทันการณ์ ต้องควักลูกตาข้างนั้นออก คณะกรรมการการแพทย์ได้มีข้อพิจารณาว่ากรณีดังกล่าว เป็นตัวอย่างให้ตระหนักถึงความจำเป็นของระบบการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ที่มีประสิทธิภาพ โดยไม่คำนึงถึงต้นทุนการรักษาแต่ด้านเดียว ข้อยุติของเรื่องดังกล่าว โรงพยาบาลตามสิทธิถูกพิจารณาให้ได้รับโทษสูงสุดของการรักษาไม่ได้มาตรฐาน และคณะกรรมการแพทย์ส่งเรื่องให้แพทยสภาพิจารณาต่อไป

ผู้ป่วยอีกรายไปพบแพทย์ตรวจพบก้อนเนื้อที่เต้านม เมื่อได้ผ่าตัดเอาก้อนเนื้อไปตรวจ พบว่าเป็นเนื้องอกธรรมดา หลังจากนั้น ผู้ป่วยรู้สึกว่ก้อนเนื้อที่เคยคลำได้อู้อยู่มีลักษณะผิดปกติมากขึ้น จึงไปพบแพทย์คนเดิม ซึ่งแพทย์คนดังกล่าว สงสัยว่า ผู้ป่วยเป็นมะเร็ง จึงนัดให้มาเจาะชิ้นเนื้ออีก 2 สัปดาห์ แต่ผู้ป่วยร้อนใจจึงไปพบแพทย์ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และตรวจพบว่าเป็นมะเร็งแน่นอน ผู้ป่วยจึงขอใบส่งตัว และรับผิดชอบค่ารักษาในการผ่าตัดจากโรงพยาบาลที่ตนมีสิทธิ แต่โรงพยาบาลปฏิเสธ ซึ่งคณะกรรมการแพทย์เห็นว่า ในกรณีที่โรงพยาบาลตรวจพบว่ามีก้อนเนื้อ หากไม่แน่ใจ ก็ควรส่งตรวจMammogram เพื่อช่วยในการวินิจฉัย เมื่อผลตรวจสองครั้งไม่ตรงกัน ทำให้ผู้ป่วยไม่เชื่อมั่นในโรงพยาบาล เป็นกรณีที่แพทย์หลีกเลี่ยงที่จะไม่ใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งควรจะต้องใช้

กรณีชายคนหนึ่งแจ้งจับแพทย์ที่ทำคลอดลูกหลังใช้สิทธิประกันสังคม พากรรยาที่ปวดท้องไปพบ แต่แทนที่จะรับตัวไว้ดูอาการ กลับบอกให้นำคร่ำไหลก่อน และให้กลับบ้านจนเจ็บท้องทนไม่ไหว จึงพากลับไปพบแพทย์ เมื่อทำการผ่าตัดออก ปรากฏว่าเด็กเสียชีวิตจากการคลอดเกินกำหนด ทำให้ชายคนดังกล่าวเกิดความเคลือบแคลงใจว่าเป็นการปฏิบัติหน้าที่โดยประมาทเลินเล่อของแพทย์ เพราะแพทย์ไม่ยอมรับภรรยาไว้ดูอาการ<sup>22</sup>

2. การประวิงเวลาในการรักษาคนไข้ เมื่อพิจารณาจากเรื่องที่ถูกร้องเรียนไปยังคณะกรรมการแพทย์ ของโครงการประกันสังคม จะเห็นว่า รูปแบบการกระทำความผิดลักษณะนี้ ตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยรายหนึ่ง แพทย์วินิจฉัยว่ามีหินปูนเกาะที่ตับต้องผ่าตัด เมื่อยื่นบัตรประกันสังคมให้แพทย์กลับบอกว่าอาการไม่ต้องผ่าตัด ให้กินยาไปเรื่อยๆ แต่ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ต่อมา อาการหนักจนต้องส่งโรงพยาบาลของรัฐ แพทย์จึงส่งผ่าตัดหลังจากนั้นผู้ป่วยอาการดีขึ้น ข้อพิจารณาของคณะกรรมการการแพทย์คือ แพทย์ทราบว่าคุณคนไข้มีอาการผิดปกติ ควรได้รับการผ่าตัด แต่ประวิงเวลาจนคนไข้มีอาการรุนแรง เห็นได้ชัดถึงการให้บริการทางการแพทย์สองมาตรฐาน

ผู้ป่วยอีกรายถูกตรวจพบว่า กระจกตากรรไกรล่างซ้ายหัก แพทย์จึงให้ผู้ป่วยเตรียมการผ่าตัด ผ่านไป 4 ชม.พยาบาลแจ้งว่าอุปกรณ์ไม่พร้อมจะให้การผ่าตัด ถ้าพร้อมเมื่อใดจะโทรไปแจ้งให้ทราบ

<sup>22</sup>เคลนิวส์ (5 มกราคม 51)[Online]. แหล่งที่มา : [www.dailynews.co.th](http://www.dailynews.co.th) [14 ธันวาคม 2551]



เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 2-3 วัน รู้สึกอาการหนักขึ้น ทานยาไม่หาย เลยไปหาอีกโรงพยาบาล ซึ่งได้ทำการผ่าตัดทันที

3. โรงพยาบาลปฏิเสธการส่งตัวผู้ป่วย เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ป่วยเป็นของโรงพยาบาลที่ทำการส่งตัว ตัวอย่างเช่น ผู้ประกันตนคนหนึ่งเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เนื่องจากมีผิงเข้าตา แพทย์ใช้เพียงไฟฉายส่องแล้วหยอดยา ล้างตาและปิดตาให้ ก่อนให้ย้ายกลับมาหยอดที่บ้าน ผ่านมา 3-4 วันอาการไม่ดีขึ้น พบว่ามีจุดขาวขึ้นที่กระจกตาจึงกลับไปหาแพทย์อีกครั้ง ปรากฏว่าเกิดอาการตาติดเชื้อ แพทย์แนะนำว่าควรไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ใหญ่กว่าเพื่อรักษาโดยด่วน แต่แพทย์ไม่ได้ทำเรื่องส่งตัวให้ ทำให้ชายคนดังกล่าวต้องเดินทางไปสอบถามเรื่องการส่งตัวอีกหลายวันกว่าจะได้รับการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งหลังจากที่ไปพบแพทย์คนดังกล่าวเป็นเวลาเกือบ 15 วัน ซึ่งแพทย์โรงพยาบาลที่ชายผู้นั้นถูกส่งต่อ ไปแจ้งว่าติดเชื้อมากไม่สามารถรักษาได้ ก่อนให้เจ้าหน้าที่ประกันสังคมพาไปรักษาที่ร.พ.ราชวิถี กทม. แพทย์แจ้งว่าติดเชื้อมากเกรงว่าจะลามไปที่ตาซ้ายต้องรักษาด้วยการควักตาออก ทำให้กลายเป็นคนตาบอด และเมื่อชายคนดังกล่าวไปขอความช่วยเหลือจากร.พ.และขอพระราชทาน ทากร.พ.ให้เพียงสรุปผลการรักษา<sup>23</sup>

นอกจากนี้ ยังมีกรณีหนึ่งที่ผู้ประกันตนกับประกันสังคมรายหนึ่ง ได้ใช้บริการประกันสังคมกับ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งได้ร้องเรียนกับหนังสือพิมพ์ฉบับหนึ่งว่า ตนเองมีเนื้องอกในสมองต้องเข้ารับการผ่าตัด แต่ไม่ได้ใช้บริการของโรงพยาบาลตามสิทธิ โดยยินยอมออกค่าใช้จ่ายเองเพื่อผ่าตัดสมองที่ โรงพยาบาลจุฬาฯ ซึ่งหลังจากผ่าตัด ต้องเข้ารับการรักษาบำบัดด้วยการฉายรังสี จึงกลับมาเพื่อใช้บริการ โรงพยาบาลตามสิทธิ แต่ปรากฏว่า โรงพยาบาลดังกล่าว ไม่มีเครื่องฉายแสง ผู้ประกันตนรายนี้จึงขอให้ โรงพยาบาลส่งตัวกลับไปรักษาที่ โรงพยาบาลจุฬาฯ แต่ทางโรงพยาบาลแจ้งว่า ไม่สามารถที่จะส่งตัวผู้ป่วยไปที่ โรงพยาบาลอื่นได้นอกจากส่งไปที่ ศูนย์มะเร็งแห่งชาติ อยู่ที่ อ.ธัญบุรี คลอง 10 เพราะได้ทำสัญญากับประกันสังคมเอาไว้แล้ว หลังจากนั้นผู้ประกันตนจึงได้ตรวจสอบเครื่องฉายรังสีทั้งสองแห่ง และพบว่าเครื่องฉายแสงที่ประกันสังคมให้ไปรักษานั้นเป็น ไม่ใช่รุ่นเดียวกับ โรงพยาบาลจุฬาฯ แต่ทางโรงพยาบาลไม่ยินยอม ผู้ประกันตนจึงตัดสินใจรับการรักษาที่ โรงพยาบาลจุฬาฯ ต่อโดยออกค่าใช้จ่ายเอง ซึ่งต่อมาเมื่อทำการร้องเรียนแล้ว ทางประกันสังคมยินดีให้ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาฯ ได้ โดยทางประกันสังคมจะประสานกับทางโรงพยาบาลตามสิทธิเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย<sup>24</sup>

<sup>23</sup> ข่าวสด (9 พฤศจิกายน 2550)[Online]. แหล่งที่มา : [www.matichon.co.th/khaosod](http://www.matichon.co.th/khaosod) [14 ธันวาคม 2551]

<sup>24</sup> ไทยโพสต์ (14 พฤษภาคม 2550)[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.thaipost.net> [14 ธันวาคม 2551]



4. ผลักผู้ป่วยให้ไปรับบริการที่อื่นแทน อาจเป็นการส่งผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงไปยังโรงพยาบาลอื่น ที่มีคณะแพทย์ โดยอ้างว่า เป็นโรคที่มีความซับซ้อน คนไม่สามารถทำการรักษาได้ ซึ่งการกระทำดังกล่าวส่งผลให้โรงพยาบาลที่มีคณะแพทย์ต้องรับค่าใช้จ่ายในส่วนที่เป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลตามสิทธิ ซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลที่มีคณะแพทย์เหล่านั้นขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการประกันสังคมได้

นอกจากนี้ ยังมีกรณีที่มีผู้กล่าวหาว่า โรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ได้เป็นผู้ประกันตนอยู่ได้ปฏิเสธรับทำคลอด โดยจะให้เสียค่าใช้จ่ายเป็นแสน เมื่อผู้ใช้สิทธิไม่มีเงิน จึงแนะนำให้ไปโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง ทำให้ ผู้ประกันตนที่ตั้งท้องแฝดจนลูกเสียชีวิต 1 คน รอด 1 คน แต่ต้องเข้าตู้อบเนื่องจากคลอดก่อนกำหนด<sup>25</sup>

5. รายงานข้อมูลเท็จ เมื่อพิจารณาจากเรื่องที่ถูกร้องเรียนไปยังคณะกรรมการแพทย์ ของโครงการประกันสังคม จะเห็นว่า รูปแบบการทำความผิดลักษณะนี้ ตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยรายหนึ่ง มีอาการด้านมึนงง จึงไปโรงพยาบาลตามสิทธิ ซึ่งทางโรงพยาบาลมีการเอาน้ำนมไปตรวจเชื้อ และนัดมาใหม่ แต่เมื่อผู้ป่วยมาตามนัด กลับไม่เคยได้พบแพทย์อีก ผู้ป่วยจึงไปหาโรงพยาบาลรัฐ ตรวจพบว่าเป็นมะเร็ง ต้องผ่าตัด และทำเคมีบำบัด จึงกลับไปขอหนังสือรับรองค่าใช้จ่ายจากโรงพยาบาลตามสิทธิเพราะค่าใช้จ่ายสูง และโรงพยาบาลตามสิทธิไม่สามารถรักษาได้ แต่โรงพยาบาลตามสิทธิไม่ยอมออกใบรับรองให้ โดยชี้แจงว่า การรักษาของโรงพยาบาลของรัฐเป็นคนละแนวกัน และให้ไปขอเป็นคนไข้ของโรงพยาบาลที่ได้รับการรักษา เมื่อสำนักประกันสังคมได้ดำเนินการขอสำเนาเวชระเบียนประวัติการรักษาของโรงพยาบาลตามสิทธิมาตรวจสอบ พบข้อมูลในเวชระเบียนขัดแย้งกับข้อมูลของคนไข้ มีการลบและเปลี่ยนแปลงเวชระเบียนหลายแห่ง กรณีดังกล่าวเป็นกรณีที่ โรงพยาบาลตามสิทธิรักษาไม่ได้มาตรฐาน หลีกเลี่ยงการรักษา อีกทั้งมีการลบและเปลี่ยนแปลงเวชระเบียนอันเป็นการปลอมเอกสารอีกด้วย<sup>26</sup>

6. การเบิกค่าบริการที่มีได้ให้บริการจริง เช่น กรณีที่สำนักงานประกันสังคมตรวจสอบพบว่ามีคลินิกทันตกรรมบางแห่งได้ชักจูงให้ผู้ประกันตนไปใช้สิทธิ ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน แล้วให้ผู้ประกันตนเขียนหนังสือมอบอำนาจและยื่นบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง ไว้กับคลินิกเพื่อยื่นเรื่องเบิกสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมกับสปส. โดยคลินิกจะใช้กลวิธีรวบรวมเอกสารดังกล่าวของผู้ประกันตนจนได้ครบจำนวนหนึ่ง และให้ผู้รับมอบอำนาจซึ่งเป็นคนของคลินิก มายื่นเรื่องเบิก

<sup>25</sup> คม ชัด ลึก(23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552)[Online]. แหล่งที่มา : [www.komchadluek.net](http://www.komchadluek.net) [24 กุมภาพันธ์ 2552]

<sup>26</sup>วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง และนิภา ศรีอนันต์, กลไกและกระบวนการจัดการกับเรื่องร้องเรียนของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 4 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2546-2547), (สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2548), หน้า 21-27.

ค่าบริการกรณีทันตกรรมกระจายไปตามสปส.ต่างเขตพื้นที่ เพื่อให้สปส.ตรวจสอบความผิดปกติได้ และใช้กลไกในการเบิกสิทธิกรณีทันตกรรมครบทั้ง 2 ครั้ง (500 บาท) พร้อมทั้งเบิกค่าฟันปลอมแบบ ทูกราย (1-5 ซี่ ในวงเงินไม่เกิน 1,200 บาท มากกว่า 5 ซี่ ในวงเงินไม่เกิน 1,400 บาท ภายในระยะเวลา 5 ปี) สำหรับข้อมูลที่สปส.ตรวจพบในเมืองต้นนั้น พบว่า เลขที่ใบเสร็จที่ออกจากคลินิกดังกล่าวอยู่ใน วันใกล้เคียงกัน เมื่อเจ้าหน้าที่สปส.ถามไปยังผู้ประกันตน ปรากฏว่าผู้ประกันตนได้ไปใช้สิทธิชุดหินปูน เพียงอย่างเดียวเท่านั้น เมื่อขอตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นกับผู้รับมอบอำนาจที่มายื่นเรื่องก็จะรีบร้อน และขอถอนเรื่องคืนทันที<sup>27</sup>

การกระทำความผิดดังที่ได้กล่าวมานี้ โดยรวมแล้ว ทำให้มีแนวโน้มนำไปสู่การให้บริการที่ ต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็น ทำให้ประชาชนเกิดความไม่เชื่อใจในระบบประกันดังกล่าว

เมื่อพิจารณาถึงผู้มีสิทธิ สถานพยาบาลมักจะไม่นับประกันให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ป่วย เป็นโรคเรื้อรัง หรือเป็นผู้สูงอายุมากขึ้นทะเบียนกับตน เพราะกลุ่มผู้ขึ้นทะเบียนเหล่านี้ มักมีแนวโน้ม ที่จะต้องมาใช้บริการสถานพยาบาลมาก อาจทำให้สถานพยาบาลดังกล่าว ขาดทุนได้

7. ผู้ให้บริการเรียกเก็บเงินจากผู้ประกันตนเพิ่ม โดยมักอ้างว่า บริการที่ได้ให้ไป ไม่ได้รับการ ครอบคลุมโดยสิทธิประกันสังคมตัวอย่างเรื่องที่เกิดขึ้น เช่นคลินิกหลายแห่งในจังหวัดชัยนาท และ นครสวรรค์ เอารัดเอาเปรียบผู้ประกันตน โดยให้ผู้ประกันตนเซ็นชื่อหลายใบต่อการรักษา 1 ครั้ง หรือ เซ็นชื่อใบเดียวแต่ให้ผู้ประกันตนเพิ่มเงินโดยอ้างว่าคลินิกเบิกได้ไม่เต็มจำนวน<sup>28</sup>

8. โรงพยาบาลบางแห่ง ไม่จัดให้มีบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์อย่างเพียงพอตาม มาตรฐานที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไว้ เช่น กรณีที่เกิดการร้องเรียนไปยังหนังสือพิมพ์ฉบับ หนึ่ง โดยผู้ประกันตนประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม จึงไปขอรับบริการที่โรงพยาบาลตาม สิทธิปรากฏว่ามีแต่พยาบาล ไม่มีแพทย์ให้บริการพยาบาลนำผู้ประกันตนคนดังกล่าวเข้าห้องตรวจ จับแขนจับหัวไหล่แล้วบอกว่าไม่เป็นอะไร ให้ยาแก้ปวด 2 แผง ก่อนจะสั่งให้กลับบ้านกลับไปบ้าน ผู้ประกันตนได้ทานยาที่ให้มาจนหมดก็ยังไม่หายปวดจึงกลับไปโรงพยาบาลเดิมอีกครั้ง เจอ พยาบาลอีกคนได้แจ้งว่ายังมีอาการปวดอยู่ อยากจะให้เอกซเรย์ดูว่าเป็นอะไรกันแน่ ซึ่งผู้ประกันตน นั่งรออยู่ตั้งแต่เช้า จนช่วงบ่ายจึงได้เอกซเรย์ และต้องรออีก 2 ชม.พยาบาลจึงแจ้งว่า กระดูกไหปลาร้าหัก ต้องผ่าตัด ซึ่งผู้ประกันตนต้องรอต่อไปอีก จน 21.00 นาฬิกา จึงได้ผ่าตัด ผ่าเสร็จก็ให้นอน ค้างในโรงพยาบาล พอเช้าพยาบาลให้กลับบ้านได้ทั้งที่แผลยังสดๆ ยังไม่หายเจ็บปวดแผล ต่อมา มี ผู้ประกันตนอีกรายกระดูกนิ้วมือแตก ใช้บัตรประกันสังคมเข้ารักษาที่โรงพยาบาลเดียวกันนี้ ไปถึง ก็ไม่พบแพทย์เช่นเดียวกัน พยาบาลบอกให้นอนรอ และให้ดื่มน้ำและอาหารเพื่อผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น แต่นอนรอจนสาย แพทย์ก็ยังไม่มา ภายหลัง จึงได้ทราบความจริงจากประชาสัมพันธ์ของ

<sup>27</sup> คมชัดลึก (27 มีนาคม 2550) [Online]. แหล่งที่มา : [www.komchadluek.net](http://www.komchadluek.net) [14 ธันวาคม 2551]

<sup>28</sup> สยามรัฐ (2 กรกฎาคม 2551) [Online]. แหล่งที่มา : [www.siamrath.co.th](http://www.siamrath.co.th) [14 ธันวาคม 2551]

โรงพยาบาล ว่า โรงพยาบาลนี้ไม่ค่อยมีแพทย์และ วันนี้แพทย์ก็คงจะไม่เข้ามา ให้ผู้ประกันตนคนดังกล่าว นอนรอต่อไปอีกหนึ่งคืน ญาติจึงรีบย้ายคนไข้ออกไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลอื่น ซึ่งก่อนที่จะออกไปยังต้องจ่ายค่าห้อง 2 วัน วันละ 600 บาท รวมเป็น 1,200 บาทอีกด้วย<sup>29</sup>

นอกจากนี้ ในบางกรณี ผู้ให้บริการ ก็มีใช้แพทย์ เช่น มารดาคนหนึ่งพาบุตรชายเดินทางไปรักษาแผลในปากที่คลินิกในสังกัดโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่แพทย์ผู้ทำการตรวจกลับให้พยาบาลกระทำการ และ เกิดการสื่อสารผิดพลาดระหว่างแพทย์และพยาบาล โดยได้ทำการขลิบที่อวัยวะเพศแทนการรักษาแผลในปากอันเป็นการรักษาผิดวัตถุประสงค์ของผู้ป่วย ซึ่งการที่พยาบาลมากระทำการขลิบอวัยวะเพศดังกล่าว ถือเป็นกรกระทำที่เกินขอบเขตหน้าที่ของวิชาชีพการพยาบาล และเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยเป็นเรื่องนี้สะท้อนให้เห็นปัญหาความไม่รอบคอบในการให้บริการทาง การแพทย์แก่ผู้เจ็บป่วย<sup>30</sup>

9. กรณีหมอเถื่อน เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้มีสิทธิ มิได้เป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพจริงและการกระทำได้กล่าว ทำให้ได้ไปซึ่งทรัพย์สิน เช่น มีผู้ที่มิได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ทันตแพทย์ มาให้บริการโดยหลอกลวงว่าตนเป็นทันตแพทย์ และคิดค่าบริการจากผู้ที่มาใช้บริการในจำนวนเท่าหรือเกินกว่าจำนวนที่เบิกได้ตามสิทธิ บุคคลดังกล่าวอาจออกไปเบิกจ่ายให้แก่ผู้มีสิทธิโดยใช้ลายมือชื่อและเลขที่ใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพปลอม เพื่อให้ผู้มีสิทธิไปเบิกค่าใช้จ่ายดังกล่าว กับสำนักงานประกันสังคม

#### - ผู้มีสิทธิ

กองทุนประกันสังคมเป็นกองทุนสำหรับผู้ประกันตนในการรับประโยชน์ทดแทน เมื่อต้องประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพลภาพ หรือตาย ที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน รวมถึงกรณีคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน ซึ่งประโยชน์ทดแทนที่ได้รับจากสำนักงานประกันสังคมเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนของผู้ประกันตนเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ขึ้น แต่ในปัจจุบันมีกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นผู้ประกันตนและบุคคลภายนอกมาร่วมกันกระทำการทุจริตปลอมแปลงเอกสารเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทนจากกองทุน ส่งผลให้เกิดความเสียหายแก่กองทุนประกันสังคม เช่นการปลอมแปลงเอกสารเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทนจากสำนักงานประกันสังคมของคลินิก ทันตกรรมแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสกลนคร สำนักงานประกันสังคมได้ตรวจสอบพบความผิดปกติของเอกสารคำขอรับประโยชน์ทดแทน

<sup>29</sup> ไทยรัฐ (29 พฤษภาคม 2550)[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.thairath.co.th> [14 ธันวาคม 2551]

<sup>30</sup> คม ชัด ลึก (22 มกราคม 2552)[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.komchadluek.net> [24 มกราคม

กรณีทันตกรรม จึงได้สอบข้อเท็จจริงจากผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด และได้ปฏิเสธการจ่ายประโยชน์ทดแทน และรวบรวมข้อเท็จจริงเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดสกลนครดำเนินคดีอาญาและคดีแพ่งเรียกค่าเสียหายกับผู้กระทำผิดต่อคลินิกทันตกรรมดังกล่าว นอกจากนี้ สำนักงานประกันสังคม (สปส.) ยังตรวจสอบพบอีกว่ามีกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นผู้ประกันตน และบุคคลภายนอกร่วมกันกระทำการทุจริตปลอมแปลงเอกสาร โดยแจ้งชื่อผู้ประกันตนว่าเป็นมารดาของบุตร และแจ้งชื่อบุคคลอื่นเป็นบิดาของบุตร โดยมีได้คลอดบุตรจริง เพื่อให้ส่วนราชการออกสูติบัตรแล้วนำมาขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรของตนเอง และลูกจ้างคนอื่น ๆ ในบริษัทเดียวกัน โดยปลอมแปลงลายมือชื่อของผู้ประกันตนในแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร และหนังสือมอบอำนาจเพื่อรับเงินอีกด้วย ซึ่งขณะนี้สำนักงานประกันสังคมกำลังดำเนินคดีอาญา พร้อมทั้งเรียกให้ชดเชยค่าเสียหายกับกลุ่มผู้ประกันตนดังกล่าวแล้ว<sup>31</sup>

เมื่อเดือนกันยายน 2550 เลขานุการสำนักงานประกันสังคมยังได้เปิดเผยอีกว่า สปส.กำลังประสบปัญหาการจ่ายเงินสงเคราะห์บุตรเกินให้กับผู้ประกันตนจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสถานะความมั่นคงของกองทุนในอนาคต ทั้งนี้ สาเหตุการจ่ายเงินเกินสิทธิเกิดจากการที่นายจ้างร้อยละ 83 แจ้งข้อมูลการออกจากงานของผู้ประกันตนล่าช้า ประมาณ 1-3 เดือน ทำให้ สปส.ต้องติดตามเงินคืนจากผู้ประกันตน ดังนั้น สปส.จึงจำเป็นต้องตัดการจ่ายเงินสงเคราะห์บุตรหรือชะลอออกไปก่อน เพื่อให้สอดคล้องข้อมูลการแจ้งออกจกนายจ้าง และสปส.ยังต้องดำเนินการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่สำรวจรายชื่อ นายจ้าง และประเภทกิจการที่ไม่แจ้งการเลิกจ้างกรณีที่ถูกจ้างออกจากงานมายัง สปส. ซึ่งจะทำให้ทราบถึงจำนวนลูกจ้างที่แน่นอนว่ามีที่รายที่ได้รับเงินสงเคราะห์บุตรไป โดยไม่มีสิทธิ ถึง 3 เดือน เฉลี่ยคนละ 1,050 บาท และขณะนี้ สปส.มียอดเงินที่จ่ายเกินให้กับผู้ประกันตนที่ลาออกจากงานไปแล้ว จำนวน 37 ล้านบาท เห็นได้ว่า จากการที่นายจ้างละเว้นไม่ปฏิบัติหน้าที่ของตนตามที่กฎหมายกำหนดไว้ ทำให้กองทุนประกันสังคมและผู้ประกันตนเสียหายเป็นจำนวนมาก กรณีดังกล่าว สปส.ส่งดำเนินคดีเพราะถือว่าเป็นการกระทำความผิดเกี่ยวกับกองทุน<sup>32</sup>

ดร.วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ ผู้เชี่ยวชาญอาวุโส ประจำสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ก็ยังได้เปิดเผยในงานสัมมนา "ชำแหละ ช่องโหว่ประกันการว่างงาน" ซึ่งจัดโดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) ร่วมกับสมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 ว่า จากการเข้าไปศึกษานโยบายประกันการว่างงาน กับผลกระทบต่อสวัสดิการของคนไทย พบว่า นับจากเดือนกรกฎาคม 2547 ที่เริ่มมีการจ่ายเงินสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานจนถึงสิ้นปี 2548 มีผู้เข้ารับเงินประกันการว่างงานรวมทั้งสิ้น 174,165 คน และในจำนวนนี้มีผู้ตั้งใจว่างงานสูงถึงร้อยละ 70 หรือ 121,916 คน โดยมีการจ่ายผลประโยชน์ทดแทน กรณีว่างงานไปแล้วรวม

<sup>31</sup> เดลินิวส์ (21 มกราคม 2551)[Online]. แหล่งที่มา : [www.dailynews.co.th](http://www.dailynews.co.th) [14 ธันวาคม 2551]

<sup>32</sup> มติชน (20 กันยายน พ.ศ. 2550) [Online]. แหล่งที่มา : [www.matichon.co.th/matichon](http://www.matichon.co.th/matichon) [14 ธันวาคม



ทั้งสิ้น 972 ล้านบาท แบ่งเป็นเงินสมทบปี 2547 จำนวน 155 ล้านบาท เงินสมทบปี 2548 จำนวน 817 ล้านบาท เห็นได้ว่า มีผู้ตั้งใจ "ตักงาน" เพื่อหวังรับประโยชน์ทดแทนกว่าแสนคน และทำให้กองทุนประกันสังคมสูญเงินไปกว่าเกือบพันล้านบาท โดยนางบุญราศรี บุรพพานินทร์ ผู้อำนวยการกองประโยชน์ทดแทน เห็นว่า การจ่ายประกันการว่างงานวันนี้ยังไม่เป็นธรรม ยกตัวอย่างวันนี้ผู้ประกันตนเงินเดือน 10,000 บาท รัฐเก็บ 0.5 นั้นเท่ากับกองทุนเก็บเงินเดือนละ 50 บาท 6 เดือนเก็บ 300 บาท สมมติว่าพอ 6 เดือนแล้วว่างงาน ผู้ว่างงานได้เงิน 3,000 บาทต่อเดือน เป็นเวลา 6 เดือน เท่ากับ 18,000 บาท กระบวนการนี้ก่อให้เกิดการทุจริตในการลาออกได้ เช่น ครอบครัวเดียวกัน พ่อ แม่ ลูก เป็นลูกจ้างผลัดกันลาออก พอส่งเงินสมทบครบ 6 เดือนพ่อก็ลาออก 90 วันรับ 30 เปอร์เซ็นต์ ต่อมาให้ลูกลาออกรับ 30 เปอร์เซ็นต์ ต่อมาให้แม่ลาออกรับ 30 เปอร์เซ็นต์

จะเห็นได้ว่า การกระทำต่อกองทุนประกันสังคมดังกล่าว เกิดจากกระบวนการกำหนดนโยบาย การประกันการว่างงานกำหนดให้ผู้ทีลาออกโดยสมัครใจได้ประโยชน์ทดแทนด้วย ซึ่งข้าราชการประจำทราบเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี แต่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของนักการเมืองที่ต้องการหาเสียง ทำให้หลักเกณฑ์ดังกล่าวมีช่องโหว่เปิดโอกาสให้มีการกระทำความผิดและเอาเปรียบระบบได้<sup>33</sup>

นอกจากผู้กระทำความผิดจะเป็นผู้ให้บริการ หรือผู้มีสิทธิแล้วนั้น บุคลากรของสำนักงานประกันสังคม ก็สามารถกระทำความผิดต่อระบบประกันสังคมได้ เห็นได้จากการที่ที่ประชุม ป.ป.ช. ได้มีมติชี้มูลความผิดทางวินัยและทางอาญาเจ้าหน้าที่รัฐผู้หนึ่ง ซึ่งดำรงตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี 6 สำนักงานประกันสังคม กับพวก ว่าจัดทำเอกสารของบุคคลอื่นที่มีใช่เป็นผู้ประกันตนมาขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีตาย 3 ราย คลอดบุตร 6 ราย และยังได้เรียกรับเงิน เพื่อเป็นค่าตอบแทนในการอนุมัติเบิกจ่ายเงินทดแทนกรณีเสียชีวิต ตาม พ.ร.บ.เงินทดแทน พ.ศ.2537 โดยทุจริต ซึ่ง ป.ป.ช. พิจารณาแล้วเห็นว่าการกระทำดังกล่าว มีมูลเป็นความผิดทางวินัยอย่างร้ายแรง และมีมูลเป็นความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 149, 153, 157 และ 162<sup>34</sup>

### กองทุนเงินทดแทน

เนื่องจากกองทุนเงินทดแทนจ่ายเงินตามค่าบริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ แต่มีการกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายต่อการเจ็บป่วยเอาไว้ จึงมีรูปแบบการกระทำความผิดที่แตกต่างจากประกันสังคม การ

<sup>33</sup> [http://www.tja.or.th/index.php?option=com\\_content&task=view&id=321&Itemid=90](http://www.tja.or.th/index.php?option=com_content&task=view&id=321&Itemid=90)

<sup>34</sup> แนวหน้า (5 กรกฎาคม 2550)[Online]. แหล่งที่มา : [www.naewna.com](http://www.naewna.com) [14 ธันวาคม 2551]



กระทำความผิดมักเป็นรูปแบบเดียวกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ คือการที่โรงพยาบาลเบิกจ่ายยาที่ซ้ำซ้อน ให้ยาที่ไม่จำเป็น

### (ค) กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ

การออกพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 มีเจตนารมณ์ในการคุ้มครองช่วยเหลือผู้ประสบภัยให้ได้รับการชดเชยความเสียหายอย่างทันที่ ตลอดระยะเวลาที่มีการบังคับใช้ พ.ร.บ.ดังกล่าว พบว่ามีการกระทำของบริษัทประกันภัยที่ไม่เอื้อต่อผู้ใช้ เช่น มีขั้นตอนยุ่งยาก บริษัทประกันภัยเรียกเอกสารหลักฐานเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด มีการบ่ายเบี่ยงในการจ่ายค่าสินไหมทดแทน คนขับไม่มีใบขับขี่ หรือต้องรอการพิสูจน์ถูกผิดในส่วนค่าชดเชย ซึ่งจะต้องใช้เวลานาน หากผู้ป่วยเป็นกลุ่มบุคคลที่ไม่มีประกันสุขภาพไว้ จะต้องแบกรับภาระในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง หรือตกเป็นภาระของโรงพยาบาลที่จะต้องขอสงเคราะห์จ่ายค่ารักษาเท่าที่มีความสามารถจ่ายได้ ซึ่งมองว่าเป็นการโยนภาระในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ทางบริษัทที่รับทำประกันภัยควรจะเป็นผู้จ่าย แต่กลับหลีกเลี่ยงที่จะไม่จ่าย และผลลัพท์ให้กองทุนอื่นจ่ายแทน การกระทำดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาลที่ทำการรักษาพยาบาลภาระทางการเงินที่มากขึ้น ประกอบกับผู้ประสบภัยจากรถจะเลือกใช้สิทธิอื่นๆแทนการใช้สิทธิตามพ.ร.บ.ฉบับดังกล่าว<sup>35</sup>

### (ง) โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ผู้ให้บริการ

วิธีการจ่ายค่าบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ เป็นการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว หมายความว่า หากมีประชาชนผู้มีสิทธิเลือกขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลใดมากเท่าใด โรงพยาบาลนั้น ก็จะได้รับเงินมากขึ้นตามจำนวนประชาชนที่มาขึ้นทะเบียน หากให้บริการตลอดทั้งปี มีเงินเหลือ เงินจำนวนดังกล่าว ก็เป็นประโยชน์หรือเป็นกำไรให้กับสถานพยาบาลแห่งนั้น แต่หากให้บริการไปและมีค่าใช้จ่ายมากกว่าเงินที่ได้รับมา สถานพยาบาลแห่งนั้น จะต้องประสบกับภาวะขาดทุน ดังนั้น สถานพยาบาลในบางแห่งจึงมักหาทางลดต้นทุนในการตรวจรักษาเช่นเดียวกับโครงการประกันสังคม ซึ่งจากการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ร่วมกับเอแบค-เคเอสซี อินเทอร์เน็ต โพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ได้สำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อการดำเนินงาน

<sup>35</sup> ไทยโพสต์ (25 พฤษภาคม 2551)[Online]. แหล่งที่มา : [www.thaipost.net](http://www.thaipost.net) [14 ธันวาคม 2551]

สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ.2549 : กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จาก 34 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่า เมื่อถามถึงการใช้บัตรทองที่สถานพยาบาลในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 48.8 เคยใช้บัตรทอง ขณะเดียวกัน ตัวอย่างร้อยละ 13.7 ระบุว่า เคยรักษาพยาบาลโดยไม่ใช้บัตรทอง โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าเพราะกลัวจะได้รับการรักษาไม่ดี ได้รับยาไม่ดี กลัวได้รับบริการไม่ดี และไม่ได้รับความสะดวกจากเจ้าหน้าที่<sup>36</sup> แสดงให้เห็นถึงว่า ยังมีประชาชนส่วนหนึ่งที่ยังไม่มีความมั่นใจ และเชื่อในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐบาลจัดให้

คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาภาพรวมและผลกระทบทางด้านจริยธรรมเกี่ยวกับ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค พบว่า ร้อยละ 59.6 ของแพทย์ที่ตอบกลับมา ได้รับนโยบายจากผู้บริหาร ให้ลดค่าใช้จ่าย ยาและเวชภัณฑ์ และ ร้อยละ 52.9 ปฏิบัติตามนโยบายที่ได้รับจากผู้บริหารนี้ร้อยละ 47.8 ของแพทย์ไม่เปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาคงไว้ไปจากเดิม ร้อยละ 39.0 ตอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อผลการรักษา และมีเพียงร้อยละ 5.4 ที่ว่าเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ในส่วนของการสืบค้นเพื่อวินิจฉัย ร้อยละ 50.9 ตอบว่าไม่เป็นผลดี ต่อการวินิจฉัย

ในความเป็นอิสระในการเลือกวิธีการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ ร้อยละ 54.4 ตอบว่าน้อยลง ร้อยละ 39.9 ตอบว่าเหมือนเดิม และเมื่อถามถึงผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล ร้อยละ 67.3 ตอบว่าลดลง ร้อยละ 13.2 ตอบว่าเหมือนเดิม และมีเพียง ร้อยละ 6.7 ที่ตอบว่าดีขึ้น<sup>37</sup>

สถิติดังกล่าวแสดงได้ว่า การมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้สถานพยาบาลรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง มีแรงจูงใจที่จะลดค่าใช้จ่ายเพื่อประโยชน์ในทางทรัพย์สินมากขึ้น ซึ่งจากแรงจูงใจดังกล่าว สามารถจำแนกรูปแบบการกระทำความผิดที่เกิดขึ้น หรือสามารถเกิดขึ้นได้ในระบบนี้เป็น

1. ลดปริมาณการตรวจรักษาหรือบริการที่จัดให้ผู้ป่วยแต่ละราย สืบเนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่ง ประสบปัญหาด้านการเงิน งบประมาณที่ได้ไม่พอซื้อยาเวชภัณฑ์ หรือให้บริการอื่นๆ ประกอบกับประชาชนที่มีรายได้น้อยไม่มีทางออกมากนัก จึงต้องพึ่งโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลจึงพยายามตัดค่าใช้จ่าย ประชาชนที่ใช้บริการจึงได้รับผลกระทบโดยตรงส่งผลคือ เมื่อโรงพยาบาลที่ประชาชนมีสิทธิรักษาไม่หาย ประชาชนก็จะเลือกไม่ใช้สิทธิและไปรับการรักษาโดย

<sup>36</sup> ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการ ต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีพ.ศ.2549 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, พิมพ์ครั้งที่ 1 (ส.พิจิตรการพิมพ์, 2549), หน้า 4.

<sup>37</sup> สรุปผลการสำรวจการศึกษภาพรวมและผลกระทบทางด้านจริยธรรมกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค โดยคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาภาพรวมและผลกระทบทางด้านจริยธรรมเกี่ยวกับ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค, หน้า 2-3.

เสียค่าใช้จ่ายเอง ซึ่งจะเป็นการขัดกับวัตถุประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีวัตถุประสงค์จะลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยของประชาชน ตัวอย่างของการกระทำในลักษณะนี้จากเรื่องร้องเรียนที่ผู้มีสิทธิได้ร้องเรียนต่อสำนักบริการประชาชน ได้แก่ โรงพยาบาลจ่ายยาโรคเบาหวานให้ผู้ป่วยเดือนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 10 เม็ด เมื่อไปรับยาที่ต้องกินในช่วง 10 วันที่เหลือ ก็ถูกปฏิเสธ หรือ เข้ารักษาโรคลมชัก และ โรคทางสมอง แพทย์สั่งยาให้แต่ห้องยาจัดยาไม่ครบตามที่แพทย์สั่ง

นอกจากนี้โรงพยาบาลตามสิทธิยังพยายามลดการให้บริการที่มีราคาแพง เพื่อลดต้นทุนในการจัดบริการ เช่น โรงพยาบาลตามสิทธิปฏิเสธการทำ MRI ให้แก่ผู้ป่วย หรือพยายามไม่ให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ตัวอย่างจากเรื่องร้องเรียนที่ผู้มีสิทธิได้ร้องเรียนต่อสำนักบริการประชาชน ได้แก่

ผู้ป่วยมีอาการน้ำท่วมปอด ให้ออนโรงพยาบาลแล้วไม่ดีขึ้น แต่แพทย์จะให้กลับบ้าน

ชายผู้หนึ่ง ได้นำบุตรชายที่มีอาการป่วยตัวร้อนไปพบแพทย์ ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยใช้บัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรค ปรากฏว่าไข้ขึ้นสูงกว่า 40 องศา แต่แพทย์ได้ให้ยาแล้วอนุญาตให้กลับบ้าน แต่อาการไม่ดีขึ้นจึงได้กลับไปโรงพยาบาลอีกครั้ง ซึ่งแพทย์ได้ตรวจเลือดเพราะสันนิษฐานว่าจะเป็นไข้เลือดออก แต่ไม่พบเชื้อเลยให้น้ำเกลือก่อนให้กลับบ้าน เมื่อถึงบ้าน อาการทรุดหนักจึงส่งเข้า ร.พ.เอกชน แพทย์ตรวจแล้ววินิจฉัยว่าเด็กสมองบวม มีชีวิตอยู่ได้เพราะเครื่องช่วยหายใจ ส่วนสมองตายหมดแล้วเนื่องจากมาถึง ร.พ.ช้าเกินไป ต่อมาบุตรชายได้เสียชีวิต ทำให้พ่อแม่ของเด็กตัดสินใจเข้าแจ้งความ โดยเชื่อว่าหากโรงพยาบาลตามสิทธิรับตัวไว้รักษาตั้งแต่ต้นคงไม่ร้ายแรงเช่นนี้ เมื่อกลับไปถามว่าทำไมไม่รับลูกไว้รักษาแต่แรก โรงพยาบาลดังกล่าวกลับอ้างว่าเตียงไม่พอและไม่มียา<sup>38</sup>

นอกจากนี้ ยังเกิดกรณีตัวอย่างอีก เช่น ประชาชนหลายคนในชุมชนรายได้น้อยแห่งหนึ่งใน กทม. ไปโรงพยาบาลเอกชนที่ระบุในบัตรเมื่อตนรู้สึกมีอาการหนักแล้ว แต่แพทย์ผู้ตรวจบอกว่าไม่เป็นอะไรมา ให้ยาพ่นๆ หรือยาแก้ปวด แล้วให้กลับบ้าน หนึ่งในจำนวนนั้นทนไม่ไหว ขอให้ญาติพาไปโรงพยาบาลเอกชนแห่งอื่นทันที แต่แพทย์ที่โรงพยาบาลแห่งใหม่ บอกว่า อาการหนักเกินกว่าจะรักษาได้ และคนไข้เสียชีวิตในวันเดียวกัน รายที่สอง ต้องย้ายไปรักษาที่รพ.รามธิบดี รายที่สาม แพทย์ได้ทำการตรวจคร่าวๆแล้วปล่อยกลับบ้าน แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงกลับไปพบแพทย์อีกครั้ง ซึ่งป่วยหนักจนต้องเข้าห้องไอซียู แพทย์ได้นำเข้าเครื่องแอกนหัวใจ และพบอาการลิ้นหัวใจรั่ว รายที่สี่ เด็กไปพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้อง วันแรก แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคกระเพาะ วันที่สอง พบจุดแดงที่แขน

<sup>38</sup> ผู้จัดการ (19 ธันวาคม 2548)[Online]. แหล่งที่มา : [www.manager.co.th](http://www.manager.co.th) [14 ธันวาคม 2551]

แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก ในที่สุดกลับไปไ้ตั้งแแตกที่บ้าน<sup>39</sup> ถึงแม้ว่าการวินิจฉัยที่ผิดพลาดในกรณีเหล่านี้ บางส่วนอาจเกิดจากเหตุสุดวิสัย แต่ก็ชวนให้ตั้งข้อสงสัยว่า บางครั้ง แรงจูงใจด้านการเงินอาจทำให้ระบบการคัดกรองที่ไ้อยู่ในโรงพยาบาลหลายแห่ง ( รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งในโครงการ) มีแนวโน้มที่ยอมผิดพลาดในทางที่ไ้ผู้ป่วยเสี่ยงมากกว่าที่จะผิดพลาดในทางที่ไ้ทำให้โรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น หรือระบบการจ่ายเงินค่าแพทย์ในการตรวจคนไ้ในโครงการ 30 บาท และประกันสังคมที่ต่ำกว่าการตรวจคนไ้อื่นๆของโรงพยาบาลเหล่านี้ อาจมีส่วนทำให้แพทย์ที่ทำหน้าที่เป็นด่านหน้า ไม่ได้ให้ความสนใจในการตรวจคนไ้เหล่านี้เท่าที่ควร

2. โรงพยาบาลปฏิเสธการส่งตัวผู้ป่วย เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ป่วยเป็นของโรงพยาบาลที่ทำการส่งตัว และ น.พ. สมศักดิ์ โลห่เลขา นายกแพทยสภา ไ้ยอมรับว่ามีหลายโรงพยาบาลที่ไม่ยอมส่งต่อผู้ป่วย แม้จะไ้พิจารณาแล้วว่าจะต้องส่งต่อ เนื่องจากส่งต่อไปแล้วต้องถูกเรียกเก็บเงินตามหลัง ซึ่งแม้จะทราบว่ามีจรรยาบรรณแพทย์ แต่ระบบผูกติดกับเงินส่งผลให้แพทย์ต้องทำอย่างนั้น<sup>40</sup> ตัวอย่างจากเรื่องร้องเรียนที่ผู้มีสิทธิไ้เรียนต่อสำนักบริการประชาชนได้แก่ การที่โรงพยาบาลปฏิเสธการส่งตัวผู้ป่วยเส้นเลือดขาด และอาการเส้นเลือดในสมองแตก ทั้งที่ไ้ไม่มีแพทย์รักษา

3. เจ้าหน้าที่ปฏิเสธ ไม่ยอมให้ผู้มีสิทธิไ้สิทธิ สืบเนื่องจากประชาชนจำนวนหนึ่ง ยังไม่ได้รับข้อมูลทั้งในด้านการรักษาและในด้านสิทธิของตนเอง หรือแม้กระทั่งในกรณีที่ได้รับทราบข้อมูลและสิทธิของตน แต่เมื่อจะไ้สิทธิดังกล่าว กลับไ้รับการปฏิเสธจากเจ้าหน้าที่ ประชาชนก็รู้สึกลัวจะต้องเป็นไปตามนั้น ตัวอย่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น

ผู้เป็นแม่รายหนึ่ง ไ้พาลูกของตนซึ่งป่วยเป็นไ้สูงมาหลายวัน ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามสิทธิ แต่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบอกว่าบัตรทองหรือบัตร 30 บาทตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีอยู่ไ้ไม่ได้ต้องจ่ายเงินค่ารักษาด้วย เป็นเงิน 145 บาท" มารดาของผู้มีสิทธิจึงจ่ายเงินจำนวนนั้นไป ซึ่งความจริงแล้วบัตรทองของผู้มีสิทธินั้นทำไ้เมื่อตอนอายุ 12 ปี (พ.ศ.2544) ซึ่งขณะเกิดเหตุมีอายุ 15ปีซึ่งตามหลักเกณฑ์ต้องเปลี่ยนบัตรใหม่เป็นบัตรทองที่ไ้ไม่มีตัวอักษร ท (อักษร ท จะอยู่ในบัตรเดิมเพราะตามกฎหมายจะยกเว้นการร่วมจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาทให้กับเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 12 ปี) หมายความว่า บัตรทองมีการเปลี่ยนใหม่ไ้ได้ตามเงื่อนไขแต่ไ้ไม่มีการหมดอายุ สิทธิใน

<sup>39</sup> อัญญา ณ ระนอง, ความคาดหวัง การไ้บริการด้านสุขภาพ และผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : มุมมองของประชาชน รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 3 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2546-2547), (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย,2548), หน้า 35.

<sup>40</sup> กรุงเทพธุรกิจ(29 ตุลาคม 2544)[Online]. แหล่งที่มา : [www.bangkokbiznews.com](http://www.bangkokbiznews.com) [14 ธันวาคม 2551]



การรักษาพยาบาลยังคงไว้สืบเนื่องต่อไป เว้นแต่จะเข้าไปรับสิทธิราชการหรือประกันสังคม สิทธิในบัตรทองจึงจะหยุดลงเพื่อให้ไปใช้สิทธิในกองทุนตามกฎหมายอื่น กรณีดังกล่าว ผู้มีสิทธิจึงไม่จำเป็นต้องจ่ายเงิน 145 บาท แต่ร่วมจ่ายเพียง 30 บาทเท่านั้น<sup>41</sup>

การกระทำความผิดในลักษณะนี้ ยังมีในกรณีที่ทางสถานพยาบาลผู้ให้บริการปฏิเสธการรักษา โดยพยายามผลักดันให้ผู้ป่วยหนัก หรือเป็นโรคเรื้อรังซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงให้ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลอื่น เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ ตัวอย่างจากเรื่องร้องเรียนที่ผู้มีสิทธิได้ร้องเรียนต่อ สำนักบริการประชาชน ได้แก่ กรณีผู้ป่วยมีแผลกดทับ โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธการรักษา อ้างว่า ใช้งบประมาณมาก หรือโรงพยาบาลปฏิเสธการรักษาผู้ป่วย โรคเส้นเลือดขอดที่ลูกอัมพา และให้ย้ายไปรักษาที่อื่น

ในอีกกรณีหนึ่ง แพทย์ไม่ให้ความสนใจผู้ป่วยโรคหัวใจ และชักงูใจรักษาที่คลินิกของตน ช้างนอกโรงพยาบาลจนผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นการไม่ให้บริการตามสิทธิเพื่อชักงูใจให้ไปรักษาที่คลินิกของตน<sup>42</sup>

#### 4. เจ้าหน้าที่เรียกเก็บเงินเพิ่ม โดยไม่มีสิทธิ เช่น

จังหวัดบุรีรัมย์ในช่วงที่ประชาชนยังต้องเสียส่วนร่วมจ่าย 30 บาท ผู้สูงอายุที่มีบัตรทองหมวด “ท” ซึ่งโดยปกติ จะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัย โดยถูกเรียกเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท และค่ายาฉีดเข็ม และค่าน้ำเกลือรวมเป็น 100 บาทซึ่งทางเจ้าหน้าที่ให้เหตุผลในการคิดค่าบริการเพิ่มจากที่ต้องจ่ายว่า เป็นของคลินิกของตน ยาในอนามัยไม่มี ถ้าจะใช้ยาของอนามัย ต้องรออีก 2-3 วัน<sup>43</sup> หรืออาจเป็นในรูปกรณีที่ประชาชนต้องเสีย 30 บาท แต่ทางเจ้าหน้าที่จะเรียกให้ “บริจาค” เพิ่มอีก

ในกรณีที่สิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้บริการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามหลักเกณฑ์ ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค.51 นั้นมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งร้องเรียนเรื่องการถูกเรียกเก็บเงินเกินอัตราที่กำหนด ซึ่งสปสข.กำหนดให้ผู้ป่วยร่วมจ่าย

<sup>41</sup> ศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค, วารสารฉลาดซื้อ ฉบับที่ 62 (พฤษภาคม 2550) [online]. แหล่งที่มา : [www.consumerthai.org](http://www.consumerthai.org)

<sup>42</sup> วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง และนิภา ศรีอนันต์, ระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ รายงานวิจัยเล่มที่ 4 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่สอง (2546-2547), (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2548), หน้า 36.

<sup>43</sup> อัญชญา ณ ระนอง, ความคาดหวัง การใช้บริการด้านสุขภาพ และผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : มุมมองของประชาชน รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 3 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2546-2547), หน้า 32.



ไม่เกิน 500 บาท และ สปสช.ชดเชยให้หน่วยบริการ 1,000 บาท แต่เนื่องจากปัญหาบางประการส่งผลให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากผู้ป่วยเกินกว่า 500 บาทตามอัตราที่สปสช.กำหนดไว้<sup>44</sup>

ผู้มีสิทธิผู้หนึ่ง ได้ไปทำคลอดที่โรงพยาบาลตามสิทธิ แต่ถูกเสียชีวิตเมื่อสามถึงไปชำระเงินที่ฝ่ายการเงิน โดยที่หน้าจอคอมพิวเตอร์บอกว่าไม่มีค่าใช้จ่ายอะไร แต่เจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงินคนหนึ่งแจ้งว่าต้องจ่าย 500 บาท ผู้มีสิทธิก็จ่ายไป พอเจ้าหน้าที่ฝ่ายห้องเย็นทราบ จึงพาไปเอาเงินคืนเพราะความจริงไม่ต้องเสียอะไรเลย<sup>45</sup>

5. การเบิกค่ารักษาพยาบาลต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกินความเป็นจริง โดยในปี พ.ศ.2550 มีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในสถานบริการสุขภาพที่รับรักษาผู้ป่วยตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งรัฐและเอกชน 50 แห่ง จำนวนผู้ป่วยใน 3,500 กรณี จากสถานบริการสุขภาพทั้งหมดกว่า 1 พันแห่ง จำนวนผู้ป่วยใน 5 ล้านกรณี พบว่า 20% มีการเบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในเกินความเป็นจริง มูลค่ารวมกว่า 30 ล้านบาท เช่น ผู้ป่วยในป่วยเป็นไส้ติ่งอักเสบ แต่มีการลงบันทึกรายงานการตรวจรักษาว่าเป็นไส้ติ่งแตก ซึ่งค่ารักษาพยาบาลในกรณีหลังจะได้รับการจัดสรรมากกว่ากรณีแรก การกระทำดังกล่าว แม้ไม่ได้กระทบกับ สปสช. โดยตรงแต่จะกระทบกับผู้ป่วยรายอื่นที่ใช้สิทธินี้ โดยงบประมาณของ สปสช. ในปี 2550 สำหรับจัดสรรเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในทั้งหมดกว่า 30,000 ล้านบาท ซึ่งการที่โรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนบางแห่งมีการเบิกค่ารักษาเกินก็จะไปเบียดบังโรงพยาบาลอื่น ทำให้ได้รับการจัดสรรเงินไม่เป็นธรรมทั้งที่ผู้ป่วยในมีอาการลักษณะเดียวกัน โดยอาจคิดว่าทำเช่นนี้แล้วจะทำให้เงินในโรงพยาบาลมากขึ้น<sup>46</sup>

#### (จ) ประกันสุขภาพภาคเอกชน

ในการศึกษาการกระทำคามผิดต่อระบบประกันสุขภาพภาคเอกชนนี้ จะศึกษาในแง่ที่บุคคลต่าง ๆ มาทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพ ประกอบไปด้วย ผู้เอาประกัน ผู้ให้บริการทางการแพทย์ และตัวแทนประกันภัย

- ปัจจัยที่เกิดขึ้นจากโรงพยาบาล (ผู้ให้บริการทางการแพทย์)

แต่เดิมการกำหนดมาตรฐานค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลในประเทศไทยยังไม่เป็นไปในทางเดียวกัน จึงทำให้ โรงพยาบาลบางแห่งสร้างปัญหาให้เกิดขึ้นกับธุรกิจประกันสุขภาพและแม้ปัจจุบัน

<sup>44</sup> ผู้จัดการ (13 ตุลาคม 2551)[Online]. แหล่งที่มา : [www.manager.co.th](http://www.manager.co.th) [14 ธันวาคม 2551]

<sup>45</sup> แนวหน้า (26 เมษายน 2549)[Online]. แหล่งที่มา : [www.naewna.com](http://www.naewna.com) [14 ธันวาคม 2551]

<sup>46</sup> ผู้จัดการ(11 พฤศจิกายน 2551)[Online]. แหล่งที่มา : [www.manager.co.th](http://www.manager.co.th)[14 ธันวาคม 2551]

มีการกำหนดมาตรฐานต่างๆ ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ก็ยังพบผู้ให้บริการที่กระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพ ซึ่งรูปแบบการกระทำความผิดในอดีต ถึงปัจจุบัน เท่าที่พบมีดังต่อไปนี้

1. การตกแต่งใบเสร็จ โรงพยาบาลบางแห่งทำ การตกแต่งใบเสร็จเพื่อให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของกรมธรรม์ที่คนไข้มี เช่นการเกลี้ยรายการค่ารักษาพยาบาลเพื่อให้สามารถเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล ได้เต็มจำนวน การแก้ไขชื่อโรคที่มีอยู่ในข้อยกเว้นความคุ้มครองเป็นโรคที่ไม่อยู่ในข้อยกเว้นเพื่อ คนไข้จะสามารถเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนได้

2. การร่วมมือกับผู้เอาประกันภัยในการฉ้อโกง โรงพยาบาลบางแห่งร่วมมือกับผู้เอาประกันภัย โดยการออกใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลให้ถึงแม้ว่าผู้เอาประกันภัยจะมีได้เข้ารับการรักษายาบาลหรือมิได้เข้าพักรักษาตัวเป็นคนไข้ใน โดยโรงพยาบาลแห่งนั้นจะได้รับผลประโยชน์จากผู้เอาประกันภัยเป็นการ ตอบแทน นอกจากกรณีดังกล่าวแล้วยังมีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงชื่อคนไข้ จากคนไข้ที่ไม่มี กรมธรรม์ประกันสุขภาพคุ้มครองเป็นคนที่มีกรมธรรม์คุ้มครอง ส่วนมากจะใช้กับคนในครอบครัว เดียวกัน หรือการออกใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลหลายใบให้แก่คนไข้เพื่อทำ เรื่องขอเบิกเงิน จากหลายแหล่ง การร่วมมือกับผู้เอาประกันภัยในการฉ้อโกงนี้ นับเป็นเรื่องร้ายแรงต่อธุรกิจ ประกันสุขภาพ ศีลธรรมและควร ได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

3. การให้การรักษาเกินความจำเป็นของโรค ผู้ให้บริการทางการแพทย์บางรายให้การรักษายาบาล เกินความจำเป็น บางรายใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาสูงอย่างฟุ่มเฟือย บางรายสั่งยาเกิน ความจำเป็นหรือเป็นยาที่มีราคาสูงในขณะที่มีคุณภาพเท่าเทียมกันกับยาที่มีราคาต่ำกว่า เพราะถือว่า คนไข้มีประกันสุขภาพคุ้มครอง

- การกระทำความผิดโดยผู้เอาประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยมีความ เข้าใจว่าเมื่อจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพไปแล้วต้องใช้สิทธิประโยชน์ที่พึงมีพึงได้โดยไม่เข้าใจหลักการของ การประกันสุขภาพที่ถูกต้อง การพยายามใช้สิทธิประโยชน์ที่ไม่ถูกต้องและไม่สมเหตุผลนี้มี อาทิ

1. ผู้เอาประกันภัยบางรายขอรับการรักษายาบาลโดยไม่จำเป็นและบ่อยครั้งเกินจำเป็น
2. การเข้าพักรักษาตัวเป็นคนไข้ในโดยไม่จำเป็น
3. การขออนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเกินความจำเป็น เนื่องจากประกันสุขภาพโดยทั่วไปมักมีค่าชดเชยรายวัน เป็นค่าเสียเวลาหรือค่าเสียโอกาสที่ผู้เอาประกันต้องสูญเสียไปในกรณีที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล บริษัทจะจ่ายให้ตามจำนวนวันที่นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นจำนวนเงินตามลักษณะประกันที่เราซื้อไว้ แต่จะมีการกำหนดว่าจ่ายสูงสุดไม่เกินกี่วัน
4. การขอใช้บริการทางการแพทย์เกินความจำเป็น
5. การสลับเปลี่ยนตัวผู้เอาประกันภัยในการเข้ารับการรักษายาบาล (การปลอมป่วย)
6. การได้รับการรักษาเกินความจำเป็นของโรค
7. การเรียกร้องค่าสินไหมชำซ้อน เมื่อมีความคุ้มครองมากกว่า 1 แห่ง เป็นต้น

การกระทำ ดังกล่าวส่วนหนึ่งเป็นการเอื้อประโยชน์ให้กับคนไข้ของโรงพยาบาล และตัวแทนประกันภัย อีกส่วนหนึ่งมาจากความมั่งคั่งของผู้เอาประกันภัย ทั้งหมดนี้ส่งผลให้ค่า อัตราส่วนค่าสินไหมทดแทนสูงเกินความเป็นจริงซึ่งส่งผลต่อการกำหนดเบี้ยประกันสุขภาพในอนาคต

- การกระทำความผิดโดยตัวแทนประกันภัย

ตัวแทนประกันภัยนับเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อธุรกิจประกันภัย เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมากที่สุดกับผู้เอาประกันภัย ธุรกิจประกันภัยจะเติบโตได้มากน้อย เพียงใดขึ้นอยู่กับ คุณภาพของตัวแทน อย่างไรก็ตาม ตัวแทนก็เป็นบุคคลที่กระทำผิดต่อระบบประกันสุขภาพได้ เช่น ตัวแทนบางรายร่วมมือกับผู้เอาประกันภัย ในการปกปิดการแถลงสุขภาพ บางรายเห็นด้วยกับผู้เอาประกันภัยและโรงพยาบาลในการปลอมป่วย บางรายชักชวนให้ผู้เอาประกันภัยซื้อฉลเพื่อหวังรางวัลและเพื่อรักษาการคงอยู่ของกรมธรรม์ การกระทำ ดังกล่าวถือว่าผิดจรรยาบรรณของการเป็นตัวแทนซึ่งจะถูกถอดถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากสามารถพิสูจน์ได้<sup>47</sup>

จะเห็นได้ว่า ระบบประกันสุขภาพทุกโครงการ สามารถที่จะเกิดการกระทำความผิดในทั้งสิ้น โดยอาศัยช่องว่างของกฎเกณฑ์ และกฎหมายที่ใช้บังคับ และในประเทศไทยเอง ก็มีความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพเกิดขึ้น จึงต้องพิจารณาว่า กฎหมายและมาตรการของไทยที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้น เพียงพอต่อการป้องกันและปราบปรามความผิดที่เกิดขึ้นหรือไม่ ซึ่งผู้เขียนจะขอก้าวในบทต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>47</sup> สุวาณี สุรเสียงสังข์, การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย, หน้า10-12.

