

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Key System Drivers : KSD

ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนผู้รับบริการที่ไม่สอดคล้องกับศักยภาพของระบบบริการ ก่อให้เกิดความขัดแย้งกับผู้ให้บริการและทำให้เกิดปัญหาการร้องเรียนผ่านกลไกต่าง ๆ ตลอดจนการฟ้องร้องขยายตัวขึ้น

รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์

ประเด็นที่น่าสนใจ

- การร้องเรียนเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น การเสนอข้อหาสารเกี่ยวกับผู้เสียหายทางการแพทย์ผ่านสื่อเพิ่มขึ้น การฟ้องร้องคดีแพ่งและอาญากับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีมากขึ้น
- ผู้เสียหายยังประสบปัญหาเรื่องภาระในกระบวนการทางศาล ระยะเวลาที่ยาวนาน ค่าใช้จ่ายสูงและผู้ป่วยส่วนน้อยที่ชนะคดี
- การชดเชยผู้เสียหายตามมาตรา 41 ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เฉลี่ยรายละ 99,925 บาท แต่ปัญหาสำคัญคือการเชื่อมโยงผลสู่การตัดสินใจ “ผิด” “ถูก”
- ผลกระทบต่อคุณภาพของบริการ และค่าใช้จ่ายในระบบ อันเนื่องจากการส่งต่อเพื่อผลกำไร การเหนี่ยวนำให้เกิดเวชปฏิบัติแบบปกป้องตนเอง (Defensive medicine) และการขาดความร่วมมือช่วยเหลือจากฝั่งผู้ให้บริการ
- ขณะนี้อยู่ระหว่างการเสนอร่าง พรบ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ซึ่งอาจทำให้ต้นทุนของระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ข้อมูลประสบการณ์ในต่างประเทศพบว่าทำให้อัตราการร้องเรียนและการร้องเรียนวินัยแพทย์เพิ่มขึ้น

สถานการณ์

แม้ว่าจนถึงปัจจุบันนี้ประเทศไทยจะมีกลไกชดเชยความเสียหายทางการแพทย์กำหนดไว้ในกฎหมายหลายฉบับ ได้แก่ กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคโดยคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (Consumers Protection Board หรือ CPB) กฎหมายควบคุมกำกับสถานพยาบาล กฎหมายเกี่ยวกับควบคุมจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ กฎหมายความรับผิดชอบจากละเมิดของเจ้าหน้าที่ และกลไกการชดเชยความเสียหายเบื้องต้นโดยแนวคิดการไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพที่เริ่มดำเนินการในกลางปี พ.ศ.2545 เพื่อป้องกัน ควบคุมและชดเชยความเสียหาย แต่พบว่ายังมีปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคุ้มครองสิทธิมากมาย ได้แก่ การร้องเรียนแพทยสภาเกี่ยวกับการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น (อนงค์ เพียรกิจกรรม, 2546) การเสนอข้อหาสารเกี่ยวกับผู้เสียหายทางการแพทย์ผ่าน หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์มีความถี่เพิ่มมากขึ้น (ฤชตภาคข่าว