## บทที่ 3

### มาตรการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศ

การกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับบุคคลที่เป็นผู้กระทำ และวิธีในการจ่ายเงินค่าบริการในระบบประกันสุขภาพนั้นๆว่ามีวิธีอย่างไร ผู้กระทำผิดจะอาศัยช่องว่างของกฎเกณฑ์ที่ผู้ให้ประกันวางไว้ หรือช่องว่างของกฎหมายที่ใช้บังคับ โดยในประเทศไทยได้มีการกระทำความผิดดังกล่าวเช่นเดียวกัน โดยมีรูปแบบดังที่ได้กล่าวไปในบทนี้ จะทำการศึกษาถึงรูปแบบการกระทำความผิดในต่างประเทศ รวมทั้งมาตรการและบทบัญญัติกฎหมาย ที่ประเทศต่างๆได้นำมาใช้กับการกระทำความผิดประเภทนี้ ว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันและปราบปรามความผิดประเภทนี้หรือไม่ เพียงใด โดยผู้เขียนจะให้ความสำคัญกับประเทศสหรัฐอเมริกาในฐานะเป็นผู้นำในกฎหมายการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ โดยมีรายละเอียดที่สำคัญดังต่อไปนี้

#### 3.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

##### 3.1.1 ระบบประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกาคือประเทศที่มีค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงที่สุดในโลก ระบบสุขภาพตั้งอยู่บนการประกันสุขภาพเป็นหลัก โดยระบบประกันสุขภาพมีหลายระบบ ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น

(ก) ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ได้แก่

- Medicare เป็นระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลกลาง ที่ให้เป็นสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ที่มีความพิการอย่างถาวร (Permanently disabled) และผู้ที่ไตวายในระยะสุดท้าย (Terminal-stage renal failure) โครงการนี้บริหารโดย Health Care Financing Administration (HCFA) Medicare แบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ Part A เป็นส่วนบังคับ ครอบคลุมบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ซึ่งใช้เงินจาก Payroll tax ของนายจ้างและลูกจ้าง แต่ละฝ่ายจ่ายร้อยละ 1.45 ของเงินเดือนลูกจ้าง และ Part B ซึ่งเป็นส่วนที่สมัครใจ ให้ความคุ้มครองบริการของแพทย์ บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ซึ่งผู้เอาประกันต้องจ่ายเบี้ยประกันรายเดือนด้วย คิดเป็นร้อยละ 25 ของ

ค่าใช้จ่ายทั้งหมด ค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือนั้นได้มาจากภาษีทั่วไปของรัฐ ผู้สูงอายุร้อยละ 98 จะสมัครเข้า Medicare Part B ด้วย

- Medicaid ก่อตั้งขึ้นในปี 1965 เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองเดียวบางส่วนซึ่งเข้าเกณฑ์ที่กำหนด โดยผูกโยงคุณสมบัติของผู้มีสิทธิไว้กับระบบการจ่ายเงินช่วยเหลือของสวัสดิการสังคม ซึ่งผู้ได้รับสิทธิประโยชน์จะต้องพิสูจน์ว่าตนเองอยู่ในภาวะยากจน Medicaid เป็นระบบระดับมลรัฐ ซึ่งมีการจัดสวัสดิการแตกต่างกันไปบ้างและได้รับเงินสนับสนุนมาจากทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นของแต่ละมลรัฐ

#### (ข) ระบบประกันสุขภาพภาคเอกชน

คนอเมริกาส่วนมากนิยมประกันสุขภาพภาคเอกชนมากกว่าที่จะได้แผนการประกันที่ดำเนินการโดยรัฐ โดยการประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศสหรัฐอเมริกา มีทั้งประเภทที่แสวงหาและไม่แสวงหากำไร อาจแบ่งประกันสุขภาพภาคเอกชนออกตามลักษณะตลาดได้ 3 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่

- การประกันสุขภาพหมู่ ซึ่งโดยบริษัทนายจ้างขนาดใหญ่(Group insurance) โดยทั่วไปเป็นความรับผิดชอบของนายจ้าง โดยนายจ้างจะจ่ายค่าเบี้ยประกันภัยให้แก่ลูกจ้างราวร้อยละ 90 สำหรับการประกันบุคคล และร้อยละ 75 ในกรณีการประกันเป็นครอบครัว อย่างไรก็ตาม ในช่วงหลังตั้งแต่ปีค.ศ.1980 เป็นต้นมา ทัศนคติการสนับสนุนจากนายจ้างในการประกันสุขภาพนี้ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเปลี่ยนให้ลูกจ้างมีส่วนร่วมจ่ายมากขึ้นในรูปแบบของเบี้ยประกันภัย (Coinsurance & Deductible) ผลที่ตามมาคือทำให้ลูกจ้างต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น

- การประกันสุขภาพส่วนบุคคล(Individual insurance) เป็นการประกันสุขภาพส่วนบุคคล โดยไม่ผ่านการจ้างงานและยังมีแผนการประกันสุขภาพที่เป็นประกันสุขภาพที่เสริมจากสวัสดิการด้านสุขภาพของภาครัฐอีกด้วย

- การประกันตนเองของบริษัทนายจ้าง เป็นกรณีบริษัทนายจ้างจ่ายค่าสวัสดิการรักษาพยาบาลให้แก่ลูกจ้างเองโดยไม่ซื้อประกัน ทัศนคติของนายจ้างจะเกิดขึ้นเมื่อลูกจ้างไปใช้บริการ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และวิรัช เกษมทรัพย์, การประกันสุขภาพภาคเอกชน : ประสพการณ์ของต่างประเทศ, (2542) , หน้า 10.



### 3.1.2 วิธีการในการจ่ายค่าบริการ<sup>2</sup>

#### - ผู้ให้บริการปฐมภูมิ

มีรูปแบบหลากหลาย การประกันทั่วไปแบบ indemnity insurance มักเป็นแบบผู้ป่วยจ่ายก่อนแบบจ่ายตามรายการ (fee-for-service) แล้วจึงค่อยเบิกคืนจากประกันในภายหลัง กรณี managed care เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว หรือ จ่ายตามรายการที่มีการตกลงอัตรากันล่วงหน้า ในโครงการ Medicare และ Medicaid จ่ายในราคาที่ไม่เกินเพดานที่ตั้งไว้ (fee schedule) แต่ Medicaid ในบางมลรัฐจะมีวิธีการจ่ายค่าบริการแตกต่างกัน

#### - ผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

ประกันเอกชนจ่ายแบบจ่ายตามรายการ บางรายมีการเจรจาตกลงอัตราการจ่ายในราคาที่ไม่เกินเพดานที่ตั้งไว้กับผู้ให้บริการ ส่วนโครงการ Medicare และ Medicaid ในรัฐส่วนใหญ่จ่ายโดยใช้ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม(DRG)มาตรการจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการของ Medicaid แตกต่างกันในแต่ละมลรัฐ เนื่องจากรัฐบาลในแต่ละมลรัฐเป็นผู้บริหาร โครงการ

### 3.1.3 ความทั่วไปเกี่ยวกับการกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกา

ในประเทศสหรัฐอเมริกาเกิดปัญหาการกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพเป็นอย่างมาก ซึ่งความผิดดังกล่าว เรียกว่า Health Care Fraud and Abuse การกระทำดังกล่าว ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบการเงินของโครงการประกันสุขภาพทั้งของภาครัฐและเอกชน การกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพจะสร้างความเสียหายประมาณร้อยละ 10 ของงบประมาณด้านการประกันสุขภาพในแต่ละปี ผลจากเรื่องดังกล่าว ทำให้ผู้เสียหายต้องจ่ายภาษีแพงขึ้นเพื่อนำไปอุดหนุนระบบประกันสุขภาพของรัฐให้เพียงพอ ส่วนนายจ้างและบุคคลธรรมดาที่ต้องเสียเบี้ยประกันเพิ่มขึ้น เนื่องจากการกระทำผิดดังกล่าวในภาคเอกชนอีกด้วย

คำว่า “ฉ้อโกง”(Fraud) ตามความหมายใน Black’s law Dictionary มีความหมายว่าการแสดงข้อเท็จจริงให้ผิดไปจากความจริง หรือปิดบังข้อเท็จจริงไว้ โดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อเพื่อจงใจให้ผู้อื่นกระทำการให้เกิดความเสียหายต่อตนเอง ก การฉ้อโกง(Fraud) โดยทั่วไปเป็นการละเมิด แต่

<sup>2</sup> เสวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, ระบบหลักประกันสุขภาพ :ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ, (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข), หน้า82-83.

ในบางกรณี (โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้เสียหายเต็มใจ) การฉ้อโกงดังกล่าว จะเป็นอาชญากรรม<sup>3</sup> โดย นาย Byron Hollis ผู้อำนวยการต่อต้านการฉ้อโกงแห่งชาติ (The National anti-fraud director) ของสมาคม Blue Cross Blue Shield ได้ให้คำนิยาม Health Care Fraud ว่าหมายถึง “การจงใจยื่นข้อมูลอันเป็นเท็จ หรือยื่นเบิกค่าใช้จ่ายกับโครงการประกันสุขภาพเป็นเท็จ หรือลักเอาทรัพย์สิน หรือเงินซึ่งเป็นของโครงการประกันสุขภาพภาครัฐหรือบริษัทประกันภัยเอกชนไป”<sup>4</sup>

ส่วนคำว่า “Abuse” หมายความว่า การปฏิบัติของผู้ให้บริการ ซึ่งไม่เป็นไปในทางเดียวกับสภาพทางการเงิน, ธุรกิจ และเวชปฏิบัติ มีผลให้เกิดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ในโครงการประกันสุขภาพโดยไม่จำเป็น หรือทำให้ระบบประกันสุขภาพไม่มีมาตรฐาน<sup>5</sup>

หลายคนเชื่อว่า การกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพเป็นอาชญากรรมที่ไร้เหยื่อ (Victimless crime) เนื่องจากเป็นความผิดที่กระทำต่อรัฐบาล หรือบริษัทประกันภัยขนาดใหญ่ แต่อันที่จริงแล้ว การกระทำความผิดดังกล่าว นอกจากจะส่งผลกระทบต่อเงินของประชาชนทุกคน หรือบริการที่ควรจะให้แก่ผู้จำเป็นคนอื่นแล้ว ผู้ป่วยที่ประสบกับขั้นตอนการกระทำความผิดอาจไม่รู้สึกรู้หาย หรือมีผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับประการอื่น นอกจากนั้น หากเป็นการกระทำผิดในลักษณะปลอมบันทึกการรักษาของผู้ป่วย ก็สามารถก่อให้เกิดผลเสียได้ เช่นบุคคลที่มีประวัติทางการแพทย์ปลอม ซึ่งแสดงว่าติดยาเสพติด หรือเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต หรือมีข้อบกพร่องประการอื่น สามารถสูญเสียหรือพลาดงานที่ต้องมีการตรวจสอบภูมิหลังของทำงานอย่างละเอียด เช่น งานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยสาธารณะ

นอกจากนี้ ความผิดต่อระบบประกันสุขภาพนั้น ยังได้จัดเป็นอาชญากรรมทางธุรกิจ (White Collar Crime) ประเภทหนึ่ง เนื่องจากการกระทำความผิดที่ไม่ใช่ความผิดรุนแรง เพื่อให้ได้ผลประโยชน์ทางการเงินโดยวิธีการฉ้อโกงของบุคคลหรือคณะบุคคลผู้ซึ่งมีสถานะประกอบอาชีพในฐานะผู้เป็นเจ้าของกิจการ หรือมีวิชาชีพ หรือกึ่งวิชาชีพเฉพาะ โดยใช้วิธีการทั้งหลายซึ่งจะต้องมีความชำนาญเฉพาะและโอกาสในการกระทำความผิด นอกจากนี้ ยังเป็น การกระทำความผิดที่ไม่รุนแรง เพื่อให้ได้ประโยชน์ทางการเงินโดยใช้วิธีการอันเป็นการฉ้อโกง และกระทำความผิดโดย

<sup>3</sup> Bryan A. Garner, Black’s Law Dictionary, eighth edition, p.685.

<sup>4</sup> www.acfe.com/resources/view.asp?ArticleID=542 [2008,December 21]

<sup>5</sup> www.guilfordcenter.com/provider/Fraudabuse [2008,September 10]

บุคคลใดก็ตามซึ่งจะมีความรู้พิเศษหรือทางเทคนิควิธีการทางธุรกิจและทางการบริหารงาน โดยไม่คำนึงว่าบุคคลนั้นจะมีอาชีพอะไร<sup>6</sup>

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้เห็นความสำคัญของการมีระบบประกันสุขภาพเป็นอย่างมาก เห็นได้จาก นายบารัค โอบามา ประธานาธิบดีสหรัฐฯ ได้เสนอให้จัดทำโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นมา ซึ่งจะช่วยให้บุคคลแต่ละคนตลอดจนธุรกิจขนาดเล็กสามารถซื้อกรมธรรม์ประกันสุขภาพได้ทำนองเดียวกับที่พวกเขาจ้างรัฐบาลกลางได้รับอยู่ แล้วก็เสริมด้วยการเรียกเก็บภาษีจากพวกเขาซึ่งที่ไม่ได้จัดดำเนินการประกัน เป็นการลดค่าใช้จ่ายในระบบลง เพื่อให้ประชาชนทุกคนในประเทศได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพได้ เมื่อการกระทำคามผิดต่อระบบประกันสุขภาพ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ระบบประกันสุขภาพสหรัฐฯ เสียหายประมาณร้อยละ 10 ของงบประมาณด้านการประกันสุขภาพในแต่ละปี ดังนั้น หากการกระทำคามผิดลดลง จะทำให้มีเงินงบประมาณในการดำเนินการดังกล่าวมากขึ้น ซึ่งกฎหมายเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญ ในการป้องกัน และปราบปรามผู้กระทำความผิด

### 3.1.4 รูปแบบของการกระทำผิดต่อระบบประกันสุขภาพ

รูปแบบในการกระทำคามผิดมีหลากหลายวิธีการ และเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของระบบประกันสุขภาพ ดังนั้น ในการศึกษารูปแบบในการกระทำคามผิด จะขอแยกศึกษาตามประเภทของผู้กระทำความผิดได้แก่

3.1.4.1 รูปแบบในการกระทำคามผิดในกรณีที่ผู้กระทำเป็นผู้ให้บริการ (Health care provider )

สาเหตุที่ผู้กระทำผิดมักเป็นผู้ให้บริการเนื่องจากสังคมมอบความไว้วางใจกับวิชาชีพทางการแพทย์ ดังนั้น หากบุคคลเหล่านั้นแนะนำจะทำอะไรก็จะทำตาม และโครงการของรัฐทั้งโครงการ Medicare และ Medicaid ก็เป็นการจ่ายเงินแบบ fee-for-service เพราะฉะนั้นโอกาสที่บุคลากรทางการแพทย์จะกระทำคามผิดเกิดขึ้นได้มาก ผู้ให้บริการในที่นี้ ได้แก่ การกระทำคามผิดโดย สถานดูแล โรงพยาบาล ทันตแพทย์ แพทย์ เภสัชกร ผู้จัดจำหน่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์

<sup>6</sup> ศิริพล กุศลศิลป์วุฒิ, กฎหมายว่าด้วยอาชญากรรมทางเศรษฐกิจของสหรัฐฯ [online]. แหล่งที่มา : [www.bloggang.com/mainblog.php?id=jurisprudence&month=27-08-2008&group=2&gblog=48](http://www.bloggang.com/mainblog.php?id=jurisprudence&month=27-08-2008&group=2&gblog=48) [18 มกราคม 2552]

แพทย์ ห้องปฏิบัติการ บริษัทที่ให้บริการรถพยาบาล เป็นต้น โดยรูปแบบในการกระทำความผิด ในกรณีผู้กระทำเป็นผู้ให้บริการนี้ สามารถแบ่งออกได้เป็น

(ก) การเบิกจ่ายเงินเป็นเท็จ (False claims) ลักษณะการกระทำความผิด แบ่งได้เป็น

- การเรียกเก็บเงินสำหรับบริการที่ไม่ได้เกิดขึ้น (Billing for Services Not Provided)

การกระทำความผิดในรูปแบบดังกล่าว มักเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการทุกประเภท โดยผู้ให้บริการเหล่านี้ เมื่อได้รับหมายเลขประกันตนของผู้มีสิทธิแล้ว จะทำการเรียกเก็บเงินสำหรับ บริการหรืออุปกรณ์ที่ไม่ได้ให้บริการจริงแก่ผู้มีสิทธิเหล่านั้นต่อโครงการประกันสุขภาพ ตัวอย่าง ของการกระทำความผิดในลักษณะนี้ ได้แก่

ในมลรัฐไมอามี เจ้าของบริษัทจัดหาเครื่องมือแพทย์แห่งหนึ่ง ยอมรับว่า ได้ยื่นใบเบิก ค่าบริการสำหรับอุปกรณ์ที่ไม่ได้ให้บริการจริงแก่ผู้มีสิทธิในโครงการ Medicare และยังนำ หมายเลข Medicare จากผู้มีสิทธิในโครงการประมาณ 250 คน หมายเลขแพทย์ผู้ให้บริการอีก 10 คน และยื่นใบเบิกค่าใช้จ่ายประมาณ 4,000 ใบ เขาถูกตัดสินจำคุก 37 เดือน และถูกคุมประพฤติหลัง ปล่อยตัวเป็นเวลา 3 ปี และให้จ่ายค่าเสียหาย 290,000 ดอลลาร์<sup>7</sup>

ในมลรัฐ วิสคอนซิน จิตแพทย์ผู้หนึ่งได้เบิกจ่ายค่าบริการที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริง โดยเบิก ค่าใช้จ่ายต่อโครงการประกันสุขภาพราวกับว่าได้ทำงาน 7 วันต่อสัปดาห์ในการบริการคนไข้ ซึ่ง ในความเป็นจริงแล้ว เขาพบคนไข้ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งจิตแพทย์คนดังกล่าว ถูกตัดสินจำคุก 6 ปี แต่รอการลงโทษไว้ และให้จ่ายค่าเสียหายจำนวน 580,000 ดอลลาร์<sup>8</sup>

- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการที่ไม่ถูกต้อง (Misrepresentation of services)

การกระทำผิดรูปแบบนี้อาจอยู่ในรูปการเบิกจ่ายค่าบริการสำหรับการรักษาที่ไม่ครอบคลุม (Billing for noncovered treatments) โดยแพทย์อาจให้บริการการรักษาซึ่งอยู่ระหว่างการทดลอง และยังไม่ได้รับการรับรองแก่คนไข้ แต่ได้เบิกค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาที่คล้ายกัน ซึ่งเป็นการ

<sup>7</sup> The Department of Health and Human Services And The Department of Justice, Health Care Fraud and Abuse Control Program Annual Report For FY 2007,(2008), p.14.[Online]. Available from : <http://www.oig.hhs.gov/publications/docs/hcfac/hcfacreport2007.pdf> [2008,September 3]

รักษาที่ได้รับอนุญาต หรือเภสัชกรได้จ่ายยาที่โครงการประกันสุขภาพไม่ได้ครอบคลุมได้ แต่ได้เบิกจ่ายสำหรับยาที่ได้รับการครอบคลุม หรือตั้งแต่โครงการ Medicaid มิให้รพพยาบาลเรียกเก็บเงินสำหรับการให้บริการรับคนไข้ไปหาหมอตามที่แพทย์นัด บริษัทที่ให้บริการรพพยาบาลบางแห่ง ก็ได้เรียกเก็บเงินสำหรับการขนส่งในกรณีฉุกเฉินเพื่อให้ได้รับเงินจากโครงการแทน

- การรายงานราคาเป็นเท็จ (False Cost Reports)

โดยทั่วไป ผู้ให้บริการโดยเฉพาะสถานพยาบาล (nursing home) ที่จะได้รับการจ่ายเงินสำหรับบริการที่ได้ทำให้แก่คนไข้ในโครงการประกันสุขภาพจะต้องยื่นรายงานค่าใช้จ่ายต่อโครงการ เพื่อจะใช้ในการคำนวณว่า รัฐบาลจะต้องชดเชยค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาคนไข้เป็นจำนวนเท่าใด ซึ่งบางครั้งได้ยื่นเบิกจ่ายราคาในการปรับปรุงส่วนต่างๆ เช่น ซื่ออุปกรณ์ทางการแพทย์ใหม่ หรือขยายห้องพักรักษาผู้ป่วยให้ใหญ่ขึ้น หรือค่าใช้จ่ายส่วนตัว ซึ่งไม่สามารถเบิกจ่ายได้ตามกฎไปในรายงานค่าใช้จ่ายของโครงการไปด้วย ทำให้ในปีหนึ่งๆ รัฐบาลต้องจ่ายค่าใช้จ่ายดังกล่าวให้แก่ผู้ให้บริการจำนวนหลายพันล้านดอลลาร์ ตัวอย่างของการกระทำความผิดในลักษณะนี้ ได้แก่

ในมลรัฐ จอร์เจีย เจ้าของคลินิกบำบัดร่างกาย และสถานพยาบาล ได้ทำการหลอกลวงโครงการ Medicare โดยเบิกค่าใช้จ่ายส่วนตัวของเจ้าของ เช่น รถยนต์ โดยแปลงค่าใช้จ่ายดังกล่าว เป็นเงินเดือนของพนักงาน บริษัทต้องจ่ายมากกว่า 1,000,000 ดอลลาร์ ในข้อหาทางอาญา และทางแพ่ง ส่วนเจ้าของคลินิกต้องชดเชยค่าเสียหายมากกว่า 900,000 ดอลลาร์ และเสียค่าปรับในทางอาญา 100,000 บาท นอกจากนี้ ยังถูกตัดออกจากการเข้าร่วมในโครงการ Medicare และ Medicaid เป็นเวลา 2 ปี

- การใช้สิทธิเรียกร้องโดยแยกบริการที่ให้ในครั้งเดียวเป็นกลุ่มต่างๆ(Unbundling)

รูปแบบในการกระทำผิดดังกล่าว จะเกิดขึ้นในกรณีที่โครงการประกันสุขภาพจะจ่ายค่าบริการที่ให้แต่ละรายการสูงกว่าการให้บริการทั้งหมดเพียงครั้งเดียว ดังนั้น ผู้ให้บริการบางแห่งจึงหาทางเพิ่มผลประโยชน์ให้แก่ตน โดยแยกเบิกค่าบริการที่ได้ให้ในครั้งเดียวเป็นกลุ่มต่างๆราว

---

<sup>8</sup>The Department of Health and Human Services And Office of Inspector General, State Medicaid Fraud Control Units Annual Report For FY2000,(2001), p.16.[Online]. Available from : <http://oig.hhs.gov/publications/docs/mfcu/MFCUFY2000.pdf> [2008,September 10]



กับว่าไม่ได้ทำในครั้งเดียวหรือวันเดียวกัน ซึ่งสามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ในอัตราที่มากขึ้น ตัวอย่างของการกระทำผิดในลักษณะนี้ ได้แก่

ในมลรัฐฟลอริดา ผู้ให้บริการในโครงการ Medicare ทางด้านจักษุแพทย์ได้ ตกลงจ่ายเงิน 2,850,000 ดอลลาร์ เป็นค่าเสียหายในการยื่นเบิกค่าใช้จ่ายต่อโครงการ Medicare เป็นเท็จ โดยการแยกบริการการผ่าตัดที่ทำในครั้งเดียวออกจากกัน และใช้สิทธิเรียกร้องต่อโครงการ Medicare ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของค่าบริการธรรมดาหลายรายการ

- การใช้สิทธิเรียกร้องสำหรับบริการอื่นที่ราคาสูงกว่าบริการที่ได้ให้บริการจริง(Upcoding)

การใช้สิทธิเรียกร้องในโครงการ Medicare และ Medicaid สำหรับบริการทางการแพทย์ จะใช้ระบบที่ซับซ้อนของรหัสตัวเลขที่ออกแบบมาเพื่อวินิจฉัยและดำเนินการ ซึ่งการชดใช้จะขึ้นอยู่กับรหัสเหล่านี้ เมื่อรหัสต่างกันส่งผลถึงค่าใช้จ่ายที่จะได้รับต่างกัน ดังนั้น จึงเกิดแรงจูงใจที่จะเรียกเก็บค่าบริการสำหรับการวินิจฉัยหรือขั้นตอนในการรักษาที่สูงกว่าที่ให้บริการจริง(upcode) ตัวอย่างของการกระทำผิดในลักษณะนี้ ได้แก่

บริษัทMinnesota transportation ได้เรียกเก็บเงินจากโครงการ Medicare, Medicaid และบริษัทประกันภัยเอกชนสำหรับบริการรถพยาบาลทั้งที่ความจริงให้บริการเพียงเก้าอี้เข็นคนไข้ บริษัทและเจ้าของทั้งสองคนถูกตัดสินว่ามีความผิดฐานลักทรัพย์ และถูกศาลพิพากษาให้ใช้ค่าเสียหาย 768,000 ดอลลาร์ แก่โครงการ Medicare, Medicaid และบริษัทประกันสุขภาพเอกชน

จักษุแพทย์ในมลรัฐแมริแลนด์ ได้เรียกเก็บค่าบริการผ่าตัดด้วยเลเซอร์แก่โครงการ Medicare ทั้งที่ความจริงแล้วให้บริการเพียงการตัดไหม ซึ่งเป็นค่าบริการที่รวมอยู่ในการผ่าตัดตาวิธีธรรมดาอยู่แล้ว เขาและศูนย์การผ่าตัดของเขาตกลงจ่ายค่าเสียหายสำหรับการกระทำดังกล่าวเป็นเงินจำนวน 750,000 ดอลลาร์

- ไม่ให้บริการที่จำเป็น (Failure to Provide Adequate or Necessary Services) ตัวอย่างของการกระทำผิดในลักษณะนี้ ได้แก่

ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดสายตาประกอบแว่น จำกัดเบอร์กรอบแว่นตาแก่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในโครงการMedicaid และแจ้งกับผู้ป่วยว่าหากต้องการเบอร์กรอบแว่นตาที่ชัดเจนมากกว่านี้ จะต้องจ่ายเงินเพิ่มต่างหาก

- ให้บริการที่ไม่จำเป็น (Providing Unnecessary Services)

คำว่า “บริการ” ในที่นี้ รวมถึงการตรวจสอบการผ่าตัดหรือขั้นตอนอื่นที่ไม่จำเป็น

เพื่อจะได้เรียกเก็บเงินระบบประกันสุขภาพสำหรับค่าบริการในส่วนนี้ได้อีก ตัวอย่างของการกระทำความคิดในลักษณะนี้ ได้แก่

แพทย์ด้านกระดูกใน Massachusetts ได้ถูกตัดสินจำคุก 6 เดือนและบริษัทของเขา ถูกปรับจำนวน 62,500 ดอลลาร์ สำหรับการเบิกจ่ายเงินต่อโครงการ Medicaid เป็นเท็จจำนวนเงิน 50,000 ดอลลาร์สำหรับการตรวจสอบและขั้นตอนที่ไม่จำเป็น โดยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดดังกล่าว ได้ให้บริการขั้นตอนที่ยังอยู่ในขั้นทดลองและได้ส่งเอกซเรย์ พร้อมฉีดยาสเตียรอยด์ ให้ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้ เขายังถูกถอนใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพเป็นการชั่วคราว

นักศึกษาแพทย์ 8 คนถูกตั้งข้อหาถึง 16 กระทงสำหรับการร่วมกันฉ้อโกงโครงการ Medicare และสมคบกันทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพ นอกจากนี้ บางคนยังถูกตั้งข้อหาว่าสมคบกันฟอกเงิน ซึ่งทุกคนถูกตัดสินว่าผิดและถูกยึดทรัพย์สิน โดยในคำพิพากษาแสดงให้เห็นว่านักศึกษาแพทย์ทั้ง 8 คนได้ให้สารละลายที่ไม่จำเป็นในการรักษาโรคเอดส์เพื่อเก็บเงินต่อโครงการ Medicare ผู้กระทำความผิดคนหนึ่งจะตรวจผู้มีสิทธิในโครงการดังกล่าวอย่างรวดเร็ว ไม่ละเอียดย และสั่งให้รักษาโดยไม่จำเป็น และลงลายมือชื่อรับรองในเอกสารแสดงว่าการรักษานั้นมีความจำเป็นต่อคนไข้ และได้ยื่นเบิกค่าใช้จ่ายดังกล่าวกับโครงการ Medicare เป็นเงินกว่า 5,300,000 ดอลลาร์<sup>9</sup>

(ข) การให้,รับเงินตอนแทนโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย และการโอนคนไข้(Kickbacks and Self-Referrals)

- การจูงใจ เสนอ และรับค่าตอบแทนโดยมิชอบด้วยกฎหมาย (Kickbacks)

หนึ่งในปัญหาที่มีความซับซ้อนที่สุดในระบบประกันสุขภาพคือการตกลงกันทางการเงินระหว่างผู้ให้บริการทั้งหลาย ซึ่งมักเป็นการตกลงในรูปแบบที่ผู้ให้บริการจะให้สิ่งตอบแทนแก่ผู้ให้บริการรายอื่นที่ได้จ่ายยาหรือใช้ผลิตภัณฑ์ หรือบริการของเขา การตกลงดังกล่าวโดยทั่วไปถือเป็นการผิดกฎหมาย เพราะแพทย์จะต้องพิจารณาเลือกใช้วิธีการรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมปราศจากผลประโยชน์ทางการเงิน ซึ่งสิ่งตอบแทนนี้มีอยู่ในรูปของ เงินสด, ส่วนลด, โบนัส, ของกำนัล, ความเชื่อถือ, ค่าคอมมิชชั่น ตัวอย่างการกระทำความคิดในลักษณะนี้ ได้แก่

<sup>9</sup> www.healthcarefraudblog.com[2008,September 9]

บริษัทแห่งหนึ่งในรัฐ Virginia ซึ่งให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ได้จูงใจให้แพทย์จากสถานบริการอื่นส่งคนไข้ให้แก่ตน โดยจัดสำนักงาน, ให้กุ้ดอกเบี้ยต่ำหรือไม่มีดอกเบี้ย และจัดหาผู้ช่วยให้กับธุรกิจของแพทย์ผู้นั้นเป็นการแลกเปลี่ยน<sup>10</sup>

- การโอนคนไข้ (Self-Referrals) แบ่งเป็น

(1) การโอนคนไข้ไปยังผู้ให้บริการอื่นที่ให้ หรือเสนอค่าตอบแทนหรือสิ่งจูงใจอื่น

สำหรับการโอนคนไข้ไปยังที่นั้น ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะเกี่ยวข้องกับความผิดในการเสนอ, ให้หรือรับสินบน

(2) การโอนคนไข้ไปยังสถานบริการที่ตนมีส่วนได้เสียอยู่ เช่น บริษัท Bernhardt Laboratories และนาย Michael J. Bernhardt ได้ตกลงจ่ายเงิน 100,000 ดอลลาร์ในข้อกล่าวหาว่าละเมิด Stark Law โดยอัยการได้กล่าวหาว่า นพ. Bernhardt ได้ทำการโอนคนไข้ของตนให้ไปรับบริการทางห้องทดลองจากบริษัท Bernhardt ซึ่งเป็นของพี่ชายตน

(ค) การโกงเงินงานวิจัย (Research Grant Fraud)

รัฐบาลกลางและท้องถิ่น ได้จัดตั้งกองทุนสำหรับงานวิจัยและโครงการวิจัยเฉพาะทางในขอบเขตของการประกันสุขภาพ โดยรัฐบาลกลางได้ให้เงินช่วยเหลืองานวิจัยดังกล่าวเกือบ 23 พันล้านดอลลาร์ในปี ค.ศ. 2004 ซึ่งเกิดการกระทำอันเป็นการหลอกลวงรัฐบาลกลาง หรือมลรัฐที่ให้การสนับสนุน รูปแบบทั่วไปของการโกงเงินงานวิจัยนี้ ผู้รับทุนวิจัยจะทำให้ผู้ให้ทุนเข้าใจคุณสมบัติหรือเนื้อหาของงานวิจัยผิดไป เพื่อให้ได้รับเงินทุนนั้นมา ปลอมข้อมูลงานวิจัยและผลของงานวิจัย เรียกเก็บราคาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการทำงานวิจัยมากเกินไป ใช้เงินวิจัยที่ได้ไม่ไปกับเรื่องอื่นที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับงานวิจัย

(ง) การละทิ้งผู้ป่วย (Patient Dumping)

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ Medicare ที่มีแผนกฉุกเฉิน จะต้องจัดให้มีการตรวจสอบจำเป็นทางการแพทย์และการรักษาเพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยนั้นอยู่ในภาวะฉุกเฉินที่ต้องให้บริการทางการแพทย์หรือไม่ และเมื่อผู้ป่วยเหล่านั้นอาการคงที่ โรงพยาบาลอาจส่งไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นได้ แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีโรงพยาบาลจำนวนไม่น้อยที่ได้กระทำการอันเป็นการ

<sup>10</sup> [www.phillipsandcohen.com/CM/FalseClaimsAct/cmytph\\_f.asp](http://www.phillipsandcohen.com/CM/FalseClaimsAct/cmytph_f.asp) [2008, September 9]

ละทิ้งผู้ป่วย ซึ่งการกระทำอันเป็นการละทิ้งผู้ป่วยนี้ คือ การย้ายผู้ป่วยที่อาการยังไม่ทรงตัว หรือ ปฏิเสธที่จะให้การรักษาคูเงินแก่คนไข้ ซึ่งโรงพยาบาลนั้นสามารถทำได้ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจเป็นเพราะความกดดันทางการเงินที่จะต้องรักษาผลประโยชน์ของโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่าย เนื่องจากในปัจจุบันมีคนอเมริกาจำนวนมากที่ไม่มีประกันสุขภาพ หรือมีแต่เป็นการครอบคลุมในระดับต่ำ โรงพยาบาลจึงมักไล่ผู้ป่วยโดยปฏิเสธไม่รับหรือโอนคนยากจนและผู้ไม่มีประกันสุขภาพจำนวนมากไปเสียจากห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลโดยมิได้มีการประเมินการนัดทาง การแพทย์ที่เหมาะสม ซึ่งการกระทำดังกล่าวจากการประเมินมีประมาณ 250,000 กรณีต่อปี

ในบางกรณี การกระทำดังกล่าวก่อให้เกิดผลร้ายต่อบุคคลมาก โดยการปฏิเสธไม่รักษาคนไข้ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือถึงแก่ความตาย เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายหนึ่งที่ รัฐเทนเนสซี ซึ่งไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล ได้ถูกปฏิเสธการรักษาโดยฉุกเฉินและถูกปล่อยไว้ในรถพยาบาลโดยคำสั่งของแพทย์ และถึงแก่ความตายในเวลาต่อมา ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวเป็น ประเด็นทางการแพทย์ว่า การรักษาที่เหมาะสมและความรับผิดชอบต่อคนไข้ที่ยากจนและไม่พึง ประสงค์ควรเป็นเช่นไร ซึ่งทั้งรัฐบาลกลางและมลรัฐพยายามที่จะป้องกันผู้ป่วยให้ได้รับบริการใน กรณีฉุกเฉินโดยไม่ต้องคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายเงิน<sup>11</sup>

#### (จ) การโกงในรูปแบบอื่นๆ เช่น

- การวินิจฉัยโรคเป็นเท็จเพื่อเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาโรคที่วินิจฉัยเป็นเท็จนั้น (fraud diagnoses) เช่น แพทย์วินิจฉัยว่าคนไข้มีเซลล์มะเร็งที่ต่างๆที่ทราบอยู่แล้วว่า คนไข้มิได้เป็นโรค ดังกล่าว และได้ยื่นเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาเซลล์มะเร็งนั้น

- การรักษาโดยผู้ไม่มีใบอนุญาต (Quackery) เป็นกรณีบุคคลที่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมและไม่ได้รับ ใบอนุญาตมาทำการรักษาอย่างหนึ่งอย่างใด เสมือนหนึ่งว่าตนเป็นผู้มีความรู้ในด้านนั้น และทำ การใช้สิทธิเรียกร้องสำหรับบริการที่ตนได้ทำไป เมื่อคนไข้เริ่มสงสัย บุคคลดังกล่าวก็จะย้ายที่ทำการไปที่อื่น ตัวอย่างของการทำความผิดประเภทนี้ ได้แก่

ในมลรัฐ แอริโซน่า พยาบาลผู้หนึ่งได้รับสารภาพว่าตนได้ปลอมตัวโดยกล่าวอ้างว่าตน เป็นพยาบาลที่ได้ลงทะเบียน (registered nurse:RN) ให้การรักษากับผู้มีสิทธิในโครงการประกัน สุขภาพ โดยได้ปลอมใบรับรองการอนุญาตดังกล่าวเพื่อให้ได้รับการจ้างงานจากคลินิกกุมารแพทย์ ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยในของโครงการ Medicaid ซึ่งการกระทำดังกล่าวได้ดำเนินต่อเนื่องกันเป็น

<sup>11</sup> [www.oig.hhs.gov/oei/reports/oai-12-88-00830.pdf](http://www.oig.hhs.gov/oei/reports/oai-12-88-00830.pdf) [2008,September 2]

เวลาถึง 3 ปี พยาบาลคนดังกล่าว ถูกตัดสิทธิการลงโทษ 3 ปี และต้องทำงานบริการสังคมอีก 360 ชั่วโมง<sup>12</sup>

- การเรียกเก็บค่าบริการซ้ำซ้อน(Double Billing) โรงพยาบาลจะเรียกเก็บค่าบริการสำหรับบริการหรือสินค้าเดียวกันต่อทั้งโครงการ Medicare หรือ Medicaid และจากผู้ป่วย หรือบริษัทประกันของผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการสองแห่งเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเดียวกัน เช่น โรงพยาบาลใน Miami ถูกตั้งข้อหาว่าเรียกเก็บค่าบริการซ้ำซ้อนต่อโครงการ Medicaid โดยทั้งโรงพยาบาล Jackson Memorial และคลินิกให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเรียกเก็บเงินกับโครงการ Medicaid โดยใช้หมายเลขผู้ให้บริการของแต่ละแห่งสำหรับบริการเดียวกันที่ได้รับการครอบคลุมโดยโครงการ Medicaid โดยผู้ฟ้องคดีนี้เป็นอดีตพนักงานของโรงพยาบาลเอง<sup>13</sup>

- การหลอกลวงโดยใช้อุบัติเหตุทางรถยนต์ (Auto Accident scams) รูปแบบการกระทำผิดในกรณีดังกล่าว มักจะมีอุบัติเหตุทางรถยนต์เกิดขึ้นระหว่างผู้ขับรถกับผู้กระทำผิด ซึ่งอุบัติเหตุดังกล่าว นอกจากผู้ขับรถที่มิได้รู้ถึงการกระทำผิดจะต้องเสียเบี้ยประกันเพิ่มขึ้นแล้ว ยังอาจเกิดการบาดเจ็บได้ ซึ่งรูปแบบการกระทำผิดมักเกิดในลักษณะที่ผู้กระทำผิดจะขับรถไปข้างหน้าและแตะเบรกอย่างรวดเร็วจนรถที่ตามมาหยุดรถไม่ทัน ซึ่งระหว่างทำการซ่อมรถ ผู้กระทำผิดก็จะรับการรักษายาบาล โดยอ้างว่าตนได้รับบาดเจ็บอีกด้วย และเมื่อเกิดอุบัติเหตุแทนที่จะไปพบแพทย์ กลับไปพบทนายความ ซึ่งทนายความดังกล่าวจะร่วมมือกับแพทย์ และช่างซ่อมรถเพิ่มค่ารักษายาบาลในการเบิกจ่ายให้สูงกว่าความเป็นจริง และทำการเบิกจ่ายต่อโครงการประกันสุขภาพ หรือบริษัทประกันภัยเอกชน เช่น อัยการ มลรัฐ L.A. ได้กวาดล้างสำนักงานทนายความคลินิกแพทย์โรคกระดูก และลูกความที่สร้างเป็นคนไข้ ฐานถือโกงบริษัทประกันภัย ทำเรื่องอุบัติเหตุรถยนต์ ส่งฟ้องถึง 101 ราย ซึ่งรวมถึงคนไทยจำนวน 4 คนด้วย โดยผู้กระทำผิดจะมีวิธีการโกงคือ จะมีพนักงานสำนักงานกฎหมาย จัดหาบุคคลที่อ้างว่าได้รับอุบัติเหตุจากรถยนต์ จากนั้นส่งไปรักษาที่คลินิกโรคกระดูกในเขตเดียวกัน บางรายอ้างว่าไปนวดกระดูกถึง 40 ครั้ง เมื่อทุกอย่างเรียบร้อยจะเรียกเก็บเงินจากบริษัทประกันภัย เมื่อได้เช็คมาจะแบ่งกันระหว่างลูกค้ายที่สร้างทำเป็นได้รับอุบัติเหตุ คลินิก และสำนักงานทนายความ<sup>14</sup>

<sup>12</sup><http://oig.hhs.gov/publications/docs/mfcu/MFCUFY2000.pdf> [2008,September 10]

<sup>13</sup> [www.arkansas.gov/dhs/aging/9-HospitalFraudAndAbuse.pdf](http://www.arkansas.gov/dhs/aging/9-HospitalFraudAndAbuse.pdf) [2008,July 14]

<sup>14</sup> [www.apacnews.net/newsages1\\_2007/insurance313.htm](http://www.apacnews.net/newsages1_2007/insurance313.htm) [2009,January 2]



### 3.1.4.2 รูปแบบในการกระทำความผิดในกรณีที่ผู้กระทำเป็นผู้มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพ (beneficiary)

ผู้มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพต่างๆอาจเป็นเหยื่อของการกระทำความผิด แต่ในบางครั้งผู้มีสิทธิดังกล่าวอาจเป็นผู้ที่กระทำความผิดได้เช่นเดียวกัน โดยรูปแบบในการกระทำความผิดในกรณีที่ผู้กระทำเป็นผู้มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพ สามารถแบ่งได้เป็นลักษณะใหญ่ๆดังต่อไปนี้

#### (ก) การใช้สิทธิเรียกร้องเป็นเท็จ (Claim Fraud)

การใช้สิทธิเรียกร้องเป็นเท็จเกิดขึ้นเมื่อผู้บริโภครักษาอาการหรือทำการหาลูกหลงเพื่อให้ได้รับผลประโยชน์ซึ่งๆไม่ควรจะได้ หรือมากกว่าที่ควรจะได้ ซึ่งการใช้สิทธิเรียกร้องอันเป็นเท็จรวมถึงแผนการดังต่อไปนี้

- การยื่นเบิกค่ารักษาพยาบาลเป็นเท็จ (False claims) เช่น คนไข้รายหนึ่งไปหาหมอพินเพื่ออุดฟัน แต่ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลกับบริษัทประกันว่าได้ทำการรักษารากฟัน โดยใช้รหัสใบเรียกเก็บเงินและข้อมูลอื่นๆจากใบเรียกเก็บเงินสำหรับการรักษารากฟันในครั้งก่อนๆ
- การสมคบกับผู้ให้บริการเบิกค่ารักษาเป็นเท็จ (Collusion with providers to submit false claims) เช่น ผู้มีประกัน ได้สมรู้ร่วมคิดกับแพทย์ ยื่นเบิกค่าบริการเป็นเท็จ เมื่อแพทย์ได้รับประโยชน์จากการเบิกค่ารักษาเป็นเท็จ ก็จะจ่ายเงินส่วนหนึ่งให้แก่ผู้มีประกันเป็นการตอบแทนการสมรู้ร่วมคิด
- การเบิกค่ารักษาสำหรับเหตุที่เกิดขึ้นในต่างประเทศเป็นเท็จ (Foreign false claims) เช่น นักเรียนไปเที่ยวต่างประเทศ แล้วนำใบเสร็จและรายงานของตำรวจปลอมยื่นต่อบริษัทประกัน โดยอ้างเหตุอุบัติเหตุในต่างประเทศที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริง
- การเก็งกำไรจากการประกัน (Insurance speculation) เช่น บุคคลหนึ่งได้สมัครประกันสุขภาพไว้หลายแห่ง โดยไม่ได้เปิดเผยถึงการครอบคลุมโดยบริษัทอื่น และทำเป็นได้รับอุบัติเหตุและเรียกค่ารักษาบริการจากทุกที่

#### (ข) การโกงโดยใบสมัคร (Application Fraud)

อาจเป็นกรณีแจ้งข้อมูลผิดเกี่ยวกับสถานะของตน (Misrepresentation of status) โดยอาจแจ้งข้อมูลส่วนตัวเป็นเท็จ เช่น สิ่งแสดงเอกลักษณ์ (identity) ซึ่งกรณีดังกล่าวรวมทั้งไม่รายงานความเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่างๆที่ส่งผลต่อความเป็นผู้มีสิทธิ

จุดประสงค์ของการยื่นใบสมัครเป็นเท็จ โดยการละเว้นหรือทำให้ใจผิดซึ่งข้อมูล เช่น ประวัติการรักษาเพื่อ

- เพื่อให้ได้การคุ้มครองซึ่งควรได้รับการปฏิเสธ
- เพื่อให้แน่ใจว่า การคุ้มครองนั้นปราศจากเงื่อนไข การจำกัด หรือ ข้อยกเว้น
- เพื่อให้ได้รับการคุ้มครองในราคาต่ำ
- เพื่อขยายการคุ้มครองไปยังบุคคลที่ไม่ได้ถูกอุปถัมภ์โดยผู้ยื่นคำขอ หรือ บุคคลซึ่งเสียชีวิตไปแล้ว

(ค) การ โกงคุณสมบัติ(Eligibility Fraud)

รูปแบบการทำความผิดมักเกี่ยวกับการหลอกลวงฐานะของผู้ที่ได้รับอุปถัมภ์ หรือ ฐานะการจ้างงานของบุคคลหนึ่ง

การ โกงคุณสมบัติมักจะเป็นการทำให้เข้าใจผิดโดย

- Group Fraud มักเกี่ยวกับการทำให้เข้าใจผิด เพื่อให้ผู้ที่มีได้เป็นลูกจ้าง ได้รับความครอบคลุมโดยทำให้เข้าใจผิดว่า ตนเป็นลูกจ้างในกลุ่มลูกจ้างที่ได้รับประกันภัยนั้น
- Individual Fraud มักเกิดขึ้นกับผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในมลรัฐนั้น ทำให้ เข้าใจว่าตนได้อาศัยอยู่ในมลรัฐดังกล่าวเพื่อให้ได้รับความคุ้มครองหรือคงไว้ซึ่งความคุ้มครอง
- Agent Fraud เกี่ยวกับการขายกรมธรรม์ประกันภัยที่ไม่มีผลบังคับใช้ แล้ว การให้ข้อมูลที่ผิดต่อผู้รับประกันภัย หรือ เปลี่ยนแปลงแก้ไขเอกสารเป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีการกระทำผิดในรูปแบบอื่นๆอีก เช่น

- การขโมยเอกลักษณ์บุคคล (Identity theft) ผู้กระทำผิดจะใช้บัตร Medicare ของผู้อื่นเพื่อให้ได้ใบสั่งยามา
- การปลอมแปลงใบสั่งยา (Prescription forging or altering) ใบสั่งยาจะ ถูกปลอมแปลงโดยบุคคลที่มีใช้แพทย์ผู้สั่ง หรือเภสัชกร เพื่อเพิ่มจำนวนและปริมาณยา โดยเฉพาะ สารเสพติด
- การผลักภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่ตนไม่ได้รับการครอบคลุมโดยประกัน สุขภาพให้ได้รับการครอบคลุมโดยที่ตน ไม่มีสิทธิ(True out of Pocket (TROOP)manipulate)
- การนำยาที่ได้รับตามใบสั่งยาจากผู้ให้บริการ หรือยาที่ไม่จำเป็นไปให้ หรือขายให้แก่ผู้อื่น
- ผู้มีสิทธิรายงานเท็จหรือแกล้งป่วยเพื่อที่จะนำยาไปขายในตลาดมืด
- การกักตุนยาโดยผู้มีสิทธิพยายามจะกักตุนยาที่ได้รับหรือที่ครอบคลุม

โดยกรรมธรรม์และกักตุนไว้ในปริมาณมาก เพื่อหลีกเลี่ยงที่ต้องจ่ายเงินเองในช่วงเวลาที่ตนไม่มีสิทธิแล้ว หรือเอาขาดกล่าวไปขายในตลาดมืด

- Doctor shopping ผู้มีสิทธิจะปรึกษาแพทย์หลายคนเพื่อให้ได้รับใบสั่งยาที่หลากหลาย เช่น ยาแก้ปวด ๆ อาจนำไปสู่การกักตุนยาและนำไปขายในตลาดมืดได้

จากรูปแบบการกระทำความผิดข้างต้น จะเห็นว่ามีลักษณะในการกระทำความผิดแตกต่างกันไปในแต่ละรูปแบบ ขึ้นอยู่กับว่าผู้กระทำเป็นผู้ให้บริการหรือผู้มีสิทธิ และหากเป็นผู้ให้บริการเป็นผู้ให้บริการประเภทใด เนื่องจากรูปแบบในการกระทำความผิดจะเกิดขึ้น โดยอาศัยโอกาสที่ตนมี และช่องว่างของกฎหมาย นอกจากนี้ลักษณะในการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกันของโครงการประกันสุขภาพภาครัฐ และภาคเอกชน ก็ทำให้เกิดการกระทำความผิดในระบบทั้งสองนี้แตกต่างกันไปด้วย โดยในปี ค.ศ. 1993 The Health Insurance Association of America<sup>15</sup> ได้ทำการสำรวจและพบว่าการกระทำความผิดต่อโครงการ Medicare มักอยู่ในรูปแบบ

- การเรียกเก็บเงินสำหรับบริการที่ไม่ได้เกิดขึ้น
- การวินิจฉัยในทางที่ผิด
- การจงใจ, เสนอ, รับสินบน
- การแยกเก็บค่ารักษา
- การรับรองความจำเป็นทางการแพทย์, แผนการรักษา และบันทึกการรักษาเป็นเท็จ
- การเรียกเก็บเงินสำหรับบริการที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริงตามที่เรียกเก็บ เช่น การเรียกเก็บเงินสำหรับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าที่ได้ให้บริการจริง

ส่วนการกระทำความผิดต่อบริษัทประกันภัยเอกชนมักเป็นรูปแบบ

- 43% การวินิจฉัยเป็นเท็จ
- 34% การเรียกเก็บเงินสำหรับบริการที่ไม่ได้เกิดขึ้น
- 21% ไม่เก็บเงินส่วนลดหรือส่วนร่วมจ่ายกับคนไข้ แต่ใช้สิทธิเรียกร้องในส่วนดังกล่าวต่อโครงการประกันสุขภาพ
- 2% อื่นๆ

ในปัจจุบัน รูปแบบแผนการในการกระทำความผิดได้มีการพัฒนาขึ้น โดยมักเป็นการกระทำความผิดมากกว่าหนึ่งรูปแบบ เช่น

(1) rent-a-patient scheme มีลักษณะการกระทำความผิดที่ทางคลินิกจะจ่ายเงินให้กับ “นายหน้า” (recruiter) ซึ่งเปรียบเสมือนคนกลางระหว่างคลินิกและผู้มีสิทธิ โดยนายหน้าจะหาผู้มี

<sup>15</sup> <http://library.findlaw.com/1998/Feb/19/131383> [2008, August 21]

สิทธิมาที่คลินิก ซึ่งผู้มีสิทธิที่เข้าร่วมในแผนการนี้มักมาจากโครงการบ้านของผู้ที่มีรายได้น้อย และในชุมชนของผู้เกษียณอายุ เมื่อนายหน้าผู้มีสิทธิมาที่คลินิก จะได้รับค่าตอบแทนตั้งแต่ 100 ดอลลาร์ขึ้นไปสำหรับผู้มีสิทธิ 1 คน ซึ่งนายหน้าจะนำเงินส่วนหนึ่งจากเงินค่าตอบแทนดังกล่าวให้แก่ผู้มีสิทธิที่เข้าร่วมแผนการดังกล่าวด้วย

ในขั้นตอนต่อมา ผู้มีสิทธิดังกล่าวจะได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ ซึ่งแพทย์ดังกล่าวจะกรอกในแบบฟอร์มการตรวจรักษา (medical chart) ถึงบริการที่มีได้จัดให้แก่คนไข้ หรือบริการที่ไม่จำเป็น และแพทย์จะได้รับเงิน 50 ดอลลาร์ขึ้นไปสำหรับแบบฟอร์มดังกล่าว ผู้มีสิทธิก็จะให้หมายเลขประจำตัวประกันภัยแก่คลินิก และคลินิกจะนำไปเบิกค่าใช้จ่ายดังกล่าว นอกจากนี้เจ้าของคลินิกอาจส่งตัวอย่างเลือดพร้อมฉลากปลอมให้เหมือนว่ามาจากผู้มีสิทธิไปยังห้องปฏิบัติการเพื่อทำการตรวจสอบ ซึ่งห้องปฏิบัติการจะจ่ายเงินตอบแทนให้แก่คลินิก และเรียกเก็บค่าตรวจสอบกับโครงการหรือบริษัทประกันภัยที่ผู้มีสิทธิมีสิทธิอยู่

นอกจากผู้มีสิทธิจะได้รับเงินแล้ว ยังอาจได้รับใบสั่งยาที่ไม่จำเป็นซึ่งเขาสามารถนำเอาใบสั่งยาออกขายต่อได้ เช่น นาย Thomas Mckenzie ผู้ช่วยแพทย์ที่ Miami สาระภาพว่าได้ทำการซื้อโครงการ Medicare มากกว่า 119 ล้าน ซึ่งเขาถูกตั้งข้อหาสมคบกันทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ และยื่นเบิกค่าใช้จ่ายเป็นเท็จ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือน ธ.ค. 2001 – เม.ย. 2004 และได้ทำการสอนเทคนิคดังกล่าวแก่แพทย์ในคลินิกทั้ง 11 แห่งว่าจะเขียนแบบฟอร์มการตรวจรักษาอย่างไรให้บริการที่ไม่จำเป็นดูสมเหตุสมผลขึ้นมา และเขายังยอมรับอีกว่า ได้ทำการปลอมเอกสารในคลินิกเหล่านั้นให้ปรากฏว่าบริการที่ชอบด้วยกฎหมายได้เกิดขึ้น

นาย Mckenzie ได้ร่วมมือกับพี่น้องตระกูล Benitez โดยพี่น้องตระกูลดังกล่าวได้ทำการจัดหาผู้มีสิทธิในโครงการ Medicare ที่มีผล HIV positive ไปยังคลินิกเหล่านี้ โดยจะได้รับเงินตอบแทนจากคลินิก ซึ่งพี่น้องผู้จัดหาก็ทำการแบ่งเงินส่วนหนึ่งให้แก่ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือ

นาย Mckenzie ยังสารภาพว่าเขาอยู่แล้ว (knowingly) ว่า การรักษาที่คลินิกได้ทำการเบิกจ่ายไปนั้นเป็นบริการที่ไม่จำเป็น และ/หรือไม่ได้เกิดขึ้น และยอมรับว่า คลินิกได้ยื่นเบิกค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นจำนวน 119 ล้านดอลลาร์ เขาจึงถูกตั้งข้อหาตามที่ได้อ้างมาแล้ว<sup>16</sup>

(2) Pill Mill schemes ผู้ป่วยจะร่วมกับร้านขายยา, ผู้ให้บริการ และคนกลางในการแลกเปลี่ยนยาตามใบสั่งยากับเงินสด แผนการนี้จะหาคนที่ยอมให้ใช้ข้อมูลประกันภัยของเขาเพื่อจะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามใบสั่งยากับผู้ให้ประกัน และคนกลางที่ทำงานร่วมกับคนไข้จะขายยา กลับ

<sup>16</sup> www.healthcarefraudblog.com [2008, September 28]

ให้กับร้านขายยาแลกกับเงิน ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้ผู้ซื้อยาคนอื่น ที่ไม่รู้เรื่องเกิดอันตราย หากยาดังกล่าวไม่ได้เก็บอย่างเหมาะสมหรือประสิทธิภาพยาอาจเสื่อมหรือหมดอายุ

(3) Drop Box schemes เป็นแผนที่ผู้กระทำความผิดจะเปิดตู้ไปรษณีย์ส่วนตัวเพื่อเป็นที่อยู่ปลอมของผู้ให้บริการในการรับเงินที่ได้จากการใช้สิทธิเรียกร้องเป็นเท็จ ผู้กระทำความผิดจะใช้ตู้ไปรษณีย์ดังกล่าวไปพร้อมๆกับเปิดบัญชีธนาคาร เมื่อเอาเงินเข้าบัญชีขั้นตอนจะเปลี่ยนเป็นเงินสดและย้ายไปยังบัญชีที่อยู่ต่างประเทศ ที่ไม่อยู่ในเขตอำนาจของหน่วยงานที่รับผิดชอบ บ่อยครั้งที่ผู้กระทำความผิดจะขโมยสิ่งแสดงเอกลักษณ์ของบุคคลอื่นไปเพื่อเปิดบัญชี แต่เปลี่ยนเป็นรูปของถนนเอกสารที่ต้องใช้ในการทำธุรกรรมกับธนาคาร

(4) Third Party Billing schemes โครงการ Medicare, Medicaid และโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ ได้ยอมให้บริษัทเอกชนทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับคำร้องขอเบิกจ่ายเงินและการจ่ายเงิน ผู้กระทำความผิดจะใช้ช่องทางที่ถูกกฎหมายนี้ในการกระทำการฉ้อโกงในการเรียกเก็บเงิน ซึ่งขึ้นอยู่กับขั้นตอนว่ามีความยุ่งยากมากแค่ไหน แผนการนี้สามารถเกิดขึ้นได้ในหลายรูปแบบ เช่น บริษัทที่ตั้งตนเป็นนายหน้า ทำการเบิกค่าใช้จ่ายในนามของแพทย์คู่สัญญา หรือผู้ให้บริการผ่านทางบริษัทเรียกเก็บเงิน และเพิ่มการเบิกจ่ายสำหรับบริการที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริง ซึ่งบริษัทดังกล่าวจะได้รับทั้งการจ่ายเงินและใบเสร็จจากโครงการ Medicare, Medicaid และโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ สำหรับการเบิกจ่ายนั้น และแพทย์คู่สัญญาหรือผู้ให้บริการจะไม่ได้รับใบเสร็จดังกล่าว เพราะฉะนั้น จึงไม่รู้เลยว่า บริษัทนายหน้าได้เพิ่มรายการเบิกจ่ายและเก็บเงินที่ได้รับจากการกระทำดังกล่าวเอาไว้<sup>17</sup>

### 3.1.5 มาตรการและบทกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา

จากรูปแบบการกระทำความผิดที่มากขึ้นทุกวัน ทำให้สูญเสียงบประมาณด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก ประเทศสหรัฐฯจึงตระหนักถึงความสำคัญ และหามาตรการทางกฎหมายเพื่อป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดประเภทนี้ ซึ่งบทกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา มีทั้งบทบัญญัติทางอาญา บทบัญญัติทางแพ่ง และมาตรการทางปกครอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

<sup>17</sup> <http://www.ct.gov/cid/cwp/view.asp?a=1259&q=254428> [2008, September 30]



### 3.1.5.1 บทบัญญัติทางอาญา (Criminal Statutes)

#### (1) บทบัญญัติทางอาญาระดับรัฐบาลกลาง (Federal offense)

ใน United States code ได้เห็นความสำคัญของการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ โดยมีการบัญญัติให้เป็นฐานความผิดเฉพาะอยู่ใน Title 18 มาตรา 24<sup>18</sup> โดยกำหนดให้คำว่า “ฐานความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลกลาง” (Federal Health Care Offense) หมายความว่า การละเมิดหรือทำการสมคบเพื่อละเมิด

(1) มาตรา 669, 1035, 1347, 1518 ของ Title นี้ หรือ

(2) มาตรา 287, 371, 664, 666, 1001, 1027, 1341, 1343 และ 1954 ของ Title นี้ หากการละเมิดหรือสมคบกันกระทำการละเมิดดังกล่าว เกี่ยวกับโครงการผลประโยชน์ทางประกันสุขภาพ

นอกจากนี้ มาตราดังกล่าว ยังได้กำหนดนิยามคำว่า “โครงการผลประโยชน์ทางประกันสุขภาพ” (Health Care Benefit Program) หมายความว่า แผนการ หรือสัญญาของเอกชนหรือของรัฐ ที่เกี่ยวกับการจัดผลประโยชน์ อุปกรณ์ หรือบริการทางการแพทย์ ให้แก่บุคคล โดยมีผลทางการค้า รวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลใดๆ ซึ่งจัดหาหรือบริการผลประโยชน์ อุปกรณ์ หรือบริการทางการแพทย์ซึ่งจะได้รับการจ่ายเงินภายใต้แผนการหรือสัญญานั้น

จากคำนิยามดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการกระทำที่เป็นความผิดต่อระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลได้แก่

1. การละเมิดหรือทำการสมคบเพื่อละเมิดมาตรา 669, 1035, 1347, 1518 ของ Title นี้ มาตราเหล่านี้ เป็นฐานความผิดที่เกิดจาก “The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996” ซึ่งเป็นกฎหมายเกี่ยวกับการประกันสุขภาพที่สำคัญของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยสามารถอธิบายรายละเอียดของมาตราดังกล่าวได้ดังต่อไปนี้

1.1 Theft or embezzlement in connection with health care (18 U.S.C 669)<sup>19</sup>  
กำหนดให้การลักทรัพย์ ชักยอก กระทำการอื่นใดโดยปราศจากอำนาจ โยกย้ายมาเป็นการใช้ของบุคคล

<sup>18</sup> 18 U.S.C. 24 (ดูภาคผนวก)

<sup>19</sup> 18 U.S.C 669 (ดูภาคผนวก)

ใดๆมากกว่าบุคคลที่มีสิทธิ หรือเจตนาใช้เงิน เงินกองทุน เงินค่าประกัน เบี้ยประกัน ความเชื่อถือทรัพย์สิน หลักทรัพย์อื่นๆของโครงการผลประโยชน์ทางประกันสุขภาพในทางที่ผิด โดยเจตนาประสงค์ต่อผลหรือยอมเล็งเห็นผล จะถูกปรับหรือจำคุกไม่เกิน 10 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ แต่หากมูลค่าของทรัพย์สินไม่เกิน 100 ดอลลาร์ ผู้กระทำจะถูกปรับหรือจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ

### 1.2 False statements relating to health care matters (18 U.S.C. 1035)<sup>20</sup>

กำหนดห้ามมิให้บุคคลใดปลอม ซ่อนเร้น ปิดบังข้อเท็จจริงโดยใช้กลอุบาย แผนการ เล่ห์เหลี่ยม หรือกระทำ หรือใช้ ชื่อเขียนหรือเอกสารอันเป็นเท็จเกี่ยวกับการส่งให้หรือการจ่ายเงินของโครงการผลประโยชน์ทางประกันสุขภาพ โดยเล็งเห็นผล หรือประสงค์ต่อผล หากฝ่าฝืนจะถูกปรับหรือจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ ตัวอย่างคดีที่เกิดขึ้น ได้แก่คดี United States v. Vanmeter ลูกจ้างได้เตรียมและส่งจดหมายลงวันที่ย้อนหลัง เพื่อยินยอมให้บริษัททำการเก็บเงินสำหรับบริการทางการแพทย์

### 1.3 Health care fraud (18 U.S.C. 1347)<sup>21</sup> กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดกระทำหรือ

พยายามกระทำการใด อันเป็นการหลอกลวงโครงการผลประโยชน์ทางประกันสุขภาพ หรือ กระทำการอวดอ้าง แสดงให้เห็น หรือให้คำมั่นสัญญาใดอันเป็นเท็จหรือโดยฉ้อฉล เพื่อให้ได้มาซึ่งเงินหรือทรัพย์สินที่เป็นของโครงการผลประโยชน์ทางประกันสุขภาพ หากการกระทำดังกล่าวเกี่ยวกับการส่งให้หรือการจ่ายเงิน สำหรับผลประโยชน์ เครื่องมือ หรือบริการทางประกันสุขภาพ จะมีโทษปรับหรือจำคุกไม่เกิน 10 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ และหากการกระทำดังกล่าวทำให้เกิดอันตรายแก่กายสาหัส จะมีโทษปรับ หรือจำคุกไม่เกิน 20 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ และหากการกระทำดังกล่าว ทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย อาจมีโทษปรับหรือถึงจำคุกตลอดชีวิต หรือทั้งจำทั้งปรับ

ในกรณีที่จะตัดสินลงโทษว่าจำเลยมีความผิดฐานนี้ได้ก็ต่อเมื่อได้รับการพิสูจน์โดยปราศจากข้อสงสัย(prove beyond a reasonable doubt) ในองค์ประกอบ 4 ประการดังต่อไปนี้

(1) จำเลยได้จัดทำข้อมูลที่เป็นเท็จ หรือละเว้น ไม่บอกถึงข้อมูลบางประการ โดยประสงค์ต่อผล หรือเล็งเห็นผล เพื่อจะขอรับการจ่ายเงินจากโครงการประกันสุขภาพสำหรับเครื่องมือ หรือบริการที่ได้จัดให้มีขึ้นภายใต้โครงการประกันสุขภาพ ไม่ว่าจะครั้งเดียว หรือหลายครั้ง

(2) จำเลยได้กระทำการดังกล่าวโดยมีเจตนาที่จะหลอกลวงโครงการประกันสุขภาพ

(3) จากการกระทำการตาม(1) ทำให้บุคคลดังกล่าวได้รับการจ่ายเงินในจำนวนที่เขาไม่มีสิทธิ

(4) การจ่ายเงิน หรือส่วนหนึ่งของการจ่ายเงินที่ได้รับโดยผิดกฎหมายจากโครงการประกันสุขภาพในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 1 ปีนั้น มากกว่าจำนวนที่กำหนดไว้ในกฎหมาย<sup>22</sup>

<sup>20</sup> 18 U.S.C. 1035 (ดูภาคผนวก)

<sup>21</sup> 18 U.S.C. 1347 ( ดูภาคผนวก)

1.4 Obstruction of criminal investigations of health care offenses (18 U.S.C. 1518)<sup>23</sup> กำหนดให้ผู้ใดที่จงใจป้องกัน ขัดขวาง ทำให้หลงผิด หรือทำให้ล่าช้า หรือพยายาม ป้องกัน ขัดขวาง ทำให้หลงผิดในการสื่อสารข้อมูลหรือบันทึกเกี่ยวกับการกระทำความผิดต่อระบบ ประกันสุขภาพของรัฐบาลกลางต่อการสอบสวนคดีอาญาจะมีโทษปรับ หรือจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือ ทั้งจำทั้งปรับ

2. การละเมิดหรือทำการสมคบเพื่อละเมิดมาตรา 287, 371, 664, 666, 1001, 1027, 1341, 1343 และ 1954 ของ Title นี้ หากการละเมิดหรือสมคบกันกระทำการละเมิดดังกล่าว เกี่ยวกับโครงการ ผลประโยชน์ทางประกันสุขภาพ ซึ่งกลุ่มมาตรานี้ เป็นกฎหมายอาญาทั่วไปที่ถูกกำหนดให้เป็นฐาน ความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลกลาง หากมีการกระทำตามบทมาตราดังกล่าวต่อ ระบบประกันสุขภาพ ซึ่งรายละเอียดในแต่ละฐานความผิด ได้แก่

2.1 Presenting False, Fictitious or Fraudulent Claims (18 U.S.C. 287)<sup>24</sup> มัก เรียกว่า “Criminal False Claims Act” ซึ่งใช้กับการทำข้อความหรือใช้สิทธิเรียกร้องเป็นเท็จต่อ หน่วยงานของรัฐบาลไม่ว่าในรูปแบบใด รวมทั้งที่เกี่ยวข้องกับ Medicare และ โครงสร้างสุขภาพของรัฐ โดยรู้ว่าการใช้สิทธิเรียกร้องดังกล่าวเป็นเท็จ ปลอม หรือหลอกลวง โดยโทษของผู้ฝ่าฝืนจะถูก จำคุกไม่เกิน 5 ปี และถูกปรับตามที่กำหนดไว้

2.2 Conspiracy to Defraud the Government (18 U.S.C. 286, 371)<sup>25</sup> กฎหมายดังกล่าวบังคับว่า ผู้ใดก็ตามที่ได้เข้าร่วมข้อตกลงใดๆ ร่วมกัน หรือสมคบที่จะ หลอกหน่วยงานหรือประเทศสหรัฐอเมริกา โดยการรับ หรือช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับการจ่ายเงิน จากการใช้สิทธิเรียกร้องเป็นเท็จ ปลอม หรือหลอกลวง จะมีความผิด ซึ่งกฎหมายดังกล่าว ลงโทษ ผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้วย

การสมคบ (conspiracy) นี้คือ การตกลงกันระหว่างบุคคลอย่างน้อย 2 คน โดยมีเจตนา กระทำความผิด และมีการกระทำที่แสดงออกอย่างเด่นชัดซึ่งการร่วมมือนี้ โดยใน มาตรา 286 ได้ ห้ามการสมคบเพื่อการใช้สิทธิเรียกร้องอันเป็นเท็จต่อรัฐบาลหากฝ่าฝืนจะมีโทษปรับหรือจำคุกไม่

<sup>22</sup> <http://www.nycourts.gov/cji/2-PenalLaw/177/177.10-15-20-25.pdf> [2008, September 30]

<sup>23</sup> U.S.C. 1518 (ดูภาคผนวก)

<sup>24</sup> 18 U.S.C. 287 (ดูภาคผนวก)

<sup>25</sup> 18 U.S.C. 286, 371 (ดูภาคผนวก)

เกิน 10 ปีหรือทั้งจำทั้งปรับ ส่วน มาตรา 371 ได้ห้ามการสมคบกันเพื่อหลอกลวงรัฐบาลสหรัฐฯ หรือฝ่าฝืนบทบัญญัติทางอาญาของสหรัฐฯ ซึ่งโทษของมาตราดังกล่าวคือปรับหรือจำคุกไม่เกิน 5 ปีหรือทั้งจำทั้งปรับ แต่หากความผิดที่ได้ร่วมกันสมคบเป็นความผิดหลอกลวง โทษของการสมคบจะไม่เกินอัตราสูงสุดสำหรับความผิดหลอกลวงนั้น

2.3 Theft or embezzlement from employee benefit plan (18 U.S.C. 664)<sup>26</sup> ห้ามมิให้ผู้ใดขโมยออก ลักทรัพย์ หรือลอบเอามาใช้โดยผิดกฎหมาย และจงใจ ซึ่งเงิน, เงินทุน, เงินค่าประกัน, เบี้ยประกัน, ความเชื่อถือ, ทรัพย์สินหรือหลักทรัพย์อื่นๆ ของโครงการผลประโยชน์สวัสดิการลูกจ้าง หรือโครงการผลประโยชน์เงินบำนาญลูกจ้างใด หรือกองทุนที่เกี่ยวข้อง หากฝ่าฝืนจะมีโทษปรับหรือจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ

ในวรรคสองของมาตราดังกล่าว “โครงการผลประโยชน์สวัสดิการลูกจ้าง หรือโครงการผลประโยชน์เงินบำนาญลูกจ้าง” (any employee welfare benefit plan or employee pension benefit plan) หมายถึงโครงการผลประโยชน์ของลูกจ้างใดซึ่งอยู่ภายใต้ title I ของ the Employee Retirement Income Security Act of 1974.

2.4 Theft or bribery concerning programs receiving Federal funds (18 U.S.C. 666)<sup>27</sup> กำหนดว่าในกรณีท้องถื่น, รัฐบาล หรือสำนักงานตัวแทนใดที่รับการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆจากรัฐบาลกลางเกินกว่า 10,000 ดอลลาร์ ภายในกำหนดเวลา 1 ปี ห้ามมิให้ผู้ใด

(1) ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับอนุญาตให้กระทำการในนามของผู้อื่น หรือรัฐบาลกลาง รวมถึงข้าราชการหรือลูกจ้างในกรณีท้องถื่นของรัฐบาล และหุ้นส่วน ผู้อำนวยการ พนักงาน ผู้จัดการ และตัวแทนในกรณีขององค์การ

(A) ขโมยออก, ลักทรัพย์, ได้รับโดยการฉ้อโกงหรือกระทำการอื่นๆ โดยปราศจากอำนาจ โดยเล็งเห็นผลจะขโมยการใช้จ่ายจากผู้มีสิทธิ หรือเจตนาใช้ในทางที่ผิดในทรัพย์สิน ซึ่ง

(i) มีมูลค่ามากกว่า 5,000 ดอลลาร์

(ii) องค์การ รัฐบาล หรือสำนักงานตัวแทนนั้นเป็นเจ้าของหรือเป็นผู้

ควบคุมดูแล

(B) ยอมรับโดยทุจริต หรือเรียกร้องผลประโยชน์จากผู้ใด หรือยอมรับ ตกลงที่จะรับสิ่งมีค่าใดๆ ที่มีมูลค่าเกินกว่า 5,000 ดอลลาร์ จากบุคคลอื่นเพื่อมีอิทธิพล หรือเป็นรางวัลในธุรกิจ การดำเนินการขององค์การ รัฐบาล หรือบริษัทตัวแทนเหล่านี้

<sup>26</sup> 18 U.S.C. 664 (ดูภาคผนวก)

<sup>27</sup> 18 U.S.C. 666 (ดูภาคผนวก)

(2) ให้ เสนอ ขอมรับที่จะให้ สิ่งใดที่มีค่าเกินกว่า 5,000 ดอลลาร์ แก่ผู้อื่นโดยทุจริตด้วย เจตนาที่จะให้มีอิทธิพล หรือให้รางวัลตัวแทนขององค์การ,ของรัฐ,ของท้องถิ่น หรือของรัฐบาลของ ชนเผ่าอินเดีย หรือของสำนักงานตัวแทนใดในธุรกิจ หรือการดำเนินการขององค์การ รัฐบาล หรือ บริษัทตัวแทนเหล่านี้

แต่บทบัญญัตินี้ ไม่ใช้กับกรณีเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าธรรมเนียม หรือค่าตอบแทนอื่นใดที่ได้จ่าย หรือค่าใช้จ่ายที่ถูกจ่าย หรือชดเชยตามปกติธรรมดาทางธุรกิจ

2.5 Making False Statements to the Government (18 U.S.C. 1001)<sup>28</sup> เป็นกฎหมายที่ใช้กันมากในการฟ้องคดีของรัฐบาลกลาง กฎหมายดังกล่าวกำหนดความรับผิดทางอาญาแก่ใครก็ตาม ซึ่งประสงค์ต่อผล(willfully) หรือยอมเล็งเห็นผล(knowingly)ทำการปลอมแปลง,ปิดบัง,ซ่อนเร้น ซึ่งข้อเท็จจริงหรือกระทำข้อความอันเป็นเท็จ ปลอม หลอกลวง หรือแสดง,ทำ,ใช้งานเขียน หรือเอกสารปลอมใดๆโดยรู้อยู่แล้วว่ามีข้อความอันเป็นเท็จ,ปลอม,หรือหลอกลวงอยู่ มาตรา1001 นี้ มักจะใช้สำหรับฟ้องบุคคลหรือนิติบุคคลผู้ซึ่งทำข้อความให้เข้าใจผิด,เป็นเท็จ หรือซ่อนเร้นข้อเท็จจริงจากการสอบสวนของรัฐบาลกลาง ที่สำคัญก็คือ บทบัญญัติดังกล่าวลงโทษการปิดบังและปลอมแปลงข้อเท็จจริงทำนองเดียวกับการลงโทษการทำข้อความอันเป็นเท็จหรือหลอกลวงด้วย

2.6 False statements and concealment of facts in relation to documents required by the Employee Retirement Income Security Act of 1974(18 U.S.C. 1027)<sup>29</sup> กำหนดว่า ผู้ใด ทำข้อความหรือแสดงข้อเท็จจริงในเอกสารใดที่ title I ของ the Employee Retirement Income Security Act of 1974 ต้องการให้จัดพิมพ์ หรือเก็บเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกในโครงการผลประโยชน์สวัสดิการลูกจ้างหรือโครงการผลประโยชน์เงินบำนาญของลูกจ้างใดเป็นเท็จ โดยรู้อยู่แล้วว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือเจตนาจะซ่อนเร้น,ปิดบัง,ไม่เปิดเผยข้อเท็จจริงที่เป็นที่ต้องการหรือมีความจำเป็นโดยtitle ดังกล่าวที่จะต้องตรวจสอบข้อเท็จจริง อธิบาย,ทำให้กระจ่าง,ตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของรายงาน ซึ่งต้องตีพิมพ์ตาม titleดังกล่าว หรือข้อมูลใดๆที่ต้องให้ความรับรอง จะมีโทษปรับ หรือจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ

### 2.7 Mail fraud and Wire Fraud (18 U.S.C.1341 and 1343)<sup>30</sup>

เป็นกรณีที่เป็นการละเมิดกฎหมายอาญาของรัฐบาลกลางในการใช้จดหมายหรือผู้ขนส่งเอกชนหรือทางการค้าข้ามมลรัฐ(มาตรา 1341) หรือการส่งผ่านสายเคเบิล (เช่น โทรสาร, โทรศัพท์

<sup>28</sup> 18 U.S.C. 1001 (ดูภาคผนวก)

<sup>29</sup> 18 U.S.C. 1027 (ดูภาคผนวก)

<sup>30</sup> 18 U.S.C.1341 and 1343 (ดูภาคผนวก)



,e-mailหรือรูปแบบการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์(มาตรา1343) เพื่อจะกระทำการอันไม่ชอบด้วยกฎหมาย เช่น การยื่นใช้สิทธิเรียกร้องเป็นเหตุต่อโครงการ Medicare โครงการประกันสุขภาพของมลรัฐ หรือบริษัทประกันภัยเอกชน ผู้ที่ฝ่าฝืนทั้งสองมาตรานี้จะต้องรับโทษปรับหรือจำคุกไม่เกิน 20 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ และหากการฝ่าฝืนนั้น ส่งผลต่อสถาบันการเงิน จะมีโทษปรับไม่เกิน 1,000,000 ดอลลาร์ หรือจำคุกไม่เกิน 30 ปี

2.8 Offer, acceptance, or solicitation to influence operations of employee benefit plan(18 U.S.C. 1954)<sup>31</sup> กำหนดห้ามมิให้ผู้เป็น

(1)ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลกองทุน ที่ปรึกษา ตัวแทน หรือลูกจ้างของโครงการผลประโยชน์สวัสดิการลูกจ้างหรือโครงการผลประโยชน์เงินบำนาญลูกจ้าง หรือ

(2)เจ้าหน้าที่ ที่ปรึกษา ตัวแทน หรือลูกจ้างของนายจ้าง หรือนายจ้างของลูกจ้างที่ได้รับการคุ้มครองโดยโครงการดังกล่าว หรือ

(3)เจ้าหน้าที่ ที่ปรึกษา ตัวแทน หรือลูกจ้างขององค์กรลูกจ้างใดซึ่งสมาชิกได้รับการคุ้มครองโดยโครงการดังกล่าว หรือ

(4)บุคคล เจ้าหน้าที่ ที่ปรึกษา ตัวแทน หรือลูกจ้างขององค์กรซึ่งจัดให้มีบริการต่างๆแก่โครงการดังกล่าว

รับ หรือตกลงที่จะรับ หรือล่อใจด้วยค่าธรรมเนียม สิบบน ค่านายหน้า ของขวัญ เงินกู้ เงิน หรือสิ่งมีค่าอื่นใด เนื่องจาก หรือมีเจตนาที่มีอิทธิพลต่อการกระทำ การตัดสินใจ หรือหน้าที่ใดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาหรือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโครงการดังกล่าว หรือผู้ใด ไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม ให้เสนอ หรือสัญญาว่าจะให้ ค่าธรรมเนียม สิบบน ค่านายหน้า ของขวัญ เงินกู้ เงิน หรือของมีค่าใดอันเป็นการต้องห้ามโดยมาตรานี้จะมีโทษปรับ หรือจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ section นี้ไม่ห้ามการจ่ายเงิน หรือยอมรับซึ่งเงินเดือน ค่าตอบแทน หรือการจ่ายเงินใดซึ่งทำเพื่อสินค้าหรือสิ่งอำนวยความสะดวก โดยสุจริต หรือสำหรับบริการที่ได้เกิดขึ้นตามธรรมดาตามหน้าที่ของบุคคลผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลกองทุน ที่ปรึกษา ตัวแทน หรือลูกจ้างของโครงการดังกล่าว นายจ้าง องค์กรลูกจ้าง หรือองค์กรที่จัดให้บริการต่างๆแก่โครงการดังกล่าว

นอกจากบทบัญญัติที่ได้กล่าวมาแล้วนี้ ยังพบบทบัญญัติที่ใช้ในการดำเนินคดีความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพได้แก่

- Money Laundering (18 USC 1956,1957 )<sup>32</sup>

กฎหมายดังกล่าวเกี่ยวข้องกับกัการโอนเงินสดระหว่างประเทศ

<sup>31</sup> 18 U.S.C. 1954 (ดูภาคผนวก )

และการเคลื่อนย้าย เงินที่ได้รับโดยผิดกฎหมายผ่านทางบัญชีธนาคาร เพื่อหลีกเลี่ยงการรายงาน หรือ การต้องเสียภาษี ซึ่งกฎหมายฉบับนี้ มีโทษทั้งทางอาญาและทางแพ่ง รวมถึงการริบทรัพย์โดยอัตโนมัติ

- Racketeer Influenced and Corrupt Organizations(RICO) (18 USC 1961 et.seq.)<sup>33</sup>

กฎหมายฉบับนี้ ให้อำนาจแก่อัยการและ ผู้เสียหายในการดำเนินคดีทั้งทางแพ่ง และอาญา หากพบรูปแบบในการกระทำความผิดอาญาและที่เกี่ยวข้องกับอาญา ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะต้องกระทบต่อการค้าระหว่างมลรัฐ และผู้กระทำความผิดจะต้องกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ ลงทุน ได้รับ ควบคุม ได้รับการจ้าง มีความสัมพันธ์ หรือเข้าร่วมกับการกระทำขององค์กร โดยได้รับเงินจากการรูปแบบการกระทำความผิดนั้น ซึ่งโทษทางอาญาตามกฎหมายฉบับนี้ สูงถึงจำคุกไม่เกิน20ปี และ ริบผลประโยชน์ที่ได้มาจากการกระทำความผิดในรูปแบบดังกล่าวได้ ซึ่งในขอบเขตของการกระทำความผิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ กฎหมายฉบับนี้ ได้ถูกใช้กับแพทย์ ทัศนวิสัย และคนไข้ผู้ยื่นสิทธิเรียกร้องอันเป็นเท็จ แพทย์ผู้จ่ายยาซึ่งเป็นสารควบคุมโดยไม่จำเป็น และแพทย์ผู้ใช้สิทธิเรียกร้องกับบริการที่ไม่ได้จัดทำให้

กฎหมายดังกล่าวเป็นกฎหมายที่สำคัญอีกฉบับหนึ่งในการดำเนินคดีความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากบทบัญญัติดังกล่าวแม้จะดูเหมือนใช้ลงโทษองค์กรอาชญากรรม (organized crime) โดยตรง แต่ก็ยังใช้ลงโทษกับผู้ให้บริการขนาดเล็กได้

- Theft of Government Property(18 USC 641)<sup>34</sup>

กำหนดให้การขโมยหรือขโมยบันทึกลง เอกสารสำคัญ เงิน หรือสิ่งของมีค่าใดๆของรัฐบาล มีโทษจะคุกไม่เกิน 10 ปีและหรือโทษปรับ ซึ่งหากมีราคาต่ำกว่า1,000ดอลลาร์ มีโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือทั้งจำคุกทั้งปรับ

นอกจากความผิดเฉพาะตามTitle 18 แล้ว ใน the United States Codeยังมีบทบัญญัติอาญาเกี่ยวกับความผิดต่อระบบประกันสุขภาพ(Criminal Health Care Fraud Statutes) อยู่ในTitle 42 ซึ่งบทบัญญัติดังกล่าว เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพภาครัฐ โดยในส่วนที่เกี่ยวกับการป้องกันการกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพ จะลงโทษผู้กระทำความผิดต่อโครงการประกันสุขภาพของรัฐเท่านั้น

-Medicare and Medicaid Fraud(42 U.S.C. 1320a-7 b<sup>35</sup>(a)(1))

<sup>32</sup> 18 USC 1956,1957 (ดูภาคผนวก )

<sup>33</sup> 18 USC 1961 et.seq (ดูภาคผนวก )

<sup>34</sup> 18 U.S.C.641 (ดูภาคผนวก)

<sup>35</sup> 42 U.S.C. 1320a-7b (ดูในภาคผนวก)

กำหนดให้การกระทำข้อความหรือแสดงความจริงในเรื่องต่างๆอันเป็นเท็จในแบบฟอร์มคำร้องขอเพื่อให้ได้รับประโยชน์หรือการจ่ายเงินจากโครงการสุขภาพของสหรัฐฯ มีโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี และปรับไม่เกิน 25,000 ดอลลาร์

- Disposing of Assets to Obtain Medicaid Coverage (42 USC 1320a-7b(a)(6))<sup>36</sup>

กำหนดให้การจัดการทรัพย์สินให้ดูยากจนจนมีคุณสมบัติได้รับการครอบคลุมจากโครงการ Medicaid โดยเจตนา มีโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี และปรับไม่เกิน 25,000 ดอลลาร์

- Making False Statements with Respect to Conditions or Operations of Institutions(42 U.S.C. 1320a-7b(c))<sup>37</sup>

เป็นบทบัญญัติที่สำคัญต่อโรงพยาบาล,สถานพยาบาล และผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน โดยบทบัญญัตินี้ดังกล่าวบังคับให้มีโทษทางอาญาสำหรับการแสดงข้อมูลเป็นเท็จในเรื่องเกี่ยวกับการได้รับหนังสือรับรองในการเปิดดำเนินการหรือดำเนินการต่อ ซึ่งหนังสือรับรองดังกล่าวสำหรับการเข้าร่วมโครงการ Medicare และโครงการประกันสุขภาพของมลรัฐ โดยบทบัญญัตินี้ดังกล่าวได้กำหนดอย่างชัดเจนว่าการทำข้อความหรือการนำเสนอข้อเท็จจริงอันเกี่ยวกับสภาพหรือการดำเนินการของสถาบัน หรือนิติบุคคลเป็นเท็จ เป็นการกระทำที่มีโทษทางอาญา

- The Anti-Kickback Statute

เป็นบทบัญญัติที่มีโทษทางอาญาที่สำคัญภายใต้ มาตรา 1128 B ของ Social Security Act คือ Federal Anti-Kickback Statute(42 U.S.C. 1320a-7b(b))<sup>38</sup> ภายใต้กฎหมายฉบับดังกล่าว ห้ามผู้ใดซึ่งเล็งเห็นผลและประสงค์ต่อผล<sup>39</sup> เสนอ รับหรือจ่ายค่าตอบแทนเพื่อแลกเปลี่ยนกับ

1. การส่งต่อ หรือจูงใจบุคคลใดให้ส่งต่อ ซึ่งบุคคลสำหรับเข้ารับบริการหรือเครื่องมือใดซึ่งจ่ายเงินภายใต้โครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลกลาง หรือ
2. ซื้อ,เช่า,สั่งซื้อ,หรือตกลงแนะนำให้ซื้อ,เช่า,สั่งซื้อสินค้าหรือบริการสำหรับการจ่ายเงินภายใต้โครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลกลาง

<sup>36</sup> 42 U.S.C. 1320a-7b (ดูภาคผนวก)

<sup>37</sup> 42 U.S.C. 1320a-7b (ดูภาคผนวก)

<sup>38</sup> 42 U.S.C. 1320a-7b (ดูภาคผนวก)

<sup>39</sup> ศาลได้ตัดสินว่าความหมายของ”Knowingly and willfully” ภายใต้กฎหมายฉบับนี้แตกต่างกัน เช่น the Ninth Circuit ให้ความหมายของคำดังกล่าวว่า รัฐบาลต้องพิสูจน์ให้ได้ว่าผู้กระทำความผิด (1) รู้ว่าการกระทำของตนเป็นการผิดกฎหมายฉบับใด(เช่นเป็นการละเมิด the anti-kickback statute) และ (2) การกระทำดังกล่าวเป็นเจตนา โดยเฉพาะ (specific intent) ที่จะละเมิดกฎหมาย แต่ในคดี United States v. Starks the Eleventh Circuit ให้ความหมายว่าจะเป็น “knowingly and Willfully” ได้นั้น ผู้กระทำความผิดจะต้องรู้ว่าการกระทำดังกล่าวของตนผิดกฎหมาย(Generally unlawful) โดยไม่คำนึงว่า ผู้กระทำความผิดจะรู้หรือไม่ว่าตนได้ละเมิดบทบัญญัติ the anti-kickback statuteหรือไม่

คำจำกัดความของคำว่า“สิ่งตอบแทน”(remuneration) นั้น มีความหมายกว้างโดยรวมถึงผลประโยชน์ในรูปแบบใดๆไม่ว่าโดยทางตรง หรือทางอ้อม เปิดเผยหรือปิดบัง ไม่ว่าจะเป็นเงินสดหรือรูปแบบใดก็ตาม ซึ่งความหมายดังกล่าวรวมถึงเงินที่ได้มาโดยทุจริต(kickback),สินบน(bribe),ส่วนลด(rebate)หรือแผนการจูงใจต่างๆ<sup>40</sup>

คำพิพากษาสำคัญที่ได้ตีความวางหลักเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวคือ คดี United States v. Greber ซึ่งในนี้ จำเลยเป็นแพทย์ผู้เป็นเจ้าของบริษัทที่ได้จัดให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจแก่คนไข้ที่ได้รับการส่งต่อมา โดยบริษัทของจำเลยได้เรียกเก็บเงินค่าบริการวินิจฉัยโรคดังกล่าวจากโครงการ Medicare เมื่อได้รับการจ่ายเงินจากโครงการ Medicare แล้วจะทำการแบ่งเงินส่วนหนึ่งให้กับแพทย์ผู้ทำการส่งต่อคนไข้มา แม้ Dr.Greber ได้ต่อสู้ว่าบทบัญญัติดังกล่าวไม่มีเจตนารมณ์ที่จะลงโทษกรณีเกิดบริการขึ้นแล้วจริงๆ เพราะเขาได้กล่าวอ้างว่า เงินที่จ่ายให้แก่แพทย์ดังกล่าว เป็นค่าธรรมเนียมในการให้คำปรึกษาแก่คนไข้เบื้องต้น แต่เขาก็ได้ยอมรับมาก่อนหน้านี้ว่า เขาเชื่อว่าหากไม่จ่ายเงินดังกล่าว แพทย์เหล่านั้นก็จะไม่ทำการส่งตัวคนไข้ให้แก่บริษัทของเขา the Third Circuit Court of Appeals ในฟิลาเดเฟียได้ให้เหตุผลว่า คำว่า “ค่าตอบแทน” (remuneration) ครอบคลุมถึงกรณีที่ให้บริการนั้นแล้วและไม่ใช้เพียงเงินสินบน แต่จะเป็นการละเมิดบทบัญญัติดังกล่าว ถ้าจุดมุ่งหมายของการจ่ายเงินดังกล่าวเพื่อจูงใจให้เกิดการส่งต่อคนไข้ในอนาคต<sup>41</sup>

บทบัญญัติดังกล่าวก็มีข้อยกเว้น ซึ่งรวมถึงการให้ค่าตอบแทน(remuneration) จะไม่รวมถึงส่วนลด หรือการลดราคาที่ได้รับโดยผู้ให้บริการหรือหน่วยงานอื่น หากการลดราคานี้มีการเปิดเผยอย่างถูกต้อง และมีปรากฏอยู่ในใบเบิกค่าใช้จ่ายต่อโครงการประกันสุขภาพ และในกรณีที่คู่สัญญามีความสัมพันธ์ทางการจ้างโดยสุจริต(bona fide) นอกจากนี้ Office of Inspector General ของ The Department of Human Service รับผิดชอบในการประกาศใช้“safe harbors” ซึ่งข้อยกเว้นที่ตกลงภายใต้“safe harbors” จะไม่เป็นการละเมิดกฎหมายฉบับนี้

การละเมิดกฎหมายฉบับนี้ จะถูกลงโทษปรับ 25,000ดอลลาร์และ/หรือจำคุกไม่เกิน 5 ปี และบทบัญญัติฉบับนี้ยังให้ลงโทษทางแพ่งโดยปรับ50,000ดอลลาร์สำหรับการละเมิดบวกด้วยการประเมินไม่เกิน 3 เท่าของจำนวนค่าตอบแทน(remuneration) และอาจถูกกีดออกจากการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพของรัฐ โดยการพิจารณาของ The Secretary of Health and Human Services แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีข้อโต้แย้งอยู่ว่า หากการกระทำอันเป็นการละเมิดกฎหมายฉบับนี้

<sup>40</sup> Daniel and Giaquinto , Federal Tools To Combat Health Care Fraud and Abuse[Online]. Available from : <http://www.drlaw.com/federal%20tools%20to%20combat%20health%20care%20fraud%20and%20abus-1.pdf> [2008,September 30]

<sup>41</sup> Cyril H. Wecht, Legal Medicine 1990, (Butterworth Legal Publishers), pp.195-196.

และยังเป็นการทำอันเป็นการต้องห้ามตาม False Claim Act แล้ว ผู้กระทำจะต้องรับผิดชอบภายใต้กฎหมายทั้งสองฉบับหรือไม่

## (2) บทบัญญัติอาญาระดับมลรัฐ(State offense)

ในสหรัฐอเมริกา มลรัฐส่วนใหญ่มักมีความผิดเกี่ยวกับความผิดอาญาต่อระบบประกันสุขภาพ โดยจะขอยกตัวอย่าง 2 มลรัฐ ได้แก่

- มลรัฐเซาท์ คาโรไลนา มีบทบัญญัติที่เกี่ยวกับการกระทำผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพเป็นบทบัญญัติอาญาทั่วไปที่มักใช้ในการดำเนินคดี<sup>42</sup> ได้แก่

S.C. Code § 43-7-70 Medical Assistance Recipient Fraud เป็นบทบัญญัติที่ลงโทษกรณีผู้กระทำเป็นผู้มีสิทธิในโครงการMedicaid กำหนดห้ามมิให้ทำ หรือแสดงข้อความอันเป็นเท็จหรือปิดบังข้อเท็จจริงต่างๆต่อโครงการ Medicaid อันมีผลต่อสิทธิในการได้รับความช่วยเหลือ สินค้าและบริการจากโครงการดังกล่าว และกำหนดห้ามมิให้ผู้มีสิทธินำสิทธิของตนไปกระทำการใดอันเป็นการทำให้สิทธิของตนคนไปเป็นของผู้อื่น

S.C. Code § 43-7-60 Medical Assistance Provider Fraud เป็นบทบัญญัติที่กำหนดห้ามมิให้ผู้ให้บริการทำ หรือเป็นเหตุให้เกิดการใช้สิทธิเรียกร้อง หรือแสดงข้อความหรือข้อเท็จจริงเป็นเท็จในเอกสารใดๆก็ตามที่ถูกส่งไปยังโครงการประกันสุขภาพ

S.C. Code § 43-35-85 Patient Abuse and Neglect กำหนดความผิดกรณีบุคคลใดมีหน้าที่ต้องรายงานการใช้ในทางที่ผิด,เพิกเฉย หรือหาประโยชน์แก่ตนจากคนไข้ แต่ไม่รายงานถึงการกระทำนั้น จะมีความผิดหุโทษ นอกจากนี้ ยังได้ลงโทษบุคคลที่กระทำการใช้ในทางที่ผิด ,เพิกเฉย หรือหาประโยชน์แก่ตนจากคนไข้ด้วย

S.C. Code § 38-55-540. Insurance Fraud ลงโทษบุคคลผู้กระทำ หรือแสดงข้อเท็จจริงเป็นเท็จ โดยมีเจตนาทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บ หลอกลวง ฉ้อฉล หรือช่วยเหลือสนับสนุนการกระทำความผิดดังกล่าว จะมีโทษทางอาญา

S.C. Code § 16-16-20 Computer Fraud ลงโทษการกระทำความผิดที่เป็นอาชญากรรมทางคอมพิวเตอร์เพื่อให้ได้รับผลประโยชน์จากโครงการประกันสุขภาพจากการกระทำนั้น

<sup>42</sup> คู่มือกฎหมาย



S.C. Code § 16-17-410 Conspiracy ลงโทษกรณีสมคบกันกระทำความผิด

ส่วนมลรัฐนิวเจอร์ซีย์มีบทบัญญัติทางอาญาเกี่ยวกับความผิดต่อระบบประกันสุขภาพดังต่อไปนี้

Social Services Law §145 Penalties ผู้ใด ยื่นข้อความอันเป็นเท็จหรือจงใจปกปิดข้อมูล เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือสาธารณะ(รวมทั้ง โครงการMedicaid) จะมีความผิดหลุโทษ

Social Services Law §366-b Penalties for Fraudulent Practices ผู้ใด เพื่อให้ได้รับหรือพยายามจะได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์แก่ตนหรือผู้อื่น ทำข้อความอันเป็นเท็จหรือปกปิดข้อความจริง ปลอมตัว หรือกระทำการด้วยวิธีอื่น ๆ จะมีความผิดหลุโทษ

Penal Law Article 155 Larceny ผู้ใด เอาไปซึ่งทรัพย์สินของผู้อื่น เป็นความผิด

Penal Law Article 175, False Written Statements กำหนดให้การทำบันทึกทางธุรกิจเป็นเท็จและเสนอต่อหน่วยงานของรัฐ เป็นความผิด

Penal Law Article 176, Insurance Fraud กำหนดให้การฉ้อโกงประกันภัยเป็นความผิด รวมทั้งการใช้สิทธิเรียกร้องเป็นเท็จต่อโครงการMedicaid หรือ ผู้รับประกันสุขภาพอื่น ๆ เป็นความผิด

Penal Law 177, Health Care Fraud กำหนดให้การใช้สิทธิเรียกร้องเป็นเท็จเกี่ยวกับการจ่ายเงินของโครงการประกันสุขภาพ (รวมทั้งโครงการ Medicaid) เป็นเท็จมีความผิด

### 3.1.5.2 บทบัญญัติทางแพ่ง (Civil Statutes)

เมื่อเกิดการกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพ นอกจากการกระทำความผิดดังกล่าวจะเป็นความผิดอาญาแล้ว ก็เป็นความผิดทางแพ่งได้ด้วย เพราะลักษณะการกระทำเป็นการก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบประกันสุขภาพ มีลักษณะเป็นการละเมิด โดยสามารถคำนวณค่าเสียหายเป็นจำนวนเงินได้ ซึ่งบทบัญญัติทางแพ่งที่สำคัญที่ใช้ในการฟ้องผู้กระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพ ได้แก่

#### (1) The False Claims Act

กฎหมายดังกล่าวถือได้ว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการต่อสู้กับการฉ้อโกงที่ทำต่อรัฐบาลกลางของผู้จ่ายภาษี ซึ่งกฎหมายดังกล่าวใช้กับการกระทำผิดที่เกี่ยวกับโครงการของรัฐบาลกลางใดๆ

(ซึ่งรวมถึง โครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลกลาง) หรือสัญญา ยกเว้นแต่การกระทำผิดเกี่ยวกับภาษี (tax fraud) ที่เป็นเรื่องเฉพาะ

กฎหมายดังกล่าว ห้ามการเสนอหรือเป็นสาเหตุให้เกิดการเสนอต่อรัฐบาล ซึ่งการใช้สิทธิเรียกร้องอันเป็นเท็จหรือเป็นการหลอกลวงเพื่อให้ได้รับการจ่ายเงิน โดยเล็งเห็นผล(knowingly) ซึ่ง” โดยเล็งเห็นผล” หมายถึง เหตุการณ์ใดๆซึ่งบุคคลดังต่อไปนี้ ได้นำเสนอข้อมูลที่เป็นเท็จ หรือ หลอกลวง

- มีความรู้เกี่ยวกับข้อมูลนั้นอย่างแท้จริง
- มีการกระทำที่จงใจ เพิกเฉยต่อความจริงหรือความเท็จของข้อมูล
- มีการกระทำโดยประมาทเลินเล่อต่อความจริงหรือความเท็จของข้อมูล

การดำเนินคดีดังกล่าว ไม่จำเป็นต้องมีพยานหลักฐานที่แสดงให้เห็นเจตนาเฉพาะที่จะ หลอกลวง การใช้สิทธิเรียกร้องที่เป็นความผิดตามกฎหมายฉบับนี้ ได้แก่

- การใช้สิทธิเรียกร้องเป็นเท็จ
- การใช้สิทธิเรียกร้องซึ่งถูกทำให้เสื่อมเสียเนื่องจากได้มาโดยการจ่ายเงิน

ตอบแทนโดยผิดกฎหมาย(kickback) หรือการกระทำอันเป็นการหลอกลวงในรูปแบบอื่น<sup>43</sup>

สิ่งที่น่าสนใจสำหรับกฎหมายฉบับนี้ คือ การที่บัญญัติให้มีการฟ้องคดี Qui tam (whistleblower) ซึ่งกลไกดังกล่าวยินยอมให้ผู้ร้องเรียนที่เป็นประชาชนธรรมดาเป็นผู้เริ่มคดีตาม กฎหมายฉบับนี้ในนามของรัฐบาลกลาง เพื่อที่จะได้เงินจากการกระทำผิดกลับมา ซึ่งคดี ดังกล่าว จะถูกตรวจทางโดยDepartment of Justice(DOJ) ซึ่งสามารถดำเนินการสอบสวนต่อไป และตกลงเข้าร่วมคดีดังกล่าวได้ หาก DOJตกลงใจจะเข้าร่วมในการฟ้องคดีนั้น ประชาชนผู้ ร้องเรียนที่เป็นผู้เริ่มคดีอาจดำเนินคดีต่อไปในฐานะคู่ความได้ และหากคดีดังกล่าว รัฐบาลชนะ ผู้ เริ่มคดีจะได้รับส่วนแบ่งร้อยละ 15-25 จากเงินที่ได้รับ แต่ถ้าวรัฐบาลตัดสินใจไม่เข้าร่วมในคดี ผู้เริ่ม คดีดังกล่าวก็จะดำเนินคดีเพียงลำพัง และจะได้รับค่าตอบแทนร้อยละ 25-30 ของเงินที่ได้รับ หลังจากหักค่าทนายความและค่าใช้จ่ายต่างๆแล้ว กรณีดังกล่าวได้จึงใจคนไข้ คู่แข่ง หรือหุ้นส่วนที่ ออกไปแล้ว อดีตลูกจ้างหรือลูกจ้างปัจจุบันให้มาเปิดโปงการกระทำผิดที่เกิดขึ้น<sup>44</sup>

<sup>43</sup> Kathleen M Sanzo, Stephen Paul Mahinka and Patrick L Gilmore , Overview of Healthcare Fraud investigation in the U.S.[Online]. Available from: [http://www.morganlewis.com/pubs/PLCLifeSciences\\_OverviewHealthcare\\_2006-07.pdf](http://www.morganlewis.com/pubs/PLCLifeSciences_OverviewHealthcare_2006-07.pdf) [2008,September 30]

<sup>44</sup><http://www.drlaw.com/federal%20tools%20to%20combat%20health%20care%20fraud%20and%20abus-1.pdf> [2008,September 30]

นอกจากนี้ ภายใต้ The Deficit Reduction Act 2005 ทางสภาผู้ออกกฎหมายได้สร้างแรงจูงใจทางการเงินสำหรับมลรัฐในการออกกฎหมายเกี่ยวกับการยื่นสิทธิเรียกร้องเป็นเท็จให้เหมือนกัน The Federal False Claims Act โดยมลรัฐที่ออกกฎหมายจะได้รับเงินร้อยละ 10 ของเงินที่ได้รับคืนจากการกระทำความผิด ซึ่งในการนี้ ทาง OIG จะต้องตัดสินพิจารณากฎหมายมลรัฐดังกล่าว ว่ามีสิ่งที่จะต้องพิจารณาขึ้นตามที่กำหนดไว้ ซึ่งเนื้อหาที่ต้องมีนั้น ได้ถูกตีพิมพ์เมื่อ 21 สิงหาคม ค.ศ. 2006 ที่ 71 Fed. Reg.48552 ซึ่งรวมทั้ง

- ความรับผิดชอบโครงการ Medicaid ของมลรัฐสำหรับ

(1) แสดง หรือเป็นเหตุให้แสดงสิทธิเรียกร้องเป็นเท็จโดยเจตนา

(2) ทำ หรือเป็นเหตุให้ทำบันทึก หรือข้อความอันเป็นเท็จ เพื่อให้ได้รับเงินจากการใช้สิทธิเรียกร้องนั้น โดยเจตนา

(3) สมคบกัน หลอกลวงโครงการประกันสุขภาพ และ

(4) ทำ หรือเป็นเหตุให้กระทำบันทึกเป็นเท็จ เพื่อปิดบังหน้าที่ที่ต้องจ่ายเงิน โดยเจตนา

- คำว่า“เล็งเห็นผล”(knowingly) และ ประสงค์ต่อผล(willfully) ต้องรวมการรู้ข้อมูลโดยแท้จริง,จงใจเพิกเฉยต่อความแท้จริงถูกต้อง หรือความเท็จของข้อมูล หรือไม่สนใจความแท้จริงถูกต้องหรือความเท็จของข้อมูลโดยประมาท

- ไม่จำเป็นต้องมีหลักฐานที่แสดงถึงเจตนา โดยเฉพาะในการหลอกลวง

- กฎหมายต้องมีบทบัญญัติที่อนุญาตให้บุคคลทั่วไปนำคดีมาฟ้องเป็นคดีแพ่งในนามของมลรัฐ และอนุญาตให้บุคคลได้รับส่วนแบ่งในการดำเนินคดี

แรงจูงใจทางการเงินดังกล่าว ส่งผลให้มลรัฐส่วนใหญ่มีกฏออกกฎหมายเกี่ยวกับการใช้สิทธิเรียกร้องเป็นเท็จ เช่น มลรัฐแคลิฟอร์เนีย

(2) Stark I ,II /Self –Referral Law / Limitations on Certain Physician Referrals(Section 1877 of the Social Security Act/42 U.S.C. 1395nn.)