การฟ้องร้องเรียนทางการแพทย์ปี 2545-2549 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์) การฟ้องร้องคดีแพ่งและอาญากับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีมากขึ้น (อำนาจ กุศลนันท์, 2549) ทำให้ในหลายปีที่ผ่านมา ได้มีกรณีความเสียหายที่เกิดขึ้นจากบริการทางการแพทย์ ปรากฏให้เห็นเป็นข่าวความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยหรือผู้ได้รับความเสียหายเป็นระยะและเพิ่มมากขึ้นและมีความรุนแรง บางคดีมีข้อมูลว่า ผู้ให้บริการและหรือญาติในคดีนี้ของผู้ให้บริการเสริมความงามของคลินิกเอกชนอาจไปมีส่วนกับการมาตรการผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการไปรับบริการทางการแพทย์ (หนังสือพิมพ์คมชัดลึก, คุ้ย คุ้ย ขาว, 27 กันยายน 2550) บางคดีการฟ้องร้องทางแพ่งมีทุนทรัพย์ที่ฟ้องสูงกว่า 200 ล้านบาท (คำพิพากษาคดีแพ่งทางการแพทย์ ศาลจังหวัดสมุทร) และมีบางกรณีที่การฟ้องร้องนั้น ผู้เสียหายชนะคดีในชั้นศาลในคดีแพ่ง (คดีนางดอกกรักฟ้องสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คดีหมายเลขดำที่ ส.108/2547 คดีหมายเลขแดงที่ ส.939/2548) และคดีอาญาโดยเฉพาะการฟ้องร้องคดีอาญาต่อแพทย์ฐานประมาทในการฉีดยาบล็อกหลังผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งโดยขาดความชำนาญเป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ศาลชั้นต้นศาลจังหวัดทุ่งสงได้พิพากษาให้จำคุกหมอผู้ผ่าตัดเป็นเวลา 3 ปี โดยไม่รอลงไม่รอลงอาญา (หนังสือพิมพ์ผู้จัดการออนไลน์, 15 ธันวาคม 2550) อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินคดีทางศาล ผู้เสียหายเองก็พบกับข้อจำกัดที่เป็นภาระอันหนักในกระบวนการทางศาล การใช้ระยะเวลาในการดำเนินคดีที่ยาวนาน เสียค่าใช้จ่ายมาก ผู้ป่วยส่วนน้อยที่ชนะคดี (สมหญิง สายธนู และคณะ, 2546)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนประสบการณ์ของประเทศไทยเกี่ยวกับอุบัติการณ์การฟ้องร้องแพทย์ก่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การเสนอข่าวสารเกี่ยวกับผู้เสียหายทางการแพทย์ผ่าน หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์เริ่มมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (พรหมมินทร์ หอมหวล, 2542) ในขณะที่ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากบริการสุขภาพในบางกรณี เป็นเรื่องที่เป็นความผิดของผู้ให้บริการอย่างชัดเจน เช่น ลืมอุปกรณ์ผ่าตัดไว้ในช่องท้อง ถอนฟันผิดซี่ ในขณะที่ ความเสียหายที่นำสู่การพิจารณาคดีในชั้นศาลหลายลักษณะจะไม่เข้าข่ายเป็นการกระทำความผิดฐานละเมิดเพราะผู้ให้บริการมิได้ตั้งใจ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคณะ, 2544) บางคดีมีการฟ้องแพทย์ให้ต้องรับผิดชอบแปลงเอกสารเพื่อการบริจจาคอวัยวะและใช้เอกสารปลอมดังกล่าวผ่าตัดไตและตับออกจากร่างกายของผู้บริจาค (คดีอาญานางหนูแดงฟ้องแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพในโรงพยาบาลวชิรปราการ คดีหมายเลขดำที่ 1242/2545 คดีหมายเลขแดงที่ 407/2548) ซึ่งจากการพูดคุยโดยผู้ทบทวนกับผู้อำนวยการกลุ่มนิติกรสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่เป็นทางการได้รับข้อสังเกตว่า การร้องเรียนฟ้องร้องในโรงพยาบาลของรัฐมีปริมาณเพิ่มขึ้นหลังจากมีการประกาศใช้กฎหมายความรับผิดชอบผิดจากละเมิดของเจ้าหน้าที่

นอกจากนี้ในเชิงโครงสร้าง หน่วยงานและองค์กรที่มีส่วนได้เสียได้มีการปรับตัวเพื่อรับมือกับความรุนแรงของความขัดแย้งทางการแพทย์ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้เสียหายทางการแพทย์ ได้แก่ การเคลื่อนไหวเพื่อให้มีกฎหมายคุ้มครองแพทย์จากการถูกดำเนินคดีอาญา เข้าพบผู้ช่วยผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ โดยนายกแพทยสภา พร้อมกับการทำหนังสือที่ พงส. 011/1152 ถึง สำนักงานตำรวจแห่งชาติเพื่อหารือเรื่องการถูกฟ้องร้องในคดีอาญาของแพทย์ ซึ่งต่อมา ผบ.ตร. ได้ทำหนังสือที่ 0031 212/191 ถึงผู้บัญชาการตำรวจนครบาล ผู้บัญชาการตำรวจภูธร และผู้บัญชาการตำรวจภูธรภาค 1-9 ให้ดำเนินการในกรณีที่มีการแจ้งความดำเนินคดีต่อแพทย์ ให้เกิดความเป็นธรรมแก่