Stark I มีผลบังคับใช้ในปี 1995 เพื่อป้องกันแพทย์หรือสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเจ้าของหรือความสัมพันธ์กันด้านผลประโยชน์กับห้องปฏิบัติการ จากการโอนคนไข้แก่ให้กัน ส่วน Stark II นั้น มีความกว้างกว่า เพราะป้องกันแพทย์หรือสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเจ้าของ หรือมีความสัมพันธ์ด้านผลประโยชน์กับนิติบุคคล ซึ่งให้บริการต่างๆ ซึ่งเป็นการชี้บ่งทางการแพทย์ (designated health services) เช่น บริการห้องปฏิบัติการ,บริการกายภาพบำบัดฯ จากการโอนคนไข้สำหรับบริการดังกล่าวซึ่งโครงการ Medicare ต้องเป็นผู้จ่ายเงิน นิติบุคคลที่ให้บริการซึ่งเป็นการ

บ่งชี้ทางการแพทย์ ถูกห้ามมิให้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับบริการอันเกิดจากการโอนคนไข้ซึ่งต้องห้ามตามกฎหมายฉบับนี้<sup>45</sup>

โทษตามบทบัญญัติของกฎหมายดังกล่าว มีความหลากหลาย มีทั้งการปฏิเสธการจ่ายเงินเมื่อมีการใช้สิทธิเรียกกร้องเบิกค่าใช้จ่าย และให้คืนเงินทั้งหมดที่ได้จากการตกลงกันอันเป็นการละเมิดกฎหมายฉบับนี้ นอกจากนี้ยังมีโทษปรับทางแพ่งไม่เกิน 15,000 ดอลลาร์สำหรับการใช้สิทธิเรียกร้องอันต้องห้าม และหากการใช้สิทธิเรียกร้องอันต้องห้ามดังกล่าวเป็นผลมาจากข้อตกลงที่ห้ามโดยกฎหมายฉบับนี้คือกรณีที่แพทย์ หรือนิติบุคคลทำการตกลงเพื่อ โอนคนไข้ จะถูกปรับจะไม่เกิน 100,000 ดอลลาร์ นอกจากนี้ การละเมิดกฎหมายฉบับนี้ อาจส่งผลให้ถูกกันออกจากโครงการ Medicare และ Medicaid และมีความรับผิดชอบภายใต้กฎหมาย False Claim Act ได้ ขึ้นอยู่กับสภาพข้อเท็จจริง

### (3) RICO

พระราชบัญญัติว่าด้วยองค์กรทุจริต (Racketeer Influenced and Corrupt Organization หรือเรียกโดยย่อว่า “กฎหมาย RICO”) ได้ถูกบัญญัติขึ้นให้มีฐานะเป็นกฎหมายลักษณะที่ 9 ของพระราชบัญญัติว่าด้วยการควบคุมองค์กรอาชญากรรม ปี ค.ศ. 1970 ซึ่งเป็นกฎหมายที่บัญญัติขึ้นเพื่อที่จะปราบปรามองค์กรอาชญากรรม มาตรา 1962 ได้บัญญัติห้าม “มิให้ผู้ใด”

(ก) ใช้เงินที่ได้รับจากการดำเนินกิจการที่มีขบวนการทุจริต หรือจากการเรียกเก็บหนี้อันไม่ถูกต้องตาม กฎหมาย เพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ในกิจการที่มีผลกระทบต่อการค้าระหว่างรัฐ

(ข) ทำให้ได้มาหรือรักษาไว้ซึ่งผลประโยชน์จากการดำเนินกิจการที่ทุจริต หรือโดยการเรียกเก็บหนี้อันไม่ถูกต้องตามกฎหมายในกิจการที่มีผลกระทบต่อการค้าระหว่างรัฐ

(ค) ดำเนินการหรือร่วมในการดำเนินการของกิจการที่มีผลกระทบต่อการค้าระหว่างรัฐ โดยมีขบวนการดำเนินกิจการที่ทุจริต หรือโดยการเรียกเก็บหนี้อันไม่ถูกต้องตามกฎหมาย หรือ

(ง) สมคบกันเพื่อที่จะมีส่วนร่วมในการกระทำความผิดการกระทำหนึ่งข้างต้น

อนึ่ง วัตถุประสงค์ของ กฎหมาย RICO คือการกำจัดองค์กรอาชญากรรมออกจากกลุ่มธุรกิจที่ถูกกฎหมาย

นอกจากความรับผิดชอบทางอาญาที่ร้ายแรงภายใต้มาตรา 1963 แล้ว กฎหมาย RICO มีการกำหนดให้ชดใช้ค่าเสียหายที่เป็นธรรมภายใต้มาตรา 1964 อัยการสูงสุดอาจหาทางบรรเทาความเสียหายทางแพ่งภายใต้มาตรา 1964(a) ซึ่งรวมถึงคำสั่งให้ส่งมอบทรัพย์สิน (orders of divestiture) ข้อบังคับต่อการกระทำในอนาคต และการเลิกกิจการหรือฟื้นฟูกิจการ บทลงโทษเหล่านี้กำหนดไว้

<sup>45</sup> [www.ama-assn.org/ama/pub/category/print.4606](http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/print.4606) [2008, September 30]

เป็น “อาวุธประเภทใหม่ที่ใช้จัดการกับองค์กรอาชญากรรมและรากฐานทางการเงินขององค์กรอาชญากรรมได้อย่างไม่จำกัด” แนวทางการบังคับทางแพ่งที่มีผลครอบคลุมกว้างขวางภายใต้กฎหมาย RICO นี้เปิดโอกาสให้เอกชนสามารถนำคดีขึ้นสู่ศาลเพื่อฟ้องร้องค่าเสียหายที่เกิดจากการกระทำที่เป็นการฝ่าฝืนบทบัญญัติของกฎหมายได้ด้วย บุคคลที่ได้รับความเสียหายในธุรกิจหรือทรัพย์สินเนื่องจากมีการฝ่าฝืน 18 U.S.C. มาตรา 1962 สามารถฟ้องคดีเพื่อเรียก ค่าเสียหายถึงสามเท่า ค่าใช้จ่ายในการดำเนินคดี และค่าทนายความที่เหมาะสมได้<sup>46</sup>

### 3.1.5.3 มาตรการทางปกครอง (Administrative Sanction)

(1) การกีดกันออกจากโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลกลาง (Section 1128(a),(b)and(c)of the Social Security Act/42 U.S.C. 1320a-7a)

OIGมีอำนาจที่จะกีดกันบุคคล หรือนิติบุคคลออกจากการเข้าร่วมในโครงการประกันสุขภาพใดๆของรัฐบาลกลางได้ ซึ่งเป็นมาตรการทางปกครองที่ได้ผลที่สุด ซึ่งเหตุที่จะใช้มาตรการนี้ได้ คือ

- บุคคล หรือนิติบุคคลถูกตัดสินว่ามีความผิด

(1) กระทำการฉ้อโกงโครงการ Medicare และ Medicaid

(2) กระทำความผิดอันเกี่ยวกับการฉ้อโกงโครงการ Medicare และ Medicaid

(3) ขัดขวางการสอบสวนความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ

การใช้มาตรการนี้ จะส่งผลให้บุคคลหรือนิติบุคคลดังกล่าว ถูกกีดกันออกจากโครงการไม่เกิน 10 ปี หรือตลอดไปหากเป็นการกระทำความผิดซ้ำ การกีดกันนี้ คือ ไม่มีกองทุนของรัฐบาลที่สามารถจ่ายเงินใดๆให้กับสินค้าหรือบริการของผู้ที่ถูกกีดกันได้ ไม่ว่าจะทางตรง หรือทางอ้อม ผู้ผลิตที่ถูกกีดกันไม่สามารถขายสินค้าใดๆให้แก่โรงพยาบาล แพทย์ เภสัชกร หรือผู้ให้บริการประกันสุขภาพที่ได้รับเงินจากรัฐบาลผ่านทางโครงการประกันสุขภาพของรัฐ การกีดกันออกจากโครงการยังกันไม่ให้ทำงานในอุตสาหกรรมประกันสุขภาพอีกด้วย

(2) การพักงานและการกีดกัน ( Suspension and Debarment)

รัฐบาลมีอำนาจที่จะพักงาน หรือกีดกันบริษัทหรือบุคคล จากการทำธุรกิจกับหน่วยงานรัฐบาล หรือจากการเข้าร่วมโครงการของรัฐบาลต่างๆ ซึ่งมาตรการดังกล่าว ได้สร้างขึ้นมาเพื่อ

---

<sup>46</sup>Daniel Luccaro, Jason Mishelow, Brendan N. Snodgrass, Jihee G. Suh, Racketeer Influenced and Corrupt Organizations[Online]. Available from : <http://www.articlearchives.com/law-legal-system/trial-procedure-fines-penalties/1034111-1.html> [2008, October 15]



ป้องกันรัฐบาลมิให้มีความสัมพันธ์ทางธุรกิจบริษัท หรือบุคคล ที่ไม่มีความซื่อสัตย์และไม่มีจรรยาบรรณ หรือเพื่อมีอิทธิพลต่อการกระทำของผู้ที่จะเข้ามาทำธุรกิจกับรัฐบาลกลาง รัฐบาลมลรัฐ และรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งการพักงาน และการกีดกันนี้ หมายถึง ผู้ที่ถูกลงโทษโดยมาตรการดังกล่าว ไม่สามารถทำสัญญา หรือข้อตกลงใดๆกับหน่วยงานรัฐได้อีก และไม่สามารถเข้าร่วมหรือรับผลประโยชน์ ภายใต้โครงการของรัฐ โดยการพักงานจะเป็นการชั่วคราวแต่หากเป็นการกีดกันจะเป็นเวลาไม่เกิน 3 ปี

### (3) การเพิกถอนใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพ

ความร้ายแรงของโทษดังกล่าว ขึ้นอยู่กับความผิด และความเสียหายที่ได้กระทำ ประกอบกับหากเป็นการกระทำความผิดซ้ำ โทษที่ได้รับจะมีความรุนแรงกว่าการกระทำผิดในครั้งแรก

### 3.1.6 องค์กรที่มีอำนาจสอบสวนความผิดอาญาเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ

#### (ก) องค์กรสอบสวนของรัฐบาลกลาง

ในระดับรัฐบาลกลาง มีหน่วยงานในการบังคับใช้กฎหมายจำนวนมากที่มีอำนาจในการสอบสวนความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ รวมถึงหน่วยงานดังที่กล่าวต่อไปนี้ ซึ่งหน่วยงานต่างๆทำหน้าที่สนับสนุนส่งเสริมกัน โดยมีความร่วมมือระหว่างองค์กรในการบังคับใช้กฎหมายเหล่านั้น

1. The Department of Health and Human Services Office of Inspector General(HHS-OIG) จะให้ความสำคัญกับการกระทำผิดที่เกิดขึ้นแก่โครงการประกันสุขภาพ Medicare และ Medicaid และโครงการประกันสุขภาพของรัฐอื่นๆ

2. สำนักงานสืบสวนกลางแห่งสหรัฐอเมริกา(The Federal Bureau of Investigation:FBI) ให้ความสำคัญกับการกระทำผิดต่อโครงการสุขภาพภาคเอกชนและในโครงการสุขภาพที่ได้รับเงินจากรัฐบาลกลาง เช่น โครงการ Medicare, Medicaid, the Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services(CHAMPUS)และ the Federal Employee Health Benefits Program(FEHBP)

3. The Defense Criminal Investigative Service(DCIS) เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานการสอบสวนของ the Office of the Inspector General และ Department of Defense(DOD) รับผิดชอบในการสอบสวนการกระทำผิดฐานฉ้อโกง และเอาเปรียบโครงการของ DOD โดยโครงการดังกล่าว รวมถึงโครงการที่จัดให้มีประกันสุขภาพแก่ทหารที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ หรือทหารที่เกษียณไปแล้ว รวมทั้งผู้ที่อยู่ในอุปถัมภ์โดยผ่านทาง การให้บริการโดยตรงโดย

หน่วยให้บริการทางการแพทย์ของทหาร และการให้บริการพลเรือนผ่าน โครงการประกันสุขภาพ เพื่อชดเชยความเสียหาย หรือที่รู้จักกันในนาม Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services(CHAMPUS) DCIS มีอำนาจสอบสวนเบื้องต้นสำหรับคดีที่กระทำโดยผู้ให้บริการผ่านทาง the DOD Military Health Services System

4. The Office of Inspector General of the Department of Veterans Affairs(VA-OIG) ดูแลเรื่องการฉ้อโกงในประกันสุขภาพที่ได้จัดให้แก่ทหารผ่านศึก

5. The Office of Inspector General of the Office of Personnel Management(OPM-OIG) ดูแลความผิดฐานฉ้อโกงที่เกิดกับ the FEHBP ที่ได้ให้สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพแก่ข้าราชการพลเรือนของรัฐบาลกลาง ผู้เกษียณอายุ และผู้ที่อยู่ในอุปถัมภ์

6. The Office of Inspector General of the Department of Labor(DOL-OIG) ดูแลการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพในโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลกลางและโครงการเกี่ยวกับผู้พิการที่บริหารงานโดย DOL ซึ่งจะจ่ายค่าชดเชยหรือให้สิทธิประโยชน์แก่คนงานของรัฐบาลกลาง และทำงานเกี่ยวกับถ่านหินและคนงานที่ทำงานตามชายฝั่งหรือท่าเรือ ผู้ซึ่งทำงานที่เกี่ยวกับความบาดเจ็บ, ความเจ็บป่วยหรือโรคภัยต่างๆ DOL-OIG ยังได้ให้ความสำคัญกับความผิดฉ้อโกงภายในโครงการผลประโยชน์และสวัสดิการด้านสุขภาพของภาคเอกชน ซึ่งอยู่ภายใต้ Employee Retirement Income Security Act

7. หน่วยงานสืบสวนสอบสวนอื่นๆของรัฐบาลกลาง ที่ทำการสืบสวนการฉ้อโกงที่กระทำโดยผู้ให้บริการภายในด้านที่ตนมีอำนาจรับผิดชอบ เช่น

- the Internal Revenue Service of the United States Department of the Treasury
- Federal Trade Communication
- the United States Postal Inspectors

(ข) องค์กรสอบสวนระดับมลรัฐ และระดับท้องถิ่น

1. Medicaid Fraud Control Units(MFCUs) ซึ่งมีเกือบทุกมลรัฐ ก่อตั้งขึ้นโดยกฎหมายของรัฐบาลกลางในปี ค.ศ.1977 MFCUs รับผิดชอบดำเนินการสอบสวนและดำเนินคดีการกระทำผิดกฎหมายอาญาของมลรัฐที่เกี่ยวกับการฉ้อโกงในโครงการ Medicaid และดำเนินการสอบสวนและดำเนินคดีที่เกี่ยวกับการเอาเปรียบและละทิ้งคนไข้ MFCUs ได้รับการรับรองโดย HHS-OIG และ มีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำโดยกฎหมายรัฐบาลกลางว่าต้องมีทีมงานนายความ, ผู้ตรวจสอบ และผู้สอบสวน the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1993 รัฐสภาต้องการให้ทุกมลรัฐมี MFCUs เป็นเงื่อนไขหนึ่งในการเข้าร่วมโครงการ Medicaid เว้นเสียแต่จะได้รับการยกเว้นโดย HHS

2. สำนักงานอัยการของมลรัฐจะมีอำนาจในการสอบสวนความผิดต่อระบบประกันสุขภาพภายใต้กฎหมายของมลรัฐ

3. สำนักงานอัยการเขต(district attorneys' offices) มีอำนาจในการบังคับกฎหมายมลรัฐและกฎหมายท้องถิ่นในความผิดเกี่ยวกับประกันสุขภาพ

4. บางมลรัฐมีหน่วยงานที่ไม่เน้นเพียงแต่ความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมีการเปิดเผยถึงปัญหาที่ก่อให้เกิดหรือเกี่ยวข้องกับความผิดต่อระบบประกันสุขภาพอีกด้วย เช่น

- State Surveillance and Utilization Review Subsystems(S/URS) พนักงานของหน่วยงานนี้ จะทบทวนผลลัพธ์ของระบบ และการกระทำเบื้องต้นของผู้ให้บริการ Medicaid เพื่อจะตัดสินใจว่ามีหลักฐานพิสูจน์ได้หรือไม่ว่าเป็นการกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพ ถ้าพิสูจน์ได้จะทำการโอนเรื่องดังกล่าวไปให้หน่วยงานสอบสวนความผิดดังกล่าว

- State Longterm Care Ombudsmen ซึ่งได้เงินจาก AOA จะทำหน้าที่แสดงสอบสวน และแก้ปัญหาเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยของผู้อยู่อาศัย

- หน่วยสำรวจและรับรองของมลรัฐ ทำการตรวจสอบดูแลคุณภาพของการดูแลรักษาในระยะยาว

5. การสอบสวนโดยโครงการประกันสุขภาพเอกชน โดยโครงการประกัน สุขภาพเอกชนบางแห่ง มีการสอบสวนการกล่าวหาว่ามีการกระทำความผิด ซึ่งร่วมมือกับหน่วยงานการสอบสวนของรัฐบาลกลาง มลรัฐ และท้องถิ่น<sup>47</sup>

### 3.2 ประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรป

ในปัจจุบันนี้ ประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรป (European Union:EU) ได้ให้ความสำคัญกับการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ(Health care fraud) เป็นอย่างมาก เนื่องจากในทุกปี การกระทำความผิดและการคอร์รัปชันต่อระบบประกันสุขภาพดังกล่าว ได้ทำให้แต่ละประเทศได้รับความเสียหายเป็นจำนวนมาก จึงได้มีการประกาศถึงความร่วมมือกันในการต่อต้านการหลอกลวง และการคอร์รัปชัน ต่อระบบประกันสุขภาพในกลุ่มสมาชิกสหภาพยุโรป ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันในการ

- ขัดขวางผู้ที่กระทำความผิด

<sup>47</sup> [http://www.usdoj.gov/usao/eousa/foia\\_reading\\_room/usam/title9/crm00982.htm](http://www.usdoj.gov/usao/eousa/foia_reading_room/usam/title9/crm00982.htm) [2008,October 15]

- ป้องกันระบบประกันสุขภาพจากการกระทำความผิด
- ใช้ระบบตรวจสอบการกระทำความผิด
- มีการสืบสวนสอบสวนการกระทำความผิด
- มีบทลงโทษผู้กระทำความผิดทั้งทางแพ่ง อาญา และทางวินัย
- หามาตรการชดเชยทางการเงินเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการกระทำความผิด
- มีการพัฒนามาตรฐานการวัดความเสี่ยง เพื่อลดความเสียหายจากการกระทำความผิดดังกล่าวในยุโรป

นอกจากนี้ ยังได้มีการจัดตั้งองค์กรที่ชื่อว่า “European Healthcare Fraud and Corruption Network” ขึ้น เพื่อพัฒนาความร่วมมือกันในการต่อต้านการกระทำความผิดและการคอร์รัปชันต่อระบบประกันสุขภาพในกลุ่มประเทศสมาชิก และยังสามารถประชุมกันในทุกปี

การบรรลุความมุ่งหมายที่ตั้งไว้ จำต้องมีกฎหมายในเรื่องดังกล่าวออกมา ในการศึกษาเบื้องต้น พบว่า ในปัจจุบัน ประเทศในกลุ่มสมาชิกยังไม่มีกฎหมายเกี่ยวกับความผิดประเภทนี้โดยตรง จึงใช้กฎหมายที่มีอยู่แล้วกับการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ประเทศ อังกฤษ จะใช้ Fraud Act 2006 ซึ่งเป็นบทบัญญัติว่าด้วยการฉ้อโกงทั่วไปแต่ในไม่ช้า ประเทศในกลุ่มสมาชิกจะออกกฎหมายในเรื่องดังกล่าวตามมา

จะเห็นว่า ประเทศต่าง ๆ ล้วนแต่เห็นความสำคัญของการกระทำความผิดประเภทนี้ และเห็นได้ว่า แม้ในแต่ละประเทศ จะมีรูปแบบ และวิธีการดำเนินงานในระบบประกันสุขภาพแตกต่างกัน แต่ทุกประเทศก็มีการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพเกิดขึ้นได้ทั้งสิ้น ดังนั้น ทุกประเทศจึงมีแนวคิดที่จะออกแนวความคิด กำหนดให้การกระทำความผิดดังกล่าว เป็นฐานความผิดเฉพาะ เพื่อสามารถป้องกัน และปราบปรามความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ข้อพิจารณามาตรการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย

การกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพ สาเหตุแห่งการกระทำความผิดมักมาจากแรงจูงใจทางการเงินและผลประโยชน์ ส่งผลถึงลักษณะในการกระทำความผิดซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจของผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพในแต่ละระบบ และส่งผลต่อเงินของกองทุนประกันสุขภาพนั้นๆ ความเสียหายของการกระทำความผิดมิได้ส่งผลต่อระบบอย่างเดียวน หากเป็นระบบประกันสุขภาพภาครัฐยังเป็นการกระทำความผิดต่อผู้เสียภาษี และหากเป็นระบบประกันเอกชนจะส่งผลให้ผู้เอาประกันต้องเสียเบี้ยประกันเพิ่มมากขึ้น ในประเทศไทยยังไม่มีบทกฎหมายเฉพาะที่จะนำมาใช้บังคับกับการกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาบทบัญญัติทางอาญา บทบัญญัติทางแพ่ง และมาตรการทางปกครอง ต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อพัฒนาว่ามีความเหมาะสมเพียงพอที่จะบังคับใช้กับการกระทำความผิดประเภทนี้หรือไม่ ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วขอแยกศึกษาตามหัวข้อดังต่อไปนี้

#### 4.1 บทบัญญัติทางอาญากับการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ

เมื่อพิจารณารูปแบบในการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพแล้ว ผู้กระทำความผิดสามารถเป็นได้ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ สถานพยาบาล ผู้มีสิทธิ และบุคคลภายนอก ซึ่งในส่วนการกระทำความผิดโดยบุคลากรทางการแพทย์ อาจเรียกได้ว่าเป็น “ทรมานปฏิบัติ” (Malpractice) ซึ่งในพจนานุกรมศัพท์นิติเวชของสมาคมนิติเวชกรลอนดอนได้ให้ความหมายไว้ว่า “การขาดทักษะที่ควรพึงมีอย่างสมเหตุสมผลตามสมควร ในฐานะเป็นแพทย์ และขาดการเอาใจใส่ดูแลคนไข้จนทำให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพและชีวิตของคนไข้”<sup>1</sup> ซึ่งความรับผิดชอบในทางกฎหมายอาญาของการกระทำดังกล่าว อาจเป็นความผิดต่อชีวิตร่างกาย ความผิดต่อการอยู่ร่วมกันความผิดเกี่ยวกับเอกสาร ความผิดที่กระทำต่อทรัพย์สินฯ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับลักษณะของการกระทำ โดยบุคลากรในที่นี้หมายถึงผู้ประกอบวิชาชีพในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ หรือเภสัชกร ซึ่งบุคคลดังกล่าว มักกระทำความผิดโดยอาศัยโอกาสที่ตนมีหน้าที่

<sup>1</sup> บุตร ประดิษฐ์วิช, แพทย์ ยา วิชาชีพหรือการค้า, (สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2532), หน้า 169.



ให้บริการนั้น ส่วนการกระทำความผิดโดยผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพนั้น มักเป็นความผิดเกี่ยวกับเอกสาร และความผิดที่กระทำต่อทรัพย์สินโดยเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการผลประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพ ส่วนสถานบริการนั้น เนื่องจากส่วนใหญ่ เป็นนิติบุคคลจึงต้องพิจารณาว่า จะมีส่วนรับผิดชอบร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อย่างไร และรับผิดชอบได้เท่าใด เพียงใด

แต่อย่างไรก็ตาม การกระทำบางอย่างของทั้ง 3 ฝ่ายนี้ ในบางรูปแบบก็เป็นเพียงการเอาเปรียบ(abuse) ระบบประกันสุขภาพ แต่มิได้ถือเป็นการผิดที่มีโทษทางอาญา ทั้งที่การกระทำดังกล่าว เป็นที่เสียหายต่อตัวระบบประกันสุขภาพเอง และต่อประชาชนซึ่งการวินิจฉัยว่าการกระทำใดเป็นเหตุให้ผู้กระทำต้องรับผิดชอบในทางอาญา หรือไม่นั้น ต้องพิจารณาถึงโครงสร้างความรับผิดชอบในทางอาญา<sup>2</sup> โดย

(1) การกระทำที่ครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ ซึ่งคำว่าองค์ประกอบนั้น หมายความว่า

- มีการกระทำคือมีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือไม่เคลื่อนไหวร่างกายโดยรู้สำนึก ซึ่งการกระทำมีทั้งการเคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งการไม่เคลื่อนไหวร่างกายแยกออกเป็นการกระทำโดยเจตนา และการกระทำโดยละเว้น ซึ่งทั้ง 2 ประการนี้มีความแตกต่างกันอยู่ตรงที่หน้าทีของการกระทำ โดยเจตนาเป็นหน้าที่โดยเฉพาะ ที่ต้องกระทำเพื่อป้องกันผล ส่วนการกระทำโดยละเว้นเป็นหน้าที่โดยทั่วไป ที่จะต้องกระทำการอย่างใดอย่าง

- การกระทำนั้นครบองค์ประกอบภายนอกของความผิดในเรื่องนั้นๆ ซึ่งองค์ประกอบภายนอกของความผิดแทบทุกฐาน ประกอบไปด้วยผู้กระทำ การกระทำ วัตถุแห่งการกระทำ

- การกระทำนั้นครบองค์ประกอบภายในของความผิดในเรื่องนั้นๆ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากประมวลกฎหมายอาญามาตรา 59 แล้ว องค์ประกอบภายในของความผิดอาญาในแต่ละมาตราคือ เจตนา ประมาท และหากเป็นความผิดลหุโทษ แม้ผู้กระทำไม่เจตนา และไม่ประมาท ผู้กระทำก็ต้องรับผิดชอบ ทั้งนี้ ตามที่มาตรา 104 บัญญัติไว้

นอกจากนี้ ความผิดบางมาตรานอกจากจะต้องมีเจตนาแล้ว ผู้กระทำยังจะต้องมี“เจตนาพิเศษ” หรือมูลเหตุจูงใจในการกระทำด้วย จึงจะถือว่าครบองค์ประกอบภายในของความผิดในเรื่องนั้นๆ

- ผลของการกระทำสัมพันธ์กับการกระทำตามหลักในเรื่องความสัมพันธ์

ระหว่างการกระทำและผล

(2) การกระทำนั้นไม่มีกฎหมายยกเว้นความผิดซึ่งมีมากมายหลายกรณีในประมวล

<sup>2</sup> เกียรติจิตร วัจนะสวัสดิ์, คำอธิบายกฎหมายอาญามาตรา 1, พิมพ์ครั้งที่ 8 (กรุงเทพฯ : 2546), หน้า 77.

กฎหมายอาญา เช่น การกระทำโดยป้องกัน<sup>3</sup> การทำแท้งในกรณีพิเศษ<sup>4</sup> หรือกรณีกฎหมายยกเว้นความผิดที่มีได้บัญญัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เช่นหลักในเรื่องความยินยอม จารีตประเพณี กฎหมายยกเว้นความรับผิดในรัฐธรรมนูญ กฎหมายยกเว้นความรับผิดในป.พ.พ. และกฎหมายยกเว้นความผิดใน ป.วิ.อ.

(3) การกระทำนั้นไม่มีกฎหมายยกเว้นโทษ เช่น การกระทำผิดโดยจำเป็น<sup>5</sup> การกระทำผิดของเด็กอายุไม่เกิน 7 ปีและไม่เกิน 14 ปี<sup>6</sup> การกระทำผิดตามคำสั่งที่มีชอบด้วยกฎหมายของเจ้าพนักงาน<sup>7</sup>

เมื่อทราบถึงโครงสร้างความรับผิดในทางอาญาที่ทำให้ผู้กระทำต้องรับผิดทางอาญาแล้ว ในส่วนต่อไป ผู้เขียนจะขออธิบายถึงบทบัญญัติที่มีโทษทางอาญาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งควรนำมาพิจารณาถึงความเหมาะสมเพียงพอในการบังคับใช้กับการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ดังต่อไปนี้

#### 4.1.1 บทบัญญัติทางอาญาตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

บทบัญญัติที่มีโทษทางอาญา นอกจากอยู่ในประมวลกฎหมายอาญาแล้ว ยังมีการกำหนดให้การกระทำบางอย่าง มีความผิดทางอาญาตามกฎหมายเฉพาะในเรื่องนั้นๆด้วย ซึ่งบทบัญญัติทางอาญาตามกฎหมายเฉพาะนี้ มักอยู่ในส่วนบทกำหนดโทษ ในพระราชบัญญัติต่างๆ ซึ่งกฎหมายเฉพาะที่มีบทกำหนดโทษทางอาญาอันควรนำมาศึกษาในกรณีความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ได้แก่

##### (ก) พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533

กฎหมายฉบับดังกล่าว ออกมาเพื่อเป็นหลักประกันในแก่ลูกจ้าง โดยจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้นเพื่อให้การสงเคราะห์แก่ลูกจ้างซึ่งประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพพลภาพอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน ซึ่งกฎหมายฉบับนี้ มีบทกำหนดโทษที่มีสภาพบังคับเป็นกฎหมายอาญาไว้สำหรับการกระทำความผิดบางประการ และกำหนดไว้โดยเฉพาะว่า กรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้กระทำความผิดและถูกลงโทษตามกฎหมายฉบับนี้ ให้ถือว่า ผู้แทนของนิติบุคคล กรรมการทุกคน และผู้รับผิดชอบใน

<sup>3</sup> ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 68

<sup>4</sup> ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 305

<sup>5</sup> ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 67

<sup>6</sup> ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 73 และ มาตรา 74

การดำเนินการของนิติบุคคลนั้นต้องระวางโทษเช่นเดียวกัน เว้นแต่พิสูจน์ได้ว่า ตนมิได้รู้เห็นในการกระทำผิด หรือได้จัดการตามสมควรเพื่อป้องกันมิให้เกิดความผิดนั้นแล้ว และกฎหมายฉบับดังกล่าวนี้ ยังให้อำนาจเจ้าพนักงานให้มีอำนาจเปรียบเทียบคดี กรณีเห็นว่าผู้กระทำผิดไม่ควรได้รับโทษถึงจำคุก หรือไม่ควรถูกฟ้องร้องสำหรับความผิดที่มีโทษปรับสถานเดียว หรือโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่า การกระทำที่ พ.ร.บ.ฉบับนี้กำหนดให้มีโทษทางอาญาส่วนใหญ่ จะเป็น การกระทำที่ขัดขวาง มิให้ระบบประกันสังคมดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลในการบังคับใช้ แต่มีข้อพิจารณาตรงที่ว่า พ.ร.บ.ฉบับนี้ กำหนดโทษสำหรับนายจ้าง ผู้ประกันตน และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติการตามพ.ร.บ.นี้เท่านั้น ไม่ได้ลงโทษทางฝั่งผู้ให้บริการด้วย

#### (ข) พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

เป็นกฎหมายที่ออกมาให้หลักประกันแก่ผู้เป็นลูกจ้าง ในกรณีเกิดประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน โดยพ.ร.บ.ฉบับดังกล่าวมีบทกำหนดโทษ ซึ่งมีสภาพบังคับเป็นกฎหมายอาญา ไว้สำหรับการกระทำความผิดบางประการ ซึ่งการกระทำที่เป็นความผิดตามกฎหมายดังกล่าว มักเป็นกรณีกระทำการฝ่าฝืนบทบัญญัติแห่งพ.ร.บ.ฉบับนี้ ดังนั้น จุดประสงค์ในการกำหนดโทษเป็นดังเช่นพ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 ที่กำหนดโทษเพื่อห้ามการกระทำอันเป็นการขัดขวางมิให้ระบบประกันสุขภาพดำเนินการไปด้วยความเรียบร้อย และเป็นการให้ความสะดวกแก่เจ้าพนักงานในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่พ.ร.บ.นี้กำหนดไว้ และพ.ร.บ.ฉบับดังกล่าว จะทำการลงโทษเฉพาะนายจ้างและพนักงานเจ้าหน้าที่เท่านั้น มิได้กำหนดบทลงโทษในการกระทำผิดของผู้ให้บริการ นอกจากนี้ ยังได้ให้อำนาจบุคคลตามมาตรา 66 มีอำนาจเปรียบเทียบคดีได้ หากเห็นว่าผู้กระทำความผิดไม่ควรได้รับโทษจำคุก หรือไม่ควรถูกฟ้องร้อง

#### (ค) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

เป็นกฎหมายที่ตราขึ้น เพื่อให้สิทธิแก่คนไทยทุกคนให้ได้รับบริการสาธารณสุขโดยถ้วนหน้าและได้มาตรฐาน เมื่อกฎหมายฉบับนี้เป็นการให้สิทธิแก่ประชาชน จึงเห็นได้ว่า ไม่มีบทกำหนดโทษแก่ประชาชนผู้มีสิทธิ และบุคลากรทางการแพทย์ มีแต่การลงโทษหน่วยบริการ ซึ่งอาจเป็นเพราะเมื่อพิจารณาแล้วกฎหมายฉบับดังกล่าว มีการกำหนดถึงมาตรฐาน การตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐาน จึงมีการลงโทษหน่วยบริการเพราะหน่วยบริการได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุน จึงมิใช่การตรวจสอบวิชาชีพที่มีกฎหมายวิชาชีพดูแลอยู่แล้ว เมื่อคุณลักษณะการกระทำที่เป็นความผิด

<sup>7</sup> ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 70

ตามกฎหมายฉบับนี้ เห็นได้ว่าเป็นการกำหนดโทษเพื่อให้การดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลด้านการบังคับใช้ โดยมุ่งตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ตามพ.ร.บ.นี้ ประกอบกับเพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าพนักงานในการตรวจสอบและควบคุมหน่วยบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

### (ง) พระราชบัญญัติประกันวินาศภัย พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติประกัน

#### ชีวิต พ.ศ. 2535

เหตุผลในการออกกฎหมาย 2 ฉบับนี้ เพื่อเป็นการรองรับการขยายตัวของธุรกิจประกันภัยให้มีความคล่องตัว และสามารถอำนวยความสะดวกแก่ผู้เอาประกันภัยเพิ่มขึ้น ตลอดจนกำหนดขอบเขตอำนาจหน้าที่ของนายทะเบียน และพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อให้สามารถควบคุมดูแลและกำกับดูแลกิจการธุรกิจประกันภัยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การกระทำที่ถูกระงับโดยกฎหมายทั้ง 2 ฉบับนี้ จึงกำหนดโทษสำหรับการกระทำของบริษัท ตัวแทนประกัน นายหน้าประกัน หรือนักคณิตศาสตร์ประกันภัย ที่กระทำการฝ่าฝืนหรือขัดต่อหลักเกณฑ์ที่กฎหมายทั้ง 2 ฉบับนี้วางไว้เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการภายในระบบเท่านั้น มิได้ลงโทษบุคลากรทางการแพทย์หรือการกระทำของผู้เอาประกันหรือตัวแทนประกันที่ได้กระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพเอกชนในรูปแบบที่ได้ยกตัวอย่างไปแต่อย่างใด

### (จ) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

กฎหมายฉบับนี้ ออกมาเพื่อดำเนินการควบคุมกิจการสถานพยาบาลเพื่อความคุ้มครองประชาชนผู้รับบริการจากสถานพยาบาลในเรื่องเกี่ยวกับการอนุญาตให้ประกอบกิจการ การเลิก การย้าย การปิดสถานพยาบาล การเพิกถอนใบอนุญาต การโฆษณากิจการของสถานพยาบาล ตลอดจนกำหนดอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการควบคุมดูแลสถานพยาบาล และกำหนดหน้าที่ของผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น รวมทั้งให้มีการกำหนดจำนวนสถานพยาบาลที่จะให้จัดตั้งได้หรือมีบริการทางการแพทย์บางชนิดในท้องที่ใดท้องที่หนึ่งได้ เพื่อให้มีการประกอบกิจการในลักษณะที่ให้บริการทางสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนอย่างแท้จริง

บทบัญญัติที่มีโทษทางอาญาส่วนใหญ่จะกำหนดให้การกระทำที่ขัดกับหลักเกณฑ์ของกฎหมายฉบับนี้ในเรื่องการดำเนินธุรกิจสถานพยาบาลเป็นความผิดอาญา แต่จากการศึกษาในบทกำหนดโทษ พบว่า มีการกำหนดให้รูปแบบการกระทำผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพบางรูปแบบมีโทษทางอาญาตามกฎหมายฉบับนี้ ได้แก่

- มาตรา 33 วรรคสอง ผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่า

รักษาพยาบาลหรือค่าบริการอื่นเกินอัตราที่ได้แสดงไว้มิได้ และจะต้องให้การบริการแก่ผู้ป่วยตาม สิทธิที่ได้แสดงไว้ หากฝ่าฝืน ต้องรับโทษตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 62

- มาตรา มาตรา 34 ให้ผู้ดำเนินการมีหน้าที่และความรับผิดชอบดังนี้

(1) ควบคุมและดูแลมิให้ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลประกอบวิชาชีพผิด ไปจากสาขา ชั้น หรือแผน ที่ได้รับอนุญาตได้แจ้งไว้ในการขอรับใบอนุญาต หรือมิให้บุคคลอื่นซึ่ง มิใช่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทำการประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล

(2) ควบคุมและดูแลให้ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ตาม กฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการ พยาบาลและการผดุงครรภ์ กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทันตกรรม กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพกายภาพบำบัด หรือกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ แล้วแต่กรณี

(3) ควบคุมและดูแลมิให้มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเกินจำนวนเตียงตามที่กำหนดไว้ ในใบอนุญาต เว้นแต่กรณีฉุกเฉินซึ่งหากไม่รับไว้อาจเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

หากฝ่าฝืนมาตราดังกล่าว จะต้องรับโทษตามมาตรา 63 ถึงมาตรา 65

- มาตรา 36 ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลต้องควบคุมและ ดูแลให้มีการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในสภาพอันตรายและจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล โดยฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพและตามประเภทของสถานพยาบาล นั้นๆ

เมื่อให้การช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยตามวรรคหนึ่งแล้ว ถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อหรือ ผู้ป่วยมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการ ต้องจัดการให้มีการจัดส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสม

หากฝ่าฝืนมาตราดังกล่าว จะต้องได้รับโทษตามมาตรา 66

- มาตรา 73 ผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินการ ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลผู้ใด จัดทำหรือยินยอมให้ผู้อื่นจัดทำหลักฐานเกี่ยวกับค่า รักษาพยาบาลและค่าบริการเอกสารแสดงการตรวจโรค เอกสารแสดงผลการรักษาพยาบาลของ สถานพยาบาล หรือเอกสารกรณีอื่นอันเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอันเป็นเท็จ ต้องระวางโทษจำคุกไม่ เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ผู้เขียนเห็นว่า พ.ร.บ.ฉบับนี้ ได้กำหนดครอบคลุมรูปแบบในการกระทำความผิดเกี่ยวกับ ระบบประกันสุขภาพของสถานพยาบาลทุกรูปแบบแล้ว และกฎหมายฉบับดังกล่าว ได้กำหนดไว้ อย่างชัดเจน ว่าในกรณีต่างๆ ใครเป็นผู้รับผิดชอบ แต่อย่างไรก็ตาม จะเห็นว่า ไม่ได้กำหนดโทษไว้กรณี ที่การกระทำความผิดของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลนั้นๆส่งผลต่อชีวิตและร่างกาย



ของผู้อื่น และผู้เขียนเห็นว่า โทษที่กำหนดในพ.ร.บ.ฉบับนี้ เป็นโทษปรับ และจำคุกไม่เกิน 2 ปี ซึ่งเป็นอัตราโทษที่ค่อนข้างต่ำ ถ้าเทียบกับประมวลกฎหมายอาญา และแม้จะกระทำการดังกล่าวต่อระบบประกันสุขภาพ ก็ไม่ได้รับโทษหนักขึ้น

#### 4.1.2 บทบัญญัติทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา

การกระทำความผิดของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพนั้นเกิดขึ้นได้ในหลายรูปแบบ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากรูปแบบการกระทำความผิดแล้ว การกระทำความผิดบางรูปแบบไม่เป็นความผิดตามกฎหมายเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตาม การกระทำความผิดเหล่านั้น อาจเป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาได้ในฐานความผิดดังต่อไปนี้

##### 4.1.2.1 ความผิดเกี่ยวกับชีวิต ร่างกาย

ความรับผิดชอบชีวิตร่างกายนั้น อาจเกิดขึ้นได้ในหลายรูปแบบการกระทำความผิดที่กระทำโดยบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการโดยไม่จำเป็นใน โครงการสวัสดิการ รักษาพยาบาล หรือประกันสุขภาพเอกชน หรือการกระทำที่มีมูลเหตุจูงใจเพื่อการประหยัดค่าใช้จ่าย เช่น การจำกัดปริมาณ หรือคุณภาพของบริการ การปฏิเสธการส่งต่อ การประวิงเวลารักษา ในโครงการประกันสุขภาพประเภทเหมาจ่ายรายหัว อันได้แก่ โครงการประกันสังคม และโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งความผิดดังกล่าวส่งผลต่อชีวิตร่างกายของผู้มีสิทธิ โดยการกระทำความผิดเกี่ยวกับชีวิตร่างกายนั้น มักแบ่งเป็น

- การกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพที่เกี่ยวกับชีวิตร่างกายโดย

เจตนา จากการศึกษาพบว่า บุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์อาจต้องรับผิดชอบทางอาญาอันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ของตนได้ ในกรณีที่ได้ปฏิบัติงานในวิชาชีพเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายต่อผู้รับบริการ แต่จะต้องรับผิดชอบในความผิดต่อชีวิตร่างกายโดยเจตนา ตามมาตรา 288 และมาตรา 290 ต่อเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์เหล่านี้ ไม่มีเจตนาที่จะรักษาผู้ป่วยตามวิชาชีพที่ตนได้เรียนมา แต่มีเจตนาประสงค์ต่อผลหรือเล็งเห็นผลถึงความตายของผู้ป่วย เช่นต้องการอวัยวะที่เป็นอวัยวะสำคัญของผู้ป่วย ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ใช้โอกาสจากอำนาจหน้าที่ที่ตน

มีกระทำต่อผู้ป่วยโดยมีเจตนาฆ่าผู้ป่วยจากการดูแลรักษานั้น การกระทำดังกล่าวถือเป็นการกระทำ นอกกรอบวิชาชีพ ต้องรับผิดชอบฆ่าผู้อื่นตายโดยเจตนาตามป.อ.มาตรา 288 และมาตรา 290<sup>8</sup>

ส่วนการทำร้ายร่างกายโดยเจตนา นั้น มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องคือมาตรา 295 เป็นความผิดฐานทำร้ายร่างกาย แต่หากการกระทำอันเป็นการทำร้ายร่างกายดังกล่าวเป็นเหตุให้ผู้กระทำได้รับอันตรายสาหัส ผู้กระทำต้องรับผิดชอบตามป.อ. มาตรา 297 และหากการทำร้ายร่างกายดังกล่าวนี้เป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องรับผิดชอบตามมาตรา 290 ซึ่งตามกฎหมายไทย บุคลากรทางการแพทย์ หากได้กระทำตามวิชาชีพ ไม่ต้องรับผิดชอบการทำร้ายร่างกายเพราะความยินยอมของผู้ป่วยเป็นหลัก

แต่เมื่อพิจารณาความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพที่ได้ทำการศึกษา พบว่ารูปแบบการกระทำความผิดไม่ได้เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ดังกล่าวมีเจตนากระทำความผิดซึ่งมีผลต่อชีวิตร่างกายของผู้ป่วย แต่เป็นการกระทำโดยมีแรงจูงใจมาจากผลประโยชน์ในทางทรัพย์สินทำให้เกิดผลต่อชีวิตร่างกายของผู้ป่วยโดยประมาท ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้เขียนจึงจะไม่พิจารณาความผิดต่อชีวิตร่างกายที่บุคลากรทางการแพทย์ได้กระทำโดยเจตนา

- การกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพที่เกี่ยวกับชีวิตร่างกายโดยประมาท ซึ่งหลักในการพิจารณาความประมาทของไทยมีอยู่ในมาตรา 59 วรรคสี่ ซึ่งบัญญัติว่า “การกระทำโดยประมาท ได้แก่ ทำความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวังซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นว่านั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่”

การพิจารณาความประมาทของบุคคลนี้ เป็นการพิจารณาในทางภาวะวิสัย(objective) โดยมองความเสียหายที่เกิดขึ้นเพื่อกำหนดความรับผิดชอบของผู้กระทำ กล่าวก็จะเป็นความผิดได้ก็ต่อเมื่อ มีผลเกิดขึ้น<sup>9</sup>

จากมาตรา 59 วรรคสี่ การกระทำโดยประมาทจึงต้องเข้าองค์ประกอบดังต่อไปนี้<sup>10</sup>

1. มิใช่เป็นการกระทำโดยเจตนา ไม่ว่าจะเป็นเจตนาโดยประสงค์ต่อผลหรือเจตนาโดยย้อมเล็งเห็นผล และการกระทำโดยประมาทอาจเกิดจากการงดเว้นตามมาตรา 59 วรรคท้ายก็ได้ เช่น ไม่จัดให้มีสัญญาณไฟที่เสาซึ่งตักจากรถพ่วงที่ถนนบรรทุกมา เป็นเหตุให้คนตายเพราะขับรถมาชนเสา

<sup>8</sup> ดวงกมล ภู่อาย, “ความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549), หน้า 54.

<sup>9</sup> ทวีเกียรติ มินะกนิษฐ, กฎหมายอาญา:หลักและปัญหา, (กรุงเทพฯ:นิติธรรม), หน้า 139.

<sup>10</sup> เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1, หน้า 253.

นั้น เป็นความผิดฐานทำให้คนตายโดยประมาท<sup>11</sup> หรือแพทย์ละเลยล้มดูแลรักษาคนไข้ที่รับเข้ามาอยู่ในความดูแลของตน แล้วคนไข้ตายก็อยู่ในความหมายของคำว่า “กระทำ” ตามมาตรานี้ด้วยเช่นกัน

การประมาทโดยรู้ตัว (recklessness, willful negligence) กับเจตนาโดยยอมนิ่งเห็นผลนั้น มีความแตกต่างกัน 2 ประการ กล่าวคือการประมาทโดยรู้ตัว ผู้กระทำรู้ว่าที่ตนทำอยู่นั้นเป็นความประมาท แต่มิได้มุ่งในผล คิดว่าจะไม่มีผลเสียหายหรือคาดว่าตนจะหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดผลเสียหายนั้นได้ ส่วนการเล็งเห็นผลนั้นผู้กระทำทราบถึงสภาพการณ์ดีว่า สิ่งที่ตนกระทำอาจส่งผลอย่างหนึ่งอย่างใดก็ได้ แต่ไม่คิดหลีกเลี่ยงหรือยับยั้ง ประการที่สอง การกระทำโดยประมาท เป็นเรื่องภาวะวิสัย จึงพิจารณาจากภายนอก ความรู้สึกของผู้กระทำหรือขนาดของความระมัดระวังใช้วิญญูชนไปวัด ส่วนเจตนายอมนิ่งเห็นผลพิจารณาจากความรู้สึกนึกคิดของผู้กระทำ โดยเทียบจากบุคคลในสภาพขณะกระทำเป็นหลักวินิจฉัย

2. กระทำโดยปราศจากความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจกต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ ซึ่งความระมัดระวังในที่นี้ หมายถึง

- ความระมัดระวังในภาวะเช่นนั้น ซึ่งภาวะเช่นนั้นหมายถึงในขณะที่กระทำการนั้นๆ เช่น การผ่าตัด

- ความระมัดระวังตามวิสัย “วิสัย” หมายความว่า สภาพภายในตัวผู้กระทำ ซึ่งแยกเป็นวิสัยคนธรรมดา ซึ่งพิจารณาตามอายุ เพศฯ และวิสัยบุคคลผู้มีวิชาชีพ เช่น แพทย์

- ความระมัดระวังตามพฤติการณ์ “พฤติการณ์” หมายความว่า เหตุภายนอกของผู้กระทำ

ระดับของความระมัดระวังนั้น ไม่ได้ยุ่งที่แน่นอนตายตัว แต่ขึ้นลงตาม “ภาวะ” ของการกระทำ และตาม “วิสัย” และตาม “พฤติการณ์” ซึ่งการวินิจฉัยว่าผู้กระทำขาดความระมัดระวังตามวิสัยและพฤติการณ์หรือไม่นั้น ต้องสมมติบุคคลขึ้นมาคนหนึ่ง ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะเช่นนั้นตามวิสัยและพฤติการณ์อย่างเดียวกับผู้กระทำ เว้นแต่ความระมัดระวังที่จะต้องใช้ระดับของวิญญูชน

3. ผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่

ซึ่งจากบทบัญญัติของกฎหมายอาญา เห็นได้ว่า ระดับของการกระทำโดยประมาทจะมี 2 ระดับ<sup>12</sup> คือ

1. ระดับที่ไม่มีความระมัดระวังอยู่เลยหรือปราศจากความระมัดระวัง เช่น คำพิพากษาฎีกาที่

<sup>11</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 1901/2516

<sup>12</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, “ตรรกวิทยาในประมวลกฎหมายอาญา,” วารสารนิติศาสตร์, ฉบับที่ 16 ตอน 2(2531) : 76-83.

1414/2516 จำเลยไม่เคยได้ศึกษาวิชาแพทย์มาก่อน เคยแต่ศึกษาในความควบคุมของพี่ชายซึ่งเป็นแพทย์ประจำตำบลเท่านั้น เมื่อจำเลยศึกษาแคลเซียมเข้าเส้นเลือดของผู้ตายแล้วผู้ตายแพ้ยาล้างจำเลยไม่สามารถแก้ไขได้ เมื่อผู้ตายถึงแก่ความตาย การกระทำของจำเลยจึงเข้าลักษณะการกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย

2. ระดับที่มีความระมัดระวังอยู่แล้ว แต่ใช้ความระมัดระวังไม่เพียงพอในการกระทำคราวนั้น เช่น ศัลยแพทย์ที่มีความชำนาญในการผ่าตัด ในการผ่าตัดครั้งหนึ่ง แม้ผลการผ่าจะเรียบร้อยแต่ได้ล้มเครื่องมือแพทย์ไว้ในท้องคนไข้ เช่นนี้ ต้องถือว่าศัลยแพทย์คนดังกล่าวไม่ได้ใช้ความระมัดระวังให้เพียงพอสำหรับการผ่าตัดคราวนั้น

นอกจากนี้ ในการพิจารณาว่าการกระทำนั้นๆเป็นการกระทำโดยประมาทหรือไม่ ควรต้องนำเรื่องเหตุสุดวิสัยมาพิจารณาประกอบด้วย เพราะถ้าผลเกิดจากเหตุสุดวิสัยที่ถึงแม้ผู้กระทำจะได้อาศัยความระมัดระวังเพียงใดแล้วผลก็ยังคงเกิด กรณีนี้ก็ไม่ถือว่าผู้กระทำกระทำโดยประมาท ซึ่งเหตุสุดวิสัยในทางการแพทย์นี้ คงมีความหมายเหมือนกันเหตุสุดวิสัยในป.พ.พ. ในมาตรา 8 ซึ่งได้ให้ความหมายว่าเหตุใดๆอันจะเกิดขึ้นก็ดี จะให้ผลพิบัติก็ดี เป็นเหตุที่ไม่อาจป้องกันได้ แม้ทั้งบุคคลผู้ต้องประสบหรือใกล้จะต้องประสบเหตุนั้น จะได้จัดการระมัดระวังตามสมควรอันพึงคาดหมายได้จากบุคคลในฐานะและสภาวะเช่นนั้น ซึ่งในทางการแพทย์อาจเทียบได้กับไม่สามารถที่จะป้องกันได้ถึงได้กระทำการป้องกันเอาไว้แล้วก็ตามก็ไม่สามารถจะช่วยชีวิตผู้ป่วยเอาไว้ได้<sup>13</sup>

ในเรื่องการกระทำความผิดโดยประมาทนั้น มีข้อสังเกตว่าจะไม่มีการพยายามกระทำความผิดโดยประมาท และจะเป็นตัวการ ผู้ใช้ ผู้สนับสนุนในการกระทำความผิดในฐานะประมาทก็ไม่ได้

จากการศึกษาพบว่า เรื่องที่เกิดและนำไปสู่การฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มักเกิดจากการกล่าวหาว่าบุคลากรทางการแพทย์ดังกล่าวกระทำโดยประมาท เป็นเหตุให้ผู้ป่วยตายหรือได้รับอันตรายแก่กาย ซึ่งบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องกับการกระทำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลต่อชีวิต ร่างกายได้แก่ ความผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายโดยประมาทตามมาตรา 291 ฐานทำให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายสาหัสโดยประมาทตามมาตรา 300 และฐานทำให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายโดยประมาทตามมาตรา 390 ซึ่งความผิดทั้ง 3 มาตรา นี้ มีองค์ประกอบภายในที่เหมือนกัน คือเป็นการกระทำโดยประมาท ซึ่งการกระทำอย่างไรเป็นการกระทำโดยประมาทเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ได้อธิบายไว้ข้างต้น แต่ความแตกต่างระหว่าง 3 มาตรา นี้ อยู่ที่ผลของการกระทำ ซึ่งทำให้ความรับผิดต่างกันไปในแต่ละมาตรา โดยในแต่ละมาตรามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

<sup>13</sup> ดวงกมล ภูถ้าย, “ความรับผิดทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม,” หน้า 12.

มาตรา 291 “ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุ ให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี และปรับไม่เกิน สองหมื่นบาท”

ผลของการกระทำตามมาตรานี้คือ การกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย

คำว่า“ผู้ใด” ในมาตรานี้หมายถึงบุคคลธรรมดาเท่านั้น ไม่รวมถึงนิติบุคคล

คำว่า“กระทำ” ในที่นี้หมายถึงการเคลื่อนไหว และการงดเว้นตามมาตรา 59 วรรคท้าย ดังนั้น การงดเว้นโดยประมาทจึงมิได้ตั้งที่ได้กล่าวไปแล้ว

เจตนาภายในของความผิดฐานนี้คือประมาท ซึ่งการวิเคราะห์ว่าผู้กระทำมีความประมาทหรือไม่ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ในเรื่องประมาทดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งกล่าวโดยสรุปได้ว่าประมาท คือ การกระทำ(รวมถึงการงดเว้นการกระทำ) ที่ไม่ใช้ความระมัดระวังใดๆที่สามารถจะใช้ความระมัดระวัง เช่นว่านั้นได้

นอกจากนี้ การที่จะเป็นความผิดตามมาตรานี้ได้ การกระทำนั้นจะต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผล และเนื่องจากความผิดตามมาตรานี้เป็นเหตุเพิ่มโทษให้หนักขึ้นของความผิดฐานประมาท ทำให้ได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ตามมาตรา 390 ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลต้องเป็นไปตามมาตรา 63 ซึ่งเป็นทฤษฎีผลธรรมดา คือความตายจะต้องเป็นผลซึ่งตามธรรมดาต้องเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของผู้กระทำ<sup>14</sup> ซึ่งหากบุคลากรทางการแพทย์ฝ่าฝืนมาตรา 291 โทษที่ได้รับคือจำคุกไม่เกิน 10 ปี และปรับไม่เกิน 2 หมื่นบาท

มาตรา 300 “ ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ ผู้อื่นรับอันตรายสาหัส ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกิน หกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ”

ผลของการกระทำตามมาตรานี้ คือ การกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายสาหัส และจะสังเกตได้ว่า องค์ประกอบความผิดตามมาตรานี้ เหมือนกับมาตรา 291 ทุกประการ แตกต่างกันเพียงผลของการกระทำ

คำว่า“ได้รับอันตรายสาหัส” เป็นไปตามลักษณะที่ได้กำหนดไว้ตามมาตรา 297<sup>15</sup>

<sup>14</sup> ไกรฤกษ์ เกษมสันต์, คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญาภาคความผิด มาตรา 288ถึงมาตรา366, พิมพ์ครั้งที่ 2(กรุงเทพฯ: สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา, 2550), หน้า 52.

<sup>15</sup> มาตรา 297 .....

อันตรายสาหัสนั้น คือ

- (1) ตาบอด หูหนวก ลิ่นขาด หรือเสียมานประสาท
- (2) เสียอวัยวะสืบพันธุ์ หรือความสามารถสืบพันธุ์
- (3) เสียแขน ขา มือ เท้า นิ้วหรืออวัยวะอื่นใด
- (4) หน้าเสียโฉมอย่างติดตัว



ความผิดตามมาตรา ๓๐๐ ต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผล โดยจะต้องเป็นไปตามมาตรา ๖๓ คือต้องเป็นผลธรรมดาที่ย่อมจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นๆ เพราะมาตรานี้เป็นเหตุเพิ่มโทษให้นักขึ้นของมาตรา ๓๙๐<sup>๑๖</sup> หากกรณีที่เกิดขึ้นไม่ใช่ผลโดยตรง กล่าวคือแม้ไม่กระทำผลก็ยังคงเกิดขึ้นอยู่ ไม่ใช่ผลจากการกระทำโดยประมาท

การกระทำอันเป็นการละเมิดตามมาตรา ๓๐๐ ผู้กระทำจะต้องรับโทษจำคุกไม่เกิน ๓ ปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๓๙๐ “ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นรับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน หนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

ผลของการกระทำตามมาตรา ๓๐๐ คือ การกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ โดยความผิดฐานดังกล่าว เป็นความผิดลหุโทษ

มาตรานี้ไม่จำกัดการกระทำ โดยผู้กระทำจะกระทำอะไรก็ได้ ถ้าการกระทำนั้น เป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ เช่น พยายามหิบบยาผิด ทำให้คนไข้เป็นแผลที่กระเพาะอาหาร

คำว่า”อันตรายแก่กายหรือจิตใจ” เป็นไปตามความหมายในมาตรา ๒๙๕ ซึ่งอันตรายแก่กายหมายถึงบาดเจ็บ ตามแนวคำพิพากษาศาลฎีกา หากเป็นเพียงแผลถลอก ฟกช้ำ ศาลฎีกาไม่ถือว่าเป็นอันตรายแก่กายตามมาตรา ๓๐๐ เช่น ขับรถโดยประมาททำให้เกิดชนกันอย่างแรง แต่ลักษณะบาดแผลของผู้เสียหายบาดเจ็บบริเวณข้อศอก มีรอยช้ำ รักษา ๒ วันหาย ไม่ถึงอันตรายแก่กาย ไม่เป็นความผิดตามมาตรา ๓๙๐<sup>๑๗</sup>

นอกจากนี้ ตามมาตรา ๓๙๐ จะต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำโดยประมาทและผลคืออันตรายแก่กายหรือจิตใจตามทฤษฎีผลธรรมดาตามมาตรา ๖๓<sup>๑๘</sup>

(๕) แท้งลูก

(๖) จิตพิการอย่างติดตัว

(๗) ทุพพลภาพ หรือป่วยเจ็บเรื้อรังซึ่งอาจถึงตลอดชีวิต

(๘) ทุพพลภาพหรือป่วยเจ็บด้วยอาการทุกขเวทนาเกินกว่า ยี่สิบวัน หรือจนประกอบกรณียกิจตามปกติไม่ได้เกินกว่ายี่สิบวัน

<sup>๑๖</sup> จิตติ ดิงศภัทย์, คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค ๑, (กรุงเทพฯ: สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา, ๒๕๒๕), หน้า ๖๖.

<sup>๑๗</sup> คำพิพากษาศาลฎีกาที่ ๑๗๗๐/๒๕๑๖ [Online]. แหล่งที่มา : [www.deka2007.supremecourt.go.th](http://www.deka2007.supremecourt.go.th) [11 มกราคม ๒๕๕๒]

<sup>๑๘</sup> หยุต แสงอุทัย, กฎหมายอาญาภาค ๒-๓, พิมพ์ครั้งที่ ๑๐ (สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๔), หน้า ๓๗๙.

เมื่อเกิดผลต่อชีวิตร่างกายแล้ว การที่บุคลากรทางการแพทย์ จะมีความผิดตามมาตราทั้ง 3 นี้ หรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่า บุคลากรทางการแพทย์ดังกล่าว ได้ปฏิบัติหน้าที่โดยประมาทหรือไม่เป็นสำคัญ ซึ่งผู้เขียนได้อธิบายหลักการของการกระทำโดยประมาทไปบ้างแล้ว แต่ในส่วนต่อไปนี้จะพิจารณาถึงแนวทางในการวินิจฉัยของศาลฎีกาว่า การกระทำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างไรเป็นการกระทำโดยประมาท ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้ว แนวคำพิพากษาฎีกาของไทย วินิจฉัยระดับของการกระทำโดยประมาท(reckless)ของบุคลากรทางการแพทย์ในทางอาญา เท่าเทียมกับระดับการกระทำโดยประมาทเลินเล่อ(negligent) ตามกฎหมายแพ่งในกรณีละเมิด ซึ่งต่างกับในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษที่ได้มีหลักกฎหมายว่าด้วยเรื่องการทำผิดด้วยความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง(reckless) ซึ่งในระบบกฎหมาย Common Law ถือว่าต้องมีเจตนาร้าย(mens rea) จึงจะเป็นความผิดทางอาญา<sup>19</sup> ดังนั้น แนวทางในการวินิจฉัยระดับความประมาทเลินเล่อในคดีแพ่งของไทย จึงนำศึกษาที่เทียบเคียงได้ โดยคำพิพากษาที่ได้วินิจฉัยเกี่ยวกับความประมาทของบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพทางแพทย์เท่าที่ค้นพบมีดังต่อไปนี้

คำพิพากษาฎีกาที่ 946-947/2475 จำเลยที่ 1 เป็นแพทย์สั่งให้จำเลยที่ 2 นักปรุงยาผสมยาเมื่อพยาธิให้ผู้ป่วยกินแรงเกินขนาด เป็นเหตุให้ผู้ป่วยตายเพราะพิษยานั้น ทั้งเมื่อเกิดเป็นพิษแก่ผู้ป่วย จำเลยที่ 1 ก็มีได้ไปแก้ไขให้ทันท่วงที เมื่อผู้ป่วยตายแล้วผ่าศพออกตรวจไม่พบตัวพยาธิ ดังนี้ จำเลยทั้งสองมีความผิดฐานฆ่าคนตายโดยประมาท

ข้อสังเกต กรณีนี้ เมื่อผ่าศพแล้วไม่พบว่ามียาพิษ การที่จำเลยที่ 1 สั่งให้จำเลยที่ 2 ปรุงยาผสมพยาธิ อาจถือได้ว่าเป็นการให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีความจำเป็นต่อตัวผู้ป่วย ซึ่งในกรณีดังกล่าวอาจถือได้ว่าเป็นการให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีความจำเป็น และส่งผลให้ถึงแก่ความตาย โดยศาลฎีกาเห็นว่าการที่จำเลยซึ่งประกอบวิชาชีพเวชกรรม ไม่ได้ทำการตรวจรักษาเบื้องต้น แต่สันนิษฐานไปว่าผู้ป่วยมีพยาธิอยู่ในตัว และเมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้น ก็มีได้แก้ไขอย่างทันท่วงที เป็นการกระทำโดยประมาท

คำพิพากษาฎีกาที่ 3368/2527 แพทย์สั่งยาถ่ายพยาธิให้เด็กกิน โดยมิได้ตรวจว่าเด็กมีพยาธิหรือไม่ ประมาทอายุเด็กเอง ยาที่สั่งเกินขนาดกินแล้วเด็กตายเพราะพิษของยา เป็นความผิดตามมาตรา 291

คำพิพากษาฎีกาที่ 4469/2545 (การกระทำความผิดของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ)โจทก์เป็นเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ มีหน้าที่ในการตรวจผลเลือด ผลทางเคมี อุจจาระ และปัสสาวะ เพื่อส่ง

<sup>19</sup> ธัญญธร อินสรและคณะ, “การดำเนินคดีทฤษฎีวิชาชีพปฏิบัติที่เป็นคดีอาญาในประเทศไทยกรณีศึกษาเปรียบเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ,” *ตุลพาท* 2 : 122-123.

ให้แพทย์วินิจฉัยและทำการรักษาโรค จึงเป็นหน้าที่อันสำคัญที่ช่วยให้แพทย์สามารถรักษาโรคแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง อันจะส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โจทก์นำเลือดของผู้ป่วยโรคไตไปตรวจ แต่ผลการตรวจเลือดไม่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย เมื่อแพทย์สั่งให้โจทก์ตรวจเลือดของผู้ป่วยรายนี้อีกครั้ง ผลการตรวจเลือดในครั้งที่สองซึ่งเป็นผลการตรวจที่ถูกต้อง ได้ผลเลือดที่มีค่าแตกต่างจากที่ตรวจในครั้งแรกมาก และในวันที่เป็นเวรของโจทก์ โจทก์ไม่ปฏิบัติตามหน้าที่อ้างว่าสั่งให้พยาบาลปฏิบัติหน้าที่แทน นอกจากนี้เมื่อแพทย์สั่งให้โจทก์หาผลเลือดทางเคมี 2 ชนิด แต่โจทก์ตรวจหาให้เพียงชนิดเดียว ทำให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ไม่ครบถ้วน จึงต้องสั่งให้โจทก์ตรวจหาค่าที่ยังไม่ได้ตรวจอีกชนิดหนึ่งการที่โจทก์ปฏิบัติหน้าที่ในลักษณะดังกล่าว จึงเป็นการประมาทเลินเล่อ ขาดความเอาใจใส่ และความรับผิดชอบในหน้าที่ ทำให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ไม่ครบถ้วนล่าช้า ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และชีวิตของผู้ป่วย อันมีผลกระทบถึงชื่อเสียงของโรงพยาบาลจำเลยซึ่งเป็นนายจ้างของโจทก์

นอกจากนี้ ยังมีกรณีศาลได้วินิจฉัยวางหลักไว้ว่า กรณีผู้กระทำไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม แล้วได้กระทำไปโดยที่ตนไม่มีความรู้ ขาดความระมัดระวัง ถือเป็นการกระทำโดยประมาท เป็นความผิดตามมาตรา 291 เช่น

คำพิพากษาฎีกาที่ 2593/2521 จำเลยที่ 1 มิได้เป็นแพทย์และมีได้รับอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะ โฆษณาว่าสามารถรักษาโรคหลายชนิดให้หายได้ ประชาชนหลงเชื่อได้พากันไปรับรักษาโรคต่าง ๆ กับจำเลยที่ 1 วันละประมาณ 50 - 60 คน ในการรักษาดังกล่าวจำเลยคิดค่ารักษาคนละ 59 บาท ดังนี้ การกระทำของจำเลยที่ 1 เป็นการแสดงข้อความอันเป็นเท็จต่อประชาชน และได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากการหลอกลวง จึงเป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 343 ผู้ตายเป็นโรคน้ำเลี้ยงสมองโป่งพอง มารดาพาไปให้จำเลยที่ 1 รักษา เมื่อผู้ตายถึงแก่ความตาย ถือว่าจำเลยที่ 1 กระทำโดยประมาท เป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย

แต่อย่างไรก็ตาม มีหลายกรณีที่ศาลพิพากษาว่าแพทย์มิได้กระทำการโดยประมาท เนื่องจากโจทก์ไม่มีพยานผู้เชี่ยวชาญมาพิสูจน์ เช่น

คำพิพากษาฎีกาที่ 5637/2533<sup>20</sup> โจทก์ขณะเป็นหญิงมีครรภ์ได้ไปปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลจำเลยที่ 1 เพื่อขอคำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อหัดเยอรมัน จำเลยที่ 2 แพทย์ผู้ตรวจจึงได้ฉีดวัคซีน เอ็ม.เอ็ม.อาร์. ให้โจทก์ ต่อมาโจทก์ทราบว่าวัคซีนดังกล่าวห้ามใช้กับหญิงมีครรภ์ โจทก์ไปขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้อื่นอีก แพทย์แจ้งว่าวัคซีนที่ฉีดให้โจทก์ไม่เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ แต่โจทก์ยืนยันจะทำแท้ง แพทย์เห็นว่าโจทก์มีสุขภาพจิตแย่มากจึงยอมทำแท้งให้

<sup>20</sup> www.deka2007.supremecourt.go.th [11 มกราคม 2552]

ดังนั้น เมื่อข้อเท็จจริงฟังได้ว่าโจทก์ทำแท้งเพราะกลัวไปเองว่าทารกในครรภ์จะคลอดออกมาพิการ มิใช่เพราะวัคซีน เอ็ม.เอ็ม.อาร์. ที่จำเลยที่ 2 ฉีด ให้โจทก์ทำให้ทารกในครรภ์ของโจทก์พิการ การกระทำของจำเลยที่ 2 จึงไม่เป็นละเมิดต่อโจทก์

คำพิพากษาฎีกาที่ 6616/2538<sup>21</sup> โจทก์ฟ้องว่า จำเลยร่วมกันทำคลอดให้โจทก์โดยวิธีการ ผ่าตัดหน้าท้อง แต่ด้วยความประมาทเลินเล่อ เป็นเหตุให้มดลูกของโจทก์ติดเชื้อ และอักเสบจน ถึงกับตกเลือด มีเลือดไหลจากมดลูกไม่หยุดต้องตัดมดลูกทิ้ง ศาลพิพากษาว่า แพทย์ผู้ตรวจเศษเนื้อ ที่จำเลยขูดจากมดลูกเบิกความว่ารายงานของพยานนั้น ที่โจทก์อ้างคำแปลภาษาไทยนั้น แปลผิด ไม่มีข้อความใดหมายถึงยังมีรกติดค้างอยู่ในรายงานของโจทก์ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าการที่เลือดออก มากมาจากการติดเชื้อหรือไม่ จึงฟังไม่ได้ว่าเหตุที่โจทก์ตกเลือดเกิดจากเหตุใด ฟังว่า การตกเลือด ของโจทก์อันเป็นเหตุให้โจทก์ต้องถูกตัดมดลูกไม่ใช่ผลจากการกระทำโดยปราศจากความ ระมัดระวังของจำเลย จึงไม่เป็นละเมิดต่อโจทก์

แต่มีคำพิพากษาในคดีแพ่งในบางเรื่อง ที่ศาลวินิจฉัยโดยใช้ข้อสันนิษฐานที่ควรจะเป็นซึ่ง ปรากฏจากสภาพปกติธรรมดาของเหตุการณ์(res ipsa loquitur) มาวินิจฉัยถึงความประมาทเลินเล่อ ของจำเลย เช่น คำพิพากษาฎีกาที่ 292/2542<sup>22</sup> จำเลยที่ 2 เป็นแพทย์ผู้ชำนาญพิเศษในแขนงสาขาวิชา ศัลยศาสตร์ตกแต่ง กระทำการผ่าตัดหน้าอกโจทก์ที่มีขนาดใหญ่ให้มีขนาดเล็กลง หลังผ่าตัดจำเลยที่ 2 นัดให้โจทก์ไปผ่าตัดแก้ไขที่คลินิกจำเลยที่ 2 อีก 3 ครั้งเนื่องจากมีอาการผิดปกติ โดยจำเลยที่ 2 รับ ว่าเกิดจากการผิดพลาดในการผ่าตัดแล้วแจ้งว่าจะดำเนินการแก้ไขให้ แต่อาการไม่ดีขึ้น โจทก์จึงให้ แพทย์อื่นทำการรักษาต่อ แม้พยานโจทก์ทั้งสองไม่สามารถนำสืบให้เห็นว่าจำเลยที่ 2 ประมาท เลินเล่อในการผ่าตัดและรักษาพยาบาลโจทก์อย่างไร แต่การที่แพทย์ต้องทำการผ่าตัดแก้ไขอีก 3 ครั้ง แสดงว่าจำเลยที่ 2 ผ่าตัดมามีข้อบกพร่องยิ่งกว่านั้นการที่โจทก์ให้จำเลยที่ 2 ซึ่งเป็นแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านศัลยกรรมด้านเลเซอร์ผ่าตัด แสดงว่าจำเลยที่ 2 มีหน้าที่ต้องใช้ความระมัดระวังตามวิสัยและ พหุติการณ์เป็นพิเศษ การที่จำเลยที่ 2 ผ่าตัดโจทก์เป็นเหตุให้ต้องผ่าตัดโจทก์เพื่อแก้ไขถึง 3 ครั้ง ย่อมแสดงว่าจำเลยที่ 2 ไม่ใช่ความระมัดระวังในการผ่าตัดและไม่แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนการ รักษาระยะเวลา และกรรมวิธีในการดำเนินการรักษา จนเป็นเหตุให้โจทก์ได้รับความเสียหาย นับว่า เป็นความประมาทเลินเล่อของจำเลยที่ 2 ถือได้ว่าจำเลยที่ 2 ทำละเมิดต่อโจทก์

<sup>21</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, งานวิจัยคดีแพ่ง บุคลากรแพทย์ถูกฟ้อง, พิมพ์ครั้งที่ 1(2544), หน้า 70.

<sup>22</sup> [www.deka2007.supremecourt.go.th](http://www.deka2007.supremecourt.go.th) [11 มกราคม 2552]



จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า การกระทำผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพในหลายรูปแบบ อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตร่างกายของผู้ป่วยได้ เช่น การที่แพทย์จ่ายยามากเกินความจำเป็น ในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งหากมองแบบผิวเผินไม่น่าจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ในความจริงแล้ว ผลเสียจากการใช้ยาโดยไม่เหมาะสมนั้น นอกจากจะส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายดังที่ได้กล่าวไปในหัวข้อรูปแบบการกระทำผิดคิด ยังเป็นปัญหาในเรื่องพิษของยาและการแพ้ยา ในกรณีของยาปฏิชีวนะ อาจก่อให้เกิดการดื้อยาได้ด้วย หากใช้ยาโดยไม่ระมัดระวังเช่นนี้ โรคที่มาทำการรักษาอาจหายไป แต่อาจเกิดโรคใหม่ขึ้นจากการใช้ยาโดยไม่จำเป็น นอกจากการจ่ายยามากเกินความจำเป็นแล้ว การกระทำผิดต่อระบบประกันสุขภาพในอีกหลายรูปแบบอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตร่างกายของคนไข้ได้ เช่น การจำกัดประมาณ และ/หรือคุณภาพของบริการ บางกรณีอาจเป็นในรูปแบบการไม่ให้การตรวจรักษาที่จำเป็น การประวิงเวลาในการรักษาคนไข้ การปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วย แพทย์ที่มีหน้าที่อยู่เวรแต่ไม่เข้าเวร หมอเถื่อนที่ทำการรักษาคนไข้โดยไม่ได้รับอนุญาต เป็นต้น

เมื่อพิจารณาจะเห็นได้ว่า รูปแบบต่างๆ ในการกระทำผิดซึ่งมาจากมูลเหตุจูงใจในผลประโยชน์ในทางทรัพย์สินจากระบบประกันสุขภาพนั้น แท้จริงแล้วถือเป็นการกระทำโดยประมาทและงดเว้นการกระทำโดยประมาทของแพทย์ ซึ่งการกระทำดังกล่าวเกิดขึ้นบ่อยครั้ง แต่หากไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตร่างกาย ก็จะไม่มีส่วนฟ้องร้อง และประชาชนผู้มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพในแต่ละระบบก็รู้สึกว่าเป็นเรื่องของตน เพราะมิได้เป็นผู้รับภาระในส่วนนี้ บางคนที่ได้รับผลกระทบก็มักจะคิดว่าได้รับผลกระทบเพียงเล็กน้อยคิดว่าต้องเสียค่ารักษายาบาลเอง แต่หากการกระทำโดยประมาทดังกล่าว ก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตและร่างกายของผู้มีสิทธิ ก็จะเกิดกรณีร้องเรียนเป็นข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์หรือเกิดการฟ้องร้องกันขึ้น โดยมาตราที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้คือมาตรา 291 มาตรา 300 และมาตรา 390 ในประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งหากพิจารณาข้อความในบทบัญญัติทั้งสามมาตราดังกล่าว จะพบว่า การกระทำดังกล่าว เป็นความผิดอยู่แล้วตามมาตราทั้งสาม เนื่องจากเป็นการกระทำโดยประมาทอันส่งผลกระทบต่อชีวิต ร่างกาย แต่ในทางปฏิบัติ ศาลจะลงโทษผู้กระทำในฐานะความผิดดังกล่าวหรือไม่ ศาลจำเป็นต้องพิจารณาว่าการกระทำของจำเลยซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพนั้น ว่าเป็นการกระทำโดยประมาทหรือไม่ จากแนวคำพิพากษาศาลฎีกาที่ผู้เขียนได้ยกขึ้นเป็นตัวอย่างในการวินิจฉัยของศาลว่า การกระทำใดเป็นการประมาทหรือไม่ในข้างต้น พบว่าแม้ในทางอาญา จะมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาว่า การกระทำใดเป็นการกระทำโดยประมาท แต่ผลของคำพิพากษาในเรื่องดังกล่าว มักไม่แน่นอน ทั้งนี้ เนื่องจากระดับของความประมาทเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาโดยใช้ระดับของวิญญูชน และศาลต้องวินิจฉัยจากพยานหลักฐานในคดี ดังนั้น พยานผู้เชี่ยวชาญจึงมีความสำคัญ ซึ่งในคดีอาญาโดยหลักแล้ว โจทก์มีหน้าที่ในการนำสืบให้ศาลเห็นถึง



การกระทำความผิดของจำเลยโดยปราศจากข้อสงสัย เมื่อโจทก์ในคดีดังกล่าวเป็นผู้ป่วยซึ่งไม่มีความรู้ทางการแพทย์ จึงเป็นการยากที่จะนำสืบให้ศาลเห็นถึงการกระทำผิดดังกล่าว ประกอบกับพยานหลักฐานทางการแพทย์โดยเฉพาะผู้ชำนาญการพิเศษทางการแพทย์ในสาขาเดียวกันกับจำเลยล้วนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์เช่นเดียวกัน ดังนั้น ในทางปฏิบัติ จึงมักหาพยานบุคคลที่คำเบิกความมีน้ำหนักน่าเชื่อถือ และอยู่ในฐานะเป็นพยานผู้ชำนาญการพิเศษทางการแพทย์ได้ยาก และ หากความตายเป็นผลสืบเนื่องจากการรักษาที่ผิดพลาด แต่ผู้ป่วยมิได้เสียชีวิตลงทันที ย่อมหาหลักฐานได้ยากว่าการเสียชีวิตเป็นผลโดยตรงจากการกระทำของแพทย์เช่นกัน ดังนั้น แนวคำพิพากษาที่ผู้ป่วยฟ้องผู้ประกอบวิชาชีพในคดีอาญานั้น ศาลไทยมักยกฟ้องเพราะ โจทก์ไม่สามารถนำพยานหลักฐานมาสืบให้เห็น โดยปราศจากข้อสงสัยได้ว่า ผู้ประกอบวิชาชีพกระทำการโดยประมาทอย่างไร นอกจากนี้ ในประเทศไทยไม่ค่อยมีการฟ้องแพทย์ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะในกรณีที่เกิดการรักษาผิดพลาดซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือได้รับอันตรายสาหัสนั้น สถานที่เกิดเหตุมักเป็นโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่ที่พยานหลักฐานส่วนใหญ่อยู่ในความครอบครองของจำเลย ดังนั้น จึงทำให้เจ้าหน้าที่ตำรวจแสวงหาพยานหลักฐานได้ยากลำบาก อันเป็นผลให้พนักงานอัยการมีดุลพินิจสั่งไม่ฟ้องคดี<sup>23</sup> คดีอาญาที่เกี่ยวกับความประมาทของแพทย์จึงมีน้อย ศาลจึงยังไม่อาจสร้างมาตรฐานความระมัดระวังของแพทย์ในกรณีต่างๆ ให้อ้างอิงได้เหมือนศาลของประเทศที่ใช้ระบบคอมมอนลอว์อย่างสหรัฐอเมริกา ต่างจากในคดีแพ่ง ที่ผู้ป่วยมักฟ้องร้องเมื่อได้รับความเสียหาย ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยต้องการค่าเสียหายจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่อีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะคดีแพ่งนั้น พิสูจน์ความผิดของแพทย์ได้ง่ายกว่า เพราะแม้ระดับความประมาทในคดีแพ่งและคดีอาญาจะเป็นระดับเดียวกันก็ตาม แต่การรับฟังพยานหลักฐานมีความแตกต่างกัน โดยคดีแพ่งจำเลยผู้กล่าวอ้างว่าตนไม่ได้ประมาทมักมีภาระการพิสูจน์ และในบางครั้ง ศาลใช้หลัก *res ipsa loquitur* อย่างที่ได้กล่าวไปแล้ว ประกอบกับพยานหลักฐานไม่ต้องชัดเจนจนปราศจากข้อสงสัยเหมือนคดีอาญา แต่อย่างไรก็ตามอายุความในคดีแพ่ง สั้นกว่าคดีอาญา จึงเกิดกรณีคดีขาดอายุความได้บ่อยครั้ง

นอกจากนั้น เมื่อพิจารณาตามความเป็นจริง การกระทำดังกล่าวของบุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่งเกิดขึ้นเพราะต้องตอบสนองต่อนโยบายที่ผู้บริหารซึ่งเป็นผู้แทนของนิติบุคคลวางไว้ ดังนั้น เมื่อการกระทำโดยประมาท ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิต และร่างกายขึ้น นิติบุคคลก็ควรจะต้องรับผิดชอบในผลแห่งการกระทำดังกล่าวด้วย แต่การกระทำผิดโดยประมาท ไม่สามารถเป็น

<sup>23</sup> ชาญธร อินสรและคณะ, การดำเนินคดีทรวุฒิปฏิบัติที่เป็นคดีอาญาในประเทศไทย กรณีศึกษาเปรียบเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ, หน้า 124.

ตัวการ ผู้ใช้ ผู้สนับสนุน ดังนั้น จึงอาจไม่สามารถลงโทษนิติบุคคลที่เป็นผู้ออกนโยบายในความผิดต่อชีวิตร่างกายได้

กล่าวโดยสรุปแล้ว มาตรา 291 มาตรา 300 มาตรา 391 ครอบคลุมความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพที่ส่งผลต่อชีวิตร่างกายแล้ว เพียงแต่มีปัญหาด้านการพิสูจน์ความผิดของจำเลยซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ และปัญหาความรับผิดชอบของนิติบุคคลซึ่งเปรียบเสมือนผู้ใช้ในการกระทำ ความผิดดังกล่าว

#### 4.1.2.2 ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน

การกระทำความผิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ เมื่อพิจารณาแล้ว เป็นการกระทำความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินโดยตรง เนื่องจากจุดมุ่งหมายของการกระทำผิด ก็เพื่อต้องการผลประโยชน์ในทางทรัพย์สินจากการกระทำนั้นๆ คำว่า “ทรัพย์สิน” ในที่นี้ หมายความรวมทั้งทรัพย์สินของตัวระบบประกันสุขภาพเอง และของประชาชน ซึ่งอาจต้องเสียเงินเพิ่มทั้งที่ตนมีสิทธิอยู่แล้วหรือในรูปแบบที่ประชาชนต้องเสียเบี้ยประกันในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยมาตราในประมวลกฎหมายอาญาที่เกี่ยวกับทรัพย์สินที่ควรนำมาวิเคราะห์ถึงความเหมาะสม ในการบังคับใช้กรณีความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ได้แก่

มาตรา 352 วรรคหนึ่ง “ผู้ใดครอบครองทรัพย์สินซึ่งเป็นของผู้อื่น หรือซึ่งผู้อื่นเป็นเจ้าของรวมอยู่ด้วย เบียดบังเอาทรัพย์สินนั้นเป็นของตนหรือบุคคลที่สามโดยทุจริต ผู้นั้นกระทำความผิดฐานลักขโมย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

ความแตกต่างที่สำคัญของความผิดฐานลักขโมย และลักทรัพย์ อยู่ที่การ “ครอบครอง” กล่าวคือ จะเป็นการกระทำความผิดฐานลักขโมยได้นั้น ผู้กระทำความผิด “ครอบครอง” ทรัพย์สินของผู้อื่นหรือที่ผู้อื่นเป็นเจ้าของรวมอยู่ด้วย ซึ่งความผิดฐานลักขโมยนี้ มีลักษณะเป็นการคุ้มครองกรรมสิทธิ์

เมื่อพิจารณาแล้ว ในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสุขภาพเอกชน ทรัพย์สิน(ในความหมายนี้คือเงิน) ไม่ได้อยู่ในความครอบครองของผู้ให้บริการ จึงไม่เป็นความผิดฐานลักขโมย เนื่องจากผู้กระทำมิได้ครอบครองทรัพย์สินอยู่ ส่วนระบบประกันสุขภาพแบบเหมาจ่ายรายหัวอย่างประกันสังคม และโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เงินที่สถานพยาบาลได้มา ตกเป็นกรรมสิทธิ์ของสถานพยาบาล โดยสถานพยาบาลจะบริหารเงินจำนวนนั้นเช่นใดก็ได้ ดังนั้น การกระทำของบุคลากรทางการแพทย์ในกรณีนี้จึงไม่เป็นความผิดฐานลักขโมยเช่นเดียวกัน เนื่องจากทรัพย์สินที่ผู้กระทำครอบครองอยู่เป็นของผู้กระทำเอง มิได้เป็นทรัพย์สินที่เป็นของผู้อื่น หรือที่ผู้อื่นเป็นเจ้าของรวมอยู่ด้วย

มาตรา 341 “ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง

หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สาม ทำ ถอน หรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้น กระทำความคิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำ ทั้งปรับ”

คำว่า “หลอกลวง” หมายความว่า ทำให้เข้าใจผิด ซึ่งการหลอกลวงทำได้ 2 วิธี คือ

- แสดงข้อความอันเป็นเท็จ คำว่า “ข้อความเท็จ” หมายถึง ข้อเท็จจริงที่ไม่ตรงกับความจริง ข้อความจะเป็นเท็จได้ต่อเมื่อเป็นข้อความในอดีต และปัจจุบัน ส่วนข้อความในอนาคต เป็นแต่การคาดคะเนหรือแสดงความคิดเห็นในเวลาภายหน้า จึงไม่อาจถือว่าเป็นเท็จได้<sup>24</sup> แต่หากการ แสดงข้อความในอนาคตนั้น ผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจให้เป็นจริงเลย อาจเป็นความคิดฐานฉ้อโกงได้ เช่น หลอกว่าจะส่งไปทำงานในต่างประเทศ ให้นำเงินมาให้ก่อน โดยไม่ตั้งใจจะส่งไปทำงานจริง เป็น ฉ้อโกง<sup>25</sup>

คำว่า “แสดง” หมายถึงการแสดงทุกวิถีทาง ทั้งทางวาจา ทำทาง ลายลักษณ์อักษร

- ปกปิดความจริงอันควรบอกให้แจ้ง หมายถึง การไม่บอกความจริงที่ตนมี หน้าที่ต้องเปิดเผย ซึ่งหน้าที่ดังกล่าว อาจเป็นหน้าที่ตามกฎหมาย ตามสัญญา หรือหน้าที่อันเกิดจาก การกระทำก่อนๆของผู้กระทำก็ได้<sup>26</sup>

ความคิดฐานฉ้อโกงนี้ ย่อมสำเร็จบริบูรณ์ เมื่อผู้กระทำได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูก หลอกลวงหรือบุคคลที่สาม คำว่า “ทรัพย์สิน” นี้ ได้แก่ วัตถุที่มีและไม่มีรูปร่างซึ่งอาจมีราคา อาจ ถือเอาได้ เช่นสิทธิพิเศษต่างๆ หรือใช้บัตรทหาร โดยไม่ได้เป็นทหาร ไปแสดงเพื่อซื้อตั๋วรถไฟครั้ง ราคาคือการฉ้อโกง<sup>27</sup> แต่การหลอกลวงเพื่อให้ได้ไปซึ่งบริการนั้น ไม่เป็นความคิดฐานฉ้อโกง<sup>28</sup>

<sup>24</sup> คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 707/2516 จำเลยเอาเงินของผู้เสียหายไป อ้างว่าเพื่อนำไปซื้อเบียร์เลี้ยงตำรวจและจะ ให้ผลประโยชน์แก่ผู้เสียหาย เป็นเรื่องที่จำเลยยืมเงินไปโดยไม่คำนึงสัญญาว่าจะใช้เงินนั้นเพื่อกิจการของจำเลย เองในโอกาสข้างหน้า มิได้เอาความเท็จมากล่าวหรือแสดงข้อความอันเป็นเท็จหรือปกปิดความจริงซึ่งมีอยู่แล้ว ในขณะนั้น แม้จำเลยไม่เอาเงินนั้น ไปซื้อเบียร์เลี้ยงตำรวจ ก็เป็นเรื่องผิดคำมั่นสัญญาเท่านั้น ไม่เป็นความคิดฐาน ฉ้อโกง

<sup>25</sup> คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1268/2529

<sup>26</sup> ไกรฤกษ์ เกษมสันต์, คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญาภาคความผิด มาตรา 288ถึงมาตรา366, หน้า 320.

<sup>27</sup> คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 861/2487

<sup>28</sup> เช่นคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1733/2516 การหลอกให้ไปส่งแล้วจะให้ค่าจ้าง จำเลยได้รับผลเพียงการขนส่ง ของผู้เสียหาย ไม่ใช่ทรัพย์สินของผู้เสียหาย ส่วนเงินค่าขนส่งที่จำเลยไม่ได้ชำระเป็นเรื่องที่ผู้เสียหายจะเรียกร้อง จากจำเลยภายหลัง กรณีเป็นเรื่องผิดสัญญาทางแพ่ง ไม่เป็นความคิดฐานฉ้อโกง

การได้ไปซึ่งทรัพย์สินนี้ ผู้ถูกหลอกลวงจะได้ประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ ไม่สำคัญ และทรัพย์สินที่ได้ไปจากการหลอกลวงต้องเป็นของผู้อื่น หากเป็นของจำเลย การกระทำดังกล่าวไม่เป็นข้อ โกง

ความผิดฐานดังกล่าว ยังสำเร็จเมื่อทำให้ผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม ทำ ถอน หรือทำลายเอกสารสิทธิ คำว่า“เอกสารสิทธิ”เป็นไปตามคำนิยามในมาตรา 1 (9)<sup>29</sup> เช่น ตัวเครื่องบินเป็นเอกสารสิทธิ เพราะเป็นหลักฐานแห่งการก่อสิทธิ<sup>30</sup> และเป็นความผิด ไม่ว่าเอกสารสิทธินั้น จะเป็นของผู้ถูกหลอกลวงหรือไม่

นอกจากนี้ ความผิดฐานข้อ โกงจะสำเร็จได้ ผู้กระทำได้ไปซึ่งทรัพย์สิน หรือมีการทำ ถอน หรือทำลายเอกสารสิทธิโดยการหลอกลวงนั้น หากไม่ได้เกิดจากผู้ถูกหลอกลวงเชื่อ เช่น ส่งมอบทรัพย์สินให้เนื่องจากเป็นการใช้อุบายเพื่อหลอกลวงจับการกระทำความคิด<sup>31</sup> หรือผู้เสียหายเชื่อตามที่หลอกลวงแล้ว แต่ยังไม่ได้ส่งมอบเงิน เป็นความผิดฐานพยายามข้อ โกง

กล่าวโดยสรุป จะเป็นความผิดฐานข้อ โกงได้ ต้องเป็นการกระทำเพื่อให้ได้ทรัพย์สินของผู้อื่นมาแล้ว และผู้ให้ทรัพย์สินให้เพราะถูกผู้กระทำความผิดหลอกลวง

นอกจากนี้ ผู้กระทำจะต้องมีเจตนาซึ่งเป็นองค์ประกอบภายใน โดยเจตนาที่แบ่งเป็น เจตนาธรรมดา หมายความว่า หลอกลวงผู้อื่นโดยรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเรื่องที่หลอกลวงนั้น และเจตนาทุจริต คือ โดยทุจริต ได้แก่ การแสวงหาผลประโยชน์ที่มิควรได้โดยชอบด้วยกฎหมาย ถ้าไม่หวังประโยชน์เพียงแต่ต้องการล้อเล่นกับเพื่อน ไม่ได้ต้องการทรัพย์สินนั้น แต่เมื่อหลอกลวงได้ทรัพย์สินมาแล้ว จึงเกิดเจตนาทุจริตขึ้นภายหลังเอาทรัพย์สินนั้น ไป ก็ไม่เป็นการข้อ โกง<sup>32</sup>

มาตรา 343 “ถ้าการกระทำความผิดตามมาตรา ๓๔๑ ได้กระทำการด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จต่อประชาชน หรือด้วยการปกปิดความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้งแก่ประชาชน ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

ฐานความผิดดังกล่าว นำมาพิจารณาว่า การกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพนี้มีลักษณะเป็นการข้อ โกงประชาชนหรือไม่ โดยมาตรานี้เป็นเหตุเพิ่มโทษของมาตรา 341

คำว่า “ประชาชน” ได้แก่ บุคคลทั่วไป ไม่จำกัดไม่ว่าจะจำนวนเท่าใด ดังนั้น แม้หลอกลวงจำนวนมากเฉพาะกลุ่ม ไม่ได้หลอกลวงบุคคลทั่วไป เช่น หลอกลวงเจ้าหน้าที่ 30 คน ไม่เป็นการหลอกลวง

<sup>29</sup> มาตรา 1 (๘) “เอกสารสิทธิ” หมายความว่า เอกสารที่เป็นหลักฐานแห่งการก่อ เปลี่ยนแปลง โอน สงวนหรือระงับซึ่งสิทธิ

<sup>30</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 1508/2538

<sup>31</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 901/2476

<sup>32</sup> ทวิเกียรติ มินะกะนิษฐ, กฎหมายอาญา:หลักและปัญหา, หน้า 151.



ประชาชน<sup>33</sup> แต่ถ้าหลอกลวงบุคคลทั่วไป แม้เพียงคนเดียวเชื่อ ก็เป็นการหลอกลวงประชาชน ดังที่คำพิพากษาฎีกาที่ 1867/2523<sup>34</sup> ได้วางหลักไว้ว่า การแสดงข้อความอันเป็นเท็จจริงต่อประชาชน ในความผิดฐานฉ้อโกงประชาชนตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 343 นั้น หาได้ถือเอาจำนวนผู้เสียหาย ที่ถูกหลอกลวงมากหรือน้อย เป็นหลักไม่ แต่ถือเอาเจตนาแสดงข้อความอันเป็นเท็จต่อประชาชนเป็นสำคัญ

เมื่อนำรูปแบบการกระทำความผิดมาปรับเข้ากับบทบัญญัติที่เกี่ยวกับการฉ้อโกงทั้ง 2 มาตราดังกล่าว สามารถพิจารณาได้ดังนี้

- กรณีโครงการประกันสุขภาพที่ผู้ให้บริการให้บริการไปก่อน แล้วได้รับค่าบริการในภายหลัง เช่น โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสุขภาพเอกชน และในกรณีผู้มีสิทธิในโครงการประกันสังคมเบิกประโยชน์ทดแทนในกรณีต่างๆ เป็นการกระทำความผิดเพื่อให้ได้รับเงินจากระบบประกันสุขภาพ เงินยังเป็นของระบบประกันสุขภาพมิใช่ของผู้กระทำความผิด เมื่อรูปแบบการกระทำความผิดทั้งหมด มีลักษณะเป็นการหลอกลวงโดยแสดงข้อความอันเป็นเท็จ เพราะการแสดงหมายถึงแสดงในทุกวิถีทาง ทั้งวาจา ท่าทาง ลายลักษณ์อักษร หรือโดยปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงเช่นว่านั้น ทำให้ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากระบบประกันสุขภาพ การกระทำความผิดดังกล่าว จึงเป็นความผิดฐานฉ้อโกงตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341

- กรณีโครงการประกันสุขภาพที่ผู้ให้บริการรับค่าบริการตามจำนวนประชากรที่มากขึ้น ทะเบียนกับสถานพยาบาลนั้นๆ ในอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่อปี เงินจำนวนดังกล่าว ตกเป็นของผู้ให้บริการตั้งแต่หน่วยงานที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพจ่ายมาแล้ว ผู้ให้บริการจะบริหารเงินจำนวนนั้นอย่างไรก็ได้ หากให้บริการแล้วเงินเหลือก็จะตกเป็นกำไรของโรงพยาบาล หากมีผู้ใช้บริการมาก หรือให้บริการมาก ผู้ให้บริการจะยิ่งขาดทุน ดังนั้น ในการกระทำความผิดของผู้ให้บริการแม้รูปแบบการกระทำความผิดทุกรูปแบบ จะเป็นการหลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง แต่การหลอกลวงดังกล่าว ทำให้ได้ไปซึ่งทรัพย์สินของตนเอง ผู้เขียนจึงเห็นว่า การกระทำของผู้ให้บริการในระบบประกันสุขภาพที่มีการจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อปี ไม่เป็นความผิดฐานฉ้อโกง

นอกจากนี้ กรณีการสับเปลี่ยนตัวผู้เอาประกันภัยในการเข้ารับการรักษาพยาบาล (การปลอมป่วย) เป็นการหลอกลวงโดยแสดงข้อความอันเป็นเท็จ แต่การกระทำดังกล่าว ทำให้ได้ไปซึ่งบริการทางการแพทย์ มิใช่ทรัพย์สิน ดังนั้น จึงไม่มีความผิดตามมาตรา 341 ด้วยเช่นเดียวกัน

<sup>33</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 709/2523

<sup>34</sup> www.deka2007.supremecourt.go.th [11มกราคม 2552]



กรณีการกระทำความผิดที่เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพจะเป็นความผิดฐานข้อโกงประชาชนหรือไม่นั้น ผู้เขียนเห็นว่า การกระทำที่จะเป็นความผิดตามมาตรา 343 นี้ จะต้องเข้าลักษณะเป็นความผิดฐานข้อโกงตามมาตรา 341 เสียก่อน จากการวิเคราะห์ข้างต้นพบว่า การกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพที่มีวิธีการจ่ายเงิน โดยให้ผู้ให้บริการให้บริการไปก่อน แล้วทางระบบจะจ่ายค่าบริการตามที่เรียกเก็บนั้น เป็นความผิดฐานข้อโกงตามมาตรา 341 ดังนั้น จุดสำคัญในการวินิจฉัยจึงอยู่ที่ว่า ได้กระทำการดังกล่าวต่อ “ประชาชน” หรือไม่ ซึ่งคำว่า “ประชาชน” ได้แก่บุคคลทั่วไป ไม่จำกัด ไม่ว่าจะจำนวนเท่าใด เช่นกรณีหลอกขายข้อสอบให้นักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง อ้างว่าเป็นข้อสอบที่จะออกข้อสอบ ไม่เป็นการหลอกลวงประชาชนเป็นการทั่วไป ไม่เป็นความผิดตามมาตรา 343 คงผิดตามมาตรา 341<sup>35</sup> หรือกรณีหลอกหลวงเจ้าหน้าที่ของตนประมาณ 30 คน เป็นการหลอกหลวงเฉพาะบุคคลที่เป็นเจ้าหน้าที่ของจำเลยที่มีจำนวนมากเท่านั้น มิใช่เป็นการหลอกหลวงประชาชนโดยทั่วไป จึงไม่มีความผิดตาม ป.อ. มาตรา 343<sup>36</sup> เมื่อเทียบกับกรณีนี้ ประชาชนผู้ถูกหลอกคือประชาชนผู้มีสิทธิ หรือระบบประกันสุขภาพเท่านั้น มิใช่ประชาชนโดยทั่วไป การกระทำการดังกล่าว จึงไม่เป็นความผิดฐานข้อโกงประชาชน

นอกจากนี้ จากการพิจารณาแล้ว พบว่า ความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพนั้น แม้เป็นความผิดต่อทรัพย์สิน แต่ผลของการกระทำอาจเกิดแก่ชีวิตและร่างกาย ซึ่งเป็นเรื่องร้ายแรง เมื่อไม่มีกฎหมายบัญญัติเป็นความผิดไว้โดยเฉพาะ ประกอบกับไม่เป็นความผิดฐานข้อโกงประชาชน จึงต้องใช้บทบัญญัติเกี่ยวกับการข้อโกงทั่วไปตามมาตรา 341 ซึ่งมาตราดังกล่าวเป็นเพียงความผิดที่ขอมความได้ ผู้เขียนจึงเห็นว่า ไม่เป็นการเหมาะสมกับกรณีความผิดที่ส่งผลร้ายแรงเช่นนั้น

#### 4.1.2.3 ความผิดต่อเอกสาร

ในระบบประกันสุขภาพ ความผิดเกี่ยวกับเอกสารนี้อาจเกิดขึ้นได้ทั้งทางฝั่งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้มีสิทธิในระบบ และสถานพยาบาลผู้ให้บริการ โดยฐานความผิดที่เกี่ยวข้องควรนำมาพิจารณาการปรับใช้กับความผิดต่อระบบประกันสุขภาพ ได้แก่

มาตรา 264 “ผู้ใดทำเอกสารปลอมขึ้นทั้งฉบับหรือแต่ส่วนหนึ่งส่วนใด เดิมหรือตัดทอนข้อความ หรือแก้ไขด้วยประการใดๆ ในเอกสารที่แท้จริง หรือประทับตราปลอม หรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสาร โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ถ้าได้กระทำให้ผู้

<sup>35</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 563/2531

<sup>36</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 2465/2521

หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง ผู้นั้นกระทำความผิดฐานปลอมเอกสารต้องระวางโทษ จำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ผู้ใดกรอกข้อความลงในแผ่นกระดาษหรือวัตถุอื่นใด ซึ่งมีลายมือชื่อของผู้อื่นโดย ไม่ได้รับความยินยอม หรือโดยฝ่าฝืนคำสั่งของผู้นั้น ถ้าได้กระทำเพื่อนำเอาเอกสารนั้นไปใช้ใน กิจการที่อาจเกิดเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใดหรือประชาชน ให้ถือว่าผู้นั้นปลอมเอกสาร ต้องระวางโทษ เช่นเดียวกัน”

การปลอมเอกสารอันจะเป็นความผิดตามมาตรา ๙ ไม่จำเป็นต้องมีเอกสารที่แท้จริง เพราะคำว่า “ทำเอกสารปลอมขึ้น” หมายความว่า ทำเอกสารขึ้นใหม่ โดยให้ผู้อื่นผู้ใดคิดว่าเป็นเอกสารที่ผู้อื่น ทำขึ้น ซึ่งผู้นั้นจะมีตัวตนอยู่จริงหรือไม่ก็ได้ ถ้าผู้ทำเอกสารแสดงว่าตนเป็นผู้ทำเอกสารนั้นขึ้นเอง แล้ว แม้ข้อความในเอกสารนั้นจะเป็นความเท็จ ก็ไม่ใช่เอกสารปลอม เช่น พนักงานบัญชีของ ธนาคาร ลงรายการรับเงินฝากตามหน้าที่ของตนอันเป็นเท็จ ไม่เป็นปลอมเอกสาร<sup>37</sup> แต่เป็นกรณี เอกสารเท็จ ซึ่งหากทำเอกสารเท็จ ไม่เป็นความผิดตามมาตรา ๙ แต่หากผู้กระทำความผิดลงลายมือชื่อของ ตนเอง แต่ให้คนทั่วไปเข้าใจว่าตนเป็นคนอื่นที่มีอำนาจ เป็นการปลอมเอกสารได้ เพราะการปลอม คำแห่งก็เป็นกรณการปลอมเอกสาร เช่น ไม่ใช่ครูใหญ่ แต่ลงลายมือชื่อในใบสุทธิในตำแหน่งครูใหญ่ โดยไม่มีอำนาจลงชื่อในตำแหน่งนั้นได้เป็นการปลอมเอกสาร<sup>38</sup>

การปลอมอาจปลอมบางส่วน หรืออาจเป็นการเติม ตัดข้อความออก หรือแก้ไขใดๆ ใน เอกสารที่แท้จริง ซึ่งการเติม ตัดทอน แก้ไข หมายความว่า ทำให้ความหมายอันเป็นสาระสำคัญ เปลี่ยนแปลงไป และหากการกระทำขึ้นต่อเอกสารที่ตนทำขึ้น แต่ทำในขณะที่ตนไม่มีอำนาจที่จะทำ ได้แล้ว ก็มีความผิดตามมาตรา ๙

ส่วนการประทับตราปลอม หมายถึงตราที่ประทับแทนการลงลายมือชื่อ ตราในที่นี้ หมายความว่ารวมถึงตราของนิติบุคคล ตราประจำตำแหน่งซึ่งแสดงตัวบุคคลด้วย แต่ไม่หมายความถึง ตราที่แสดงข้อความบางอย่าง เช่น ตราที่มีข้อความว่า “สำเนาถูกต้อง”<sup>39</sup>

ส่วนลงลายมือชื่อนั้น เป็นไปตามป.พ.พ.มาตรา ๙ โดยการประทับตราปลอมหรือลงลายมือ ชื่อปลอมอาจทำลงในเอกสารปลอมหรือในเอกสารที่แท้จริงก็ได้

การกระทำทั้งหลายเหล่านี้ ต้องทำโดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือ ประชาชน ศ.จิตติ ดิงศภัทย์ เรียกว่าเป็น”พฤติการณ์ประกอบกรกระทำ” ซึ่งหมายถึงถ้าไม่น่าจะเกิด

<sup>37</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 379/2526

<sup>38</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 795/2518

<sup>39</sup> จิตติ ดิงศภัทย์, กฎหมายอาญาภาค 2 ตอน 1, (กรุงเทพฯ : เนติบัณฑิตยสภา, 2543), หน้า 616.

ความเสียหายก็“ไม่มีความผิดตามมาตรา” แต่หากเพียงแต่“น่าจำเกิดความเสียหาย” ก็เป็นความผิดสำเร็จแล้ว ไม่จำเป็นต้องเกิดความเสียหายขึ้นจริง

คำว่า “ประชาชน” ได้แก่ รัฐ หรือ ศาลก็ได้<sup>40</sup> ซึ่งการกระทำใดๆจะเข้าพฤติการณ์ประกอบกรกระทำดังกล่าวหรือไม่ ต้องตั้งข้อสมมติว่า ถ้าเอกสารที่ทำปลอมขึ้นมีผู้นำไปใช้ ความเสียหายอาจเกิดขึ้นแก่ผู้ใดผู้หนึ่ง หรืออาจเกิดแก่ประชาชนได้หรือไม่

นอกจากนี้ จะเป็นความผิดตามมาตรานี้ได้ ผู้กระทำความผิดต้องมีเจตนาพิเศษ คือ ได้กระทำไปเพื่อให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง ซึ่งมีความหมายว่า ผู้กระทำจะผิดตามมาตรานี้ได้ต่อเมื่อมีมูลเหตุชักจูงใจที่จะให้ผู้อื่นหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารอันแท้จริง และมีคำพิพากษาที่ได้วางหลักในเรื่องเจตนาพิเศษนี้ คือ คำพิพากษาฎีกาที่ 769/2540 คำว่าผู้หนึ่งผู้ใดในข้อความที่ว่า “ได้กระทำเพื่อให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง” นั้น กฎหมายมิได้เจาะจงผู้ที่ถูกกระทำให้หลงเชื่อไว้ โดยเฉพาะว่าจะต้องเป็นผู้ใด การที่จำเลยเจตนากระทำเอกสารปลอมขึ้นเพื่อให้ ค.หลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริงก็เป็นความผิดแล้ว แม้จำเลยยังมิได้นำเอกสารดังกล่าวไปใช้แสดงต่อ ค.ก็ตาม ทั้งบุคคลที่จะถูกทำให้หลงเชื่อนี้กฎหมายมิได้กำหนดว่าต้องเกี่ยวโยงเป็นบุคคลกลุ่มเดียวกับบุคคลที่น่าจะเกิดความเสียหายเพราะการกระทำของจำเลย แต่อาจเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่งก็ได้

ส่วนมาตรา 264 วรรคสอง ไม่ใช่การปลอมเอกสารโดยตรง แต่ให้ถือว่าเป็นการปลอมเอกสาร ซึ่งการกระทำความวรรคสองนี้ จะเป็นความผิดได้เมื่อมีเหตุจูงใจ คือ ได้กระทำเพื่อนำเอาเอกสารนั้นไปใช้ในกิจการที่อาจเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด หรือประชาชน หากกระทำโดยไม่มีเหตุจูงใจที่จะนำไปใช้ในกิจการใดๆเลย ก็ไม่มีความผิดตามมาตรา ความผิดตามวรรคสองนี้ จะสำเร็จเมื่อรอกข้อความลงไปในกระดาษหรือวัตถุนั้นๆ<sup>41</sup>

มาตรา 265 “ผู้ใดปลอมเอกสารสิทธิ หรือเอกสารราชการ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หกเดือนถึงห้าปี และปรับตั้งแต่หนึ่งพันบาทถึงหนึ่งหมื่นบาท”

เป็นมาตราที่บัญญัติให้การกระทำตามมาตรา 264 ทั้งวรรคแรกและวรรคสอง ที่ได้กระทำต่อเอกสารสิทธิ หรือเอกสารราชการ ดังนั้น องค์ประกอบภายนอกและภายในจึงเหมือนกับมาตรา 264 ต่างกันแต่เอกสาร ซึ่งความหมายของ “เอกสารสิทธิ” เป็นไปตามมาตรา 1 (9) เช่น ตัว

<sup>40</sup> เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, กฎหมายอาญาภาคความผิดเล่ม 2, พิมพ์ครั้งที่ 4(กรุงเทพฯ: จีรรัชการพิมพ์, 2548), หน้า 126.

<sup>41</sup> หยุต แสงอุทัย, กฎหมายอาญาภาค 2-3, หน้า 155.

เครื่องบิน<sup>42</sup> ส่วน”เอกสารราชการ” เป็นไปตามคำนิยามในมาตรา 1 (8) เช่น บัตรประจำตัวประชาชน<sup>43</sup> ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์<sup>44</sup>

มาตรา 267 “ผู้ใดแจ้งให้เจ้าพนักงานผู้กระทำการตามหน้าที่จัดข้อความอันเป็นเท็จลงในเอกสารมหาชนหรือเอกสารราชการ ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำหรับใช้เป็นพยานหลักฐาน โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

การกระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับมาตรานี้ คือกรณีที่มีผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ลงในเอกสารราชการ ในการใช้สิทธิเบิกประโยชน์ทดแทนในกรณีต่างๆเป็นเท็จ

การกระทำตามมาตรานี้ คือ แจ้งให้จัดข้อความเท็จ หมายความว่า แจ้งข้อความต่อเจ้าพนักงาน โดยมีการจัดข้อความที่แจ้งลงไว้เป็นข้อความของผู้แจ้ง แต่ไม่หมายความถึงผู้แจ้งข้อความยื่นต่อเจ้าพนักงานเอง

เอกสารมหาชน หมายถึง เอกสารที่เป็นหลักฐานแก่ประชาชน ซึ่งเจ้าพนักงานหรือบุคคลอื่นที่มีใช้เจ้าพนักงานได้ทำขึ้น โดยจะเป็นความคิดตามมาตรานี้ต่อเมื่อ เอกสารมหาชนหรือเอกสารราชการนั้น เป็นเอกสารที่ทำไว้โดยมีวัตถุประสงค์สำหรับใช้เป็นพยานหลักฐาน และผู้กระทำมีเจตนาแจ้งข้อความโดยรู้ว่าข้อความที่แจ้งให้เจ้าพนักงานจดนั้นเป็นเท็จ โดยการกระทำความผิดดังกล่าว ต้องน่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน แม้จะไม่เกิดความเสียหายขึ้นจริง ผู้กระทำก็มีความผิด หากเจ้าพนักงานผู้จัดข้อความรู้ว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ เจ้าพนักงานจะมีความผิดตามมาตรา 62 ความผิดนี้จึงเกิดขึ้นเฉพาะเมื่อเจ้าพนักงาน ไม่รู้ความเท็จ หากเจ้าพนักงานรู้ความเท็จ ผู้แจ้งให้จดน่าจะเป็นผู้สนับสนุนความผิดตามมาตรา 162

มาตรา 268 “ผู้ใดใช้หรืออ้างเอกสารอันเกิดจากการกระทำความผิดตามมาตรา ๒๖๔ มาตรา ๒๖๕ มาตรา ๒๖๖ หรือมาตรา ๒๖๗ ในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ต้องระวางโทษดังที่บัญญัติไว้ในมาตรานั้นๆ”

มาตรานี้เป็นกรณีการใช้หรืออ้างเอกสารปลอม หรือเอกสารที่แจ้งให้เจ้าพนักงานจดข้อความอันเป็นเท็จ หากเป็นเอกสารเท็จอื่นๆ การใช้หรือการอ้างไม่มีความผิดตามมาตรา

<sup>42</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 1508/2538

<sup>43</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 2979/2522

<sup>44</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 889/2498

คำว่า “ใช้” มีความหมายว่า ใช้อย่างเอกสาร มิใช่อ่างกระดาษแผ่นหนึ่งที่ไม่เกี่ยวกับข้อความในเอกสาร เช่น ตัดทำถุงใส่ของขาย

นอกจากนี้ ผู้กระทำต้องมีเจตนาใช้หรืออ้างเอกสารดังกล่าว โดยรู้ว่าเป็นของปลอม แต่ผู้กระทำไม่จำเป็นต้องรู้ว่า จะเกิดความเสียหายแก่ผู้ใดจริงๆหรือไม่

อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้ที่ใช้ หรืออ้างเอกสารปลอม เอกสารมหาชน หรือเอกสารราชการอันเป็นเท็จดังกล่าว เป็นผู้ที่ปลอมเอกสารนั่นเอง หรือเป็นผู้ที่แจ้งให้เจ้าพนักงานจดข้อความอันเป็นเท็จนั่นเอง กฎหมายให้ลงโทษผู้นั้นแต่เพียงกระทงเดียวตามมาตรา 268 วรรคสอง

มาตรา 269 “ ผู้ใดในการประกอบกิจการงานในวิชาแพทย์ กฎหมาย บัญชีหรือวิชาชีพอื่นใด ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่พันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ผู้ใดโดยทุจริตใช้หรืออ้างคำรับรองอันเกิดจากการทำความผิดตามวรรคแรก ต้องระวางโทษเช่นเดียวกัน”

มาตราดังกล่าวนี้นี้ มีความเกี่ยวข้องกับความคิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพเป็นอย่างมาก ทั้งในส่วนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ที่ให้บริการออกคำรับรองอันเป็นเท็จ เพื่อให้ได้ผลประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพ และหากเป็นการร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ บุคคลผู้มีสิทธิจะมีความผิดตามวรรคสองในมาตราดังกล่าวอีกด้วย

ในวรรคแรกนี้ ได้เอาผิดการทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จในการประกอบกิจการงานในวิชาชีพแพทย์ฯ ซึ่งหมายความว่า บุคคลดังกล่าวต้องมีวิชาชีพเช่นนั้นอยู่แล้ว และเอกสารนั้นต้องเกี่ยวข้องกับวิชาชีพนั้นๆด้วย เช่น แพทย์ออกใบตรวจโรคเป็นเท็จ หรือออกใบรับรองแพทย์ว่าป่วย ซึ่งความจริงไม่ได้ป่วย หรือมีโรคประจำตัวแต่ออกใบรับรองแก่บริษัทประกันสุขภาพว่าไม่มี เป็นต้น

การกระทำดังกล่าว ต้องน่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน และผู้กระทำจะผิดต่อเมื่อมีเจตนา ซึ่งหมายความว่า เมื่อรู้ว่าข้อความที่ตนทำคำรับรองนั้นเป็นเท็จ ถ้าผู้กระทำไม่รู้ แม้ความไม่รู้ดังกล่าวจะเกิดจากความประมาทของตนเอง เช่น แพทย์ควรจะตรวจโรคพบแต่ไม่พบ จึงออกใบรับรองแพทย์ว่าไม่มีโรค แพทย์ไม่มีความผิด เพราะไม่ได้กระทำไปโดยเจตนา แต่ถ้ารู้ว่าคำรับรองที่ตนทำขึ้นเป็นเท็จแล้ว ก็เป็นความผิด ผู้กระทำไม่จำเป็นต้องรู้ว่าการทำคำรับรองเท็จนั้นน่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ก็เป็นความผิด

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า บุคคลที่จะมีความผิดตามมาตรานี้ได้ ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ บุคคลธรรมดาขอมเป็นตัวการในความผิดฐานนี้ไม่ได้ เป็นได้แต่เพียงผู้สนับสนุนเท่านั้น แต่หากบุคคลธรรมดาใช้หรืออ้างคำรับรองอันเกิดจากการทำความผิดตามวรรคแรกดังกล่าว จะเป็น



ความผิดตามวรรคสอง โดยวรรคสองนี้ ต้องมีเจตนาคือทราบว่าคำรับรองนั้นเกิดจากการกระทำผิดตามวรรคแรก แล้วนำมาใช้อ้าง นอกจากนี้ ผู้ใช้หรืออ้างคำรับรองต้องกระทำโดยทุจริตอีกด้วย เช่น นำใบตรวจโรคไปยื่นสมัครประกันสุขภาพ ซึ่งโดยทุจริตคือ การหาประโยชน์ที่มีควรรู้ได้โดยชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นประโยชน์ในทางทรัพย์สินก็ได้

จากการศึกษา พบรูปแบบการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพหลายประการที่ควรนำมาพิจารณาว่าเป็นความผิดต่อเอกสารตามป.อ.ที่ใช้อยู่ในขณะนี้หรือไม่ รูปแบบดังกล่าวอาจเกิดจากสถานพยาบาล เช่น กรณีสถานพยาบาลทำการเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ไม่ได้ให้บริการแก่คนไข้จริง สถานพยาบาลปลอมแปลงหลักฐานการเบิกจ่ายเพื่อให้ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น หรือเป็นการกระทำของแพทย์ที่ร่วมมือกับคนไข้ออกใบเสร็จค่ารักษาให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของกรมธรรม์ หรืออาจเป็นการกระทำของผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพใดก็ได้ เช่น ปลอมแปลงเอกสารใบเสร็จเพื่อไปเบิกค่ารักษาพยาบาลกับหน่วยงานต้นสังกัด ปลอมแปลงเอกสารเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทนจากสำนักงานประกันสังคม เมื่อนำความผิดดังกล่าวมาปรับเข้ากับความคิดเกี่ยวกับเอกสารในแต่ละมาตรา สามารถวินิจฉัยได้ดังนี้

ในกรณีสถานพยาบาลปลอมหลักฐานการเบิกจ่าย จะเห็นว่า การทำเอกสารปลอมขึ้นหมายความว่า การทำเอกสารขึ้นใหม่โดยให้ผู้อื่นคิดว่าเป็นเอกสารที่ผู้อื่นทำ เมื่อการกระทำดังกล่าวสถานพยาบาลแสดงตนว่าเป็นผู้ทำเอกสารนั้นขึ้นเอง มิได้ทำขึ้นโดยให้ผู้อื่นผู้ใดคิดว่าเป็นเอกสารที่ผู้อื่นทำ แม้ข้อความในเอกสารนั้นเป็นเท็จ ก็ไม่เป็นความผิดฐานปลอมเอกสารตามมาตรา 264 เป็นเพียงเอกสารเท็จเท่านั้น

นอกจากนี้ สถานพยาบาลไม่รวมอยู่ในความหมายของผู้ประกอบการงานในวิชาแพทย์แต่อย่างใด สถานพยาบาลจึงไม่ต้องรับผิดตามมาตรา 269 อีกด้วย แต่อย่างไรก็ตาม การกระทำความผิดดังกล่าวของสถานพยาบาลอาจเป็นความผิดตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล มาตรา 73<sup>45</sup>ได้

ส่วนการกระทำของแพทย์ในบางกรณี เช่น การเขียนใบรับรองแพทย์เพื่อนำไปใช้ลางาน โดยมีได้ป่วยจริงถึงขั้นที่รับรอง การเขียนใบรับรองสุขภาพของผู้สมัครทำประกันสุขภาพ โดยปกปิดข้อความจริงที่อาจทำให้ไม่รับประกันสุขภาพ เมื่อแพทย์เป็นผู้ประกอบการงานอันเป็น

<sup>45</sup> พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 มาตรา 73 ผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินการ ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลผู้ใด จัดทำหรือยินยอมให้ผู้อื่นจัดทำหลักฐานเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการเอกสารแสดงการตรวจโรค เอกสารแสดงผลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล หรือเอกสารกรณีอื่นอันเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอันเป็นเท็จ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

วิชาชีพ ทำคำรับรองเป็นเอกสารเท็จ การกระทำดังกล่าว แม้ไม่ผิดฐานปลอมเอกสารตามมาตรา 264 เพราะแพทย์กระทำโดยมีอำนาจแต่เป็นความผิดตามมาตรา 269 และหากแพทย์ได้กระทำการดังกล่าวโดยร่วมมือกับผู้มีสิทธิ ให้ผู้มีสิทธิใช้ หรืออ้างคำรับรองอันเกิดจากการกระทำผิดของแพทย์ตามมาตรา 269 วรรคแรก เพื่อหาประโยชน์ที่มิควรได้โดยชอบด้วยกฎหมาย เช่น เพื่อให้เสียเบี้ยประกันสุขภาพต่ำลง หรือได้รับคำรักษาพยาบาลจากระบบประกันสุขภาพโดยไม่มีสิทธิ ผู้มีสิทธิดังกล่าว ต้องรับผิดตามมาตรา 269 ในวรรคสองเช่นเดียวกัน