ทุกฝ่าย โดยให้พนักงานสอบสวนรวบรวมพยานหลักฐานทุกชนิด เพื่อพิสูจน์ความผิดหรือความบริสุทธิ์ของผู้ต้องหา หากมีพยานหลักฐานเพียงพอและแน่ชัด ให้พนักงานสอบสวนดำเนินการตามกฎหมายต่อไป และเมื่อรับคำร้องทุกข์กล่าวโทษ ให้มีหนังสือขอความเห็นไปยังนายกแพทยสภา และกรณีที่ต้องดำเนินการสอบสวนแพทย์ในฐานะผู้ถูกกล่าวหา หรือหากมีความจำเป็นต้องจับกุมหรือควบคุมแพทย์ให้คำนึงถึงเกียรติยศ ศักดิ์ศรีของผู้ถูกกล่าวหา โดยให้ปฏิบัติโดยสุภาพ สะดวก รวดเร็ว ตามสมควร (หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ) การออกประกาศแพทยสภาเกี่ยวกับการรับรองสิทธิของแพทย์ในการที่จะปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยในกรณีที่มีใช้เหตุฉุกเฉินเพื่อลดความเสี่ยงของแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง และการเสนอร่าง“พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. โดยการกำหนดให้ผู้เสียหายหรือทายาทที่ตกลงยินยอมรับเงินชดเชยตามกฎหมายฉบับนี้แล้ว ต้องทำหนังสือแสดงเจตนาสละสิทธิในการฟ้องร้องดำเนินคดีทางแพ่ง (ร่าง...มาตรา 43) และในขณะเดียวกันในคดีอาญา ผู้ให้บริการสาธารณสุขจะได้รับการคุ้มครองจากการถูกฟ้องคดีอาญาอันเนื่องมาจากการประกอบวิชาชีพโดยประมาท เว้นแต่เป็นการกระทำความผิดโดยเจตนา (ร่าง...มาตรา44) ในขณะที่ทางด้านประชาชนที่ได้รับความเสียหายได้ทำการจัดตั้งเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้เสียหายทางการแพทย์ในการร้องทุกข์ ร้องเรียน และฟ้องร้องคดีแพ่งและคดีอาญาแก่ ผู้ประกอบวิชาชีพโดยที่สมาชิกของเครือข่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และปัจจุบันดูเหมือนว่าเครือข่ายผู้เสียหายในฐานะองค์กรภาคประชาชนกำลังพัฒนาการไปสู่องค์กรซึ่งทำหน้าที่เครือข่ายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์ของการร้องเรียนฟ้องร้องแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพตามที่กล่าวมาทั้งก่อนและหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แท้จริงแล้วยังคงเป็นเพียงยอดภูเขาน้ำแข็งของปัญหาที่รอการแก้ไขและการป้องกันจากทุกฝ่าย (อรสม สุทธิสาคร, สงสัย...ตายเพราะหมอ, บริษัทวิวัฒนาการพิมพ์,--กรุงเทพ, 2549)

ผลกระทบด้านคุณภาพ และการควบคุมต้นทุน

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้เสียหายเกี่ยวกับความทุกข์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำปรากฏการณ์ของความทุกข์ที่สะท้อนออกมาจากผู้เสียหายมาจัดกลุ่มพร้อมกับยกตัวอย่างคำพูดประกอบดังต่อไปนี้

1) ความทุกข์จากการจัดบริการ

1.1) พฤติกรรม ผู้เสียหายได้สะท้อนพฤติกรรมบริการเกี่ยวกับผู้ให้บริการและบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งหน่วยงานว่า มีการพูดจา การแสดงกริยาท่าทางที่ไม่สุภาพ มีการสื่อความความไม่ชัดเจน และมีการปกปิดข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและญาติ ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ที่สะท้อนพฤติกรรมการสื่อความและความรับผิดชอบ

2) ความทุกข์จากกลไกการชดเชย

2.1) ทศนคติ ความเชื่อและพฤติกรรม ผู้เสียหายให้ความเห็นว่า ผู้ให้บริการทั้งในระดับหัวหน้าสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติยังคงมีทศนะ ความเชื่อที่พยายามหลีกเลี่ยงหรือประวิงเวลาในการเปิดเผยพฤติกรรมแห่งการกระทำและสาเหตุของความเสียหายต่อผู้เสียหายหรือญาติ การพิจารณาตรวจสอบและการอนุมัติวงเงินที่ล่าช้า การอนุมัติวงเงินชดเชยที่น้อยกว่าความเสียหาย การอนุมัติวงเงิน



ที่ไม่ตรงกับเงื่อนไขที่กำหนดไว้โดยกฎระเบียบ การพิจารณาและอนุมัติวงเงินที่ยึดติดกับการอ้างอิงกับระบบการอุทธรณ์ตามรูปแบบที่ปฏิบัติโดยปกติ การขาดการชดเชยเยียวยาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้เสียหายและครอบครัวหลังเกิดเหตุทั้งการรักษา การขาดงาน และการดำรงชีวิต ตัวอย่างบางกรณีที่สะท้อนความเห็นเกี่ยวกลไกการชดเชยภายหลังได้รับเงินค่าชดเชยแล้วผู้เสียหายยังคงได้รับความทุกข์จากภาระค่าใช้จ่ายแต่ไม่มีความรู้ในการดำเนินคดี