การกระทำของผู้มีสิทธิในรูปแบบปลอมแปลงเอกสารใบเสร็จ เพื่อเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลหน่วยงานต้นสังกัดให้ได้รับเงินมาขึ้น หรือร่วมมือกับบุคลากรภายนอกอื่น ปลอมแปลงเอกสารเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทนจากสำนักงานประกันสังคม การกระทำดังกล่าวเป็นการทำเอกสารปลอมขึ้นทั้งฉบับหรือแต่บางส่วน หรือเติมข้อความหรือแก้ไขด้วยประการใดๆ ในเอกสารที่แท้จริงโดยไม่มีอำนาจ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ระบบประกันสุขภาพต่างๆ เป็นความผิดตามมาตรา 264 วรรคแรก แต่ในส่วนการยื่นเอกสารเท็จเพื่อขอเบิกค่ารักษาพยาบาล หรือการยื่นคำขอเพื่อรับประโยชน์ทดแทนจากกองทุนประกันสังคมในกรณีต่างๆ ซึ่งตามมาตรา 267 นั้น การแจ้งให้จดข้อความเท็จ หมายความว่าแจ้งข้อความเจ้าพนักงานให้จดข้อความที่แจ้งลงไปเป็นข้อความของผู้แจ้ง แต่ความผิดดังกล่าวไม่หมายความรวมถึงผู้แจ้งข้อความยื่นต่อเจ้าพนักงานเอง ดังนั้น เมื่อการกระทำผิดเป็นการยื่นเอกสารเพื่อขอรับค่ารักษาพยาบาล ผู้เขียนจึงเห็นว่า ไม่เป็นการกระทำความผิดตามมาตรา 267 แต่อย่างใด

หากเป็นการกระทำของผู้ไม่มีสิทธิไม่ว่าจะเป็นผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์มาตั้งตนรักษาผู้มีสิทธิ เช่น มิใช่ทันตแพทย์ แต่ทำการรักษาและออกใบเสร็จให้ผู้มีสิทธิไปเบิกค่าทดแทนกรณีดังกล่าว หากผู้กระทำปลอมใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ก็เป็นความผิดฐานปลอมเอกสารสำเร็จ ตามมาตรา 264<sup>46</sup> หรือในกรณีเจ้าพนักงานในระบบประกันสุขภาพนั่นเอง ทำการปลอมแปลงเอกสาร เพื่อเบิกจ่ายเงินเป็นประโยชน์แก่ตนเองก็เป็นความผิดฐานปลอมเอกสาร โดยนัยของคำพิพากษาฎีกาที่ 3287/2522<sup>47</sup>

<sup>46</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 889/2498 พิมพ์แบบใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ ฯ แล้วพิมพ์ปลอมลายมือชื่อประธานกรรมการและเลขานุการนายทะเบียนยื่นขอเป็นการเสียหายแก่ผู้นั้น ถึงแม้จะยังไม่ได้กรอกเลขที่ของใบอนุญาตชื่อผู้รับอนุญาตและเลขท้าย พ.ศ. ก็ถือว่าเป็นผิดฐานปลอมหนังสือราชการตาม ม. 265

<sup>47</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 3287/2522 จำเลยทั้งสองเป็นมีหน้าที่เกี่ยวกับการเบิกจ่ายเงิน และตรวจสอบฎีกาที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ ร่วมกันใช้เอกสารปลอมหลอกลวงเบิกเงินจากกรมตำรวจ ตามฎีกาเบิกเงิน 28 ฉบับ และร่วมกันทำใบสำคัญปลอมว่า บุคคลซึ่งต้องเจ็บป่วยเสียเงินค่ารักษาพยาบาลนั้น เป็นตำรวจหรือบุคคลในครอบครัวตำรวจเป็นจำนวนหลายฉบับ ความจริงไม่มีตัวบุคคลเช่นนั้นแล้วนำใบสำคัญปลอมดังกล่าวจำนวนหนึ่ง รวม

ส่วนกรณีผู้ไม่มีสิทธิปลอมแปลงบัตรประจำตัวผู้มีสิทธิเพื่อให้เห็นสิทธิในระบบประกันสุขภาพนั้น เมื่อพิจารณาแล้ว บัตรประจำตัวของผู้มีสิทธิ เช่นบัตรประกันสังคม หรือบัตรประจำตัวผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น มิใช่เอกสารสิทธิ แต่เป็นเพียงเอกสารที่แสดงถึงสิทธิที่มีอยู่แล้ว มิใช่ก่อตั้งสิทธิใดๆขึ้นมาใหม่ การกระทำความผิดดังกล่าว จึงไม่เป็นความผิดตามมาตรา 265 และ 266 เป็นแต่ความผิดตามมาตรา 264

#### 4.1.2.4 ความผิดฐานทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองไม่ได้

มีการกระทำความผิดบางรูปแบบ ที่บุคลากรทางการแพทย์ผู้ทำหน้าที่ให้บริการ ปฏิเสธไม่ให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยมีจุดประสงค์หลักเพื่อประหยัดงบประมาณของสถานพยาบาล ซึ่งการกระทำเช่นนี้ นอกจากเป็นการผิดจรรยาบรรณในวิชาชีพแล้ว ยังอาจเกิดผลต่อชีวิตร่างกายของผู้ป่วยดังที่ปรากฏตามข่าวหนังสือพิมพ์ ซึ่งในป.อ.ได้เป็นถึงความสำคัญและกำหนดเป็นฐานความผิดเฉพาะ ในการศึกษาจึงจำเป็นต้องพิจารณาว่าความผิดที่ใช้กับลักษณะความผิดที่เกิดขึ้น มีความเพียงพอเหมาะสมหรือไม่ โดยมาตราที่เกี่ยวข้องได้แก่

มาตรา 307 “ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้ เพราะอายุ ความป่วยเจ็บ กายพิการหรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้นเสียโดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

คำว่า “ผู้ใด” นี้ ต้องมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญา เพราะอายุ(เช่น บิดามารดากับบุตร) ความป่วยเจ็บ(แพทย์พยาบาลกับผู้ป่วย) กายพิการ จิตพิการ ความสำคัญอยู่ที่ผู้ที่ถูกทอดทิ้ง

---

กับใบสำคัญที่แท้จริงจำนวนหนึ่งจัดเป็นชุด รวม 28 ชุด แต่ละชุดทำเป็นฎีกาเบิกเงินรวม 28 ฎีกา แต่ละฎีกาจ่ายร่วมกันปลอมบัญชีหน้าใบใบสำคัญแจ้งรายการใบสำคัญ พร้อมทั้งจำนวนเงินตามใบสำคัญทั้งฉบับปลอมและฉบับแท้จริงรวมกัน โดยทำขึ้นใหม่ทั้งฉบับ แล้วได้ร่วมกันปลอมชื่อหัวหน้าผู้อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ในใบรับรองของผู้ขอรับเงินช่วยค่ารักษาพยาบาลฉบับที่จำเลยทั้งสองร่วมกันปลอมขึ้นเพิ่มจากของเดิม เป็นผู้ตรวจถูกต้องในบัญชีหน้าใบใบสำคัญ และเป็นผู้เบิกเงินในบันทึกขอเบิกเงินปะหน้า (ฎีกา) ฉบับที่จำเลยทั้งสองร่วมกันปลอมขึ้น ซึ่งมีจำนวนเงินสูงเกินของเดิมที่ดึงออก แล้วส่งฎีกาเบิกเงินแต่ละชุดซึ่งปลอมขึ้นนั้น ไปเบิกเงินยังกองการเงิน โดยแก้ไขจำนวนเงินในสมุดคู่มือวางฎีกาแต่ละฉบับนั้นให้ตรงกับจำนวนเงินตามฎีกาที่ร่วมกันปลอมขึ้น ฎีกาแต่ละฉบับนั้นจึงประกอบด้วยจำนวนเงินซึ่งเบิกตามใบสำคัญอันแท้จริง กับจำนวนเงินซึ่งเบิกตามใบสำคัญปลอมอีกจำนวนหนึ่ง เมื่อเบิกเงินได้แล้ว จำเลยที่ 1 นำเงินตามใบสำคัญแท้จริงมอบให้สมุห์บัญชีเพื่อจ่ายให้ผู้ขอเบิกต่อไป ส่วนจำนวนเงินตามใบสำคัญปลอมนั้น จำเลยนำไปแบ่งปันกันเป็นประโยชน์ส่วนตัว การกระทำความผิดมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 265

ต้องเป็นผู้ที่พึ่งตนเองไม่ได้เป็นสาระสำคัญ ความผิดสำเร็จเมื่อมีการทอดทิ้ง ซึ่งการทอดทิ้งรวมถึงการงดเว้นตามมาตรา 59 วรรคห้าด้วย<sup>48</sup>

การกระทำได้กล่าว “น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต” ของผู้ถูกทอดทิ้ง ซึ่งเป็นพฤติการณ์ประกอบการกระทำ แนวทางในการวินิจฉัยต้องพิจารณาตามความรู้สึกของวิญญูชนโดยทั่วไป

ผู้กระทำได้กระทำโดยเจตนาธรรมดา คือรู้ว่าบุคคลนั้นพึ่งตนเองไม่ได้ โดยไม่จำเป็นต้องรู้ว่าการทอดทิ้งนั้น น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อชีวิตหรือไม่ แต่ถ้าเจตนาทอดทิ้งโดยเห็นว่าจะต้องตาย เช่นนี้ การทอดทิ้งเป็นวิธีการฆ่า เป็นเจตนาฆ่า แต่หากไม่แน่ใจว่าจะทำให้ผู้ถูกทอดทิ้งตาย แต่อาจเกิดอันตรายต่อชีวิต ก็เป็นความผิดตามมาตรา 374 แต่หากแน่ใจว่าไม่เป็นอันตรายแก่ชีวิต ก็ไม่เป็นความผิดตามมาตรา 374

หากผู้ถูกทอดทิ้งถึงแก่ความตาย หรือรับอันตรายสาหัส โดยเป็นผลที่ตามธรรมชาติย่อมเกิดจากการทอดทิ้งตามมาตรา 63 ผู้กระทำได้รับโทษหนักขึ้นตามมาตรา 308

มาตรา 374 “ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิตซึ่งตนอาจช่วยได้โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่นแต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

การที่ผู้อื่นตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิตนี้ หมายถึงผู้นั้นกำลังจะตาย และผู้กระทำความผิดมาพบเข้าโดยที่ตนไม่ได้มีส่วนในการก่อให้เกิดภยันตรายแก่ผู้นั้นเลย

คำว่า “ตามความจำเป็น” หมายความว่า จำเป็นที่จะทำให้ผู้ตกอยู่ในภยันตรายพ้นภยันตรายนั้น

ผู้กระทำได้มีเจตนาโดยต้องทราบว่าจะตนอาจช่วยได้โดยไม่ควรกลัวอันตรายต่อตนเอง หรือต่อผู้อื่น

ความผิดสำเร็จเมื่อไม่เข้าช่วยเหลือผู้ที่ตกอยู่ในภยันตรายนั้น โดยไม่ต้องมีผลเกิด แม้ต่อมาจะมีผู้อื่นมาช่วยให้ผู้นั้นปลอดภัยได้ ผู้ที่พบเห็นตอนแรกสามารถช่วยได้แต่ไม่ช่วย ต้องรับผิดตามมาตรา 374

<sup>48</sup> ไกรฤกษ์ เกษมสันต์, คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญาภาคความผิด มาตรา 288 ถึงมาตรา 366, หน้า

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบความผิดแล้ว พบว่า มีรูปแบบในการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพหลายรูปแบบที่ควรนำมาวิเคราะห์กับความผิดดังกล่าว เช่น การประวิงเวลาในการรักษาคณ ไข่ ดังตัวอย่างกรณีแพทย์สั่งให้ผ่าตัด แต่เมื่อยื่นบัตรประกันสังคมให้ แพทย์กลับบอกว่าไม่ต้องผ่า จนผู้ป่วยทนความเจ็บป่วยไม่ไหวต้องไปหาโรงพยาบาลอื่น โดยเสียค่าใช้จ่ายเอง และในกรณีแพทย์ที่มีหน้าที่อยู่เวรกลับไม่เข้าเวร ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรอการผ่าตัดถึงวันรุ่งขึ้น ซึ่งจากรูปแบบในการกระทำความผิดดังกล่าว เมื่อนำมาพิจารณาเข้ากับความผิดตามมาตรา 307 แล้ว พบว่า แพทย์มีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตัวเองไม่ได้ ซึ่งในที่นี้คือเพราะความป่วยเจ็บ การที่แพทย์ที่มีหน้าที่เข้าเวร แต่ไม่เข้า หรือโรงพยาบาลไม่ได้จัดให้มีแพทย์สำหรับดูแลผู้ป่วยในโครงการประกันสุขภาพ หรือไม่ยอมทำการผ่าตัดผู้ป่วย ผู้เขียนเห็นว่าการกระทำดังกล่าว เป็นการทอดทิ้ง เนื่องจากการทอดทิ้งรวมถึงการงดเว้นด้วย แต่อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้ง ยังพึ่งตัวเองได้ ก็ยังช่วยเหลือตัวเองได้ เช่น ซ้อมือหัก แพทย์อาจไม่มีความผิดตามมาตรา 307 นี้ได้ นอกจากนี้ ยังไม่มีความผิดตามมาตรา 374 ด้วย เนื่องจากไม่เป็นกรณีตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิต

ในกรณีละเลยการตรวจรักษาผู้ป่วยนี้ เคยเกิดการฟ้องร้องกันเป็นคดีแดงหมายเลข 360/2534 ของศาลจังหวัดทุ่งสง โดยจำเลยทำหน้าที่เป็นแพทย์เวร ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ได้ถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่จำเลยประจำอยู่ ซึ่งจำเลยในฐานะแพทย์เวรจำต้องเอาใจใส่ดูแลรักษาคณ ไข่ตามหน้าที่ของแพทย์ด้วยความระมัดระวัง กลับปล่อยปละละเลยไม่สนใจคณ ไข่ กลับสั่งให้พยาบาลเวรนำยาไปให้รับประทาน โคนไม่ทำการตรวจสภาพและอาการป่วยของคณ ไข่ เป็นการกระทำโดยมิชอบด้วยหน้าที่ หรือไม่ปฏิบัติตามหลักวิชาแพทย์ด้วยความประมาท ญาติผู้ป่วยจึงนำส่งโรงพยาบาลจังหวัด แต่ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ซึ่งโจทก์ได้ร้องเรียนและฟ้องเป็นคดีอาญา แต่ในคดีดังกล่าว โจทก์ขอถอนฟ้อง เนื่องจาก จำเลยยอมจ่ายเงินให้แก่โจทก์<sup>49</sup>

#### 4.1.2.5 ความผิดต่อเสรีภาพ

การกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพในบางรูปแบบ อาจส่งผลกระทบต่อเสรีภาพของผู้ป่วย ดังนั้น การกระทำอันส่งผลกระทบต่อเสรีภาพดังกล่าวนี้ จะมีความผิดอาญาหรือไม่ มีบทมาตราที่ควรพิจารณา คือ

มาตรา 310 “ ผู้ใดหน่วงเหนี่ยวหรือกักขังผู้อื่น หรือกระทำความด้วยประการใดให้ผู้อื่นปราศจากเสรีภาพในร่างกาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

<sup>49</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, งานวิจัยคดีแพทย์ บุคลากรแพทย์ถูกฟ้อง, หน้า 151.



ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคแรก เป็นเหตุให้ผู้ถูกหน่วงเหนี่ยวถูกกักขังหรือต้องปราศจากเสรีภาพในร่างกายนั้นถึงแก่ความตาย หรือรับอันตรายสาหัส ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๒๕๐ มาตรา ๒๕๑ หรือมาตรา ๒๕๒ นั้น”

คำว่า”หน่วงเหนี่ยว” หมายความว่า ทำให้บุคคลต้องอยู่ตรงนั้น ไม่ให้ไปยังจุดอื่น ส่วน “กักขัง” หมายถึง การบังคับให้บุคคลอยู่ในที่จำกัด บางกรณีศาลฎีกาคิดความเป็นไปได้ทั้งสองกรณี เช่น คุณหญิงเข้าไปในโรงเรียน ไม่มีเสรีภาพจะไปไหนดังที่ต้องการ เป็นการหน่วงเหนี่ยวหรือกักขังให้ปราศจากเสรีภาพในร่างกาย<sup>50</sup>

สถานที่กักขังอาจเป็นห้องหรือสถานที่ใดสถานที่หนึ่งก็ได้ มีนักกฎหมายบางท่านเห็นถึงขนาดว่า การไม่ให้ออกไปจากห้องที่ เช่น อำเภอ หรือจังหวัด ก็เป็นการกักขังตามมาตรา 310 นี้ได้

ส่วนการกระทำด้วยประการอื่นใดให้ผู้อื่นปราศจากเสรีภาพในร่างกายนั้น เช่น บอกคนหนึ่งว่าจะมีคนมาหา โดยมีเจตนาที่จะไม่ให้ไปไหน ทำให้ผู้นั้นหลงเชื่อ ก็เป็นการหน่วงเหนี่ยวไว้โดยใช้อุบายหลอกลวง หรือกระทำด้วยประการอื่นใด ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า วิธีการหน่วงเหนี่ยว กักขัง หรือทำให้ปราศจากเสรีภาพในร่างกายนั้น กระทำด้วยประการใดๆก็ได้ ไม่จำกัด

จากองค์ประกอบความผิด เมื่อนำมาพิจารณากับรูปแบบการกระทำความผิดพบว่า มีบางรูปแบบที่อาจเป็นความผิดตามมาตรา 310 นี้ได้ เช่น แพทย์ประสงค์ที่จะเบิกค่ารักษาพยาบาลจากระบบประกันสุขภาพมากขึ้น จึงให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ทั้งที่ไม่มีความจำเป็น หรือให้นอนโรงพยาบาลนานกว่าที่ควร จะเห็นได้ว่า แพทย์จะแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล การกระทำความผิดดังกล่าวเป็นการกระทำอันทำให้ผู้ป่วยปราศจากเสรีภาพในร่างกาย แพทย์ผู้ทำการดังกล่าวจึงอาจมีความผิดตามมาตรา 310 นี้ได้

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า กฎหมายที่มีโทษทางอาญาที่ใช้บังคับอยู่ในประเทศไทย ในส่วนบทบัญญัติทางอาญาตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การกระทำที่จะมีโทษทางอาญามักเป็นการกระทำที่ขัดต่อบทบัญญัติที่กำหนดไว้ในตัวกฎหมายนั้นๆ ซึ่งมักเป็นเรื่องการบริหาร จัดการ ระบบประกันสุขภาพให้ดำเนินไปได้ด้วยดี แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงการกระทำความผิดในหลายรูปแบบ และเมื่อพิจารณาบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญา ก็เห็นได้ว่า สามารถบังคับใช้กับความผิดที่ไม่เป็นความผิดตามกฎหมายเฉพาะได้เป็นส่วนมาก แต่อย่างไรก็ตาม ประมวลกฎหมายอาญา ก็ยังไม่สามารถบังคับใช้ให้ครอบคลุมกับการกระทำความผิดในบางรูปแบบ ซึ่งส่งผลทำให้การกระทำในรูปแบบดังกล่าว ไม่เป็นความผิดตามกฎหมายใดๆเลย แม้จะสร้างความเสียหายให้แก่ตัวระบบประกันสุขภาพจำนวนมากก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับบทบัญญัติทางอาญาของต่างประเทศ โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา

<sup>50</sup> คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 2860/2517

ซึ่งเป็นประเทศต้นแบบในการมีกฎหมายที่เกี่ยวกับความผิดต่อระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากการกระทำผิดดังกล่าว หรือที่เรียกว่า "Health care fraud and abuse" นั้น เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นมาก และเป็นปัญหามานาน การกระทำผิดดังกล่าว เกิดจากความต้องการทางทรัพย์สินของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพ การกระทำผิดสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของระบบประกันสุขภาพ ซึ่งการกระทำผิดนี้ มีความร้ายแรง เนื่องจากมิใช่ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อตัวระบบประกันสุขภาพ ผู้เสียหายในกรณีเป็นระบบประกันสุขภาพของรัฐ และผู้เอาประกันในกรณีเป็นระบบประกันสุขภาพของเอกชนเท่านั้น แต่ในบางครั้ง อาจส่งผลต่อชีวิต หรือร่างกายของผู้ป่วยได้ ในปีหนึ่งๆ สหรัฐอเมริกาต้องสูญเสียงบประมาณในส่วนประกันสุขภาพไปประมาณร้อยละ 10 กับการกระทำผิด และเกิดการสูญเสียชีวิต เกิดอันตรายแก่กายของผู้ป่วยในหลายกรณี ทำให้ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ตระหนักถึงปัญหาของการกระทำผิดประเภทนี้มากขึ้น และบัญญัติกฎหมายให้การกระทำผิดดังกล่าว เป็นความผิดเฉพาะ โดยก่อนที่จะมีการบัญญัติให้การกระทำผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพเป็นความผิดเฉพาะนั้น ได้มีการนำเอาบทบัญญัติอาญาใน United States Code ที่ใช้บังคับอยู่แล้วมาบังคับใช้กับการกระทำผิดในลักษณะดังกล่าวตามลักษณะแห่งการกระทำผิดไป โดยนำการกระทำต่างๆ ที่ได้กระทำรวมกันมาแยกว่า การกระทำส่วนใดมีบทบัญญัติว่าเป็นความผิด และลงโทษได้หรือไม่ ผลคือบทบัญญัติต่างๆ ที่มีอยู่ในขณะนั้น ไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมพอที่จะป้องกันปราบปรามความผิดดังกล่าวได้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องบัญญัติให้การกระทำผิดรูปแบบดังกล่าวเป็นความผิดเฉพาะแตกต่างหากจากฐานความผิดอื่น ซึ่งฐานความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลกลาง ได้แก่

1. การละเมิด หรือสมคบกันละเมิดมาตรา 669, 1035, 1347, 1518 ใน title 18 ซึ่งบทบัญญัติมาตราดังกล่าวนี้ เป็นความผิดที่เกิดจาก "The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996"

2. การละเมิด หรือทำการสมคบเพื่อละเมิดมาตรา 287, 371, 664, 666, 1001, 1027, 1341, 1343 และ 1954 ใน title 18 หากการละเมิดหรือสมคบกันดังกล่าว เกี่ยวกับโครงการผลประโยชน์ทางประกันสุขภาพ

3. บทบัญญัติใน title 42 ซึ่งใน title ดังกล่าว กำหนดเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับการบริหารระบบประกันสุขภาพในแต่ละประเภท รวมทั้งหลักเกณฑ์ของโครงการประกันสุขภาพของรัฐ มาตราที่กำหนดโทษให้การกระทำบางอย่างเป็นความผิดต่างๆ จึงเป็นการลงโทษผู้กระทำความผิดต่อโครงการประกันสุขภาพของรัฐเท่านั้น เมื่อพิจารณาแล้ว มีลักษณะคล้ายบทกำหนดโทษในพระราชบัญญัติเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพแต่ละโครงการของไทย

จากการพิจารณา พบว่า หากเปรียบเทียบบทบัญญัติทางอาญาของสหรัฐอเมริกา และของไทย ที่นำมาบังคับใช้ในความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ มีความแตกต่างกันคือ ประเทศไทยไม่มีการ กำหนดให้การกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพเป็นความผิดเฉพาะเหมือนสหรัฐอเมริกา จากการวิเคราะห์ฐานความผิดเฉพาะของสหรัฐอเมริการายมาตรา เพื่อพิจารณาประสิทธิผลของการ บังคับใช้กับรูปแบบการกระทำความผิดที่เกิดขึ้นในไทย สามารถวิเคราะห์ได้ว่า

ความผิดฐาน Theft or embezzlement in connection with health care(18 U.S.C. 669) ซึ่ง กำหนดให้การลักทรัพย์ ยักยอก กระทำการอื่นใดโดยปราศจากอำนาจ โยกย้ายมาเป็นการใช้ของบุคคล ใด ๆ มากกว่าบุคคลที่มีสิทธิ หรือเจตนาใช้เงิน เงินกองทุน เงินค่าประกัน เบี้ยประกัน ความเชื่อถือ ทรัพย์สิน หลักทรัพย์อื่นๆของโครงการผลประโยชน์ทางประกันสุขภาพในทางที่ผิด โดยเจตนา ประสงค์ต่อผล หรือยอมถึงเห็นผล จะถูกปรับหรือจำคุกไม่เกิน 10 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ แต่หากมูลค่า ของทรัพย์สินไม่เกิน 100 ดอลลาร์ ผู้กระทำจะถูกปรับหรือจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ

เห็นได้ว่า บทบัญญัติดังกล่าว ครอบคลุมการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ เป็นอย่างมาก เพราะการกระทำใดๆของผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบ ไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการ ผู้มีสิทธิ ที่เป็น การทำให้ระบบประกันสุขภาพเสียหาย ก็ล้วนเป็นความผิดตามความในมาตรานี้ทั้งสิ้น เนื่องจาก มาตรานี้ บัญญัติให้การกระทำใดๆที่กระทำโดยปราศจากอำนาจ ให้ผู้อื่นใช้ทรัพย์สินมากกว่าผู้ที่มี สิทธิในระบบประกันสุขภาพ หรือเจตนาใช้เงินฯ ของระบบประกันสุขภาพในทางที่ผิด โดยเจตนา (intentionally misapplies) เป็นความผิด ดังนั้น หากประเทศไทยมีบทบัญญัติในลักษณะนี้ การกระทำ ใดๆก็ตามที่กระทำต่อระบบประกันสุขภาพทุกระบบในทางที่ผิด ก็จะเป็นความผิดทั้งหมด รวมทั้งการ กระทำต่างๆ ที่เกิดในปัจจุบัน และไม่เป็นความผิดตามกฎหมายอาญาในมาตราใดเลย ดังที่ได้ทำการ วิเคราะห์ไปข้างต้น เช่น ไม่ให้การตรวจรักษาที่จำเป็น ไม่ทำการส่งต่อคนไข้ในโครงการประกันสังคม หรือโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าแม้จะไม่ใช่ความผิดฐานถือ โกงแต่การกระทำความผิดดังกล่าวก็มี ลักษณะเป็นการกระทำอื่นใดโดยปราศจากอำนาจ โยกย้ายมาเป็นการใช้ของบุคคลใดๆ(ผู้ให้บริการ) มากกว่าผู้มีสิทธิ และหากไทยมีบทบัญญัติในลักษณะดังกล่าว แม้การกระทำอันเป็นการทำให้ระบบ ประกันสุขภาพเกิดความเสียหายนั้น ไม่ได้ส่งผลเป็นอันตรายแก่ชีวิตและร่างกายของผู้ป่วย ก็สามารถ ลงโทษได้

นอกจากนี้ โทษของการกระทำความผิดฐานนี้ คือปรับ หรือจำคุกไม่เกิน 10 ปี หรือทั้งจำทั้ง ปรับ ซึ่งมีระดับเทียบได้กับโทษในความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินที่เป็นเหตุฉกรรจ์ของไทยเลยทีเดียว

ความผิดฐาน False statements relating to health care matters(18 U.S.C.1035) กำหนดห้ามมิ ให้บุคคลใดปลอม ช้อนเร้น ปิดบังข้อเท็จจริงโดยใช้กลอุบาย แผนการ เล่ห์เหลี่ยม หรือ กระทำ หรือ

ใช้ ชื่อเขียนหรือเอกสารอันเป็นเท็จเกี่ยวกับการส่งให้หรือการจ่ายเงินของโครงการผลประโยชน์ทางประกันสุขภาพ โดยเล็งเห็นผล หรือประสงค์ต่อผล หากฝ่าฝืนจะถูกปรับหรือจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ

เห็นได้ว่า บทบัญญัติดังกล่าว ครอบคลุมความผิดเกี่ยวกับเอกสารที่ได้กระทำต่อโครงการประกันสุขภาพ โดยกำหนดให้การทำหรือใช้เอกสารที่มีข้อมูลอันเป็นเท็จต่อระบบประกันสุขภาพเป็นความผิด หากประเทศไทยมีบทบัญญัติในลักษณะดังกล่าว จะทำให้ครอบคลุมการกระทำผิดเกี่ยวกับเอกสารที่ทำต่อระบบประกันสุขภาพมากขึ้น เช่น กรณีสถานพยาบาลปลอมหลักฐานการเบิกจ่ายที่ขณะนี้ไม่เป็นความผิดฐานใดเลยในประมวลกฎหมายอาญา และแม้การกระทำดังกล่าวจะมีโทษตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาลมาตรา 73 แต่มาตราดังกล่าวของสหรัฐก็มีโทษสำหรับการทำความผิดเกี่ยวกับเอกสารที่กระทำต่อระบบประกันสุขภาพก็มากกว่าพ.ร.บ.สถานพยาบาล มาตรา 73 ซึ่งอาจป้องกันการทำความผิดได้มากกว่า

ความผิดฐาน Health care fraud (18 U.S.C. 1347) กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดกระทำหรือพยายามกระทำการใด อันเป็นการหลอกลวงโครงการผลประโยชน์ทางประกันสุขภาพ หรือ กระทำการอวดอ้าง แสดงให้เห็น หรือให้คำมั่นสัญญาใดอันเป็นเท็จหรือโดยฉ้อฉล เพื่อให้ได้มาซึ่งเงินหรือทรัพย์สินที่เป็นของโครงการผลประโยชน์ทางประกันสุขภาพ หากการกระทำดังกล่าวเกี่ยวกับการส่งให้หรือการจ่ายเงิน สำหรับผลประโยชน์ เครื่องมือ หรือบริการทางประกันสุขภาพ จะมีโทษปรับหรือจำคุกไม่เกิน 10 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ และหากการกระทำดังกล่าวทำให้เกิดอันตรายแก่กายสาหัส จะมีโทษปรับ หรือจำคุกไม่เกิน 20 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ และหากการกระทำดังกล่าว ทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย อาจมีโทษปรับหรือถึงจำคุกตลอดชีวิต หรือทั้งจำทั้งปรับ

บทบัญญัติดังกล่าวลงโทษผู้ที่กระทำการฉ้อโกงโครงการประกันสุขภาพ หรือกระทำด้วยวิธีต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งเงินหรือทรัพย์สินที่เป็นของโครงการประกันสุขภาพ ซึ่งเห็นได้ว่า บทบัญญัติดังกล่าวมีองค์ประกอบในส่วนการกระทำคล้ายคลึงกับการทำความผิดฐานฉ้อโกงของไทย คือ หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และการกระทำดังกล่าว ทำให้ผู้กระทำผิดได้ทรัพย์สินไป แต่บทบัญญัติในมาตรา 1347 นี้ มีความน่าสนใจตรงที่หากการกระทำดังกล่าว ส่งผลให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย หรือได้รับอันตรายสาหัส ผู้กระทำจะต้องรับโทษหนักขึ้น ซึ่งหากเปรียบเทียบกับประเทศไทยหากเกิดกรณีดังกล่าว จะต้องฟ้องทั้งความผิดฐานฉ้อโกง และความผิดฐานทำให้ผู้อื่น ถึงแก่ความตายโดยประมาทตามมาตรา 291 ซึ่งหากศาลเห็นว่า จำเลยมีความผิด ศาลจะลงโทษตามมาตรา 291 ซึ่งเป็นบทหนักเพียงบทเดียว เนื่องจากเป็นการกระทำความผิดเดียว แต่ผิดกฎหมายหลายบท โดยมาตรา 291 โทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี แต่หากพิจารณา มาตรา 1347ใน title 18 นี้แล้วหากการกระทำโดยมีเจตนาต่อทรัพย์สินดังกล่าวทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย โทษ



จำคุกจะสูงถึงตลอดชีวิตเลยทีเดียว จึงเห็นได้ว่า ในสหรัฐอเมริกา ปัญหาเรื่องการกระทำผิดต่อระบบประกันสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญ และผลจากการกระทำมีความร้ายแรงถึงชีวิต จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้การกระทำผิดที่ส่งผลดังกล่าว มีโทษรุนแรง เป็นการลงโทษการกระทำที่มีเจตนาเช่นนั้น ผู้เขียนจึงเห็นว่า หากประเทศไทยบัญญัติกฎหมายให้มีลักษณะดังกล่าว จะง่ายต่อการบังคับใช้ เพราะฟ้องผู้กระทำความผิดเพียงมาตราเดียว และหากสามารถพิสูจน์ให้ศาลเห็นถึงเจตนากระทำเพื่อมุ่งผลประโยชน์ในทางทรัพย์สินได้ ผู้กระทำก็ต้องรับผิดชอบในผลที่เกิดแก่ชีวิตร่างกายที่เกิดจากการกระทำนั้นด้วย ทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องการตีความระดับของความประมาทอีกต่อไป ซึ่งจากปัญหาเรื่องการบังคับใช้ความผิดต่อชีวิต หรือร่างกายกับการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ทำให้สิ่งที่เกิดขึ้นในประเทศไทยปัจจุบันนี้ ผู้กระทำความผิดมักยอมผลัดภาระความเสี่ยงให้แก่ผู้ป่วย เพื่อตนจะได้ผลประโยชน์ในทางทรัพย์สิน หากบัญญัติให้มีฐานความผิดดังกล่าวแยกเฉพาะเหมือนประเทศสหรัฐอเมริกา จะเป็นการป้องปรามไม่ให้เกิดการกระทำผิดได้มากขึ้น

อย่างไรก็ดี ผู้เขียนเห็นว่า เจตนาในการฉ้อโกงประกันสุขภาพพิสูจน์ยากกว่าเจตนาในการฉ้อโกงทั่วไป เพราะรูปแบบของการกระทำอันเป็นความผิดฐานฉ้อโกงในคดีฉ้อโกงประกันสุขภาพพิสูจน์ได้ยากกว่าการที่ผู้กระทำกระทำการดังกล่าว เป็นการกระทำเพื่อมุ่งหวังผลประโยชน์ในทางทรัพย์สิน หรือเป็นวิธีการตามปกติของการรักษาพยาบาล แต่ผลที่เกิดขึ้นเป็นเหตุสุดวิสัย หรือเกิดจากพยาธิสภาพของโรคซึ่งเป็นปัญหาในเรื่องการพิสูจน์ โดยในคดีอาญาของไทยในเรื่องการกระทำความผิดนั้น ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาไม่ได้บัญญัติในเรื่องนี้ไว้โดยเฉพาะ จึงต้องนำบทบัญญัติมาตรา 84/1 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งมาใช้กับคดีอาญา โดยอาศัย ป.วิ.อ. มาตรา 15 ซึ่งโดยหลักแล้ว ประเด็นว่าจำเลยมีความผิดตามฟ้องหรือไม่ เมื่อโจทก์กล่าวอ้างว่าจำเลยกระทำความผิด การพิสูจน์จึงตกแก่โจทก์ ซึ่งต่างกับในสหรัฐฯ ดังที่ได้อธิบายไปแล้ว ดังนั้น ในปัจจุบัน จึงเป็นการยากที่จะพิสูจน์ความผิดของจำเลยซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ โดยในคดีลักษณะดังกล่าว พยานผู้เชี่ยวชาญเป็นตัวแปรสำคัญที่จะพิสูจน์ว่าจำเลยกระทำการนั้น โดยมีเจตนาเช่นไร ซึ่งจากการพิจารณาคำพิพากษาฎีกา โจทก์มักแพ้คดีเนื่องจากไม่สามารถพิสูจน์ให้ศาลเห็นได้ว่า จำเลยกระทำการตามฟ้อง แม้ในคดีแพ่งในบางคดี ศาลจะนำเอา "ข้อสันนิษฐานตามความเป็นจริง"(res ipsa loquitur) หรือข้อสันนิษฐานซึ่งปรากฏจากสภาพปกติธรรมดาของเหตุการณ์ ที่ได้ถูกบัญญัติเพิ่มเติมไว้ในป.วิ.พ.มาตรา 84/1 มาใช้ก็ตาม แต่โดยสภาพของคดีอาญาน่าจะใช้ข้อสันนิษฐานดังกล่าวให้เป็นโทษแก่จำเลยไม่ได้<sup>51</sup> เพราะในคดีอาญา มาตรา 227 ได้กำหนดมาตรฐานการพิสูจน์ในคดีอาญาไว้ว่า

<sup>51</sup> ธานี สิงหนาท, คู่มือการศึกษาพยานหลักฐานคดีแพ่งและคดีอาญา, พิมพ์ครั้งที่ 6(กรุงเทพฯ:พบลิตซ์, 2551), หน้า 273.



ศาลจะลงโทษจำเลยได้ก็ต่อเมื่อ โจทก์ต้องนำพยานหลักฐานมาสืบให้เห็น โดยปราศจากเหตุอันควรสงสัยว่าจำเลยเป็นผู้กระทำผิด แต่อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนเห็นว่า ประเทศไทยควรบัญญัติให้ฐานความผิดนี้มีข้อสันนิษฐานข้อเท็จจริงบางประการไว้เป็นคุณแก่โจทก์ ซึ่งโจทก์ย่อมได้รับประโยชน์จากข้อสันนิษฐานนั้น เพียงแต่โจทก์นำสืบให้เข้าข้อเท็จจริงที่เป็นเงื่อนไขแห่งข้อสันนิษฐานเสียก่อน ถ้าโจทก์นำสืบได้แล้วภาระการพิสูจน์จะตกแก่จำเลยที่จะต้องนำสืบหักล้างข้อสันนิษฐานตามกฎหมาย เป็นการผลักภาระการพิสูจน์ไปยังจำเลยซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งบทบัญญัติที่มีโทษทางอาญาได้บัญญัติลักษณะนี้ไว้หลายกรณี เช่น ป.อ.มาตรา 211<sup>52</sup> โดยอาชญากรรมที่บัญญัติให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพ มีความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน เว้นแต่ผู้นั้น จะแสดงว่า ตนไม่มีเจตนากระทำผิดนั้น

แต่อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนยังมีความเห็นอีกว่า การที่จะลงโทษแพทย์ในทางอาญานั้น ศาลควรวางหลักให้ลงโทษเฉพาะกรณีที่บุคลากรทางการแพทย์กระทำการด้วยเจตนาประสงค์ต่อทรัพย์สินอย่างชัดเจน เพราะแพทย์ก็เป็นมนุษย์ซึ่งสามารถผิดพลาดได้เป็นธรรมดา หากลงโทษความผิดพลาดของแพทย์ในทุกกรณี จะเกิดผลเสียแก่ระบบประกันสุขภาพ เพราะต่อไป จะไม่มีสถานพยาบาลใดกล้าเข้าร่วมโครงการ และคนจะเลือกประกอบวิชาชีพทางการแพทย์น้อยลง

ความผิดฐาน Obstruction of criminal investigations of health care offenses (18 U.S.C. 1518) กำหนดให้ผู้ตั้งใจป้องกัน ชัดขวาง ทำให้หลงผิด หรือทำให้ล่าช้า หรือพยายามป้องกัน ชัดขวาง ทำให้หลงผิดในการสื่อสารข้อมูล หรือบันทึกเกี่ยวกับการกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลกลางต่อการสอบสวนคดีอาญา จะมีโทษปรับหรือจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 1518 ใน title 18 นี้ กำหนดให้การขัดขวางการสอบสวนคดีอาญาที่เป็นความผิดต่อระบบประกันสุขภาพเป็นความผิด ซึ่งการขัดขวางนี้ หมายถึงการกระทำทุกรูปแบบ ที่ทำให้กระบวนการสอบสวนคดีเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพไม่ราบรื่น ไม่สะดวก เมื่อพิจารณากฎหมายที่มีโทษทางอาญาของไทยทั้งในพ.ร.บ.ที่เกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพต่างๆ พบว่า มีการบัญญัติให้ผู้ขัดคำสั่งหรือขัดขวางการกระทำความอันาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานในระบบประกันสุขภาพนั้นมีความผิด แต่การขัดขวางที่กำหนดเป็นความผิดนี้ มักเป็นกรณีที่เจ้าพนักงานตรวจมาตรฐานของระบบประกันสุขภาพ ดังนั้น การกำหนดดังกล่าวเป็นเพียงการอำนวยความสะดวกแก่เจ้าพนักงานในการปฏิบัติหน้าที่ เพื่อควบคุมมาตรฐานของระบบประกันสุขภาพเท่านั้น แต่มาตรา

<sup>52</sup> ป.อ. มาตรา 211 บัญญัติว่า ผู้ใดประทุษร้ายในที่ประชุมอัยย์หรือช่องโจร ผู้นั้นกระทำความผิดฐานเป็นอัยย์หรือช่องโจร เว้นแต่ผู้นั้นจะแสดงได้ว่า ได้ประชุมโดยไม่รู้ว่าเป็นการประชุมของอัยย์หรือช่องโจร

1518 นี้ เป็นกรณีกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพในทุกรูปแบบที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้น ผู้เขียนเห็นว่า การมีกฎหมายลักษณะดังกล่าวจะทำให้การสอบสวนคดีอาญาดำเนินไปได้ด้วยดี แต่อย่างไรก็ตาม ในขณะนี้ ประเทศไทยกำลังพิจารณาถึงความเหมาะสมในการมีความผิดฐานขัดขวางกระบวนการยุติธรรม ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกัน หากกฎหมายฐานดังกล่าวออกมาเป็นฐานความผิดจริง อาจไม่จำเป็นต้องบัญญัติกฎหมายดังกล่าวมาตรา 1518 นี้ก็ได้

ส่วนในกลุ่มมาตราที่จะเป็นฐานความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลกลางเมื่อกระทำการตามมาตราดังกล่าวต่อระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลกลางนั้น ผู้เขียนเห็นว่า ไทยควรกำหนดให้มีบทบัญญัติในลักษณะดังกล่าวไว้ในค่านิยมให้ชัดเจนด้วยเช่นกัน เพื่อใช้ในการอุดช่องว่างของกฎหมาย

#### 4.2 บทบัญญัติทางแพ่งกับการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ

การกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ก่อให้เกิดความเสียหายหลายฝ่าย ในส่วนนี้จะทำพิจารณาว่า ในปัจจุบัน หากเกิดการกระทำความผิดในรูปแบบต่างๆขึ้นจริง มีบทบัญญัติในทางแพ่งอะไรบ้าง ที่สามารถคุ้มครองผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการกระทำผิดดังกล่าว ซึ่งในที่นี้เห็นว่า มีบทบัญญัติในทางแพ่งดังต่อไปนี้ ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดดังกล่าว ได้แก่

##### 4.2.1 บทบัญญัติละเมิดในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

กฎหมายลักษณะละเมิด เป็นหลักเกณฑ์ในเรื่องความรับผิดทางแพ่ง ในป.พ.พ. ซึ่งหลักทั่วไปอยู่ในมาตรา 420 ซึ่งบัญญัติว่า “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย ให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

นอกจากนี้ บุคคลอาจต้องรับผิดในการทำละเมิดของบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับตนด้วย หากตนเป็นนายจ้าง (มาตรา 425-426) ตัวการ(มาตรา 427) หรือผู้ว่าจ้าง (มาตรา 428) ดังนั้น ความรับผิดตามในทางละเมิด จึงอาจแบ่งความรับผิดเป็น

1. ความรับผิดในการกระทำของตนเอง
2. ความรับผิดในการกระทำของผู้อื่น

บุคคลจะต้องมีความรับผิดในการละเมิดหรือไม่นั้น จะต้องพิจารณาตามหลักเกณฑ์ใน

มาตรา 420 ว่าจะต้องเข้าหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. มีการกระทำโดยผิดกฎหมาย ซึ่งการกระทำตามมาตรา 420 นี้ รวมทั้งการงดเว้นการกระทำแล้วเกิดความเสียหายด้วย ซึ่งการกระทำที่ผู้นั้นได้กระทำลงไปได้ทำไปโดยไม่มีอำนาจตามกฎหมาย อาจเป็นการทำผิดกฎหมายอาญาก็ได้

นอกจากนี้ การกระทำโดยผิดกฎหมายยังหมายความรวมถึงการกระทำผิดหน้าที่อีกด้วย ซึ่งหมายความว่าแม้ไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้โดยตรง แต่ถ้าการกระทำนั้นเป็นการกระทำผิดต่อหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติ แต่ละเลยไม่ปฏิบัติหรือผิดหน้าที่ที่ตนต้องทำแล้ว ก็ถือเป็นการผิดกฎหมายเช่นเดียวกัน

2. การกระทำนั้นเป็นการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ซึ่งการกระทำ”โดยจงใจ” ได้แก่ การกระทำโดยรู้สำนึกถึงความเสียหายที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำของตนเอง โดยไม่ต้องพิจารณาว่าผู้กระทำได้คาดการณ์ว่าความเสียหายจะมากน้อยหรือไม่ก็ตาม ส่วนการกระทำ”โดยประมาทเลินเล่อ” ได้แก่ การกระทำโดยรู้สำนึก แต่มิได้รู้ถึงว่าจะมีความเสียหายเกิดขึ้น เพียงแต่ผู้กระทำได้กระทำโดยไม่ใช้ความระมัดระวังอันสมควรเช่น “วิญญูชน” จะต้องมี ความระมัดระวัง เช่นนั้นตามวิสัยและพฤติการณ์

3. การกระทำดังกล่าว ต้องเกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น ซึ่งอาจเป็นความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย ทรัพย์สิน เกียรติยศของผู้อื่นด้วย และความเสียหายนี้ต้องแน่นอน พอที่จะเป็นเหตุให้มีการชดใช้ทดแทนกันได้ มิใช่เป็นความเสียหายที่คาดหมายว่าจะเกิดหรือน่าจะเกิด

4. ความเสียหายนั้นจะต้องเป็นผลอันเกิดจากการกระทำของผู้ละเมิด คือพิจารณาว่าความเสียหายนั้นเกิดจากการกระทำของผู้ละเมิดหรือไม่ ซึ่งต้องพิจารณาจากหลักเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผล”

ผลของการทำละเมิด ผู้ทำละเมิดย่อมต้องรับผิดชอบในเรื่องค่าสินไหมทดแทนเพื่อการละเมิด ซึ่งค่าสินไหมทดแทนมี 2 กรณี

1. การคืนทรัพย์สินหรือใช้ราคา
2. การใช้ค่าเสียหาย ซึ่งป.พ.พ.ได้กำหนดไว้เป็นพิเศษในกรณีทำให้เขาถึงตาย(มาตรา 443) กรณีทำให้ผู้อื่นเสียหายแก่ร่างกายหรืออนามัย(มาตรา 444)กรณีความเสียหายแก่เสรีภาพ(มาตรา 445 และมาตรา446) กรณีความเสียหายแก่ชื่อเสียง(มาตรา 447)

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว หากนำมาพิจารณาเปรียบเทียบกับกรกระทำความคิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ จะเห็นได้ว่า การกระทำความคิดดังกล่าว เป็นการละเมิดสิทธิของผู้อื่น ได้แก่

- กรณีผู้กระทำมุ่งหวังผลประโยชน์จากประกันสุขภาพ กระทำการโดยประมาท เช่น ไม่ให้บริการการรักษาที่จำเป็น หรือประวิงการรักษา โดยให้ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิโครงการประกันสุขภาพรับภาระความเสี่ยงในผลของการกระทำดังกล่าวเพื่อให้ตนได้ประโยชน์ในทางทรัพย์สิน

เพราะฉะนั้น หากการกระทำดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายหรืออาการหนักขึ้น ก็เป็นการกระทำโดยประมาทเลินเล่อ ทำต่อผู้ป่วยโดยผิดกฎหมาย ให้เขาเสียหายแก่ชีวิตร่างกาย หรืออนามัย บุคลากรทางการแพทย์อาจต้องรับผิดชอบละเมิดทำให้เสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย หรืออนามัย

- กรณีความเสียหายแก่เสรีภาพ เช่น แพทย์ให้ผู้มีสิทธิในโครงการรักษาพยาบาลข้าราชการหรือประกันภัยเอกชนให้อนพักรักษาตัวนานเกินจำเป็น ทำให้เป็นที่เสื่อมเสียเสรีภาพ เรียกค่าเสียหายตามมาตรา 445 และมาตรา 446 ได้

- กรณีกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพในทุกรูปแบบที่เป็นการไม่ชอบ ทำให้ทรัพย์สินของระบบประกันสุขภาพเสียหาย นอกจากผู้ให้บริการแล้ว ผู้มีสิทธิหรือบุคคลภายนอกผู้กระทำผิดก็เป็นการละเมิดต่อทรัพย์สินด้วย

นอกจากนี้ หากบุคลากรทางการแพทย์เป็นลูกจ้างของโรงพยาบาล โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบในผลแห่งละเมิดซึ่งลูกจ้างได้กระทำไปในทางการที่จ้างนั้นตามมาตรา 425

#### 4.2.2 พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539

กฎหมายฉบับนี้ ออกมาเพื่อให้ประชาชนผู้เสียหายเรียกค่าสินไหมทดแทนจากหน่วยงานของรัฐได้โดยตรง หากได้รับความเสียหายจากการกระทำละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ของรัฐ และเมื่อหน่วยงานของรัฐชดใช้ค่าสินไหมทดแทนแล้ว กฎหมายฉบับนี้ให้สิทธิที่จะเรียกร้องเอาจากเจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดได้ โดยมีการกำหนดอายุความสิทธิเรียกร้องไว้แตกต่างจากละเมิดทั่วไป ซึ่งในส่วนกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพนี้ เกี่ยวข้องกับพ.ร.บ.ฉบับนี้ ในกรณีที่ บุคลากรทางการแพทย์ที่กระทำละเมิดต่อผู้ป่วยนั้นปฏิบัติหน้าที่อยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ บุคลากรทางการแพทย์ดังกล่าว จึงเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือลูกจ้างตามความหมายของคำว่า “เจ้าหน้าที่” ในมาตรา 4 ของพ.ร.บ.ฉบับนี้ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ดังกล่าว จึงได้รับความคุ้มครองตามพ.ร.บ.นี้ โดยจะใช้เมื่อการกระทำนั้นเป็นการกระทำโดยละเมิดตามป.พ.พ.มาตรา 420 โดยผู้เสียหายต้องฟ้องหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบ โรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งก็คือกระทรวงสาธารณสุข

จะเห็นได้ว่า พ.ร.บ.ฉบับนี้ มีผลให้ความรับผิดทางละเมิดของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนมีความแตกต่างกัน โดยหากเป็นบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ จะได้รับความคุ้มครองมิให้ถูกฟ้องเป็นคดี และไม่ต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้กับผู้ได้รับความเสียหายโดยตรง แต่อาจต้องชดใช้ในกรณีเป็นการกระทำโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเท่านั้น ถ้าเป็นการประมาทเลินเล่อธรรมดาไม่ตกอยู่ในบังคับที่ต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนคืนแก่หน่วยงานของรัฐแต่อย่างใด แต่บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนไม่ได้

รับการคุ้มครองในลักษณะดังกล่าว ทำให้ถูกฟ้องเป็นจำเลยในคดีละเมิดได้และหากศาลตัดสินว่ามีความผิด บุคลากรทางการแพทย์ดังกล่าวต้องใช้ค่าเสียหายอย่างเต็มจำนวนไม่ว่าจะกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อก็ตาม แม้สถานพยาบาลเอกชนอาจต้องรับผิดชอบร่วมด้วยตามมาตรา 425 ในฐานะนายจ้าง แต่อย่างไรก็ตาม สถานพยาบาลก็ชอบที่ได้รับการชดเชยเต็มจำนวนจากบุคลากรทางการแพทย์ผู้เป็นลูกจ้าง ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 426

#### 4.2.3 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522

เป็นกฎหมายที่ออกมาเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งกฎหมายฉบับดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับ ความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากการบริการทางด้านสุขภาพนั้น เป็นบริการประเภทหนึ่งซึ่งมีรายละเอียดทางการแพทย์สูง ผู้เข้ารับบริการในฐานะผู้บริโภคไม่สามารถกำหนดการรักษาตามที่ต้องการได้ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับการบริโภคสินค้า หรือบริการประเภทอื่น ที่ผู้บริโภคมีอำนาจในการตัดสินใจในการเลือกบริโภคได้ เมื่อการกำหนดอุปสงค์ทั้งชนิดและปริมาณทางด้านบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการทางการแพทย์ อาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้บริการเกินจำเป็นกว่าข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ซึ่งเรียกว่า supplier generated demand ผู้รับบริการจะเป็นผู้เสียเปรียบที่สุด<sup>53</sup> ซึ่งกฎหมายฉบับนี้ ได้กำหนดสิทธิของผู้บริโภคไว้ได้แก่

1. สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร รวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้อง และเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ
2. สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ
3. สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ
4. สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย

คำว่า “ผู้บริโภค” หมายความว่า ผู้ซื้อหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบธุรกิจหรือผู้ซึ่งได้รับการเสนอหรือการชักชวนจากผู้ประกอบธุรกิจเพื่อให้ซื้อสินค้าหรือรับบริการ และหมายความรวมถึงผู้ใช้สินค้าหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบธุรกิจโดยชอบ แม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม”

คำว่า “บริการ” หมายความว่า การรับจัดทำกรงาน การให้สิทธิใดๆ หรือการให้ใช้หรือให้ประโยชน์ในทรัพย์สินหรือกิจการใดๆ โดยเรียกค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่นแต่ไม่รวมถึงการจ้างแรงงานตามกฎหมายแรงงาน

<sup>53</sup> ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์ , กฎหมายสาธารณสุข, พิมพ์ครั้งที่ 1,(กรุงเทพฯ:2542), หน้า 403.



ส่วนคำว่า “ผู้ประกอบการธุรกิจ” หมายความว่า ผู้ขาย ผู้ผลิตเพื่อขาย ผู้ส่งหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อขายหรือผู้ซื้อเพื่อขายต่อซึ่งสินค้า หรือผู้ให้บริการ และหมายความรวมถึงผู้ประกอบการกิจการโฆษณาด้วย

จากบทนิยามข้างต้น อาจถือได้ว่า กิจการสถานพยาบาลเป็นการรับจัดทำกรงานอย่างหนึ่งก็ได้ ดังคำพิพากษาฎีกาที่ 287/2507 วินิจฉัยว่า กิจการของสถานพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ตั้งขึ้นเพื่อรับพยาบาลผู้ป่วยเจ็บ และรับทำคลอด มีลักษณะเป็นการจ้างทำของ หรืออาจเข้ากับข้อความที่ว่า “กิจการใดๆ โดยเรียกค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่น” ก็ได้ ซึ่งอยู่ในนิยามของคำว่า “บริการ” และผู้รับบริการดังกล่าว ย่อมเป็นผู้บริโภคตามความหมายของกฎหมาย อันจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายฉบับนี้

ในปัจจุบัน ได้มีการออกพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 โดยกฎหมายฉบับดังกล่าว มีสาระสำคัญคือ

1. ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจากสินค้าหรือบริการใดก็ตาม สามารถไปฟ้องศาลผู้บริโภคได้ด้วยวาจา โดยไม่ต้องจ่ายเงินจ้างทนายความ แต่จะมีเจ้าพนักงานคดีของศาลเป็นผู้ช่วยเขียนเรียบเรียงคำฟ้องไว้ให้ ทั้งเมื่อฟ้องไปแล้วหากคำฟ้องไม่ถูกต้อง ศาลอาจสั่งให้แก้ไข ให้ถูกต้องชัดเจนได้

2. ผู้บริโภคได้รับการยกเว้นไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมศาล ยกเว้นผู้บริโภคฟ้องไม่มีเหตุผลอันสมควร หรือเรียกค่าเสียหายเกินสมควร ศาลอาจสั่งให้บุคคลนั้น ชำระค่าฤชาธรรมเนียมได้

3. อายุความในการฟ้องร้องในกรณีที่มีความเสียหายเกิดขึ้นต่อชีวิต ร่างกาย หรือสุขภาพอนามัยจากการบริโภค สินค้าหรือบริการสามารถใช้สิทธิเรียกร้องภายใน 3 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหาย และรู้ตัวผู้ประกอบการธุรกิจที่ต้องรับผิดชอบ แต่ไม่เกิน 10 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหาย

4. หากผู้ประกอบการธุรกิจจะฟ้องผู้บริโภคบ้าง ต้องฟ้องที่ศาลผู้บริโภค ที่ผู้บริโภคมีภูมิลำเนา ซึ่งถ้าผู้บริโภคจะฟ้องผู้ประกอบการธุรกิจ ที่มีสำนักงานใหญ่อยู่กรุงเทพฯ แต่มีตัวแทนขายสินค้าหรือบริการอยู่จังหวัดที่ผู้บริโภคอาศัยอยู่ ผู้บริโภคสามารถฟ้องต่อศาลจังหวัดที่ ผู้บริโภคมีภูมิลำเนา ทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปศาลได้มาก อันเป็นการช่วยผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหาย

5. ภาระการพิสูจน์ในศาลเกี่ยวกับการผลิตการประกอบการ ออกแบบหรือส่วนผสม ของสินค้า การให้บริการ หรือดำเนินการใด ๆ ซึ่งศาลเห็นว่าข้อเท็จจริงดังกล่าว อยู่ในความรู้เห็น ของผู้ประกอบการธุรกิจก็ให้ผู้ประกอบการธุรกิจนำสืบให้ศาลเห็น ทำให้ง่ายต่อผู้บริโภคเพียงแต่ พิสูจน์ว่าตนเองได้รับความเสียหายจริง จากการใช้สินค้าหรือบริการนั้นเท่านั้น

จากสาระสำคัญดังกล่าว พิจารณาได้ว่า กฎหมายฉบับนี้เป็นการคุ้มครองผู้บริโภคมากกว่าเดิม แต่อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนเห็นว่า จะเป็นการเอื้อให้มีการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น ดังนั้น ควรมีการคุ้มครองบุคลากรทางการแพทย์เหล่านั้น โดยอาจให้ลงโทษเฉพาะกรณีประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ไม่เช่นนั้น จะส่งผลเสียต่อระบบสุขภาพของไทย ดังที่ผู้เขียน ได้เคยวิเคราะห์ในส่วนบทบัญญัติทางอาญาแล้ว

นอกจากพระราชบัญญัติดังกล่าว ยังมีกฎหมายอีกฉบับหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคเช่นเดียวกัน นั่นคือ “พระราชบัญญัติความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551” ซึ่งมีผลใช้บังคับ เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 โดยพ.ร.บ.ฉบับดังกล่าว ได้ถูกตราขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้บริโภคโดยทั่วไป ได้รับการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริโภคสินค้าที่ผู้ประกอบการผลิต หรือนำเข้า และนำออกวางจำหน่ายในท้องตลาดเป็นการทั่วไป ซึ่งหลักการของกฎหมายฉบับนี้อยู่ที่ว่า ผู้ประกอบการต้องรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ไม่ว่าผู้ประกอบการจะจงใจ หรือประมาทเลินเล่อในการก่อให้เกิดความเสียหายนั้นหรือไม่ก็ตาม ซึ่งหลักการดังกล่าว เป็นหลักความรับผิดโดยเคร่งครัด (strict liability) โดยในการฟ้องคดี นอกจากผู้ได้รับความเสียหายจะดำเนินการฟ้องคดีต่อผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้องได้ด้วยตัวเองตามหลักทั่วไปแล้ว พ.ร.บ.ฉบับนี้ยังได้กำหนดให้บุคคลอื่นซึ่งได้แก่ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สมาคม และมูลนิธิที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคให้การรับรองตามพ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค สามารถดำเนินการฟ้องคดีเรียกค่าเสียหายแทนผู้เสียหายได้อีกด้วย<sup>54</sup>

ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากพ.ร.บ.ฉบับดังกล่าวคือ แพทย์สถานมีความกังวลว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล จะเข้าข่ายเป็นผู้ผลิต เพราะมีการปรุงยาสำหรับใช้ให้กับคนไข้ หรือมีการแบ่งจ่ายยาเป็นซองให้กับผู้ป่วย ซึ่งความกังวลในประเด็นปัญหาดังกล่าว นำไปสู่การเสนอให้ออกกฎกระทรวง ให้สินค้า 4 ชนิด ได้แก่ ยา เครื่องมือแพทย์ สารเสพติด และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้รับการยกเว้นจากการเป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัยนั้น

เมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่า ตามมาตรา 4 ของพ.ร.บ.ฉบับดังกล่าว ได้ให้คำนิยามคำว่า “สินค้า” หมายความว่า สังกหามิตรย์ทุกชนิดที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อขาย รวมทั้งผลิตผลเกษตรกรรม และให้หมายความรวมถึงกระแสไฟฟ้า ยกเว้นสินค้าตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

“ผลิต” หมายความว่า ทำ ผสม ปรุง แต่ง ประกอบ ประดิษฐ์ แปรสภาพ เปลี่ยนรูป ดัดแปลง คัดเลือก แบ่งบรรจุ แห่เยือกแข็ง หรือฉายรังสี รวมถึงการกระทำใดๆ ที่มีลักษณะทำนองเดียวกัน

<sup>54</sup> พ.ร.บ.ความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 มาตรา 10

“สินค้าที่ไม่ปลอดภัย” หมายความว่า สินค้าที่ก่อหรืออาจก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นได้ไม่ว่าจะเป็นเพราะเหตุจากความบกพร่องในการผลิตหรือการออกแบบ หรือไม่ได้กำหนดวิธีใช้วิธีเก็บรักษา คำเตือน หรือข้อมูลเกี่ยวกับสินค้า หรือกำหนดไว้แต่ไม่ถูกต้องหรือไม่ชัดเจนตามสมควร ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงสภาพของสินค้า รวมทั้งลักษณะการใช้งานและการเก็บรักษาตามปกติธรรมดาของสินค้าอันพึงคาดหมายได้

ผู้ประกอบการ” หมายความว่า

(๑) ผู้ผลิต หรือผู้ว่าจ้างให้ผลิต

(๒) ผู้นำเข้า

(๓) ผู้ขายสินค้าที่ไม่สามารถระบุตัวผู้ผลิต ผู้ว่าจ้างให้ผลิต หรือผู้นำเข้าได้

(๔) ผู้ซึ่งใช้ชื่อ ชื่อทางการค้า เครื่องหมายการค้า เครื่องหมาย ข้อความหรือแสดงด้วยวิธีใดๆ อันมีลักษณะที่จะทำให้เกิดความเข้าใจได้ว่าเป็นผู้ผลิต ผู้ว่าจ้างให้ผลิตหรือผู้นำเข้า

จะเห็นว่า พระราชบัญญัติความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ.2551 คุ้มครอง สินค้าที่มีรูปร่างที่ผลิตเพื่อขาย ไม่ครอบคลุมการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งมีได้ผลิตสินค้าขาย ดังนั้น กฎหมายนี้จึงไม่กระทบต่อผู้ให้บริการสาธารณสุข เพราะผู้ให้บริการสาธารณสุขทำหน้าที่ในการประกอบวิชาชีพตามกฎหมายวิชาชีพของตน มิได้มาผลิตสินค้าขาย ความรับผิดชอบตามกฎหมายนี้จึงอยู่ที่ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้า ผู้ประกอบวิชาชีพเพียงชื่อว่า ผู้ผลิตใดขายสินค้าที่ไม่ปลอดภัย เพื่อให้ผู้บริโภคตามไปฟ้องได้<sup>55</sup> ดังนั้น การที่แพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องผสมยาเพื่อฉีดให้กับผู้ป่วย ตลอดจนการส่งจ่ายยา หรือแบ่งบรรจุยาเพื่อรักษาโรคและความเจ็บป่วย จึงไม่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้กลายเป็นผู้ผลิตอันจะต้องรับผิดชอบตามพ.ร.บ. ฉบับดังกล่าวนี้แต่อย่างใด ดังนั้น กฎกระทรวงฉบับดังกล่าว จึงไม่มีความจำเป็น

#### 4.2.4 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พ.ร.บ.ฉบับนี้ ได้กำหนดให้มีกองทุนชดเชยความเสียหายเบื้องต้นไว้ใน มาตรา 41 เป็นเงินช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการหากได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยมีได้เป็นความเสียหายที่เกิดขึ้นตามพยาธิของโรคหรือเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการวินิจฉัยตามปกติ

<sup>55</sup> วรณา ศรีวิริยานุกาพ , 10 ข้อสังเกต กรณีการออกกฎกระทรวงยกเว้น “ยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผลิตโดยผู้ให้บริการสาธารณสุข” มิใช่ “สินค้า” ตาม พ.ร.บ.ความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 [Online]. แหล่งที่มา : [www.prachathai.com](http://www.prachathai.com)[11 มีนาคม 2552]

หรือรักษาโรคตามมาตรฐาน<sup>56</sup> โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร โดยเจตนาของมาตราดังกล่าวมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับบริการได้รับเงินชดเชยความเสียหาย เป็นการเยียวยาในเบื้องต้น การจ่ายเงินดังกล่าวมิใช่เป็นความรับผิดชอบในเรื่องละเมิดตามหลักเกณฑ์ในกฎหมายแพ่ง แต่เป็นการจ่ายเงินกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ระบบนี้เป็นระบบที่มีแนวคิดการชดเชยให้ผู้เสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (no-fault liability) ซึ่งเข้ามาแทนที่ระบบการฟ้องร้องกล่าวโทษบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้รับบริการได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ไม่ต้องเสียเวลานานจากการฟ้องร้อง และยังเป็นกรณีลดปริมาณคดีที่เข้าสู่ศาล ซึ่งในปัจจุบัน ระบบนี้ครอบคลุมแค่ผู้รับบริการ โครงการสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ครอบคลุมถึงระบบประกันสุขภาพโครงการอื่น

ผู้เขียนเห็นว่า การที่จ่ายค่าเสียหายไปโดยมิต้องมีการพิสูจน์ความผิดก่อน อาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ความระมัดระวังในการให้บริการน้อยลง โดยหวังผลประโยชน์จากการกระทำผิดมากขึ้น โดยให้ผู้รับบริการเสี่ยงภัยในผลของการกระทำ หากไม่เกิดผลใดๆผู้กระทำก็ได้รับประโยชน์ในทางทรัพย์สินจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่หากเกิดผลจากการกระทำดังกล่าว กองทุนชดเชยความเสียหายดังกล่าวก็จะจ่ายให้ทันทีโดยมิต้องพิสูจน์ความผิด ซึ่งจะเห็นจากแนวโน้มที่มีการตัดสินใจให้จ่ายเงินช่วยเหลือผู้เสียหายทุกราย กรณีที่คณะอนุกรรมการเห็นว่าเกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ

### 4.3 มาตรการทางปกครองกับการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ

#### 4.3.1 กรณีผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์

เมื่อเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์ตามกฎหมายแล้ว ย่อมต้องตกอยู่ภายใต้บังคับแห่งข้อบังคับของสภาวิชาชีพนั้นๆ โดยต้องปฏิบัติตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ซึ่งจากการศึกษา พบว่ามีกฎหมาย สภาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ คือ

1. แพทย์ กฎหมายที่เกี่ยวข้องคือ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ซึ่งก่อตั้งแพทยสภาขึ้นเพื่อทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยมีอำนาจสอบสวนผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าประพฤติตนละเมิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ รวมทั้งลงโทษตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 39 ได้แก่

<sup>56</sup> ข้อบังคับสปสช.ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549

- ว่ากล่าวตักเตือน
- ภาคทัณฑ์
- พักใช้ใบอนุญาตมีกำหนดเวลาตามที่เห็นสมควรแต่ไม่เกินสองปี
- เพิกถอนใบอนุญาต

แต่อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่า แม้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมจะถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาตแล้วก็ตาม ก็ไม่ได้เป็นการถูกต้องโอกาสเด็ดขาดในการประกอบวิชาชีพ โดยผู้ถูกเพิกถอนใบอนุญาตดังกล่าว สามารถยื่นคำขอรับใบอนุญาตได้อีกเมื่อพ้นสองปีไปแล้วนับแต่วันที่ถูกลงโทษเพิกถอนใบอนุญาต

2. พยาบาล กฎหมายที่เกี่ยวข้องคือ พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ซึ่งก่อตั้งสภาการพยาบาลขึ้น เพื่อทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพให้อยู่ในกรอบของกฎหมายและจริยธรรม โดยมีอำนาจสอบสวนผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าประพฤติตนละเมิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพพร้อมทั้งลงโทษตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 41 ซึ่งวิธีการลงโทษเหมือนกับพ.ร.บ.วิชาชีพ พ.ศ. 2525

3. เภสัชกร กฎหมายที่เกี่ยวข้องคือพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 ซึ่งก่อตั้งสภาเภสัชกรรมขึ้นเพื่อทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพให้อยู่ในกรอบของกฎหมายและจริยธรรม โดยมีอำนาจสอบสวนผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าประพฤติตนละเมิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพพร้อมทั้งลงโทษตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 42 ซึ่งวิธีการลงโทษเหมือนกับพ.ร.บ.วิชาชีพ พ.ศ. 2525

4. ทันตแพทย์ กฎหมายที่เกี่ยวข้องคือพระราชบัญญัติ วิชาชีพทันตกรรมพ.ศ. 2537 ซึ่งก่อตั้งทันตแพทย์สภาขึ้นเพื่อทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพให้อยู่ในกรอบของกฎหมายและจริยธรรม โดยมีอำนาจสอบสวนผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าประพฤติตนละเมิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพพร้อมทั้งลงโทษตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 42 ซึ่งวิธีการลงโทษเหมือนกับพ.ร.บ.วิชาชีพ พ.ศ. 2525

5. เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ กฎหมายที่เกี่ยวข้องคือพระราชบัญญัติเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2547 ซึ่งก่อตั้งสภาเทคนิคการแพทย์ขึ้นเพื่อทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพให้อยู่ในกรอบของกฎหมายและจริยธรรม โดยมีอำนาจสอบสวนผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าประพฤติตนละเมิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพพร้อมทั้งลงโทษตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 42 ซึ่งวิธีการลงโทษเหมือนกับพ.ร.บ.วิชาชีพ พ.ศ. 2525

จากการพิจารณาข้อบังคับแห่งสภาวิชาชีพแต่ละประเภท พบว่า มีความครอบคลุมการกระทำความผิดของบุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากแท้จริงแล้วอย่างที่ได้อ้างอิงไปในข้างต้น ว่า การกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ เป็นกรณีที่บุคลากรที่ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ ไม่ปฏิบัติตามในกรอบจริยธรรมแห่งวิชาชีพ โดย



มุ่งหวังผลประโยชน์ในทางทรัพย์สินเป็นสำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้อื่น ในการสอบสวนผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าประพฤติตนละเมิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพนั้น สภาวิชาชีพเหล่านี้จะมีการตั้งคณะกรรมการมาทำการสอบสวน ซึ่งคณะกรรมการต้องเป็นสมาชิกของสภาวิชาชีพเหล่านั้นทั้งคณะ อาจเกิดกรณีลำเอียง ไม่เป็นธรรมในการวินิจฉัยได้ ผู้เขียนจึงเห็นว่า ควรเปิดโอกาสให้บุคคลภายนอกไม่ว่าจะเป็นนักกฎหมาย หรือนักวิชาการในสายที่เกี่ยวข้องต่างๆ เข้าร่วมเป็นกรรมการในการสอบสวน โดยบุคคลภายนอกนี้ ทำได้เพียงแต่ในการให้ความเห็นเพื่อการสอบสวน จะได้มาจากหลายมุมมอง และเป็นธรรม ปราศจากข้อกังขาของผู้เสียหาย ไม่ได้เป็นการแทรกแซงการควบคุมขององค์กรวิชาชีพต่างๆ เพราะท้ายที่สุดแล้วคำวินิจฉัยก็ยังคงเป็นสิทธิขาดขององค์กรวิชาชีพนั้นๆ อยู่ดี

#### 4.3.2 กรณีสถานพยาบาล

มาตรการทางปกครองนี้ จะเกิดในโครงการประกันสุขภาพของรัฐ ซึ่งมาตรการที่รุนแรงที่สุดคือการกันออกจากการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งจุดเริ่มของมาตรการนี้ จะเกิดเมื่อประชาชนร้องเรียนต่อหน่วยรับเรื่องร้องเรียนในแต่ละระบบประกันสุขภาพ ดังนั้น ในการพิจารณามาตรการทางปกครองกรณีสถานพยาบาล จะขอศึกษาไปพร้อมกับหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนในปัจจุบัน

##### (ก) โครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

ดูแลโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นระบบที่ดั่งขึ้นมา เพื่อเป็นกลไกในการเบิกจ่ายเงินตามสิทธิมากกว่าที่จะทำหน้าที่เป็นหน่วยงานผู้ให้บริการประกันสุขภาพจากสถานพยาบาลแทนข้าราชการ ดังนั้น กลไกการดำเนินงานจึงเน้นไปที่การดูแลตรวจสอบเรื่องการเบิกจ่ายเงิน โดยไม่มีกลไกในการควบคุมคุณภาพของบริการ หรือการจัดการกับปัญหาและการร้องเรียน ที่ผ่านมา ปัญหาเรื่องคุณภาพของบริการและการร้องเรียนอาจจะไม่ได้เป็นปัญหากับโครงการสวัสดิการข้าราชการเท่ากับโครงการอื่น เพราะโครงการนี้ ใช้กลไกการเก็บค่ารักษายาบาลแบบ fee for service ซึ่งทำให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจในการให้การรักษายาบาลแก่ข้าราชการและผู้มีสิทธิดีกว่าในระบบประกันสุขภาพอื่นๆ แต่กลไกดังกล่าว ก็ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะไม่มีปัญหาคุณภาพของการให้บริการ ในปัจจุบัน โครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ กำลังพยายามปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินของโครงการ ซึ่งทำให้กลไกการจ่ายเงินของโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีความคล้ายคลึงกับโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ มากขึ้น ให้มีเหตุผลที่

สมควรพัฒนาระบบการจัดการกับเรื่องร้องเรียนสำหรับโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ควบคู่ไปกับการปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินด้วย<sup>57</sup>

การที่กรมบัญชีกลาง ไม่มีระบบในการจัดการเรื่องร้องเรียน เมื่อมีการร้องเรียนเกิดขึ้นระหว่างผู้ที่มีสิทธิและสถานพยาบาลผู้ให้บริการ ในกรณีที่การรักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ควรได้รับ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 ได้ให้อำนาจกระทรวงการคลังในการดำเนินการ โดยแยกออกเป็น 2 กรณี คือ กรณีโรงพยาบาลเอกชน กระทรวงการคลังมีอำนาจแจ้งชื่อสถานพยาบาลนั้นๆ แก่ส่วนราชการต่างๆ เพื่อไม่ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลนั้นอีกต่อไป เว้นแต่กรณีที่ผู้ใช้สิทธิจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลนั้นเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน แต่ในทางปฏิบัติแล้ว มาตรการทำนองนี้ถูกนำมาใช้กับกรณีทุจริตในการเบิกจ่ายเงินเสียมากกว่า

หากเป็นกรณีสถานพยาบาลของรัฐ กรมบัญชีกลางไม่มีอำนาจที่จะดำเนินการใดๆ นอกจากส่งเรื่องร้องเรียนดังกล่าว ไปยังหน่วยงานต้นสังกัด ที่กำกับดูแลและสถานพยาบาลดังกล่าวโดยตรง

แต่อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาแล้ว จะเห็นได้ว่าผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพประเภทนี้อาจไม่ได้เป็นผู้รับผลกระทบจากการกระทำความผิด แต่ผู้ที่ได้รับผลโดยตรงก็คือตัวระบบเอง ที่จะต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากไปกับการกระทำความผิดในลักษณะดังกล่าว

#### (ข) โครงการประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน

ดำเนินการภายใต้พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 และ พ.ร.บ.เงินทดแทน พ.ศ. 2537 พรบ.ทั้งสองฉบับ ไม่ได้มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการร้องเรียน แต่โครงการประกันสังคมเป็นโครงการประกันสุขภาพโครงการแรกที่เริ่มมีระบบการรับเรื่องร้องเรียน โดยหากเป็นข้อร้องเรียนที่ต้องใช้ความเห็นทางการแพทย์ประกอบการพิจารณา ข้อร้องเรียนดังกล่าว ก็จะถูกเสนอที่ผ่านไปยัง”คณะกรรมการแพทย์”เพื่อดำเนินการสอบและตัดสิน และหากคณะกรรมการแพทย์ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่า สถานพยาบาลที่ถูกร้องเรียนเป็นฝ่ายผิดจริง ก็จะเสนอบทลงโทษสถานพยาบาลดังกล่าวด้วย ที่ผ่านมา ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการทางการแพทย์ ที่ตัดสินว่ากรณีการร้องเรียนเกิดจากความเข้าใจผิดของผู้ประกันตนมีจำนวนมากว่ากรณีที่คณะกรรมการทางการแพทย์วินิจฉัยว่าความ

<sup>57</sup> วิโรจน์ ฅ ระนอง, อัญชญา ฅ ระนอง และนิภา ศรีอนันต์, กลไกและกระบวนการจัดการกับเรื่องร้องเรียนของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 4 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2546-2547) ,(สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย,2548), หน้า 5.

ผิดพลาดเกิดจากฝ่ายสถานพยาบาลค่อนข้างมาก ( และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วด้วย) เมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่า ในการร้องเรียนนั้น จะมีการร้องเรียนใน 4 เรื่อง ได้แก่

1. เรื่องยา
2. มาตรฐานการรักษา เช่น ประสิทธิภาพในการรักษา รักษาไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการแพทย์
3. โรงพยาบาลเลือกปฏิบัติในการให้บริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคม
4. การบริการไม่ดี ไม่ดูแลเอาใจใส่ พูดยาไม่สุภาพ

สำนักงานประกันสังคมมีเครื่องมือหลักที่ใช้สำหรับลงโทษสถานพยาบาลที่ไม่ทำตามเงื่อนไข คือ โควตาจำนวนผู้ประกันตน ซึ่งใช้ทั้งในการลงโทษและจูงใจให้สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วย ทั้งนี้ โควตาจำนวนผู้ประกันตนเป็นตัวกำหนดรายได้พื้นฐานของสถานพยาบาลจากโครงการประกันสังคม การทำโทษจะเริ่มจากการว่ากล่าวตักเตือน การภาคทัณฑ์ โรงพยาบาล และแพทย์ผู้รักษา 1 ปี ตัดโควตาผู้ประกันตน/ ห้ามแพทย์ที่เกี่ยวข้องรักษาผู้ประกันตน/ ส่งเรื่องให้แพทย์สภาพิจารณาดำเนินการทางจริยธรรม ไปจนถึงเมื่อมีความผิดที่รุนแรง ก็จะเสนอให้คณะกรรมการการแพทย์พิจารณายกเลิกสัญญา ในช่วงปี 2541-44 มีสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับการต่อสัญญาแทบทุกปี แต่มีจำนวนลดลงในระหว่างปี 2543-44 และไม่มีการลงโทษสถานในปี 2545-46 ในขณะที่มีการลงโทษสถานพยาบาลโดยการลดศักยภาพจำนวนมากขึ้นในระหว่างปี 2543-44 และลดลงในปี 2545-46

#### (ค) โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ให้ความสำคัญและขยายช่องทางของการร้องเรียนเป็นอย่างมาก โดยคาดหวังว่า การเปิดช่องทางการร้องเรียน น่าจะมีส่วนช่วยในการควบคุมมาตรฐานการรักษาพยาบาล แต่ก็มีผลทำให้บุคลากรจำนวนมาก ไม่พอใจทั้งนโยบายการขยายช่องทางร้องเรียนและวิธีการจัดการกับการร้องเรียนของโครงการ รวมไปถึง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งบุคลากรจำนวนมากเชื่อว่า การมีมาตรา 41 และมาตรา 42 ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการร้องเรียนหรือฟ้องร้องมากขึ้น

เมื่อโครงการ 30 บาท เริ่มดำเนินการในปี 2544 ได้ตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลเรื่องราวร้องทุกข์โดยตรง คือ ศูนย์บริการประกันสุขภาพ ภายใต้สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข หลังจากที่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งกำหนดให้มีหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระจากหน่วยงานที่ให้บริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้มีการตั้ง "สำนักงานบริการประชาชน" ขึ้นมาทำหน้าที่รับเรื่องการร้องทุกข์ในส่วนกลางโดยตรง สำหรับการร้องเรียนจากส่วนภูมิภาค สปสช.ขอ

ความร่วมมือไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นเครือข่ายรับเรื่องร้องทุกข์ ซึ่งโดยโครงสร้างการบริหารงานอาจมีปัญหาผลประโยชน์ทับซ้อนในระดับหนึ่ง เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทหลักที่เป็นหัวหน้าของผู้ให้บริการ

เมื่อมีการร้องเรียนเกิดขึ้นในส่วนภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมักจะพยายามไกล่เกลี่ยก่อน ถ้าไม่ได้ข้อยุติในพื้นที่จึงจะส่งเรื่องต่อมาที่ส่วนกลาง ประชาชนสามารถสอบถามหรือร้องเรียนมายังสำนักบริการประชาชนที่ส่วนกลางโดยตรง ซึ่งสำนักบริการประชาชนจะทำหน้าที่ประสานไกล่เกลี่ยด้วย แต่ถ้าเป็นการร้องทุกข์เกี่ยวกับมาตรฐานการรักษาทางการแพทย์ สำนักพัฒนาคุณภาพบริการจะนำเรื่องไปดำเนินการตรวจสอบหาข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการสอบสวนที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานต่อไป ซึ่งในปี พ.ศ. 2545 และ 2546 มีจำนวนเรื่องร้องเรียนที่ร้องเรียนโดยตรงต่อสำนักบริการประชาชนเพิ่มขึ้นถึงหนึ่งเท่าตัว จาก 1,815 ราย เป็น 3,688 ราย ซึ่งจำนวนนี้ ยังไม่รวมเรื่องที่ถูกร้องเรียนไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ แสดงให้เห็นว่า ประชาชนได้รับความเสียหายหรือได้รับความไม่สะดวกจากการให้บริการ และมีความคิดที่จะร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวมากขึ้น

ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ในหมวดการกำกับ มาตรฐานหน่วยบริการกำหนดเอาไว้ว่า เมื่อตรวจพบหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการที่กำหนดไว้ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณาออกคำสั่ง และถ้าผลการสอบสวนระบุว่าหน่วยบริการนั้นๆ ดำเนินการไม่ถูกต้อง สามารถดำเนินการลงโทษตามระดับความรุนแรง ซึ่งจะเริ่มจากการออกหนังสือเตือน จ่ายค่าปรับ ไปจนถึงการสั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียน ตัวอย่างเช่น ถ้าเป็นการกระทำโดยไม่เจตนา ให้มีคำสั่งตักเตือนเป็นหนังสือ ในกรณีที่ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับ กรณีมีเจตนากระทำผิดให้หน่วยบริการนั้นๆ จ่ายค่าปรับตามที่กำหนด ถ้าหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิหรือเก็บเกินอัตราที่กำหนด จะถูกออกคำสั่งเป็นหนังสือ ให้คืนเงินพร้อมดอกเบี้ย และถ้าเป็นกรณีหน่วยบริการกระทำผิดร้ายแรง หรือเกิดซ้ำหลายครั้ง จะสั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียน นอกจากนี้ ยังต้องแจ้งต่อรัฐมนตรีเพื่อให้ดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหาร กรณีการกระทำผิดนั้นๆ เป็นหน่วยบริการของรัฐ และแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสอบสวนและวินิจัยชี้ขาด กล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข รวมทั้งให้มีการดำเนินการทางวินัยด้วย ถ้าเป็นเจ้าหน้าที่รัฐจากสถิติการร้องเรียน กลุ่มที่ถูกร้องเรียนมากเป็นเรื่องมาตรฐาน/ วิธีการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล และการถูกเรียกเก็บเงินจากสถานพยาบาล

กล่าวโดยสรุปแล้ว ประเทศไทยยังไม่มีการบัญญัติให้ความคิดที่เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพเป็นความผิดโดยเฉพาะเหมือนกับประเทศสหรัฐอเมริกา ทำให้ต้องใช้กฎหมายที่มีอยู่ซึ่งไม่มีความครอบคลุมรูปแบบในการกระทำความผิดของระบบประกันสุขภาพได้ในทุกรูปแบบ จึงเกิดช่องว่างของกฎหมายขึ้น ซึ่งผู้กระทำความผิดจะอาศัยช่องว่างดังกล่าว เป็นโอกาสในการกระทำความผิด นอกจากนี้ ไทยยังไม่มีองค์กร โดยเฉพาะที่ทำหน้าที่ดำเนินคดีเกี่ยวกับความผิดประเภทนี้ ดังนั้น การบังคับใช้กฎหมายของไทยกับการกระทำความผิดที่เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ในปัจจุบัน จึงยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 5

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

#### 5.1 บทสรุป

การดูแลรักษาโรคเมื่อมีความจำเป็นเกิดขึ้น เป็นเรื่องจำเป็นของมนุษย์ทุกคน ดังนั้น รัฐจึงจำเป็นต้องจัดให้มีบริการดูแลรักษาโรคแก่ประชาชน ระบบประกันสุขภาพเป็นระบบที่มีขึ้นเป็นหลักประกันแก่ประชาชนว่า หากเกิดการเจ็บป่วย จะได้รับการดูแลรักษาโดยปราศจากอุปสรรคทางการเงิน โดยระบบประกันสุขภาพจะเฉลี่ยความเสี่ยงในด้านภาระการเงินเมื่อเกิดการเจ็บป่วยของแต่ละคนไปยังคนหมู่มาก ซึ่งระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบ จะมีแหล่งที่มาของเงินต่างกัน ซึ่งหากเป็นระบบประกันสุขภาพของรัฐ แหล่งที่มาของเงินในระบบจะมาจากภาษีเป็นส่วนใหญ่ อาจมีมาจากผู้ประกันตนและนายจ้างบางส่วนในกรณีโครงการประกันสังคม ส่วนระบบประกันสุขภาพภาคเอกชน แหล่งที่มาของเงินในระบบมาจากเบี้ยประกันที่ผู้เอาประกันจ่ายให้แก่ผู้รับประกันตามอัตราที่ได้ตกลงกัน และในโครงการประกันสุขภาพแต่ละระบบ ผู้มีสิทธิก็มีสิทธิและหน้าที่แตกต่างกันไป ซึ่ง “สิทธิ” ในที่นี้คือชนิดของบริการสุขภาพที่ได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพ และมีสิทธิในการเลือกผู้ให้บริการ แต่ในขณะเดียวกัน ผู้มีสิทธิก็มีหน้าที่ในการจ่ายเงินสำรองและส่วนร่วมจ่าย เมื่อใช้บริการในระบบประกันสุขภาพบางประเภทเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ ระบบประกันสุขภาพแต่ละโครงการจะมีวิธีในการจ่ายค่าบริการให้แก่ผู้ให้บริการต่างกัน ซึ่งวิธีการจ่ายเงินนี้จะมีความสัมพันธ์กับการกระทำความคิดว่าจะมีรูปแบบเช่นใด ซึ่งเมื่อพิจารณาระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยแล้ว สามารถกล่าวโดยสรุปถึงวิธีการจ่ายเงินและรูปแบบการกระทำความคิดในระบบนั้นๆ ได้ดังต่อไปนี้

- 1.โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นระบบประกันสุขภาพที่ให้สวัสดิการค่ารักษายาบาลอย่างกว้างขวางที่สุด วิธีการจ่ายค่ารักษายาบาลแบ่งเป็นกรณีผู้ป่วยนอก ข้าราชการผู้มีสิทธิมีทางเลือกคือ ทดรองจ่ายค่ารักษายาบาลให้แก่โรงพยาบาลไปก่อน แล้วนำไปเสร็จไปเบิกจ่ายต่อหน่วยงานต้นสังกัดในภายหลัง หรือทำการลงทะเบียนให้สถานพยาบาลเบิกค่ารักษายาบาลกับทางราชการโดยตรง โดยทางราชการจะจ่ายค่าบริการแก่โรงพยาบาลตามรายการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บมา ส่วนในกรณีผู้ป่วยใน สถานพยาบาลจะทำการเบิกจ่ายจากทางราชการเองโดยตรง ซึ่งทางราชการจะจ่ายค่าบริการโดยใช้การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์(DRG) รูปแบบการกระทำความคิดของระบบประกันสุขภาพประเภทนี้ มักอยู่ในรูปแบบการให้บริการโดยไม่จำเป็น การเบิกจ่ายบริการที่ไม่ได้ให้บริการจริง และการปลอมแปลงหลักฐานเอกสารการเบิกจ่ายต่างๆ ซึ่งผู้กระทำความคิดสามารถเป็นได้ทั้งผู้ให้บริการ และผู้มีสิทธิ

2. โครงการประกันสังคม ให้การคุ้มครองลูกจ้างในภาคเอกชน มีวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อปี รูปแบบการกระทำความผิดจึงมักเป็นฝ่ายสถานพยาบาลผู้ให้บริการ ที่จะจำกัดปริมาณ และคุณภาพของบริการที่ให้แก่ผู้ประกันตน และมีการเบิกค่าบริการที่มีได้ให้บริการจริง ส่วนผู้มีสิทธิอาจทำความผิดได้ในกรณีขอรับสิทธิประโยชน์ในกรณีต่างๆ ซึ่งมักอยู่ในรูปแบบการปลอมเอกสาร ส่วนกองทุนเงินทดแทนมีการจ่ายค่าบริการตามรายการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ รูปแบบการกระทำความผิดจึงมีความคล้ายคลึงกับโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

3. กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ กำหนดให้เจ้าของรถทำประกันและบริษัทประกันภัยเอกชนจะเป็นผู้จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามจำนวนไม่เกินที่กำหนดไว้ในพ.ร.บ. ดังนั้น รูปแบบการกระทำความผิดมักเป็นกรณีบริษัทประกันพยายามบ่ายเบี่ยงในการจ่ายค่าสินไหมทดแทน เรียกเอกสารเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ทำให้ผู้เสียหายจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ซึ่งกฎหมายต้องการจะคุ้มครองต้องรับภาระในส่วนนี้เอง หรือตกเป็นภาระของโรงพยาบาลที่จะต้องสงเคราะห์ค่ารักษา

4. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนทั้งประเทศ โดยในปัจจุบัน ประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ได้รับการครอบคลุมจากโครงการ ผู้กระทำความผิดมักเป็นผู้ให้บริการ และเนื่องจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อปี รูปแบบการกระทำความผิดจึงมีความคล้ายคลึงกับโครงการประกันสังคม

5. ประกันสุขภาพเอกชน มักเป็นสัญญาแนบท้ายกรมธรรม์หลัก รูปแบบในการจ่ายเงินจะเป็นไปตามที่ตกลงกัน และเบี้ยประกันจะสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย ความเสี่ยงของผู้เอาประกันภัย และสิทธิประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับการคุ้มครองโดยกรมธรรม์ ผู้กระทำความผิดในระบบประกันสุขภาพเอกชนนี้ เป็นไปได้ทั้งฝ่ายผู้ให้บริการ ผู้เอาประกัน และตัวแทนประกันภัย ซึ่งผู้ให้บริการมักมีรูปแบบการกระทำความผิดเป็นการตกแต่งใบเสร็จ รักษาเกินความจำเป็น และร่วมมือกับผู้เอาประกันภัยทำการรับรองสุขภาพของผู้เอาประกันภัยไม่ตรงกับความจริง ส่วนผู้เอาประกันภัยมักกระทำความผิดในรูปแบบการรับการรักษา และพักรักษาตัวโดยไม่จำเป็น และตัวแทนประกันภัยมักกระทำความผิดในรูปแบบร่วมมือกับผู้เอาประกันภัยปกปิดการแถลงสุขภาพ

จากการศึกษารูปแบบในการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีรูปแบบการกระทำความผิดบางส่วนที่มีความคล้ายคลึงกับประเทศไทย โดยแต่เดิมได้ใช้บทบัญญัติที่มีอยู่ใน United States Code มาใช้บังคับตามลักษณะแห่งการกระทำความผิดไป โดยนำเอาการกระทำที่ได้กระทำมาพิจารณาว่าเป็นความผิดตามบทบัญญัติทางอาญาที่มีอยู่ในความผิดฐานใดบ้าง แต่ต่อมา รูปแบบการกระทำความผิดที่ความรุนแรงและมีความ

ซับซ้อน ทำให้ประเทศสหรัฐอเมริกาตระหนักถึงความสำคัญในการกระทำความคิดดังกล่าว จนมีการบัญญัติฐานความผิดที่เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพโดยเฉพาะอยู่ใน United States Code นั้นเอง ซึ่งการบัญญัติฐานความผิดเฉพาะหลายมาตรานั้น มีความครอบคลุมการกระทำความคิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพมาก เมื่อเทียบกับในประเทศไทยในกฎหมายเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพ ลักษณะการกระทำที่กฎหมายดังกล่าวลงโทษมักเป็นการกระทำที่ขัดต่อบทบัญญัติในกฎหมายดังกล่าว ที่กำหนดไว้เพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพนั้นๆ ดังนั้น จึงไม่ครอบคลุมถึงการกระทำความคิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพในบางรูปแบบ จึงต้องนำประมวลกฎหมายอาญามาใช้บังคับกับรูปแบบการกระทำความคิดเหล่านั้น แต่เมื่อพิจารณาแล้ว บทบัญญัติที่มีอยู่ในป.อ.ของไทยยังไม่มีครอบคลุมการกระทำความคิดประเภทนี้อย่างเพียงพอ โดยในแต่ละประเภทของความคิด มีช่องโหว่ ได้แก่

1. ความผิดเกี่ยวกับชีวิตร่างกาย มีมาตราที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความคิดประเภทนี้ คือมาตรา 291 มาตรา 300 และมาตรา 391 โดยเป็นการกระทำอันส่งผลต่อชีวิตร่างกายโดยประมาท ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้ว มาตราทั้ง 3 นี้ ครอบคลุมรูปแบบการกระทำความคิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพนี้แล้ว เพียงแต่มีปัญหาในด้านการบังคับใช้ เนื่องจากพิศุจน์ความผิดกรณีผู้กระทำเป็นบุคลากรทางการแพทย์ได้ยาก เนื่องจากฝ่ายโจทก์ซึ่งมีภาระการพิศุจน์มักไม่มีพยานผู้เชี่ยวชาญ ประกอบกับพยานหลักฐาน มักอยู่ที่สถานพยาบาลซึ่งเป็นผู้กระทำความผิด นอกจากนี้ ยังมีปัญหาความรับผิดชอบของนิติบุคคลที่เป็นผู้ออกนโยบายให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตาม เพราะการกระทำความคิดโดยประมาทไม่มีตัวการ ผู้ใช้ และผู้สนับสนุน และโทษที่ใช้บังคับก็น้อยหากเทียบกับต่างประเทศ

2. ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน มีความผิดที่น่ามาวิเคราะห์คือความผิดฐานยักยอก ตามมาตรา 352 และฐานฉ้อโกง ตามมาตรา 341 และมาตรา 343 ซึ่งความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินในประเทศไทยก็ยังไม่ครอบคลุมการกระทำความคิดรูปแบบต่างๆ ได้หมด โดยไม่เป็นความผิดฐานยักยอก เพราะระบบประกันสุขภาพทุกโครงการมิได้ทำการครอบครองทรัพย์สินที่เป็นของผู้อื่น หรือที่ผู้อื่นเป็นเจ้าของรวมอยู่ด้วย แล้วเบียดบังเอาทรัพย์สินนั้นเป็นของตนเองโดยทุจริต ในส่วนความผิดฐานฉ้อโกงนี้ แม้จะครอบคลุมรูปแบบการกระทำความคิดในกรณีโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โครงการประกันสุขภาพเอกชน หรือการขอรับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ของโครงการประกันสังคม เพราะเป็นการกระทำที่ได้มาซึ่งทรัพย์สินของผู้อื่น แต่ในโครงการประกันสังคม หรือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีวิธีการเบิกจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อไป แม้การกระทำจะมีลักษณะเป็นการฉ้อโกง แต่การกระทำดังกล่าวไม่ทำให้ได้ไปซึ่งทรัพย์สินของผู้อื่น เพราะเงินที่ผู้ให้บริการได้ประโยชน์ตกเป็นของผู้ให้บริการแล้ว ไม่ใช่เป็นเงินของระบบประกันสุขภาพ

นอกจากนี้การสับเปลี่ยนตัวผู้เอาประกันในการเข้ารับการรักษาพยาบาล หรือการปลอมป่วย ก็ไม่ใช่ความผิดฐานฉ้อโกง เพราะสิ่งที่ได้รับการกระทำความผิดคือบริการ ไม่ใช่ทรัพย์สิน

เมื่อพิจารณาแล้วยังพบอีกว่า รูปแบบการกระทำความผิดที่เป็นการฉ้อโกงตามกฎหมายไทยก็ไม่ใช่เป็นการฉ้อโกงประชาชน อันจะเป็นเหตุให้รับโทษหนักขึ้นตามป.อ.มาตรา 343 จึงต้องบังคับตามมาตรา 341 อันเป็นความผิดที่ยอมความกันได้ ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับการกระทำความผิดที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ และชีวิตร่างกายของประชาชน

3.ความผิดเกี่ยวกับเอกสาร เมื่อพิจารณาแล้ว พบว่า ยังไม่ครอบคลุมการกระทำความผิดในบางรูปแบบ เช่นกรณีสถานพยาบาลปลอมแปลงเอกสารใบเสร็จหรือการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นเพียงเอกสารเท็จเท่านั้น แต่ไม่มีความผิดฐานใดเลยในป.อ. เนื่องจากเป็นการกระทำโดยผู้มีอำนาจ มิได้ทำโดยให้ผู้อื่นเข้าใจว่าเป็นเอกสารบุคคลอื่น นอกจากนี้ ผู้มีสิทธิที่ยื่นเอกสารปลอมเพื่อขอรับค่ารักษาพยาบาลต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ก็ไม่มีความผิดฐานแจ้งให้เจ้าพนักงานจดข้อความอันเป็นเท็จในเอกสารราชการตามมาตรา 269 เนื่องจากการแจ้งให้จดข้อความอันเป็นเท็จ ไม่หมายความว่ารวมถึงผู้แจ้งจดข้อความยื่นต่อเจ้าพนักงานเอง

4.ความผิดฐานทอดทิ้งผู้ที่พึ่งตนเองไม่ได้ เกิดปัญหากรณีการกระทำของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ มีลักษณะเป็นการทอดทิ้งแล้ว แต่หากผู้ป่วยยังพึ่งตนเองได้ เช่นบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือการกระทำนั้นไม่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ผู้กระทำก็จะไม่มีความผิดฐานทอดทิ้งผู้ที่พึ่งตนเองไม่ได้ ตามมาตรา 307 และฐานไม่ช่วยเหลือผู้ตกอยู่ในอันตรายแห่งชีวิต ตามมาตรา 374

5.ความผิดต่อเสรีภาพ มีความครอบคลุมการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพในบางรูปแบบ เช่น แพทย์ให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น แต่ในทางปฏิบัติ มีการฟ้องด้วยความผิดฐานดังกล่าวค่อนข้างน้อย เว้นแต่จะฟ้องรวมกับความผิดฐานอื่นๆ

ส่วนการฟ้องร้องตามกฎหมายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ในทางปฏิบัติเกิดการฟ้องร้องไม่บ่อยครั้งนัก ส่วนใหญ่มักเป็นการฟ้องร้องทางแพ่งในกรณีเกิดผลกระทบต่อชีวิตร่างกาย แต่ไม่ค่อยมีการฟ้องร้องกรณีทำให้เกิดผลเสียหายแก่ทรัพย์สิน รวมทั้งการลงโทษตามมาตรการทางวิชาชีพก็มีไม่มากนัก เนื่องจากคณะกรรมการผู้ทำการสอบสวนก็มักเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเดียวกันกับผู้กระทำความผิด

## 5.2 ข้อเสนอแนะ

จากที่ได้กล่าวมาแล้วว่า การกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพได้ก่อความเสียหายเป็นอย่างมาก ทั้งต่อการเงินของระบบประกันสุขภาพเอง ต่อทรัพย์สินของประชาชนผู้ต้องเสียหายและเสียเปรียบประกัน ต่อชีวิตและร่างกายของผู้มีสิทธิที่เข้ารับบริการ และท้ายที่สุดแล้ว จะ



ส่งผลต่อความเชื่อมั่นของประชาชนในระบบประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ แต่เมื่อพิจารณาแล้ว กลับพบว่า เมื่อเกิดการกระทำความผิดดังกล่าว ประเทศไทยกลับไม่มีฐานความผิดที่กำหนดให้ความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพเป็นความผิดเฉพาะดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา จึงต้องใช้กฎหมายอาญาทั่วไปที่มีอยู่แล้ว ซึ่งองค์ประกอบความผิดไม่ชัดเจน และไม่ครอบคลุมกับลักษณะการกระทำความผิดต่อระบบประกันสุขภาพ ซึ่งผลดังกล่าว ทำให้การฟ้องร้องคดีเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพมีน้อยมาก เมื่อเทียบกับการกระทำผิดที่เกิดขึ้นจริง หรือมีการฟ้องแต่เอาผิดผู้กระทำไม่ได้ ทำให้มีผู้กระทำผิดดังกล่าวมากขึ้นทุกวัน ดังนั้น เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและปราบปรามผู้กระทำผิด ผู้เขียนขอเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ควรบัญญัติให้ความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพเป็นความผิดเฉพาะ ไว้ในประมวลกฎหมายอาญา โดยต้องมีการกำหนดคำนิยามของความผิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพให้ชัดเจน และมีการบัญญัติให้มีความครอบคลุมการกระทำผิดในทุกรูปแบบ ประกอบกับมีการกำหนดโทษที่เหมาะสม จึงจะเกิดประสิทธิภาพในการบังคับใช้\* ซึ่งผู้เขียนเห็นว่า ควรบัญญัติโดยใช้แนวคิดในลักษณะเดียวกับฐานความผิดเฉพาะของสหรัฐอเมริกา ได้แก่

1.1 ฐานความผิดซึ่งกำหนดให้การกระทำใดๆอันเป็นการใช้ทรัพย์สิน(ซึ่งรวมถึงเงิน) ในโครงการประกันสุขภาพ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนในทางที่ผิด หรือเป็นการใช้ทรัพย์สินดังกล่าวโดยผู้อื่นที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิเป็นความผิดอาญา เนื่องจากการใช้ทรัพย์สินในทางที่ผิด หรือการใช้โดยผู้ไม่มีสิทธินั้น สามารถลงโทษการกระทำได้ แม้ทรัพย์สินดังกล่าวจะไม่ใช่ทรัพย์สินของระบบประกันสุขภาพแล้ว เพราะเป็นการใช้ทรัพย์สินในทางที่ผิด ไปจากที่ระบบประกันสุขภาพกำหนดหลักเกณฑ์ไว้ ทำให้ครอบคลุมลักษณะในการกระทำผิดต่างๆที่ไม่เป็นความผิดฐานฉ้อโกง แต่ผู้เขียนยังเห็นว่า ควรเพิ่มโทษให้หนักขึ้นกรณีการกระทำความผิดดังกล่าว ส่งผลต่อร่างกาย หรือชีวิตของผู้ป่วย

1.2 ฐานความผิดซึ่งกำหนดให้การกระทำผิดที่มีลักษณะเป็นการฉ้อโกง หากกระทำต่อระบบประกันสุขภาพ ให้เป็นความผิดเฉพาะ พร้อมทั้งให้ผู้กระทำต้องรับโทษหนักขึ้นในกรณีการกระทำนั้นส่งผลต่อร่างกาย หรือชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งในการกำหนดฐานความผิดดังกล่าวนี้ ผู้เขียนเห็นว่า

---

\* แต่อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนเห็นว่า ศาลควรลงโทษบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะกรณีพิสูจน์เจตนาในการกระทำผิดได้อย่างชัดเจนเท่านั้น หากผลที่เกิดขึ้นเป็นเหตุสุดวิสัยหรือเป็นผลที่เกิดตามพยาธิสภาพของโรค ก็ไม่ควรให้บุคลากรทางการแพทย์เหล่านั้นต้องรับผิด เพราะอาจส่งผลให้คนไม่กล้าที่จะประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ หรือสถานพยาบาลไม่กล้าเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ เพราะกลัวถูกฟ้องร้องหากเกิดความผิดพลาด

นอกจากนี้ ในส่วนการกำหนดโทษ ควรกำหนดไว้แต่อัตราโทษขั้นสูงเพื่อให้ศาลสามารถใช้ดุลพินิจในการลงโทษได้ตามที่ศาลเห็นสมควร ตามระดับความร้ายแรงแห่งการกระทำ



หากเป็นการกระทำโดยสถานพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ การกระทำความผิดแม้จะเป็นการกระทำที่มีลักษณะเป็นการฉ้อโกง แต่รูปแบบในการกระทำนั้นมีความแตกต่างจากรูปแบบการฉ้อโกงอันเป็นความผิดต่อทรัพย์สินตามธรรมดา เนื่องจากฐานความผิดที่เกี่ยวกับทรัพย์สินโดยส่วนใหญ่แล้ว ความเสียหายจะเกิดต่อกรรมสิทธิ์หรือสิทธิครอบครองในทรัพย์สินเท่านั้นแต่ความผิดฐานฉ้อโกงประกันสุขภาพนี้ การกระทำความผิดนอกจากมุ่งหวังผลประโยชน์ในทางทรัพย์สินแล้ว อาจส่งผลโดยให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตหรือร่างกายจากการกระทำผิดดังกล่าวได้ ดังนั้น เป็นการยากที่จะพิสูจน์ว่า การให้บริการทางการแพทย์เช่นนั้น กระทำโดยมีเจตนาประสงค์ต่อทรัพย์สินหรือไม่ เพราะโดยหลักการการพิสูจน์ในคดีอาญา โจทก์มีภาระการพิสูจน์ให้ศาลเห็นโดยปราศจากข้อสงสัยว่า การให้บริการทางการแพทย์ดังกล่าว กระทำโดยไม่ได้มาตรฐาน ผิดไปจากแนวปฏิบัติปกติในการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งในการพิสูจน์ให้เห็นถึงข้อเท็จจริงดังกล่าว จำต้องอาศัยพยานผู้เชี่ยวชาญ ทำให้โจทก์เป็นฝ่ายเสียเปรียบ นอกจากนี้ พยานหลักฐานยังอยู่ที่ผู้กระทำความผิด จึงเป็นการยากที่จะพิสูจน์ให้ศาลเห็นความผิดของจำเลย ผู้เขียนจึงเห็นว่า ควรบัญญัติให้ความผิดฐานดังกล่าว มีลักษณะเป็นข้อสันนิษฐานข้อเท็จจริงบางประการไว้เป็นคุณแก่โจทก์ เมื่อโจทก์นำสืบให้เข้าเงื่อนไขของข้อสันนิษฐานแล้ว โจทก์จะได้รับประโยชน์จากข้อสันนิษฐานนั้น และเป็นการผลักภาระการพิสูจน์ไปยังจำเลยที่ต้องนำสืบหักล้างข้อสันนิษฐาน จำเลยจะได้นำพยานหลักฐานที่ตนมีมาแสดงให้ศาลเห็นถึงความบริสุทธิ์ของตน

2. ควรตั้งหน่วยงานรับแจ้งเบาะแส และดำเนินคดีที่เกี่ยวกับความผิดต่อระบบประกันสุขภาพ เพราะผู้ที่ควรดำเนินคดีกับความผิดประเภทนี้ควรมีความชำนาญการในเรื่องดังกล่าว ทราบกฎหมาย และบทบัญญัติของกฎหมาย รวมทั้งลักษณะแห่งการกระทำความผิดเป็นอย่างดี เพื่อควบคุมและดำเนินการทางกฎหมายกับความผิดประเภทนี้

นอกจากนี้ ควรกำหนดให้มีการให้รางวัลแก่ผู้ที่แจ้งเบาะแสแล้วนำไปสู่การจับกุมได้ เนื่องจากการกระทำความผิดในบางกรณี เป็นการยากที่พนักงานเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบเจอได้ทั้งหมด ทำให้เงินในระบบบรวัไหลเป็นจำนวนมาก หากมีการให้รางวัลดังกล่าวจะจูงใจให้ผู้รู้เบาะแสดการกระทำความผิด โดยเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล มาแจ้งเบาะแส จนนำไปสู่การดำเนินคดีแก่ผู้กระทำความผิดได้

จากข้อเสนอแนะดังกล่าว ผู้เขียนเชื่อว่า จะทำให้ประเทศไทยมีสภาพบังคับของกฎหมาย ที่ชัดเจน และเหมาะสม ทำให้ระบบประกันสุขภาพของทั้งภาครัฐ และเอกชนดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์. คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : จีรรัชการพิมพ์, 2546.

เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์. กฎหมายอาญาภาคความผิดเล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : จีรรัชการพิมพ์, 2548.

ไกรฤกษ์ เกษมสันต์, หม่อมหลวง. คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญาภาคความผิด มาตรา 288 ถึง มาตรา 366. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา, 2550.

ข่าวสด.(9 พฤศจิกายน 2550)[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.matichon.co.th/khaosod> [14 ธันวาคม 2551]

คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาภาพรวมและผลกระทบทางด้านจริยธรรมเกี่ยวกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค. สรุปผลการสำรวจการศึกษภาพรวมและผลกระทบทางด้านจริยธรรมกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค.

คมชัดลึก.(27 มีนาคม 2550)[Online]. แหล่งที่มา : [www.komchadluek.net](http://www.komchadluek.net) [14 ธันวาคม 2551]

คมชัดลึก.(22 มกราคม 2552)[Online]. แหล่งที่มา : [www.komchadluek.net](http://www.komchadluek.net) [24 มกราคม 2552]

คมชัดลึก.(23 กุมภาพันธ์ 2552) [Online]. แหล่งที่มา : [www.komchadluek.net](http://www.komchadluek.net) [24 กุมภาพันธ์ 2552]

จิตติ ดิงศักดิ์. คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค 1. กรุงเทพฯ : สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา, 2525.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ: บทเรียนของการจ่ายตามบริการที่ไร้การควบคุม. ใน ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย, หน้า 51. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.

ไฉไล สักดิพรพงศ์. ปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535. วิทยาสารเกษตรศาสตร์ 21(มกราคม-มิถุนายน 2543) : 70-79.

ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ. กฎหมายอาญา: หลักและปัญหา. กรุงเทพฯ : นิติธรรม.

ดวงกมล กุ๋มลาย. ความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.

เดลินิวส์.(5 มกราคม 2551)[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.dailynews.co.th> [14 ธันวาคม 2551]

เดลินิวส์.(21 มกราคม 2551)[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.dailynews.co.th> [14 ธันวาคม 2551]

ไทยรัฐ.(29 พฤษภาคม 2550)[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.thairath.co.th> [14 ธันวาคม 2551]

ไทยโพสต์.(14 พฤษภาคม 2550)[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.thaipost.net> [14 ธันวาคม 2551]

ไทยโพสต์.(25 พฤษภาคม 2551)[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.thaipost.net> [14 ธันวาคม 2551]

รัชชชัย สัตยสมบุญ. กฎหมายสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : 2542.

ธัญญธร อินสรและคณะ. การดำเนินคดีทุรเวชปฏิบัติที่เป็นคดีอาญาในประเทศไทยกรณีศึกษา  
เปรียบเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ. คุณภาพ 2(พฤษภาคม-สิงหาคม 2551) :122-123.

ธานี สิงหนาท. คู่มือการศึกษาพยานหลักฐานคดีแพ่งและคดีอาญา. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : 2551.

นิคม จันทรวินทร. กฎหมายประกันสังคมฉบับประวัติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : หอรัตนชัย  
การพิมพ์, 2533.

แนวหน้า.(5 กรกฎาคม 2550)[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.naewna.com> [14 ธันวาคม 2551]

แนวหน้า.(26 เมษายน 2549)[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.naewna.com> [14 ธันวาคม 2551]

บุตร ประดิษฐ์วิช. แพทย์ ยา วิชาชีพหรือการค้า. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2532.

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

ประมวลกฎหมายอาญา

ผู้จัดการ.(19 ธันวาคม 2548)[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.manager.co.th> [14 ธันวาคม 2551]

ผู้จัดการ.(13 ตุลาคม 2551)[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.manager.co.th> [14 ธันวาคม 2551]

ผู้จัดการ.(11 พฤศจิกายน 2551)[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.manager.co.th> [14 ธันวาคม 2551]

พระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

พระราชบัญญัติประกันชีวิต พ.ศ. 2535

พระราชบัญญัติประกันวินาศภัย พ.ศ. 2535

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

มงคล กริชติทายาฐ. การประกันสังคมในประเทศไทย. ใน แนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องตามกฎหมายประกันสังคม (ภาคพิสดาร), หน้า 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ธรรมนิติ

มติชน.(20 กันยายน 2550)[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.matichon.co.th/matichon> [14 ธันวาคม 2551]

วรรณาศรีวิริยานุภาพ. 10 ข้อสังเกต กรณีการออกกฎกระทรวงยกเว้น “ยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผลิตโดยผู้ให้บริการสาธารณสุข” มิใช่ “สินค้า” ตาม พ.ร.บ.ความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 [Online]. แหล่งที่มา : [www.prachathai.com](http://www.prachathai.com) [11 มีนาคม 2552]

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคณะ. การศึกษาปัญหาการฟ้องคดีเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา, 2544.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. ตรรกวิทยาในประมวลกฎหมายอาญา. วารสารนิติศาสตร์ 16(ตอน2) : 76-83.

วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ. ระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ รายงานวิจัยเล่มที่ 4 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่สอง (2546-47). สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2548.

วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545-2546 รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 1 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง(2546-47). สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2547.

สยามรัฐ.(2 กรกฎาคม 2551)[Online]. แหล่งที่มา : <http://www.siamrath.co.th> [14 ธันวาคม 2551]

สังคีต พิริยะรังสรรค์และคณะวิจัย. โครงการวิจัยความคิดเห็นของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกัน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สถาบันที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับสำนักวิจัยเอแบคโพลล์มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการ ต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีพ.ศ.2549. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ส.พีจิตรการพิมพ์, 2549.

สุวณิ สุรเสียงสังข์. การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสถิติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ระบบหลักประกันสุขภาพ : ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ. สถาบันวิจัย

### ระบบสาธารณสุข

ศิริพล กุศลศิลป์ภูดี. กฎหมายว่าด้วยอาชญากรรมทางเศรษฐกิจของสหรัฐฯ[Online]. แหล่งที่มา :

<http://www.bloggang.com/mainblog.php?id=jurisprudence&month=27-08-2008&group=2&gblog=48> [22 มกราคม 2552]

หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0422.2/ว188 ลงวันที่ 28 พฤษภาคม 2551

หยุด แสงอุทัย. กฎหมายอาญาภาค 2-3. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2544.

อัญชณา ณ ระนอง. ความคาดหวัง การใช้บริการด้านสุขภาพ และผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : มุมมองของประชาชน. รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 3 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2546-2547). สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2548.

### ภาษาอังกฤษ

Federal Tools To Combat Health Care Fraud and Abuse[Online]. Available from : :

<http://www.drlaw.com/federal%20tools%20to%20combat%20health%20care%20fraud%20and%20abus-1.pdf>[2008,September 30]

Garner,B.,A. Black's Law Dictionary. Eighth edition.

Health Care Fraud and Abuse Control Program Annual Report For FY 2007[Online]. 2008.

Available from : <http://www.oig.hhs.gov/publications/docs/hcfac/hcfacreport2007.pdf>. [2008,September 3]

Luccaro,D.,Mishelow,J.,Snodgrass,B.N.,and Suh,J.G.Racketeer Influenced and Corrupt

Organizations[Online]. Available from : <http://www.articlearchives.com/law-legal-system/trial-procedure-fines-penalties/1034111-1.html> [2008,October 15]

Sanzo,K.M.,Mahinka,S.P.,and Gilmore,P.L. Overview of Healthcare Fraud investigation in the U.S

[Online].Available from :[www.morganlewis.com/pubs/PLCLifeSciences\\_OverviewHealthcare\\_2006-07.pdf](http://www.morganlewis.com/pubs/PLCLifeSciences_OverviewHealthcare_2006-07.pdf) [2008,September 30]

State Medicaid Fraud Control Units Annual Report For FY2000[Online].2001. Available from :

<http://oig.hhs.gov/publications/docs/mfcu/MFCUFY2000.pdf> [2008,September 10]

Wecht,C.H. Legal Medicine 1990. Butterworth Legal Publisher.