2.2) ความรู้ความเข้าใจต่อกลไกการชดเชยของบุคลากร ผู้เสียหายได้สะท้อนว่า บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงหรือขาดความรู้ ความเข้าใจในแนวคิด วิธีการ และขั้นตอนในการชดเชยความเสียหายเบื้องต้น ส่งผลให้ไม่มีการแนะนำวิธีการและขั้นตอนเกี่ยวกับกลไกการชดเชยต่อผู้เสียหายและญาติที่ถูกต้องทั่วถึงอย่างเป็นระบบ

2.3) ความรู้ความเข้าใจต่อกลไกการชดเชยของผู้เสียหายทั้งในระดับก่อนศาลและศาล ผู้เสียหายเกือบทั้งหมดที่ไม่มีประสบการณ์ฟ้องศาลให้ข้อมูลว่า ตนไม่มีความรู้ ความเข้าใจในวิธีการและขั้นตอนเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหาย และวิธีการและขั้นตอนในการดำเนินคดีทางศาลอย่างทั่วถึง บางคนถูกยุยงส่งเสริมให้ทำการอุทธรณ์จากบุคคลที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการชดเชย บางคนถูกหลอกลวงจากเจ้าหน้าที่รัฐในกระบวนการยุติธรรมให้ทำการฟ้องร้องเพื่อการแสวงหาประโยชน์จากกระบวนการอุทธรณ์และการดำเนินคดีทางศาล ในขณะที่ผู้เสียหายบางคนที่มีประสบการณ์ในการดำเนินคดีในศาลยอมรับว่า การดำเนินคดีทางศาลต้องใช้เวลา นาน เข้าถึงได้น้อย ยุ่งยากซับซ้อน มีภาระในการพิสูจน์ แต่ยังคงยืนยันว่าจะดำเนินคดีต่อไปเนื่องจากมีความต้องการที่จะแสวงหาความยุติธรรมในการชดเชยโดยผ่านทางกระบวนการทางศาลที่มีการพิสูจน์ถูกผิด ผู้เสียหายไม่สามารถขอเวาระเบียบได้โดยอิงกับกฎหมายข้อมูลข่าวสารเมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถขอถ่ายสำเนาได้ มีการแก้ไข ทำลาย หรือปกปิดซ่อนเร้นเวชระเบียน

2.4) ข้อเสนอแนะและแนวทาง เกี่ยวกับการปรับปรุงบริการและกลไกการชดเชยความเสียหายโดยสรุป ดังนี้

2.4.1) การปรับปรุงบริการ ควรปรับปรุงให้มีการบริการที่ถูกต้องและรวดเร็ว มีการดูแลช่วยเหลือ การแนะนำอธิบายเกี่ยวกับการรักษากับผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง การให้บริการควรไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกองทุน เช่น กองทุนประกันสังคมกับกองทุน 30 บาท ควรปรับปรุงอารมณ์ การพูดจา การต้อนรับ และพัฒนาคุณภาพในการรักษาโดยเฉพาะในระดับสถานพยาบาลขนาดเล็ก และควรมีการเพิ่มแพทย์เพื่อให้บริการในวันหยุดในสถานพยาบาลของรัฐหรือการขยายเวลาให้บริการของแพทย์ในคลินิกเอกชนที่ยังคงทำงานอยู่กับโรงพยาบาลรัฐ

2.4.2) การปรับปรุงกลไกการชดเชย ผู้ให้บริการควรกล้าที่จะยอมรับความผิดพลาด และแสดงความจริงใจในการให้การแก้ไขเยียวยา ควรให้การช่วยเหลือแก่ผู้เสียหายตามที่เคยสัญญาไว้ อย่างครบถ้วน เช่น การผ่าตัด การสนับสนุนอวัยวะเทียม การบริการในช่องทางพิเศษ การรับเข้าทำงาน เป็นต้น ควรมีการอนุมัติวงเงินชดเชยที่เพียงพอ และบอกกล่าววิธีการอุทธรณ์ต่อผู้เสียหาย และวงเงินที่ชดเชยแก่ผู้เสียหายควรครอบคลุมถึงการดูแลครอบครัวผู้เสียหาย เช่น เงินรายเดือนหรือรายปีสำหรับบุตรหรือคนพิการ เงินค่าเลี้ยงดูเด็ก เช่น นม เงินช่วยเหลือทางการศึกษา เป็นต้น ควรให้มีบทลงโทษทางอาญาสำหรับการแก้ไข ทำลาย หรือปกปิดซ่อนเร้นเวชระเบียน ควรนำความผิดพลาดที่ได้รับการ



พิสูจน์แล้ว ทำเป็นสถิติ แล้วนำไปเป็นบทเรียนสอนหมอ และให้ความรู้กับสังคมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดซ้ำ (รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และชนเสฏฐ์ กุลจิรมาพันธ์, 2550)

นอกจากนี้ รายงานการศึกษาติดตามและประเมินผลกระทบของนโยบายและการดำเนินการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ที่ดำเนินการโดยคณะที่ปรึกษาและติดตามประเมินผล ศูนย์วิจัยสังคมคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า

1) เจตนารมณ์ กลไกการชดเชยความเสียหายเบื้องต้นที่มีอยู่ไม่ได้เป็นไปตามเจตนารมณ์และว่าด้วยการช่วยเหลือเพื่อมนุษยธรรม กระบวนการทำงานของคณะอนุกรรมการ การตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์สอบสวนและหาข้อเท็จจริง เกิดแนวโน้มที่จะกลายเป็นการเรียกร้องความเสียหายและการพิจารณาเพื่อบอกความผิดถูก ดังนั้น การพิจารณาออกแบบกลไกและกระบวนการทำงานของมาตรา 41 ใหม่ ที่เน้นย้ำหลักการ “การช่วยเหลือทางมนุษยธรรม” ให้เกิดขึ้นจริงเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้เสียหายได้โดยง่ายหรือสะดวก ลดทอนขั้นตอนการพิจารณาให้น้อยลง ให้ความสำคัญกับข้อมูลมิติทางสังคมของผู้เสียหายและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการพิจารณามากกว่าเทคนิคทางการแพทย์ รวมทั้งอาจใช้ช่องทางในการให้ความช่วยเหลือที่เริ่มต้นจากการให้แพทย์หรือสถานบริการ เป็นผู้พิจารณาเสนอขอรับการช่วยเหลือแก่ผู้เสียหาย แทนการยื่นคำร้องของผู้เสียหายเอง น่าจะทำให้เจตนารมณ์ข้างต้นเกิดขึ้นได้จริง ซึ่งจากการประเมินของผู้ศึกษา พบว่า การเข้าสู่กระบวนการของมาตรา 41 มีน้อยรายที่แพทย์หรือทางโรงพยาบาลแนะนำหรือดำเนินการให้โดยผู้รับบริการไม่ได้ร้องขอ และมีเพียงรายเดียวที่แพทย์ได้แนะนำหลังจากที่ผู้รับบริการมาร้องเรียนที่โรงพยาบาล เป็นต้น

2) คณะกรรมการและกระบวนการพิจารณา คณะอนุกรรมการและกลไก โครงสร้างและการได้มาของคณะอนุกรรมการ ยังเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาทบทวน ภาพของตัวแทนจากราชการ ฝ่ายวิชาชีพ ผู้ให้บริการ ค่อนข้างชัดเจน ขณะที่ตัวแทนจาก “ผู้รับบริการ” ค่อนข้างมีปัญหา ว่าใครคือตัวแทนผู้รับบริการ กระบวนการในการได้มา ระบบใบตราพินัย ยังต้องการวิเคราะห์ว่า เป็นที่ยอมรับได้หรือไม่อย่างไร การทำงานของคณะอนุกรรมการกับการเข้าใจเจตนารมณ์ของการ “ช่วยเหลือ” มิใช่ “ชดเชย” หรือ “เรียกร้องความรับผิดชอบ” ยังเป็นปัญหา โดยเฉพาะการตั้งคณะทำงานด้านวิชาการเพื่อพิสูจน์ค้นหาข้อเท็จจริง หลักฐานหรือการตัดสินใจ ที่แสดงแนวโน้มของการพิสูจน์ถูกผิด นอกจากนี้ บทบาทของตัวแทนผู้ให้บริการหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นวิชาชีพ พบว่า มักเน้นย้ำความเป็นมาตรฐานหรือมีท่าทีคัดค้านการให้การช่วยเหลือ โดยใช้เหตุผลทางการแพทย์ กระบวนการพิจารณาของคณะอนุกรรมการส่วนมาก มีการระมัดระวังผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น มีการหลีกเลี่ยงการใช้คำหรือใช้คำว่า “เหตุสุดวิสัย” นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดในเรื่องการบริหารจัดการ การนัดหมาย ค่าใช้จ่าย การยอมรับบทบาทและความเป็นกลาง

3) กฎเกณฑ์ ข้อบังคับเกี่ยวกับเกณฑ์การพิจารณาการชดเชยข้อที่ 4 มีนัยที่ทำให้เกิดการตีความในเชิงผิด-ถูก กล่าวคือ การระบุว่า การให้ชดเชยความเสียหายต่อเมื่อความเสียหายนั้น มิใช่สิ่งที่เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรค ผลแทรกซ้อนจากการรักษา หรือ ด้วยการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐาน ข้อบังคับนี้ ทำให้มีผลโยงถึงการตัดสิน ความ “ผิด” “ถูก” กล่าวคือ ถ้าตัดสินว่ามีการชดเชย แสดงว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นอยู่นอกเกณฑ์ การรักษาจำเป็นต้องเกิดความผิดพลาดหรือไม่เป็นไปตามมาตรฐาน



การจ่ายเงินช่วยเหลือจึงถูกเข้าใจเชิงลบด้วยกระบวนการพิพาททางสังคมต่อผู้ให้บริการ โดยเฉพาะ สื่อ การเมืองและสภาพสังคม เป็นต้น

เครื่องชี้วัดระดับที่สำคัญ

ฝ่ายกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รวบรวมสรุปจำนวนร้อยละของผู้เรียกร้องและเงินชดเชยแยกตามประเภทความเสียหายในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ระหว่างเดือนมกราคม ปี 2547 ถึง เดือนมิถุนายน 2550 พบว่า มีผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาคำร้องแล้วเข้าเกณฑ์ตามข้อบังคับและได้รับค่าชดเชยไปรวมทั้งสิ้น 940 ราย (เฉลี่ยเดือนละ 22.38 ราย) โดยมีจำนวนเงินที่ชดเชยรวมทั้งสิ้น 93,929,500 บาทหรือผู้เสียหายได้รับการชดเชยเฉลี่ยรายละ 99,925 บาท โดยแยกเป็นประเภทเสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวรจำนวน 559 ราย (59.47%) วงเงิน 73,699,000 บาท (78.46%) ประเภทสูญเสียอวัยวะ/พิการจำนวน 164 ราย (17.45%) วงเงิน 13,380,000 บาท(14.24%) และประเภทบาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่องจำนวน 217 ราย (23.08%) วงเงิน 6,850,500 บาท (7.30%) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าสัดส่วนของผู้เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร มีจำนวนผู้เรียกร้องสูงถึงร้อยละ 60 ของผู้ได้รับการชดเชยทั้งหมด เนื่องจากการเสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร เป็นความเสียหายที่มีความรุนแรงและกระทบต่อจิตใจและสถานภาพของการดำรงชีวิตในอนาคตที่อาจไม่แน่นอนของผู้เสียหาย (หรือญาติของผู้เสียหายที่เคยได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เสียหาย เช่น สามีหรือภรรยา บุตร หรือบิดาและมารดา) มากที่สุด (รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และธนเสฏฐ์ กุลจิรมากันต์, 2550)

นอกจากนั้น ผลการศึกษา กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์ ความทุกข์ของผู้เสียหายและการจัดเวทีประชาพิจารณ์กับประชาชนทั่วไป ผู้ให้บริการ ตัวแทนหน่วยราชการ/องค์กรของรัฐ นักวิชาการ องค์กรเอกชน และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ พบว่า สถานพยาบาลที่ก่อให้เกิดความเสียหายส่วนใหญ่จะใช้กลไกการชดเชยความเสียหายเบื้องต้นตามมาตรา 41 เมื่อความเสียหายนั้นมีความรุนแรง (เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร) และมีแนวโน้มว่าผู้เสียหายอาจจะดำเนินคดีทางศาลหากใช้กลไกเดิมที่มีอยู่โดยไม่เป็นทางการทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยแล้วจะต้องใช้เงินในปริมาณมาก จึงไม่พอใจที่จะจ่ายหรือมีเงินจ่ายแต่ไม่เพียงพอและไม่สามารถปิดเรื่องที่เกิดขึ้น) จึงเป็นมูลเหตุจูงใจให้ผู้เสียหายร้องขอการชดเชยหรือผู้ให้บริการเองตัดสินใจใช้ช่องทางตามมาตรา 41 เพื่อชดเชยความเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้เสียหาย ทำให้สัดส่วนของผู้เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวรมีจำนวนมากกว่าความเสียหายประเภทอื่นที่มีความรุนแรงน้อยกว่า ในขณะที่เดียวกันผู้ให้บริการสามารถใช้กลไกที่มีอยู่เดิมยุติปัญหากับผู้เสียหายประเภทอื่นที่มีความรุนแรงน้อยกว่าได้มากกว่า (รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และธนเสฏฐ์ กุลจิรมากันต์, 2550) ซึ่งผลการศึกษาบางส่วนสอดคล้องการศึกษาเพื่อการประเมินกลไกการชดเชยเบื้องต้นที่พบว่า เมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ แก่บุคคลหนึ่งบุคคลใด บุคคลผู้ได้รับความเสียหายจะใช้ช่องทางเพื่อแก้ไขเยียวยาผ่านกลไกการชดเชย 2 ระดับ คือ กลไกการชดเชยก่อนศาล ที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งแต่ละระดับจะมีวิธีการและความสามารถในการช่วยเหลือเยียวยาความเสียหายทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการแตกต่างกัน เช่น การให้การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพแก่ผู้เสียหาย การแก้ปัญหาความขัดแย้งโดยการมีส่วนร่วมของชาวบ้านและเครือข่ายทางสังคม หรือการใช้



กระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยที่เป็นกลไกเดิมของโรงพยาบาลโดยทีมจัดการความเสี่ยง การใช้เงินสวัสดิการของโรงพยาบาลเพื่อชดเชยผู้เสียหาย การให้บริการพิเศษกับบุคคลผู้ได้รับความทุกข์นั้น การร่วมงานหรือช่วยค่าทำศพ และการใช้กลไกการชดเชยเบื้องต้นตามมาตรา 41 ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก เมื่อไม่สามารถจัดการหรือควบคุมปัญหาในระดับสถานบริการได้ ฯลฯ เป็นต้น (ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ, 2548)

การศึกษา “ภาวะไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลประเทศไทย: ข้อเสนอแนะจากการศึกษานำร่อง” เพื่อศึกษาความเหมาะสมของวิธีวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์ เฝ้าระวังและติดตามปัญหา ตลอดจนหาอุบัติการณ์และลักษณะการเกิดภาวะนี้ ผลการศึกษาพบว่า มีภาวะไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นคิดเป็นร้อยละ 9.1 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (95% C.I. 6.19- 11.94) เป็นภาวะไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ ร้อยละ 71.4 (ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และประดิษฐ์ วงษ์คุณารัตนกุล, 2546) และหากนำอัตราภาวะไม่พึงประสงค์ดังกล่าวมาประมาณค่าโดยการสมมุติอัตราภาวะไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้รวม 3 ระดับ (20%, 40% และ 50%) และกำหนดระดับของอัตราภาวะไม่พึงประสงค์ที่ระดับ 2% - 9% พบว่า จะเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ระหว่าง 38,756 - 174,404 รายต่อปี อย่างไรก็ตาม การนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้อาจมีข้อจำกัดในการนำอัตราภาวะไม่พึงประสงค์ที่ได้จากกลุ่มประชากรเดียวมาใช้ เพื่อประมาณค่าจำนวนผู้ป่วยที่อาจได้รับความเสียหายและค่าชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพที่อาจยังมีความคลาดเคลื่อนสูง และอาจมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาวิจัยความเป็นไปได้ทางการเงินการคลังในเชิงลึก ได้แก่ การศึกษาวิธีการในการเก็บค่า Premium จากแหล่งที่มาของเงินกองทุน (พร้อมกับการศึกษาคุณลักษณะประชากรในคดีแพ่งที่เกี่ยวกับความเสียหายจากบริการสุขภาพผ่านคำพิพากษาของศาลและการศึกษาคุณลักษณะประชากรของผู้ร้องขอค่าเสียหายจากบริการสุขภาพที่ได้รับการอนุมัติให้การชดเชยเบื้องต้นตามมาตรา 41 ผ่านข้อมูลที่เป็นคำวินิจฉัยของคณะกรรมการชดเชยความเสียหายเบื้องต้น) การสำรวจความเห็นเกี่ยวกับกลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน (เช่น สิทธิในการฟ้องคดีแพ่งของผู้เสียหายกรณีที่เป็นการกระทำโดยความประมาท สิทธิของผู้เสียหายในการเข้าถึงเวชระเบียน เกณฑ์การชดเชยความเสียหายที่ไม่ใช่ทางเศรษฐกิจ บทบาทของบริษัทประกันฯ) และการศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งศาลชำนาญพิเศษและหรือวิธีพิจารณาความในคดีทางสุขภาพ เป็นต้น (รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และธนเสฏฐ์ กุลจิรมากันต์, 2550) เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของกลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพที่อาจมีการจัดตั้งขึ้นในอนาคตให้สามารถบริการได้อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม

อย่างไรก็ตาม การศึกษาทบทวนข้อมูลเพื่อประมาณการวงเงินที่ใช้ในการจัดตั้งกองทุนชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพโดยใช้ข้อมูลการชดเชยของ สปสช. โดยวิธีการ Moving average ข้อมูลการคำนวณอัตราภาวะไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ตามแบบของฮาร์วาร์ด ข้อมูลอัตราการจัดงบประมาณเพื่อเป็นการประกันการชดเชยความเสียหายของประเทศสกอตแลนด์ และข้อมูลอัตราการชดเชยต่อประชากรของกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียและนิวซีแลนด์ พบว่า ประเทศไทยต้องใช้วงเงินเพื่อการดำเนินชดเชยทั้งสิ้นระหว่าง 86.6 – 1,363.3 ล้านบาทต่อปี (รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และธนเสฏฐ์ กุลจิรมากันต์, 2550)



ดังนั้น หากสถานการณ์การจัดบริการทางการแพทย์ยังไม่พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ แนวโน้มของการร้องเรียนฟ้องร้องแพทย์โดยผู้เสียหาย อาจเพิ่มมากขึ้นและอาจก่อให้เกิดต้นทุนในการให้บริการสุขภาพโดยรวม (ประสบการณ์ของประเทศ นิวซีแลนด์ ซึ่งเป็นประเทศแรกของโลกที่เริ่มนำเอาแนวคิด No-Fault มาดำเนินการอย่างครอบคลุมตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1974 โดยพบว่า มีการร้องเรียนเพิ่มมากขึ้น มีเรื่องร้องเรียนวินัยแพทย์เพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มียุติกรรมที่ชี้ชัดว่าเป็นผลมาจากระบบการชดเชยดังกล่าว ผู้ป่วยได้รับการชดเชยมากกว่าที่ได้รับจากระบบ กฎหมาย โดยมีค่าใช้จ่ายในการชดเชยระหว่างปี ค.ศ.1975-1989 ในภาพรวมสูงขึ้นประมาณ 20% ต่อปี เช่นเดียวกันประสบการณ์ของสวีเดน พบว่า มีจำนวนรายที่เรียกร้องเพิ่มขึ้นทุกปีหลังจากมีการใช้ระบบ (Dute, Faure, and Koziol, 2004))

เอกสารอ้างอิง

1. บัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. ภาวะที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะจากการศึกษานำร่อง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2546 ; 12: 509 - 21.
2. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ พุทธศักราช 2468,ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 169/ตอนที่ 42/หน้า 1/8 เมษายน 2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
3. พระราชบัญญัติความรับผิดชอบละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 113/ตอนที่ 60 ก/หน้า 25/14 พฤศจิกายน 2539
4. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119/ตอนที่ 116 ก/หน้า 1/18 พฤศจิกายน 2545
5. พรหมมินทร์ หอมหวาน, “การร้องเรียนแพทย์กรณีทุเรศปฏิบัติ”: ศึกษาการร้องเรียนในหนังสือพิมพ์ (พ.ศ.2533-2540) วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2542.
6. รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และธนเสฏฐ์ กุลจิรมาพันธ์, กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ, ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรตุลาคม, 2550.
7. ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ ภัคดี และ และพันธ์ หึง จิราภร ชมศรี, “การชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องรับผิด (NO-Fault Compensation Schemes): การทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ, คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.
8. ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ, “การศึกษาติดตามและประเมินผลกระทบของนโยบายและการดำเนินการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41” ศูนย์วิจัยสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.
9. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, แสง บุญเฉลิมวิภาส, เอนก ยมจินดา,วีรวรรณ บุญตริก และอภิวัน อินสร, การศึกษาปัญหาการฟ้องร้องคดีเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย, เรือนแก้วการพิมพ์ -- กทม, 2544.



10. สมหญิง สายธนู รัชตะ ตั้งศิริพัฒน์ วงเดือน จินดาวัฒนะ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2546; 12:876-88.
11. อนงค์ เพียรกิจกรรม, "ทำอะไรจึงไม่ถูกฟ้อง เมื่อถูกฟ้องควรทำอะไร", แพทยสภาสาร, ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2546 หน้า 177-188.
12. อำนาจ กุศลานันท์, "แพทย์กับความเสียหายการถูกฟ้องร้อง", เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเรื่องการแก้ไขกฎหมายอาญาเพื่อความเป็นธรรมต่อผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม, ห้องประชุมไพจิตร ปวะบุตร, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 24 พฤศจิกายน 2549. หน้า 29-32.
13. Dute J, Faure GM, and Koziol H, Comparative. No-Fault Compensation in the Health Care Sector : Comparative Reports and Conclusions, Tort and Insurance Law Vol.8. Year,2004.