[www.oig.hhs.gov/oei/reports/oai-12-88-00830.pdf](http://www.oig.hhs.gov/oei/reports/oai-12-88-00830.pdf)

[www.healthcarefraudblog.com](http://www.healthcarefraudblog.com)





ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**Federal offense**

**United States code Title 18**

**18 U.S.C. 24.** Definitions relating to Federal health care offense

(a) As used in this title, the term “Federal health care offense” means a violation of, or a criminal conspiracy to violate—

(1) section 669, 1035, 1347, or 1518 of this title;

(2) section 287, 371, 664, 666, 1001, 1027, 1341, 1343, or 1954 of this title, if the violation or conspiracy relates to a health care benefit program.

(b) As used in this title, the term “health care benefit program” means any public or private plan or contract, affecting commerce, under which any medical benefit, item, or service is provided to any individual, and includes any individual or entity who is providing a medical benefit, item, or service for which payment may be made under the plan or contract.

**18 U.S.C. 669** (a) Whoever knowingly and willfully embezzles, steals, or otherwise without authority converts to the use of any person other than the rightful owner, or intentionally misapplies any of the moneys, funds, securities, premiums, credits, property, or other assets of a health care benefit program, shall be fined under this title or imprisoned not more than 10 years, or both; but if the value of such property does not exceed the sum of \$100 the defendant shall be fined under this title or imprisoned not more than one year, or both.

**18 U.S.C 1035** (a) Whoever, in any matter involving a health care benefit program, knowingly and willfully—

(1) falsifies, conceals, or covers up by any trick, scheme, or device a material fact; or

(2) makes any materially false, fictitious, or fraudulent statements or representations, or makes or uses any materially false writing or document knowing the same to contain any materially false, fictitious, or fraudulent statement or entry,

in connection with the delivery of or payment for health care benefits, items, or services, shall be fined under this title or imprisoned not more than 5 years, or both.

**18 U.S.C 1347** Whoever knowingly and willfully executes, or attempts to execute, a scheme or artifice—

(1) to defraud any health care benefit program; or

(2) to obtain, by means of false or fraudulent pretenses, representations, or promises, any of the money or property owned by, or under the custody or control of, any health care benefit program, in connection with the delivery of or payment for health care benefits, items, or services, shall be fined under this title or imprisoned not more than 10 years, or both. If the violation results in serious bodily injury (as defined in section 1365 of this title), such person shall be fined under this title or imprisoned not more than 20 years, or both; and if the violation results in death, such person shall be fined under this title, or imprisoned for any term of years or for life, or both.

**18 U.S.C.1518** (a) Whoever willfully prevents, obstructs, misleads, delays or attempts to prevent, obstruct, mislead, or delay the communication of information or records relating to a violation of a Federal health care offense to a criminal investigator shall be fined under this title or imprisoned not more than 5 years, or both.

**18 U.S.C 287** False, fictitious or fraudulent claims

Whoever makes or presents to any person or officer in the civil, military, or naval service of the United States, or to any department or agency thereof, any claim upon or against the United States, or any department or agency thereof, knowing such claim to be false, fictitious, or fraudulent, shall be imprisoned not more than five years and shall be subject to a fine in the amount provided in this title.

**18 U.S.C. 286** Whoever enters into any agreement, combination, or conspiracy to defraud the United States, or any department or agency thereof, by obtaining or aiding to obtain the payment or allowance of any false, fictitious or fraudulent claim, shall be fined under this title or imprisoned not more than ten years, or both.

**18 U.S.C.371** If two or more persons conspire either to commit any offense against the United States, or to defraud the United States, or any agency thereof in any manner or for any purpose,

and one or more of such persons do any act to effect the object of the conspiracy, each shall be fined under this title or imprisoned not more than five years, or both. If, however, the offense, the commission of which is the object of the conspiracy, is a misdemeanor only, the punishment for such conspiracy shall not exceed the maximum punishment provided for such misdemeanor.

**18 U.S.C. 664** Any person who embezzles, steals, or unlawfully and willfully abstracts or converts to his own use or to the use of another, any of the moneys, funds, securities, premiums, credits, property, or other assets of any employee welfare benefit plan or employee pension benefit plan, or of any fund connected therewith, shall be fined under this title, or imprisoned not more than five years, or both.

As used in this section, the term “any employee welfare benefit plan or employee pension benefit plan” means any employee benefit plan subject to any provision of title I of the Employee Retirement Income Security Act of 1974.

**18 U.S.C. 666** (a) Whoever, if the circumstance described in subsection (b) of this section exists—

(1) being an agent of an organization, or of a State, local, or Indian tribal government, or any agency thereof—

(A) embezzles, steals, obtains by fraud, or otherwise without authority knowingly converts to the use of any person other than the rightful owner or intentionally misapplies, property that—

(i) is valued at \$5,000 or more, and

(ii) is owned by, or is under the care, custody, or control of such organization, government, or agency; or

(B) corruptly solicits or demands for the benefit of any person, or accepts or agrees to accept, anything of value from any person, intending to be influenced or rewarded in connection with any business, transaction, or series of transactions of such organization, government, or agency involving any thing of value of \$5,000 or more; or

(2) corruptly gives, offers, or agrees to give anything of value to any person, with intent to influence or reward an agent of an organization or of a State, local or Indian tribal government, or any agency thereof, in connection with any business, transaction, or series of transactions of such organization, government, or agency involving anything of value of \$5,000 or more;

shall be fined under this title, imprisoned not more than 10 years, or both.

(b) The circumstance referred to in subsection (a) of this section is that the organization, government, or agency receives, in any one year period, benefits in excess of \$10,000 under a Federal program involving a grant, contract, subsidy, loan, guarantee, insurance, or other form of Federal assistance.

(c) This section does not apply to bona fide salary, wages, fees, or other compensation paid, or expenses paid or reimbursed, in the usual course of business.

(d) As used in this section—

(1) the term “agent” means a person authorized to act on behalf of another person or a government and, in the case of an organization or government, includes a servant or employee, and a partner, director, officer, manager, and representative;

(2) the term “government agency” means a subdivision of the executive, legislative, judicial, or other branch of government, including a department, independent establishment, commission, administration, authority, board, and bureau, and a corporation or other legal entity established, and subject to control, by a government or governments for the execution of a governmental or intergovernmental program;

(3) the term “local” means of or pertaining to a political subdivision within a State;

(4) the term “State” includes a State of the United States, the District of Columbia, and any commonwealth, territory, or possession of the United States; and

(5) the term “in any one-year period” means a continuous period that commences no earlier than twelve months before the commission of the offense or that ends no later than twelve months after the commission of the offense. Such period may include time both before and after the commission of the offense.

**18 U.S.C. 1001** Statements or entries generally

(a) Except as otherwise provided in this section, whoever, in any matter within the jurisdiction of the executive, legislative, or judicial branch of the Government of the United States, knowingly and willfully—

(1) falsifies, conceals, or covers up by any trick, scheme, or device a material fact;

(2) makes any materially false, fictitious, or fraudulent statement or representation; or



(3) makes or uses any false writing or document knowing the same to contain any materially false, fictitious, or fraudulent statement or entry;

shall be fined under this title, imprisoned not more than 5 years or, if the offense involves international or domestic terrorism (as defined in section 2331), imprisoned not more than 8 years, or both. If the matter relates to an offense under chapter 109A, 109B, 110, or 117, or section 1591, then the term of imprisonment imposed under this section shall be not more than 8 years.

(b) Subsection (a) does not apply to a party to a judicial proceeding, or that party's counsel, for statements, representations, writings or documents submitted by such party or counsel to a judge or magistrate in that proceeding.

(c) With respect to any matter within the jurisdiction of the legislative branch, subsection (a) shall apply only to—

(1) administrative matters, including a claim for payment, a matter related to the procurement of property or services, personnel or employment practices, or support services, or a document required by law, rule, or regulation to be submitted to the Congress or any office or officer within the legislative branch; or

(2) any investigation or review, conducted pursuant to the authority of any committee, subcommittee, commission or office of the Congress, consistent with applicable rules of the House or Senate.

**18 U.S.C. 1027** Whoever, in any document required by title I of the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (as amended from time to time) to be published, or kept as part of the records of any employee welfare benefit plan or employee pension benefit plan, or certified to the administrator of any such plan, makes any false statement or representation of fact, knowing it to be false, or knowingly conceals, covers up, or fails to disclose any fact the disclosure of which is required by such title or is necessary to verify, explain, clarify or check for accuracy and completeness any report required by such title to be published or any information required by such title to be certified, shall be fined under this title, or imprisoned not more than five years, or both.

**18 U.S.C. 1341** Whoever, having devised or intending to devise any scheme or artifice to defraud, or for obtaining money or property by means of false or fraudulent pretenses, representations, or promises, or to sell, dispose of, loan, exchange, alter, give away, distribute, supply, or furnish or procure for unlawful use any counterfeit or spurious coin, obligation, security, or other article, or anything represented to be or intimated or held out to be such counterfeit or spurious article, for the purpose of executing such scheme or artifice or attempting so to do, places in any post office or authorized depository for mail matter, any matter or thing whatever to be sent or delivered by the Postal Service, or deposits or causes to be deposited any matter or thing whatever to be sent or delivered by any private or commercial interstate carrier, or takes or receives therefrom, any such matter or thing, or knowingly causes to be delivered by mail or such carrier according to the direction thereon, or at the place at which it is directed to be delivered by the person to whom it is addressed, any such matter or thing, shall be fined under this title or imprisoned not more than 20 years, or both. If the violation affects a financial institution, such person shall be fined not more than \$1,000,000 or imprisoned not more than 30 years, or both.

**18 U.S.C. 1343** Whoever, having devised or intending to devise any scheme or artifice to defraud, or for obtaining money or property by means of false or fraudulent pretenses, representations, or promises, transmits or causes to be transmitted by means of wire, radio, or television communication in interstate or foreign commerce, any writings, signs, signals, pictures, or sounds for the purpose of executing such scheme or artifice, shall be fined under this title or imprisoned not more than 20 years, or both. If the violation affects a financial institution, such person shall be fined not more than \$1,000,000 or imprisoned not more than 30 years, or both.

**18 U.S.C. 1954** Whoever being—

- (1) an administrator, officer, trustee, custodian, counsel, agent, or employee of any employee welfare benefit plan or employee pension benefit plan; or
- (2) an officer, counsel, agent, or employee of an employer or an employer any of whose employees are covered by such plan; or

(3) an officer, counsel, agent, or employee of an employee organization any of whose members are covered by such plan; or

(4) a person who, or an officer, counsel, agent, or employee of an organization which, provides benefit plan services to such plan

receives or agrees to receive or solicits any fee, kickback, commission, gift, loan, money, or thing of value because of or with intent to be influenced with respect to, any of the actions, decisions, or other duties relating to any question or matter concerning such plan or any person who directly or indirectly gives or offers, or promises to give or offer, any fee, kickback, commission, gift, loan, money, or thing of value prohibited by this section, shall be fined under this title or imprisoned not more than three years, or both: Provided, That this section shall not prohibit the payment to or acceptance by any person of bona fide salary, compensation, or other payments made for goods or facilities actually furnished or for services actually performed in the regular course of his duties as such person, administrator, officer, trustee, custodian, counsel, agent, or employee of such plan, employer, employee organization, or organization providing benefit plan services to such plan.

#### **18 U.S.C.1956** Laundering of monetary instruments

(a)

(1) Whoever, knowing that the property involved in a financial transaction represents the proceeds of some form of unlawful activity, conducts or attempts to conduct such a financial transaction which in fact involves the proceeds of specified unlawful activity—

(A)

(i) with the intent to promote the carrying on of specified unlawful activity; or

(ii) with intent to engage in conduct constituting a violation of section 7201 or 7206 of the Internal Revenue Code of 1986; or

(B) knowing that the transaction is designed in whole or in part—

(i) to conceal or disguise the nature, the location, the source, the ownership, or the control of the proceeds of specified unlawful activity; or

(ii) to avoid a transaction reporting requirement under State or Federal law,

shall be sentenced to a fine of not more than \$500,000 or twice the value of the property involved in the transaction, whichever is greater, or imprisonment for not more than twenty years, or both.

For purposes of this paragraph, a financial transaction shall be considered to be one involving the proceeds of specified unlawful activity if it is part of a set of parallel or dependent transactions, any one of which involves the proceeds of specified unlawful activity, and all of which are part of a single plan or arrangement.

(2) Whoever transports, transmits, or transfers, or attempts to transport, transmit, or transfer a monetary instrument or funds from a place in the United States to or through a place outside the United States or to a place in the United States from or through a place outside the United States—

(A) with the intent to promote the carrying on of specified unlawful activity; or

(B) knowing that the monetary instrument or funds involved in the transportation, transmission, or transfer represent the proceeds of some form of unlawful activity and knowing that such transportation, transmission, or transfer is designed in whole or in part—

(i) to conceal or disguise the nature, the location, the source, the ownership, or the control of the proceeds of specified unlawful activity; or

(ii) to avoid a transaction reporting requirement under State or Federal law,

shall be sentenced to a fine of not more than \$500,000 or twice the value of the monetary instrument or funds involved in the transportation, transmission, or transfer, whichever is greater, or imprisonment for not more than twenty years, or both. For the purpose of the offense described in subparagraph (B), the defendant's knowledge may be established by proof that a law enforcement officer represented the matter specified in subparagraph (B) as true, and the defendant's subsequent statements or actions indicate that the defendant believed such representations to be true.

(3) Whoever, with the intent—

(A) to promote the carrying on of specified unlawful activity;

(B) to conceal or disguise the nature, location, source, ownership, or control of property believed to be the proceeds of specified unlawful activity; or

(C) to avoid a transaction reporting requirement under State or Federal law,

conducts or attempts to conduct a financial transaction involving property represented to be the proceeds of specified unlawful activity, or property used to conduct or facilitate specified unlawful activity, shall be fined under this title or imprisoned for not more than 20 years, or both.

For purposes of this paragraph and paragraph (2), the term "represented" means any

representation made by a law enforcement officer or by another person at the direction of, or with the approval of, a Federal official authorized to investigate or prosecute violations of this section.

(b) Penalties.—

(1) In general.— Whoever conducts or attempts to conduct a transaction described in subsection (a)(1) or (a)(3), or section 1957, or a transportation, transmission, or transfer described in subsection (a)(2), is liable to the United States for a civil penalty of not more than the greater of—

(A) the value of the property, funds, or monetary instruments involved in the transaction; or

(B) \$10,000.

(2) Jurisdiction over foreign persons.— For purposes of adjudicating an action filed or enforcing a penalty ordered under this section, the district courts shall have jurisdiction over any foreign person, including any financial institution authorized under the laws of a foreign country, against whom the action is brought, if service of process upon the foreign person is made under the Federal Rules of Civil Procedure or the laws of the country in which the foreign person is found, and—

(A) the foreign person commits an offense under subsection (a) involving a financial transaction that occurs in whole or in part in the United States;

(B) the foreign person converts, to his or her own use, property in which the United States has an ownership interest by virtue of the entry of an order of forfeiture by a court of the United States; or

(C) the foreign person is a financial institution that maintains a bank account at a financial institution in the United States.

(3) Court authority over assets.— A court may issue a pretrial restraining order or take any other action necessary to ensure that any bank account or other property held by the defendant in the United States is available to satisfy a judgment under this section.

(4) Federal receiver.—

(A) In general.— A court may appoint a Federal Receiver, in accordance with subparagraph (B) of this paragraph, to collect, marshal, and take custody, control, and possession of all assets of the defendant, wherever located, to satisfy a civil judgment under this subsection, a forfeiture judgment under section 981 or 982, or a criminal sentence under section 1957 or subsection (a) of this section, including an order of restitution to any victim of a specified unlawful activity.

(B) Appointment and authority.— A Federal Receiver described in subparagraph (A)—



(i) may be appointed upon application of a Federal prosecutor or a Federal or State regulator, by the court having jurisdiction over the defendant in the case;

(ii) shall be an officer of the court, and the powers of the Federal Receiver shall include the powers set out in section 754 of title 28, United States Code; and

(iii) shall have standing equivalent to that of a Federal prosecutor for the purpose of submitting requests to obtain information regarding the assets of the defendant—

(I) from the Financial Crimes Enforcement Network of the Department of the Treasury; or

(II) from a foreign country pursuant to a mutual legal assistance treaty, multilateral agreement, or other arrangement for international law enforcement assistance, provided that such requests are in accordance with the policies and procedures of the Attorney General.

(c) As used in this section—

(1) the term “knowing that the property involved in a financial transaction represents the proceeds of some form of unlawful activity” means that the person knew the property involved in the transaction represented proceeds from some form, though not necessarily which form, of activity that constitutes a felony under State, Federal, or foreign law, regardless of whether or not such activity is specified in paragraph (7);

(2) the term “conducts” includes initiating, concluding, or participating in initiating, or concluding a transaction;

(3) the term “transaction” includes a purchase, sale, loan, pledge, gift, transfer, delivery, or other disposition, and with respect to a financial institution includes a deposit, withdrawal, transfer between accounts, exchange of currency, loan, extension of credit, purchase or sale of any stock, bond, certificate of deposit, or other monetary instrument, use of a safe deposit box, or any other payment, transfer, or delivery by, through, or to a financial institution, by whatever means effected;

(4) the term “financial transaction” means

(A) a transaction which in any way or degree affects interstate or foreign commerce

(i) involving the movement of funds by wire or other means or

(ii) involving one or more monetary instruments, or

(iii) involving the transfer of title to any real property, vehicle, vessel, or aircraft, or

(B) a transaction involving the use of a financial institution which is engaged in, or the activities of which affect, interstate or foreign commerce in any way or degree;

(5) the term “monetary instruments” means

(i) coin or currency of the United States or of any other country, travelers’ checks, personal checks, bank checks, and money orders, or

(ii) investment securities or negotiable instruments, in bearer form or otherwise in such form that title thereto passes upon delivery;

(6) the term “financial institution” includes—

(A) any financial institution, as defined in section 5312 (a)(2) of title 31, United States Code, or the regulations promulgated thereunder; and

(B) any foreign bank, as defined in section 1 of the International Banking Act of 1978 (12 U.S.C. 3101);

(7) the term “specified unlawful activity” means—

(A) any act or activity constituting an offense listed in section 1961 (1) of this title except an act which is indictable under subchapter II of chapter 53 of title 31;

(B) with respect to a financial transaction occurring in whole or in part in the United States, an offense against a foreign nation involving—

(i) the manufacture, importation, sale, or distribution of a controlled substance (as such term is defined for the purposes of the Controlled Substances Act);

(ii) murder, kidnapping, robbery, extortion, destruction of property by means of explosive or fire, or a crime of violence (as defined in section 16);

(iii) fraud, or any scheme or attempt to defraud, by or against a foreign bank (as defined in paragraph 7 of section 1(b) of the International Banking Act of 1978)); [1]

(iv) bribery of a public official, or the misappropriation, theft, or embezzlement of public funds by or for the benefit of a public official;

(v) smuggling or export control violations involving—

(I) an item controlled on the United States Munitions List established under section 38 of the Arms Export Control Act (22 U.S.C. 2778); or

(II) an item controlled under regulations under the Export Administration Regulations (15 C.F.R. Parts 730–774);

(vi) an offense with respect to which the United States would be obligated by a multilateral treaty, either to extradite the alleged offender or to submit the case for prosecution, if the offender were found within the territory of the United States; or

(vii) trafficking in persons, selling or buying of children, sexual exploitation of children, or transporting, recruiting or harboring a person, including a child, for commercial sex acts;

(C) any act or acts constituting a continuing criminal enterprise, as that term is defined in section 408 of the Controlled Substances Act (21 U.S.C. 848);

(D) an offense under section 32 (relating to the destruction of aircraft), section 37 (relating to violence at international airports), section 115 (relating to influencing, impeding, or retaliating against a Federal official by threatening or injuring a family member), section 152 (relating to concealment of assets; false oaths and claims; bribery), section 175c (relating to the variola virus), section 215 (relating to commissions or gifts for procuring loans), section 351 (relating to congressional or Cabinet officer assassination), any of sections 500 through 503 (relating to certain counterfeiting offenses), section 513 (relating to securities of States and private entities), section 541 (relating to goods falsely classified), section 542 (relating to entry of goods by means of false statements), section 545 (relating to smuggling goods into the United States), section 549 (relating to removing goods from Customs custody), section 554 (relating to smuggling goods from the United States), section 641 (relating to public money, property, or records), section 656 (relating to theft, embezzlement, or misapplication by bank officer or employee), section 657 (relating to lending, credit, and insurance institutions), section 658 (relating to property mortgaged or pledged to farm credit agencies), section 666 (relating to theft or bribery concerning programs receiving Federal funds), section 793, 794, or 798 (relating to espionage), section 831 (relating to prohibited transactions involving nuclear materials), section 844 (f) or (i) (relating to destruction by explosives or fire of Government property or property affecting interstate or foreign commerce), section 875 (relating to interstate communications), section 922 (l) (relating to the unlawful importation of firearms), section 924 (n) (relating to firearms trafficking), section 956 (relating to conspiracy to kill, kidnap, maim, or injure certain property in a foreign country), section 1005 (relating to fraudulent bank entries), 1006 [2] (relating to fraudulent Federal credit institution entries), 1007 [2] (relating to Federal Deposit Insurance transactions), 1014 [2] (relating to fraudulent loan or credit applications), section 1030 (relating to computer fraud and abuse), 1032 [2] (relating to concealment of assets from conservator, receiver, or liquidating agent of financial institution), section 1111 (relating to murder), section 1114 (relating to murder of United States law enforcement officials), section 1116 (relating to murder of foreign officials, official guests, or internationally protected persons), section 1201 (relating to kidnaping), section

1203 (relating to hostage taking), section 1361 (relating to willful injury of Government property), section 1363 (relating to destruction of property within the special maritime and territorial jurisdiction), section 1708 (theft from the mail), section 1751 (relating to Presidential assassination), section 2113 or 2114 (relating to bank and postal robbery and theft), section 2280 (relating to violence against maritime navigation), section 2281 (relating to violence against maritime fixed platforms), section 2319 (relating to copyright infringement), section 2320 (relating to trafficking in counterfeit goods and services), section 2332 (relating to terrorist acts abroad against United States nationals), section 2332a (relating to use of weapons of mass destruction), section 2332b (relating to international terrorist acts transcending national boundaries), section 2332g (relating to missile systems designed to destroy aircraft), section 2332h (relating to radiological dispersal devices), section 2339A or 2339B (relating to providing material support to terrorists), section 2339C (relating to financing of terrorism), or section 2339D (relating to receiving military-type training from a foreign terrorist organization) of this title, section 46502 of title 49, United States Code, a felony violation of the Chemical Diversion and Trafficking Act of 1988 (relating to precursor and essential chemicals), section 590 of the Tariff Act of 1930 (19 U.S.C. 1590) (relating to aviation smuggling), section 422 of the Controlled Substances Act (relating to transportation of drug paraphernalia), section 38 (c) (relating to criminal violations) of the Arms Export Control Act, section 11 (relating to violations) of the Export Administration Act of 1979, section 206 (relating to penalties) of the International Emergency Economic Powers Act, section 16 (relating to offenses and punishment) of the Trading with the Enemy Act, any felony violation of section 15 of the Food Stamp Act of 1977 (relating to food stamp fraud) involving a quantity of coupons having a value of not less than \$5,000, any violation of section 543(a)(1) of the Housing Act of 1949 (relating to equity skimming), any felony violation of the Foreign Agents Registration Act of 1938, any felony violation of the Foreign Corrupt Practices Act, or section 92 of the Atomic Energy Act of 1954 (42 U.S.C. 2122) (relating to prohibitions governing atomic weapons) [3] environmental crimes

(E) a felony violation of the Federal Water Pollution Control Act (33 U.S.C. 1251 et seq.), the Ocean Dumping Act (33 U.S.C. 1401 et seq.), the Act to Prevent Pollution from Ships (33 U.S.C. 1901 et seq.), the Safe Drinking Water Act (42 U.S.C. 300f et seq.), or the Resources Conservation and Recovery Act (42 U.S.C. 6901 et seq.); or

- (F) any act or activity constituting an offense involving a Federal health care offense;
- (8) the term “State” includes a State of the United States, the District of Columbia, and any commonwealth, territory, or possession of the United States.
- (d) Nothing in this section shall supersede any provision of Federal, State, or other law imposing criminal penalties or affording civil remedies in addition to those provided for in this section.
- (e) Violations of this section may be investigated by such components of the Department of Justice as the Attorney General may direct, and by such components of the Department of the Treasury as the Secretary of the Treasury may direct, as appropriate, and, with respect to offenses over which the Department of Homeland Security has jurisdiction, by such components of the Department of Homeland Security as the Secretary of Homeland Security may direct, and, with respect to offenses over which the United States Postal Service has jurisdiction, by the Postal Service. Such authority of the Secretary of the Treasury, the Secretary of Homeland Security, and the Postal Service shall be exercised in accordance with an agreement which shall be entered into by the Secretary of the Treasury, the Secretary of Homeland Security, the Postal Service, and the Attorney General. Violations of this section involving offenses described in paragraph (c)(7)(E) may be investigated by such components of the Department of Justice as the Attorney General may direct, and the National Enforcement Investigations Center of the Environmental Protection Agency.
- (f) There is extraterritorial jurisdiction over the conduct prohibited by this section if—
- (1) the conduct is by a United States citizen or, in the case of a non-United States citizen, the conduct occurs in part in the United States; and
  - (2) the transaction or series of related transactions involves funds or monetary instruments of a value exceeding \$10,000.
- (g) Notice of Conviction of Financial Institutions.— If any financial institution or any officer, director, or employee of any financial institution has been found guilty of an offense under this section, section 1957 or 1960 of this title, or section 5322 or 5324 of title 31, the Attorney General shall provide written notice of such fact to the appropriate regulatory agency for the financial institution.
- (h) Any person who conspires to commit any offense defined in this section or section 1957 shall be subject to the same penalties as those prescribed for the offense the commission of which was the object of the conspiracy.



(i) Venue.—

(1) Except as provided in paragraph (2), a prosecution for an offense under this section or section 1957 may be brought in—

(A) any district in which the financial or monetary transaction is conducted; or

(B) any district where a prosecution for the underlying specified unlawful activity could be brought, if the defendant participated in the transfer of the proceeds of the specified unlawful activity from that district to the district where the financial or monetary transaction is conducted.

(2) A prosecution for an attempt or conspiracy offense under this section or section 1957 may be brought in the district where venue would lie for the completed offense under paragraph (1), or in any other district where an act in furtherance of the attempt or conspiracy took place.

(3) For purposes of this section, a transfer of funds from 1 place to another, by wire or any other means, shall constitute a single, continuing transaction. Any person who conducts (as that term is defined in subsection (c)(2)) any portion of the transaction may be charged in any district in which the transaction takes place.

**18 U.S.C.1957** Engaging in monetary transactions in property derived from specified unlawful activity

How Current is This? (a) Whoever, in any of the circumstances set forth in subsection (d), knowingly engages or attempts to engage in a monetary transaction in criminally derived property of a value greater than \$10,000 and is derived from specified unlawful activity, shall be punished as provided in subsection (b).

(b)

(1) Except as provided in paragraph (2), the punishment for an offense under this section is a fine under title 18, United States Code, or imprisonment for not more than ten years or both.

(2) The court may impose an alternate fine to that imposable under paragraph (1) of not more than twice the amount of the criminally derived property involved in the transaction.

(c) In a prosecution for an offense under this section, the Government is not required to prove the defendant knew that the offense from which the criminally derived property was derived was specified unlawful activity.

(d) The circumstances referred to in subsection (a) are—

(1) that the offense under this section takes place in the United States or in the special maritime and territorial jurisdiction of the United States; or

(2) that the offense under this section takes place outside the United States and such special jurisdiction, but the defendant is a United States person (as defined in section 3077 of this title, but excluding the class described in paragraph (2)(D) of such section).

(e) Violations of this section may be investigated by such components of the Department of Justice as the Attorney General may direct, and by such components of the Department of the Treasury as the Secretary of the Treasury may direct, as appropriate, and, with respect to offenses over which the Department of Homeland Security has jurisdiction, by such components of the Department of Homeland Security as the Secretary of Homeland Security may direct, and, with respect to offenses over which the United States Postal Service has jurisdiction, by the Postal Service. Such authority of the Secretary of the Treasury, the Secretary of Homeland Security, and the Postal Service shall be exercised in accordance with an agreement which shall be entered into by the Secretary of the Treasury, the Secretary of Homeland Security, the Postal Service, and the Attorney General.

(f) As used in this section—

(1) the term “monetary transaction” means the deposit, withdrawal, transfer, or exchange, in or affecting interstate or foreign commerce, of funds or a monetary instrument (as defined in section 1956 (c)(5) of this title) by, through, or to a financial institution (as defined in section 1956 of this title), including any transaction that would be a financial transaction under section 1956 (c)(4)(B) of this title, but such term does not include any transaction necessary to preserve a person’s right to representation as guaranteed by the sixth amendment to the Constitution;

(2) the term “criminally derived property” means any property constituting, or derived from, proceeds obtained from a criminal offense; and

(3) the term “specified unlawful activity” has the meaning given that term in section 1956 of this title.

#### **18 U.S.C. 1961. Definitions**

As used in this chapter—

(1) “racketeering activity” means (A) any act or threat involving murder, kidnapping, gambling, arson, robbery, bribery, extortion, dealing in obscene matter, or dealing in a controlled substance

or listed chemical (as defined in section 102 of the Controlled Substances Act), which is chargeable under State law and punishable by imprisonment for more than one year; (B) any act which is indictable under any of the following provisions of title 18, United States Code: Section 201 (relating to bribery), section 224 (relating to sports bribery), sections 471, 472, and 473 (relating to counterfeiting), section 659 (relating to theft from interstate shipment) if the act indictable under section 659 is felonious, section 664 (relating to embezzlement from pension and welfare funds), sections 891–894 (relating to extortionate credit transactions), section 1028 (relating to fraud and related activity in connection with identification documents), section 1029 (relating to fraud and related activity in connection with access devices), section 1084 (relating to the transmission of gambling information), section 1341 (relating to mail fraud), section 1343 (relating to wire fraud), section 1344 (relating to financial institution fraud), section 1425 (relating to the procurement of citizenship or nationalization unlawfully), section 1426 (relating to the reproduction of naturalization or citizenship papers), section 1427 (relating to the sale of naturalization or citizenship papers), sections 1461–1465 (relating to obscene matter), section 1503 (relating to obstruction of justice), section 1510 (relating to obstruction of criminal investigations), section 1511 (relating to the obstruction of State or local law enforcement), section 1512 (relating to tampering with a witness, victim, or an informant), section 1513 (relating to retaliating against a witness, victim, or an informant), section 1542 (relating to false statement in application and use of passport), section 1543 (relating to forgery or false use of passport), section 1544 (relating to misuse of passport), section 1546 (relating to fraud and misuse of visas, permits, and other documents), sections 1581–1592 (relating to peonage, slavery, and trafficking in persons),[1] section 1951 (relating to interference with commerce, robbery, or extortion), section 1952 (relating to racketeering), section 1953 (relating to interstate transportation of wagering paraphernalia), section 1954 (relating to unlawful welfare fund payments), section 1955 (relating to the prohibition of illegal gambling businesses), section 1956 (relating to the laundering of monetary instruments), section 1957 (relating to engaging in monetary transactions in property derived from specified unlawful activity), section 1958 (relating to use of interstate commerce facilities in the commission of murder-for-hire), section 1960 (relating to illegal money transmitters), sections 2251, 2251A, 2252, and 2260 (relating to sexual exploitation of children), sections 2312 and 2313 (relating to interstate transportation of stolen motor vehicles), sections 2314 and 2315 (relating to interstate transportation of stolen

property), section 2318 (relating to trafficking in counterfeit labels for phonorecords, computer programs or computer program documentation or packaging and copies of motion pictures or other audiovisual works), section 2319 (relating to criminal infringement of a copyright), section 2319A (relating to unauthorized fixation of and trafficking in sound recordings and music videos of live musical performances), section 2320 (relating to trafficking in goods or services bearing counterfeit marks), section 2321 (relating to trafficking in certain motor vehicles or motor vehicle parts), sections 2341–2346 (relating to trafficking in contraband cigarettes), sections 2421–24 (relating to white slave traffic), sections 175–178 (relating to biological weapons), sections 229–229F (relating to chemical weapons), section 831 (relating to nuclear materials), (C) any act which is indictable under title 29, United States Code, section 186 (dealing with restrictions on payments and loans to labor organizations) or section 501 (c) (relating to embezzlement from union funds), (D) any offense involving fraud connected with a case under title 11 (except a case under section 157 of this title), fraud in the sale of securities, or the felonious manufacture, importation, receiving, concealment, buying, selling, or otherwise dealing in a controlled substance or listed chemical (as defined in section 102 of the Controlled Substances Act), punishable under any law of the United States, (E) any act which is indictable under the Currency and Foreign Transactions Reporting Act, (F) any act which is indictable under the Immigration and Nationality Act, section 274 (relating to bringing in and harboring certain aliens), section 277 (relating to aiding or assisting certain aliens to enter the United States), or section 278 (relating to importation of alien for immoral purpose) if the act indictable under such section of such Act was committed for the purpose of financial gain, or (G) any act that is indictable under any provision listed in section 2332b (g)(5)(B);

(2) “State” means any State of the United States, the District of Columbia, the Commonwealth of Puerto Rico, any territory or possession of the United States, any political subdivision, or any department, agency, or instrumentality thereof;

(3) “person” includes any individual or entity capable of holding a legal or beneficial interest in property;

(4) “enterprise” includes any individual, partnership, corporation, association, or other legal entity, and any union or group of individuals associated in fact although not a legal entity;

(5) “pattern of racketeering activity” requires at least two acts of racketeering activity, one of which occurred after the effective date of this chapter and the last of which occurred within ten

years (excluding any period of imprisonment) after the commission of a prior act of racketeering activity;

(6) “unlawful debt” means a debt

(A) incurred or contracted in gambling activity which was in violation of the law of the United States, a State or political subdivision thereof, or which is unenforceable under State or Federal law in whole or in part as to principal or interest because of the laws relating to usury, and

(B) which was incurred in connection with the business of gambling in violation of the law of the United States, a State or political subdivision thereof, or the business of lending money or a thing of value at a rate usurious under State or Federal law, where the usurious rate is at least twice the enforceable rate;

(7) “racketeering investigator” means any attorney or investigator so designated by the Attorney General and charged with the duty of enforcing or carrying into effect this chapter;

(8) “racketeering investigation” means any inquiry conducted by any racketeering investigator for the purpose of ascertaining whether any person has been involved in any violation of this chapter or of any final order, judgment, or decree of any court of the United States, duly entered in any case or proceeding arising under this chapter;

(9) “documentary material” includes any book, paper, document, record, recording, or other material; and

(10) “Attorney General” includes the Attorney General of the United States, the Deputy Attorney General of the United States, the Associate Attorney General of the United States, any Assistant Attorney General of the United States, or any employee of the Department of Justice or any employee of any department or agency of the United States so designated by the Attorney General to carry out the powers conferred on the Attorney General by this chapter. Any department or agency so designated may use in investigations authorized by this chapter either the investigative provisions of this chapter or the investigative power of such department or agency otherwise conferred by law.

#### **18 U.S.C.641 Public money, property or records**

Whoever embezzles, steals, purloins, or knowingly converts to his use or the use of another, or without authority, sells, conveys or disposes of any record, voucher, money, or thing



of value of the United States or of any department or agency thereof, or any property made or being made under contract for the United States or any department or agency thereof; or

Whoever receives, conceals, or retains the same with intent to convert it to his use or gain, knowing it to have been embezzled, stolen, purloined or converted—

Shall be fined under this title or imprisoned not more than ten years, or both; but if the value of such property in the aggregate, combining amounts from all the counts for which the defendant is convicted in a single case, does not exceed the sum of \$1,000, he shall be fined under this title or imprisoned not more than one year, or both.

The word “value” means face, par, or market value, or cost price, either wholesale or retail, whichever is greater.

#### **United States code Title 42**

#### **42 U.S.C. 1320a–7b. Criminal penalties for acts involving Federal health care programs**

##### **(a) Making or causing to be made false statements or representations**

Whoever—

(1) knowingly and willfully makes or causes to be made any false statement or representation of a material fact in any application for any benefit or payment under a Federal health care program (as defined in subsection (f) of this section),

(2) at any time knowingly and willfully makes or causes to be made any false statement or representation of a material fact for use in determining rights to such benefit or payment,

(3) having knowledge of the occurrence of any event affecting

(A) his initial or continued right to any such benefit or payment, or

(B) the initial or continued right to any such benefit or payment of any other individual in whose behalf he has applied for or is receiving such benefit or payment, conceals or fails to disclose such event with an intent fraudulently to secure such benefit or payment either in a greater amount or quantity than is due or when no such benefit or payment is authorized,

(4) having made application to receive any such benefit or payment for the use and benefit of another and having received it, knowingly and willfully converts such benefit or payment or any part thereof to a use other than for the use and benefit of such other person,

(5) presents or causes to be presented a claim for a physician's service for which payment may be made under a Federal health care program and knows that the individual who furnished the service was not licensed as a physician, or

(6) for a fee knowingly and willfully counsels or assists an individual to dispose of assets (including by any transfer in trust) in order for the individual to become eligible for medical assistance under a State plan under subchapter XIX of this chapter, if disposing of the assets results in the imposition of a period of ineligibility for such assistance under section 1396p (c) of this title,

shall

(i) in the case of such a statement, representation, concealment, failure, or conversion by any person in connection with the furnishing (by that person) of items or services for which payment is or may be made under the program, be guilty of a felony and upon conviction thereof fined not more than \$25,000 or imprisoned for not more than five years or both, or

(ii) in the case of such a statement, representation, concealment, failure, conversion, or provision of counsel or assistance by any other person, be guilty of a misdemeanor and upon conviction thereof fined not more than \$10,000 or imprisoned for not more than one year, or both. In addition, in any case where an individual who is otherwise eligible for assistance under a Federal health care program is convicted of an offense under the preceding provisions of this subsection, the administrator of such program may at its option (notwithstanding any other provision of such program) limit, restrict, or suspend the eligibility of that individual for such period (not exceeding one year) as it deems appropriate; but the imposition of a limitation, restriction, or suspension with respect to the eligibility of any individual under this sentence shall not affect the eligibility of any other person for assistance under the plan, regardless of the relationship between that individual and such other person.

(b) Illegal remunerations

(1) Whoever knowingly and willfully solicits or receives any remuneration (including any kickback, bribe, or rebate) directly or indirectly, overtly or covertly, in cash or in kind—

(A) in return for referring an individual to a person for the furnishing or

arranging for the furnishing of any item or service for which payment may be made in whole or in part under a Federal health care program, or

(B) in return for purchasing, leasing, ordering, or arranging for or recommending purchasing, leasing, or ordering any good, facility, service, or item for which payment may be made in whole or in part under a Federal health care program, shall be guilty of a felony and upon conviction thereof, shall be fined not more than \$25,000 or imprisoned for not more than five years, or both.

(2) Whoever knowingly and willfully offers or pays any remuneration (including any kickback, bribe, or rebate) directly or indirectly, overtly or covertly, in cash or in kind to any person to induce such person—

(A) to refer an individual to a person for the furnishing or arranging for the furnishing of any item or service for which payment may be made in whole or in part under a Federal health care program, or

(B) to purchase, lease, order, or arrange for or recommend purchasing, leasing, or ordering any good, facility, service, or item for which payment may be made in whole or in part under a Federal health care program, shall be guilty of a felony and upon conviction thereof, shall be fined not more than \$25,000 or imprisoned for not more than five years, or both.

(3) Paragraphs (1) and (2) shall not apply to—

(A) a discount or other reduction in price obtained by a provider of services or other entity under a Federal health care program if the reduction in price is properly disclosed and appropriately reflected in the costs claimed or charges made by the provider or entity under a Federal health care program;

(B) any amount paid by an employer to an employee (who has a bona fide employment relationship with such employer) for employment in the provision of covered items or services;

(C) any amount paid by a vendor of goods or services to a person authorized to act as a purchasing agent for a group of individuals or entities who are furnishing services reimbursed under a Federal health care program if—

- (i) the person has a written contract, with each such individual or entity,
- (ii) which specifies the amount to be paid the person, which amount

may be a fixed amount or a fixed percentage of the value of the purchases made by each such individual or entity under the contract, and

(ii) in the case of an entity that is a provider of services (as defined in section 1395x (u) of this title), the person discloses (in such form and manner as the Secretary requires) to the entity and, upon request, to the Secretary the amount received from each such vendor with respect to purchases made by or on behalf of the entity;

(D) a waiver of any coinsurance under part B of subchapter XVIII of this chapter by a Federally qualified health care center with respect to an individual who qualifies for subsidized services under a provision of the Public Health Service Act [42 U.S.C. 201 et seq.];

(E) any payment practice specified by the Secretary in regulations promulgated pursuant to section 14(a) of the Medicare and Medicaid Patient and Program Protection Act of 1987 or in regulations under section 1395w-104 (e)(6) [1] of this title;

(F) any remuneration between an organization and an individual or entity providing items or services, or a combination thereof, pursuant to a written agreement between the organization and the individual or entity if the organization is an eligible organization under section 1395mm of this title or if the written agreement, through a risk-sharing arrangement, places the individual or entity at substantial financial risk for the cost or utilization of the items or services, or a combination thereof, which the individual or entity is obligated to provide;

(G) the waiver or reduction by pharmacies (including pharmacies of the Indian Health Service, Indian tribes, tribal organizations, and urban Indian organizations) of any cost-sharing imposed under part D of subchapter XVIII of this chapter, if the conditions described in clauses (i) through (iii) of section 1320a-7a (i)(6)(A) of this title are met with respect to the waiver or reduction (except that, in the case of such a waiver or reduction on behalf of a subsidy eligible individual (as defined in section 1395w-114 (a)(3) of this title), section 1320a-7a (i)(6)(A) of this title shall be applied without regard to clauses (ii) and (iii) of that section); and

(H) [2] any remuneration between a federally qualified health center (or an entity controlled by such a health center) and an MA organization pursuant to a written agreement described in section 1395w-23 (a)(4) of this title.

(H) [2] any remuneration between a health center entity described under clause (i) or (ii) of section 1396d (l)(2)(B) of this title and any individual or entity providing goods, items, services, donations, loans, or a combination thereof, to such health center entity

pursuant to a contract, lease, grant, loan, or other agreement, if such agreement contributes to the ability of the health center entity to maintain or increase the availability, or enhance the quality, of services provided to a medically underserved population served by the health center entity.

(c) False statements or representations with respect to condition or operation of institutions

Whoever knowingly and willfully makes or causes to be made, or induces or seeks to induce the making of, any false statement or representation of a material fact with respect to the conditions or operation of any institution, facility, or entity in order that such institution, facility, or entity may qualify (either upon initial certification or upon recertification) as a hospital, critical access hospital, skilled nursing facility, nursing facility, intermediate care facility for the mentally retarded, home health agency, or other entity (including an eligible organization under section 1395mm (b) of this title) for which certification is required under subchapter XVIII of this chapter or a State health care program (as defined in section 1320a-7 (h) of this title), or with respect to information required to be provided under section 1320a-3a of this title, shall be guilty of a felony and upon conviction thereof shall be fined not more than \$25,000 or imprisoned for not more than five years, or both.

(d) Illegal patient admittance and retention practices

Whoever knowingly and willfully—

(1) charges, for any service provided to a patient under a State plan approved under subchapter XIX of this chapter, money or other consideration at a rate in excess of the rates established by the State (or, in the case of services provided to an individual enrolled with a medicaid managed care organization under subchapter XIX of this chapter under a contract under section 1396b (m) of this title or under a contractual, referral, or other arrangement under such contract, at a rate in excess of the rate permitted under such contract), or

(2) charges, solicits, accepts, or receives, in addition to any amount otherwise required to be paid under a State plan approved under subchapter XIX of this chapter, any gift, money, donation, or other consideration (other than a charitable, religious, or philanthropic contribution from an organization or from a person unrelated to the patient)—

(A) as a precondition of admitting a patient to a hospital, nursing facility, or intermediate care facility for the mentally retarded, or

(B) as a requirement for the patient's continued stay in such a facility,



when the cost of the services provided therein to the patient is paid for (in whole or in part) under the State plan,

shall be guilty of a felony and upon conviction thereof shall be fined not more than \$25,000 or imprisoned for not more than five years, or both.

(e) Violation of assignment terms

Whoever accepts assignments described in section 1395u (b)(3)(B)(ii) of this title or agrees to be a participating physician or supplier under section 1395u (h)(1) of this title and knowingly, willfully, and repeatedly violates the term of such assignments or agreement, shall be guilty of a misdemeanor and upon conviction thereof shall be fined not more than \$2,000 or imprisoned for not more than six months, or both.

(f) "Federal health care program" defined

For purposes of this section, the term "Federal health care program" means—

(1) any plan or program that provides health benefits, whether directly, through insurance, or otherwise, which is funded directly, in whole or in part, by the United States Government (other than the health insurance program under chapter 89 of title 5); or

(2) any State health care program, as defined in section 1320a-7 (h) of this title.

### **State offense**

### **South Carolina Code of Laws**

**SECTION 43-7-70.** False statement or representation on application for assistance prohibited; violation is a misdemeanor; penalties.

(A)(1) It is unlawful for a person to knowingly and wilfully to make or cause to be made a false statement or representation of material fact on an application for assistance, goods, or services under the state's Medicaid program when the false statement or representation is made for the purpose of determining the person's entitlement to assistance, goods, or services.

(2) It is unlawful for any applicant, recipient, or other person acting on behalf of the applicant or recipient knowingly and wilfully to conceal or fail to disclose any material fact affecting the applicant's or recipient's initial or continued entitlement to receive assistance, goods, or services under the state's Medicaid program.

(3) It is unlawful for a person eligible to receive benefits, services, or goods under the Medicaid program to sell, lease, lend, or otherwise exchange rights, privileges, or benefits to another person.

(B) A person who violates the provisions of this section is guilty of medical assistance recipient fraud, a Class A misdemeanor and, upon conviction, must be imprisoned not more than three years or fined not more than one thousand dollars, or both.

**SECTION 43-7-60.** False claim, statement, or representation by medical provider prohibited; violation is a misdemeanor; penalties.

(A) For purposes of this section:

(1) "provider" includes a person who provides goods, services, or assistance and who is entitled or claims to be entitled to receive reimbursement, payment, or benefits under the state's Medicaid program. "Provider" also includes a person acting as an employee, representative, or agent of the provider.

(2) "false claim, statement, or representation" means a claim, statement, or representation made or presented in any form including, but not limited to, a claim, statement, or representation which is computer generated or transmitted or made, produced, or transmitted by an electronic means or device.

(B) It is unlawful for a provider of medical assistance, goods, or services to knowingly and wilfully make or cause to be made a false claim, statement, or representation of a material fact:

(1) in an application or request, including an electronic or computer generated claim, for a benefit, payment, or reimbursement from a state or federal agency which administers or assists in the administration of the state's medical assistance or Medicaid program; or

(2) on a report, certificate, or similar document, including an electronic or computer generated claim, submitted to a state or federal agency which administers or assists in the administration of the state's Medicaid program in order for a provider or facility to qualify or remain qualified under the state's Medicaid program to provide assistance, goods, or services, or receive reimbursement, payment, or benefit for this assistance, goods, or services.

For purposes of this subsection, each false claim, representation, or statement constitutes a separate offense.

(C) It is unlawful for a provider of medical assistance, goods, or services knowingly and wilfully to conceal or fail to disclose any material fact, event, or transaction which affects the:

(1) provider's initial or continued entitlement to payment, reimbursement, or benefits under the state's Medicaid plan; or

(2) amount of payment, reimbursement, or benefit to which the provider may be entitled for services, goods, or assistance rendered.

For purposes of this subsection, each fact, event, or transaction concealed or not disclosed constitutes a separate offense.

(D) A person who violates the provisions of this section is guilty of medical assistance provider fraud, a Class A misdemeanor and, upon conviction, must be imprisoned not more than three years and fined not more than one thousand dollars for each offense.

(E) In addition to all other remedies provided by law, the Attorney General may bring an action to recover damages equal to three times the amount of an overstatement or overpayment and the court may impose a civil penalty of two thousand dollars for each false claim, representation, or overstatement made to a state or federal agency which administers funds under the state's Medicaid program. Upon a finding that the provider has violated a provision of this section, the state agency which administers the Medicaid program may impose other administrative sanctions against the provider authorized by law. A civil or criminal action brought under this section may be filed or brought in either the county where the false claim, statement, or representation originated or in the county in which the false claim, statement, or representation was received by the Health and Human Services Finance Commission or other agency of the State responsible for administering the state's Medicaid Program.

**SECTION 43-35-85. Penalties.**

(A) A person required to report under this chapter who has actual knowledge that abuse, neglect, or exploitation has occurred and who knowingly and wilfully fails to report the abuse, neglect, or exploitation is guilty of a misdemeanor and, upon conviction, must be fined not more than twenty-five hundred dollars or imprisoned not more than one year. A person required to report under this chapter who has reason to believe that abuse, neglect, or exploitation has occurred or is likely to occur and who knowingly and wilfully fails to report the abuse, neglect, or exploitation

is subject to disciplinary action as may be determined necessary by the appropriate licensing board.

(B) Except as otherwise provided in subsections (E) and (F), a person who knowingly and wilfully abuses a vulnerable adult is guilty of a felony and, upon conviction, must be imprisoned not more than five years.

(C) Except as otherwise provided in subsections (E) and (F), a person who knowingly and wilfully neglects a vulnerable adult is guilty of a felony and, upon conviction, must be imprisoned not more than five years.

(D) A person who knowingly and wilfully exploits a vulnerable adult is guilty of a felony and, upon conviction, must be fined not more than five thousand dollars or imprisoned not more than five years, or both, and may be required by the court to make restitution.

(E) A person who knowingly and wilfully abuses or neglects a vulnerable adult resulting in great bodily injury is guilty of a felony and, upon conviction, must be imprisoned not more than fifteen years.

(F) A person who knowingly and wilfully abuses or neglects a vulnerable adult resulting in death is guilty of a felony and, upon conviction, must be imprisoned not more than thirty years.

(G) A person who threatens, intimidates, or attempts to intimidate a vulnerable adult subject of a report, a witness, or any other person cooperating with an investigation conducted pursuant to this chapter is guilty of a misdemeanor and, upon conviction, must be fined not more than five thousand dollars or imprisoned for not more than three years.

(H) A person who wilfully and knowingly obstructs or in any way impedes an investigation conducted pursuant to this chapter, upon conviction, is guilty of a misdemeanor and must be fined not more than five thousand dollars or imprisoned for not more than three years.

As used in this section, "great bodily injury" means bodily injury which creates a substantial risk of death or which causes serious, permanent disfigurement, or protracted loss or impairment of the function of any bodily member or organ.

**SECTION 38-55-540.** Criminal penalties for making false statement or misrepresentation, or assisting, abetting, soliciting or conspiring to do so; restitution to victims.

(A) A person who knowingly makes a false statement or misrepresentation, and any other person knowingly, with an intent to injure, defraud, or deceive, or who assists, abets, solicits, or conspires with a person to make a false statement or misrepresentation, is guilty of a:

(1) misdemeanor, for a first offense violation, if the amount of the economic advantage or benefit received is less than one thousand dollars. Upon conviction, the person must be fined not less than one hundred nor more than five hundred dollars or imprisoned not more than thirty days;

(2) misdemeanor, for a first offense violation, if the amount of the economic advantage or benefit received is one thousand dollars or more but less than ten thousand dollars. Upon conviction, the person must be fined not less than two thousand nor more than ten thousand dollars or imprisoned not more than three years, or both;

(3) felony, for a first offense violation, if the amount of the economic advantage or benefit received is ten thousand dollars or more but less than fifty thousand dollars. Upon conviction, the person must be fined not less than ten thousand nor more than fifty thousand dollars or imprisoned not more than five years, or both;

(4) felony, for a first offense violation, if the amount of the economic advantage or benefit received is fifty thousand dollars or more. Upon conviction, the person must be fined not less than twenty thousand nor more than one hundred thousand dollars or imprisoned not more than ten years, or both;

(5) felony, for a second or subsequent violation, regardless of the amount of the economic advantage or benefit received. Upon conviction, the person must be fined not less than twenty thousand nor more than one hundred thousand dollars or imprisoned not more than ten years, or both.

(B) In addition to the criminal penalties set forth in subsection (A), a person convicted pursuant to the provisions of this section must be ordered by the court to make full restitution to a victim for any economic advantage or benefit which has been obtained by the person as a result of that violation, and to pay the difference between any taxes owed and any taxes the person paid, if applicable.



**SECTION 16-16-20.** Computer crime offenses; penalties.

(1) It is unlawful for a person to wilfully, knowingly, maliciously, and without authorization or for an unauthorized purpose to:

(a) directly or indirectly access or cause to be accessed a computer, computer system, or computer network for the purpose of:

(i) devising or executing a scheme or artifice to defraud;

(ii) obtaining money, property, or services by means of false or fraudulent pretenses, representations, promises; or

(iii) committing any other crime.

(b) alter, damage, destroy, or modify a computer, computer system, computer network, computer software, computer program, or data contained in that computer, computer system, computer program, or computer network or introduce a computer contaminant into that computer, computer system, computer program, or computer network.

(2) A person is guilty of computer crime in the first degree if the amount of gain directly or indirectly derived from the offense made unlawful by subsection (1) or the loss directly or indirectly suffered by the victim exceeds ten thousand dollars. Computer crime in the first degree is a felony and, upon conviction, a person must be fined not more than fifty thousand dollars or imprisoned not more than five years, or both.

(3)(a) A person is guilty of computer crime in the second degree if the amount of gain directly or indirectly derived from the offense made unlawful by subsection (1) or the loss directly or indirectly suffered by the victim is greater than one thousand dollars but not more than ten thousand dollars.

(b) A person is also guilty of computer crime in the second degree where:

(i) he interferes with, causes to be interfered with, denies or causes to be denied any computer or network service to an authorized user of the computer or network service for the purpose of devising or executing any scheme or artifice to defraud, or obtaining money, property, or services by means of false or fraudulent pretenses, representations, or promises, or committing any other felony;

(ii) he deprives the owner of possession of, or takes, transfers, conceals, or retains possession of any computer, data, computer property, or computer-related property, including all parts of a computer, computer system, computer network, computer software,

computer services, or information associated with a computer, whether in a tangible or intangible form; or

(iii) the gain derived from the offense made unlawful by subsection (1) or loss suffered by the victim cannot reasonably be ascertained.

(c) Computer crime in the second degree is a misdemeanor and, upon conviction for a first offense, a person must be fined not more than ten thousand dollars or imprisoned not more than one year, or both. Upon conviction for a second or subsequent offense, a person is guilty of a misdemeanor and must be fined not more than twenty thousand dollars or imprisoned not more than two years, or both.

(4) A person is guilty of computer crime in the third degree if the amount of gain directly or indirectly derived from the offense made unlawful by subsection (1) or the loss directly or indirectly suffered by the victim is not more than one thousand dollars. A person is also guilty of computer crime in the third degree if he wilfully, knowingly, and without authorization or for an unauthorized purpose engages in computer hacking. Computer crime in the third degree is a misdemeanor and, upon conviction for a first offense, a person must be fined not more than two hundred dollars or imprisoned not more than thirty days. Upon conviction for a second or subsequent offense, a person must be fined not more than two thousand dollars or imprisoned not more than two years, or both.

(5) Each computer, computer system, or computer network affected by the violation of this chapter constitutes a separate violation.

**SECTION 16-17-410. Conspiracy.**

The common law crime known as "conspiracy" is defined as a combination between two or more persons for the purpose of accomplishing an unlawful object or lawful object by unlawful means.

A person who commits the crime of conspiracy is guilty of a felony and, upon conviction, must be fined not more than five thousand dollars or imprisoned not more than five years.

A person who is convicted of the crime of conspiracy must not be given a greater fine or sentence than he would receive if he carried out the unlawful act contemplated by the conspiracy and had been convicted of the unlawful act contemplated by the conspiracy or had he been convicted of the unlawful acts by which the conspiracy was to be carried out or effected.

## **NEW YORK STATE LAWS**

### **Social Services Law section 145 Penalties**

Any person who submits false statements or deliberately conceals material information in order to receive public assistance, including Medicaid, is guilty of a misdemeanor.

### **Social Services Law 366-Penalties for Fraudulent Practices**

Any person who obtains or attempts to obtain for himself or others, medical assistance by means of a false statement, concealment or material facts, impersonation or other fraudulent means is guilty of a Class A misdemeanor.

Any person who, with intent to defraud, presents for payment and false or fraudulent claim for furnishing services, knowingly submits false information to obtain greater Medicaid compensation or knowingly submits false information in order to obtain authorization to provide items or services is guilty of a Class A misdemeanor.

### **Penal Law Article 155 Larceny**

The crime of larceny applies to a person who, with intent to deprive another of his property, obtains, takes or withholds the property by means of trick, embezzlement, false pretense, false promise, including a scheme to defraud or other similar behavior and has been applied to Medicaid fraud cases. The penalties increase with the value of the property.

### **Penal Law Article 175 False Written Statements**

Falsifying business records involves entering false information, omitting material information or altering an enterprise's business records with the intent to defraud. Another offense is presenting written information to a public office knowing it contains false information. These are a Class A misdemeanor.

If the falsifying of the business records include the intent to commit another crime or conceal its commission or the written information includes intent to defraud it makes these Class E felonies.

**Penal Law Article 176 Insurance Fraud**

Insurance Fraud involves intentionally filing a health insurance claim knowing that it is false. There are various degrees of penalty depending on the dollar amount involved.

**Penal Law Article 177 Health Care Fraud**

Health care fraud is knowingly filing, within intent to defraud a claim for payment that intentionally has false information or omissions. The penalties relate to the dollar amount involved..



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววรวรรณ อินจําปา เกิดเมื่อวันที่ 18 เมษายน 2526 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิตเกียรตินิยมอันดับหนึ่ง จากคณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2547 ได้รับประกาศนียบัตรหลักสูตรวิชาว่าความจากสำนักฝึกอบรมวิชาว่าความแห่งสภานายความ รุ่นที่ 24 พ.ศ. 2549 สอบไล่ได้ความรู้ชั้นเนติบัณฑิตไทยจากสำนักฝึกอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา สมัยที่ 59 และเข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขากฎหมายอาญา และกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ที่คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2549



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย