

การจัดการความรับผิดชอบจากการ รักษาทางการแพทย์

สมหญิง สายธนู*

รัชตะ ตั้งศิริพัฒน์*

วงเดือน จินดาวัฒนะ**

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

**สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม และการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ทำให้ อัตราการฟ้องร้องแพทย์มากขึ้นในกรณีความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical error) จึงจำเป็นต้อง เข้าใจกลไกในการบริหารจัดการ การแก้ไขปัญหา และการชดเชยผู้ป่วยเมื่อเกิดกรณีดังกล่าวขึ้น

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจกลไกการจัดการความรับผิดชอบจากความผิดพลาดทางการแพทย์ โดยการวิจัยเอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ร้องเรียน แพทย์และผู้บริหารในโรงพยาบาลเอกชน บริษัทประกันวินาศภัย การอภิปรายกลุ่มในโรงพยาบาลรัฐ การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อหา แนวทางและมาตรการรองรับที่เหมาะสมในการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์

การศึกษาพบว่า รูปแบบในการฟ้องร้องเมื่อเกิดกรณีความผิดพลาดทางการแพทย์ขึ้น มี ๓ แบบ คือ ๑) การตกลงประนีประนอมยอมความกันในระดับโรงพยาบาลโดยผู้เสียหายจะได้รับการชดเชยในระดับที่ไม่ เหมาะสมนัก ๒) การร้องเรียนอย่างเป็นทางการ โดยผ่านองค์กรที่ไม่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมาย และ/หรือ ๓) การร้องเรียนอย่างเป็นทางการ โดยผ่านหน่วยงานที่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมายโดยตรง เพื่อจัดการความ รับผิดชอบทางจริยธรรมทางการแพทย์ การรับผิดชอบละเมิดและอาญา การร้องเรียนโดยผ่านหน่วยงานที่มีอำนาจ บังคับใช้กฎหมายโดยตรงนั้น มีปัญหาเกี่ยวกับความล่าช้าในกระบวนการพิจารณาตัดสิน ในกระบวนการ ทางศาล ผู้ฟ้องต้องแบกรับภาระในการพิสูจน์ มีค่าใช้จ่ายสูง และยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการชดเชยค่า เสียหายที่ชัดเจน ผู้ที่เข้าถึงระบบการร้องเรียนส่วนใหญ่เป็นชนชั้นกลางหรือสูงกว่า และมีคนรู้จักที่มีความ สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับหน่วยงานดังกล่าว ผู้บริโภคทั่วไปโดยเฉพาะที่มีฐานะยากจนจะเข้าถึงกลไกในการ จัดการความรับผิดชอบได้ยาก แพทย์สภาเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ความชอบ ธรรมในการจัดการเรื่องนี้ และมีความสนใจต่อปัญหา จึงเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีปัจจัยครบสามองค์ประกอบ (definitive stakeholder) จุดอ่อนที่สำคัญของแพทย์สภาคือ ความล่าช้าในการบริหารความรับผิด ทางจริยธรรมของแพทย์ และถูกตั้งข้อสงสัยจากสังคมว่าปกป้องวิชาชีพเพียงตัวเอง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรผลักดันให้วิธีประนีประนอมกันในระดับโรงพยาบาลมีระบบและมีลักษณะ กึ่งทางการมากขึ้น รวมทั้งจัดให้มีกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้เสียหาย และมีหน่วยงานที่เป็นกลางและเป็น ที่ยอมรับในการเจรจากับผู้ป่วย โดยรัฐเองจะต้องกำหนดหลักเกณฑ์การชดเชยค่าเสียหายให้มีมาตรฐาน เดียวกันและเป็นธรรมกับทุกฝ่าย ซึ่งตรงกับกรดำเนินการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๔๕ มาตรา ๔๑

คำสำคัญ:

ความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์, จริยธรรมแพทย์, ความรับผิดทางแพ่ง, ความรับผิดทางอาญา, ประกันสุขภาพ

บทนำ

ในอดีตรายงานเกี่ยวกับปัญหาที่จะนำมาสู่การร้องเรียนหรือฟ้องร้องแพทย์ ในกรณีความผิดพลาดที่เกิดจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (medical errors) มีน้อยมาก เนื่องจากผู้ป่วยให้ความเชื่อถือและไว้วางใจในตัวแพทย์ผู้ให้การรักษา ต่อมาเมื่อสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไป การขยายตัวของชนชั้นกลางและรายได้ประชากรเพิ่มขึ้น นำไปสู่อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพภาคเอกชนมากขึ้น ภาคเอกชนมุ่งกำไรสนองตอบต่ออุปสงค์ที่เพิ่มขึ้น และนำไปสู่การแข่งขันเชิงพาณิชย์ รวมถึงเวชปฏิบัติเชิงธุรกิจที่มุ่งแสวงหากำไรเป็นหลัก

ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอันได้แก่^(๑) ๑) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย จากความสัมพันธ์ในแนวตั้ง ในลักษณะอุปถัมภ์ เชิงอำนาจทางปัญญา ที่นักสังคมวิทยาเรียกว่า patron-client relationship (นายกับบ่าว, พ่อกับลูก, ผู้มีพระคุณกับผู้ได้รับพระคุณ) เป็นความสัมพันธ์เชิงพันธสัญญา (contractual relationship) ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการ เสมือนสินค้าและบริการทั่ว ๆ ไป ๒) ความคาดหวังต่อผลการรักษาพยาบาลและการบริการย่อมสูงขึ้นตามค่ารักษาพยาบาล ผู้บริโภคไม่คำนึงถึงข้อจำกัดของแพทย์และโรงพยาบาล ว่าในความเป็นจริงจะสามารถให้บริการได้ในระดับใด^(๒) เมื่อผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวังหรือมีผลเสียเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเนื่องมาจากสาเหตุใด ความเห็นอกเห็นใจหรือให้อภัยจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยย่อมมีน้อยลง นำมาซึ่งกรณีร้องเรียนที่เพิ่มมากขึ้น^(๓) การซื้อประกันความเสี่ยงจากการฟ้องร้องของผู้ป่วยเนื่องจากความผิดพลาดจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (professional liability insurance) โดยแพทย์โดยเฉพาะในภาคเอกชน อาจจะเป็นแรงกระตุ้นให้มีการฟ้องร้องมากขึ้น ดังประสบการณ์ในต่างประเทศ

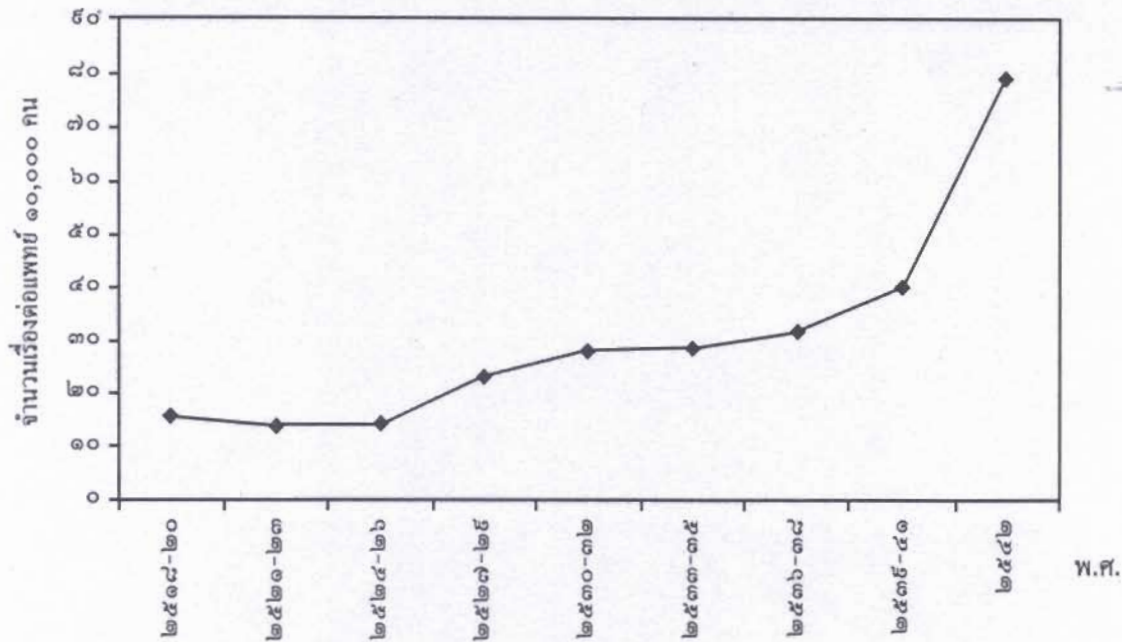
ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่

เปลี่ยนแปลงไป ช่องว่างที่กว้างขึ้นระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยกับระดับการบริการทางการแพทย์ที่ระบบสาธารณสุขสามารถให้บริการได้ ร่วมกับแรงผลักดันตามกระแสสิทธิมนุษยชนอันนำไปสู่การตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วย^(๔) ทำให้การร้องเรียนหรือฟ้องร้องแพทย์ซึ่งแทบไม่ปรากฏในอดีต กลับเพิ่มจำนวนสูงขึ้น

สถิติการร้องเรียนแพทย์ที่เข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการแพทยสภาเพิ่มจากค่าเฉลี่ย ๑๓.๖๘ ราย/แพทย์ ๑๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๒๓ เป็น ๓๙.๖๐ รายต่อแพทย์ ๑๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๓ เป็นการเพิ่มขึ้น ๒.๙๐ เท่า^(๕) สถิตินี้ยังสอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของเรื่องร้องเรียนในหนังสือพิมพ์รายวันระหว่าง พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๔๐ ที่มีจำนวนสูงขึ้น โดยใน พ.ศ. ๒๕๓๙ และ ๒๕๔๐ มีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบ ๒ เท่า เมื่อเทียบกับ พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๓๔^(๖)

รูปแบบที่ผู้ป่วยฟ้องร้อง หรือร้องเรียนและกลไกในการดำเนินการจัดการรับผิดจากการรักษาทางการแพทย์มีหลายรูปแบบ กล่าวคือการดำเนินการด้านจริยธรรมของแพทย์ (ethical conduct) โดยผ่านกระบวนการทางองค์กรควบคุมวิชาชีพคือแพทยสภา ความรับผิดทางแพ่ง (civil liability) ความรับผิดจากการละเมิด ที่ดำเนินการโดยศาลแพ่ง ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และความรับผิดทางอาญา (criminal liability) ที่เกี่ยวข้องกับความผิดเมื่อกระทำโดยเจตนาหรือประมาท ที่เป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือเสรีภาพของบุคคล ตามประมวลกฎหมายอาญา นอกจากมาตรการข้างต้นแล้ว ยังมีกลไกการชื้อประกันโดยแพทย์ (professional liability) หรือการประกันทุรเวชปฏิบัติ (malpractice insurance) ซึ่งบริษัทประกันจะเป็นผู้จ่ายค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหาย

ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๔๑ มีสาระสำคัญคือ ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการในกรณีที่ได้รับความเสียหายจาก



ที่มา: สุวิทย์ วิบุตผลประเสริฐ^(๒)

รูปที่ ๑ จำนวนเรื่องร้องเรียนแพทย์ต่อแพทย์ ๑๐,๐๐๐ คน ที่เข้าสู่แพทยสภาระหว่าง พ.ศ. ๒๕๑๘-๒๕๔๒

การรักษาโดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร นับเป็นกลไกใหม่ล่าสุดของการชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ข้อกังวลจากผู้ประกอบวิชาชีพคือมาตรการเหล่านี้จะกระตุ้นให้มีการฟ้องร้องแพทย์มากขึ้นกว่าเดิม

การเข้าถึงกลไกที่หลากหลายดังกล่าวขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยและญาติ จึงมีคำถามว่า ระบบการจัดการดังกล่าวในปัจจุบันเป็นอย่างไร สามารถช่วยเหลือประชาชนได้ทุกระดับหรือไม่

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาและจุดประสงค์ของกฎหมายระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนและจัดการการรับผิดชอบจากรักษาพยาบาล รูปแบบ วิธีการ เวลาในการดำเนินการฟ้องร้อง/ร้องเรียน การชดเชยค่าเสียหาย วิธีการจัดการปัญหาภายในของโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน

แนวโน้มของประกันทุรเวชปฏิบัติ วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักถึงบทบาทหน้าที่ รวมทั้งระดมความเห็นจากองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อหาแนวทางและมาตรการรองรับที่เหมาะสมในการจัดการความรับผิดชอบทางการแพทย์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ที่ใช้การวิจัยเอกสาร (document research) ร่วมกับวิธีการอื่น ๆ ได้แก่

๑. สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่ฟ้องร้อง/ร้องเรียนมายังแพทยสภา ศาลแพ่ง/อาญา สภานายความ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค หรือเสนอเป็นข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์รายวัน จำนวน ๑๐ ราย โดยได้รับการยินยอมให้ทำการศึกษาเป็นกรณีศึกษาอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร, การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (key stakeholders) ซึ่งได้แก่

กรรมการแพทยสภา กรรมการสภานายความ ผู้บริหารมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ผู้พิพากษาบางท่าน และสื่อมวลชนที่มีความชำนาญด้านสาธารณสุข องค์กรละ ๒ ราย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน ๗ แห่ง, ผู้บริหารระดับสูงของบริษัทประกันวินาศภัยที่รับประกันทุรเวชปฏิบัติ ๒ บริษัท

๒. การจัดอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) จำนวน ๔ ครั้ง ระหว่างผู้อำนวยการและแพทย์โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้งสิ้น ๑๕ โรงพยาบาล ใน ๓ จังหวัดคือ นนทบุรี ชลบุรี และนครราชสีมา

๓. วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (stakeholder analysis)

๔. การประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก

ผลการศึกษา

๑. กลไกในการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์ในประเทศไทย จากการศึกษา นักวิจัยได้แบ่งกลไกนี้ออกเป็น ๓ ระบบ คือ

ระบบที่ ๑ กลไกที่ไม่เป็นทางการ

การตกลงประนีประนอมยอมความกัน (informal settlement system) เป็นรูปแบบที่ใช้ปฏิบัติกันทั่วไป เมื่อผู้ป่วยหรือญาติไม่พอใจการรักษา จึงทำเรื่องร้องเรียนไปยังโรงพยาบาลที่ให้บริการเพื่อเจรจาหาข้อยุติ ตามปกติโรงพยาบาลพยายามที่จะให้เรื่องจบลงภายในโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด ด้วยการยื่นข้อเสนอที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย ในรูปแบบต่าง ๆ กัน เช่น การชดเชยค่าเสียหายในรูปตัวเงิน การยกเว้นหรือให้ส่วนลดค่ารักษาพยาบาล การให้ค่าเลี้ยงดูบุตรของผู้เสียชีวิต การร่วมงานศพเพื่อแสดงความเสียใจ ระดับความช่วยเหลือจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถในการเจรจาและความพอใจของทั้งสองฝ่าย ผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่า ไม่ว่าผู้เสียหายจะมีฐานะในสังคมอย่างไร ค่าชดเชยความเสียหายที่ได้รับเป็นเพียงส่วนหนึ่งของ

ความสูญเสียทางกาย (physical losses) และเงินที่ได้จ่ายไปในการรักษาพยาบาล (financial losses) เท่านั้น ไม่ได้พิจารณาถึงความสูญเสียทางจิตใจ (mental losses) รวมไว้ด้วย

การเจรจาหาข้อยุติจะสำเร็จลงได้ขึ้นอยู่กับตัวแปรหลายอย่าง เช่น โรงพยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน ความสนใจและความเป็นผู้นำของผู้บริหารโรงพยาบาล คนกลางในการเจรจาไกล่เกลี่ย เช่น ผู้นำชุมชน ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะผู้เป็นที่เคารพนับถือของชุมชน และสิ่งสำคัญที่สุดคือการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ชัดเจนแก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย (good and clear communication and information) เมื่อหาข้อยุติได้ ผู้ร้องเรียนมักจะต้องตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรที่จะยุติการฟ้องร้องต่อไป

ในทางตรงกันข้ามหากไม่สามารถหาข้อยุติได้ ผู้ร้องเรียนอาจจะดำเนินเรื่องร้องเรียนไปยังหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ไม่มีอำนาจทางกฎหมาย (formal non-legal system) และ/หรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่โดยตรงกับการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์ (formal legal system) ต่อไป

ระบบที่ ๒ กลไกที่เป็นทางการ แต่ไม่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมาย

องค์กรที่ไม่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวกับการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์ (formal non-legal system) ได้แก่ สภานายความ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค หน่วยงานผู้ซื้อบริการ สื่อมวลชน ฯลฯ ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการเจรจาหาข้อยุติ และ/หรือส่งเรื่องร้องเรียนไปยังหน่วยงานที่มีหน้าที่โดยตรงในการจัดการความรับผิดชอบทางการแพทย์ เช่น แพทยสภา ศาลยุติธรรม เพื่อดำเนินการต่อไป

ในกรณีที่เรื่องร้องเรียนถูกนำเสนอเป็นข่าวในสื่อสารมวลชน นอกจากจะเป็นที่สนใจของสาธารณชนแล้ว เรื่องดังกล่าวจะเข้าสู่แพทยสภาเพื่อพิจารณาจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์โดยอัตโนมัติ โดยที่ผู้เสียหายไม่ต้องร้องเรียนมาที่แพทยสภาอย่าง

เป็นทางการ

การเข้าถึงระบบนี้คณะผู้วิจัยสังเกตว่า ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำหรือแรงกระตุ้นจากบุคคลรอบข้างไม่ว่าจะเป็น ญาติ เพื่อนฝูงที่รู้จักหน่วยงานดังกล่าว

ระบบที่ ๓ กลไกที่เป็นทางการ และมีอำนาจบังคับใช้กฎหมาย

หน่วยงานที่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรับผิดจากการรักษาทางแพทย์โดยตรง เช่น แพทยสภา เป็นนิติบุคคลที่ตามพระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ ทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพให้ได้มาตรฐานและถูกต้องตามหลักจริยธรรมตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. ๒๕๒๖^(๓,๔) มีคณะกรรมการและคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ทำหน้าที่แสวงหาข้อเท็จจริงและพิจารณาคดีเรื่องราวเรียนทางด้านจริยธรรมทางการแพทย์ ระดับของการลงโทษมีตั้งแต่การว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ พักใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามระยะเวลาที่กำหนดแต่ไม่เกิน ๒ ปี และเพิกถอนใบอนุญาต โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ถูกเพิกถอนอาจขอรับใบอนุญาตอีกได้เมื่อพ้นสองปีนับแต่วันที่ถูกเพิกถอน^(๓)

ศาลแพ่ง (ศาลชั้นต้น อุทธรณ์ และฎีกา) เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายโดยตรงที่เกี่ยวกับการรับผิดจากการรักษาทางแพทย์ ผู้ที่ได้รับความเสียหายอาจฟ้องคดีแพ่งเพื่อเรียกสินไหมทดแทน ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา ๔๒๐ ว่าด้วยเรื่องความรับผิดในการละเมิด (civil liability)^(๓) จากการทำเวชปฏิบัติโดยจงใจ หรือประมาทเลินเล่อ ซึ่งทำให้เกิดความเสียหายถึงแก่ชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สิน คดีแพ่งมีอายุความ ๑ ปีนับแต่วันรู้เหตุแห่งการละเมิด

การดำเนินคดีทางแพ่งมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ เช่น ค่าวางศาลร้อยละ ๒.๕ ของทุนทรัพย์ที่เรียกร้องแต่ไม่เกิน ๒ แสนบาท^(๔) โจทก์ที่ยากจนสามารถยื่นฟ้องอนาถาได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเป็นบางส่วนเมื่อ

ได้รับความเห็นชอบจากศาล หากโจทก์เป็นผู้ชนะคดี จำเลยจะต้องเป็นผู้ชดเชยให้แก่โจทก์ โดยที่เงินส่วนนี้จะตกเป็นรายได้ของแผ่นดิน ค่าทนายและค่าใช้จ่ายในระหว่างการดำเนินคดีเป็นความรับผิดชอบของโจทก์ หากโจทก์ชนะคดี จำเลยจะต้องชดเชยให้กับโจทก์ในจำนวนเงินขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศาล

การพิจารณาคดีแพ่งของศาลในประเทศไทย ใช้ระบบกล่าวหา (accusatory system) ที่ศาลจะต้องวางตัวเป็นกลางและพิจารณาคดีตามพยานหลักฐานของทั้งสองฝ่าย โจทก์จะต้องเป็นฝ่ายรับภาระการพิสูจน์ (burden of proof) ต้องแสวงหาพยานและหลักฐานเพื่อพิสูจน์ว่าความเสียหายที่เกิดเป็นผลจากการกระทำของแพทย์ซึ่งยังเป็นปัญหาในทางปฏิบัติ และยากที่จะเข้าถึงข้อมูลหลักฐานต่าง ๆ นอกจากนี้ ศาลเองก็ยังไม่มีความมาตรฐานที่ชัดเจน ในการกำหนดวงเงินที่จำเลยจะต้องชดใช้ค่าเสียหาย

อย่างไรก็ตาม หากเหตุการณ์เกิดขึ้นที่สถานพยาบาลของรัฐ ผู้เสียหายไม่สามารถฟ้องร้องต่อแพทย์ได้โดยตรง ตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๓๙ มาตรา ๕, ๘ และ ๑๐ ที่กำหนดให้หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบต่อผู้เสียหายในผลแห่งการละเมิด ผู้เสียหายสามารถฟ้องหน่วยงานของรัฐได้โดยตรง แต่จะฟ้องเจ้าหน้าที่ของรัฐโดยตรงไม่ได้ และหากหน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบค่าเสียหายก็มีสิทธิเรียกให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดชดใช้ค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวแก่หน่วยงานของรัฐได้

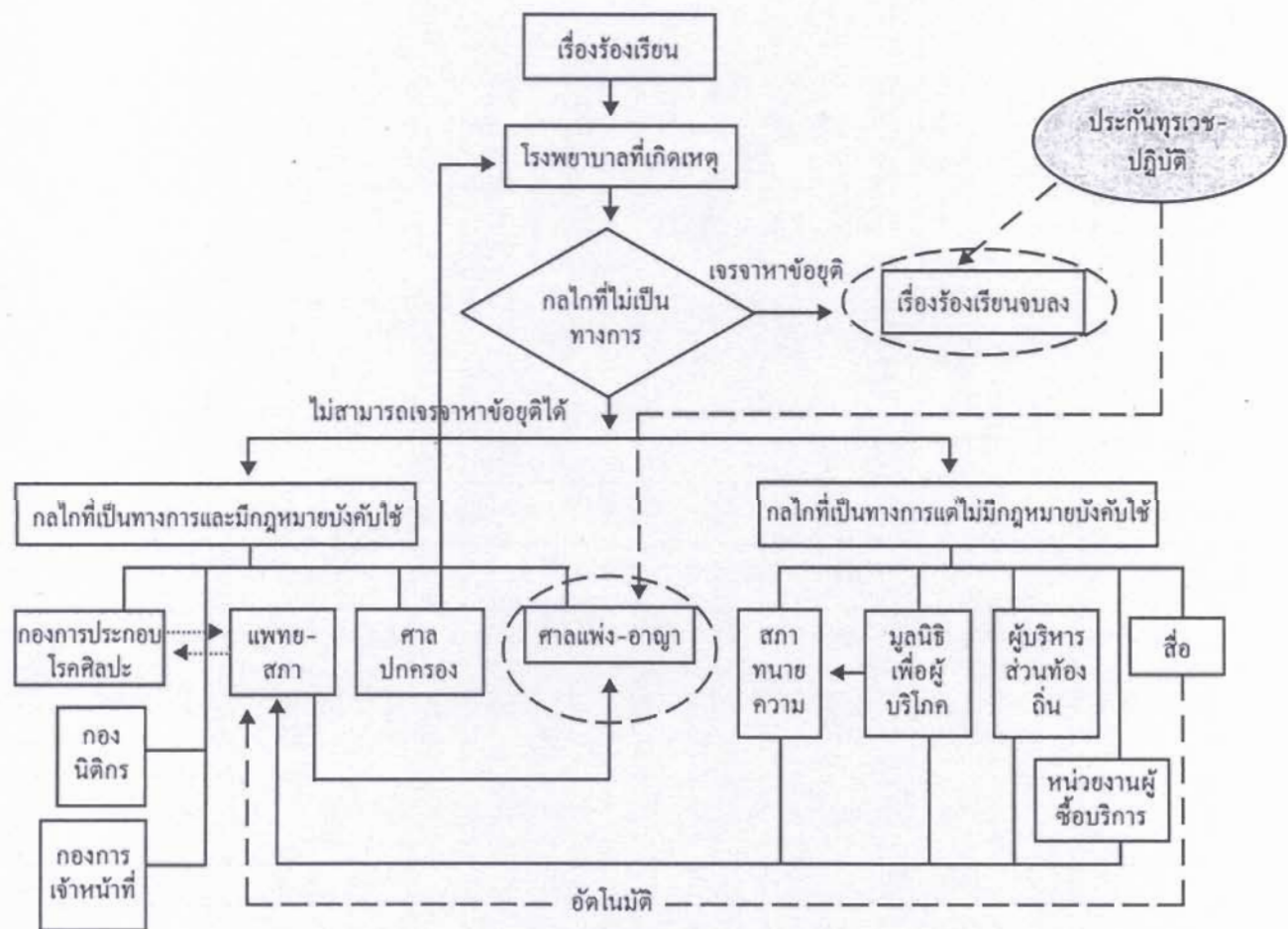
ศาลอาญา: ผู้เสียหายอาจฟ้องร้องแพทย์ในการรับผิดทางอาญา (criminal liability) ตามประมวลกฎหมายอาญา โดยมีสาระสำคัญอยู่ที่การกระทำโดยเจตนาหรือการปฏิบัติโดยเจตนาจงใจ การฟ้องทางอาญาไม่มีค่าวางศาล มีแต่บทลงโทษตั้งแต่ปรับ จำหรือทั้งจำทั้งปรับ วิธีการดำเนินการฟ้องทางอาญาสามารถทำได้ผ่าน ๒ ช่องทางคือ ก) แจ้งความดำเนินคดีกับตำรวจเพื่อให้ตำรวจสืบสวน และทำสำนวนส่งอัยการ เมื่ออัยการเห็นว่าผิดจริง ศาลก็จะรับฟ้อง หรือ

ข) ผู้เสียหายทำการฟ้องเองโดยไม่ต้องแจ้งความตำรวจ โดยศาลจะต้องไต่สวนมูลฟ้องก่อนประทับฟ้อง

การพิจารณาคดีของศาลอาญา หากผู้ฟ้องอ้างว่า แพทย์ละเว้นการปฏิบัติ ในทางทฤษฎี ศาลใช้ระบบไต่สวน (inquisitorial system) วางตัวเป็นกลางและมีอำนาจเรียกหาพยานมานำสืบเองได้ แต่ในทางปฏิบัติ ศาลยังใช้ระบบกล่าวหาเช่นเดียวกับคดีแพ่ง ผู้ฟ้องนั้นต้องแสดงให้ศาลรู้และเห็นในหลักการและหลักฐาน ซึ่งในทางปฏิบัติแพทย์ผู้ทำหน้าที่รักษาเท่านั้นที่รู้ดีที่สุด จึงเป็นการยากสำหรับผู้ป่วยหรือญาติที่จะหาหลักฐานมาแสดง การเอาผิดอาจกระทำได้ในทางการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง (แต่ไม่ได้เจตนา) ซึ่งผู้เสียหายต้องพิสูจน์ให้ได้ว่าแพทย์ได้กระทำการประมาทเลินเล่อ

อย่างร้ายแรง แต่ด้วยลักษณะเฉพาะของวิชาชีพแพทย์ มีผลให้ผู้ป่วยหรือผู้เสียหายเกิดความยากลำบาก หากมีการฟ้องร้องกันจะต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งในทางปฏิบัติไม่มีผู้ใดอยากเป็นพยานหรือออกความเห็น อีกทั้งในทางวิชาการเอง ปัญหาบางเรื่องก็ยังไม่ชัดเจนไม่ได้

การดำเนินคดีในระบบศาลยุติธรรม (ศาลแพ่ง-อาญา) ใช้ระยะเวลายาวนาน เนื่องจากทั้งสองฝ่ายต่างต้องแสวงหาพยานหลักฐานทางการแพทย์มานำสืบ โดยเฉพาะโจทก์ต้องแบกรับภาระการพิสูจน์เป็นอย่างมาก หลักฐานทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะสลับซับซ้อน และไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลที่เกิดเหตุ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ การพิจารณาคดีที่ยาวนานเป็น



รูปที่ ๒ กลไกในการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการพิจารณาคดีของผู้พิพากษา เนื่องจากระบบการโยกย้ายหมุนเวียนของผู้พิพากษา ทำให้ไม่สามารถอำนวยความสะดวกได้อย่างเต็มที่ อย่างไรก็ตามที่ อย่างไรก็ดีตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็นต้นไป มีการเปลี่ยนระบบการพิจารณาคดีโดยผู้พิพากษาจะรับผิดชอบคดีเดียวจนสิ้นสุดแล้วจึงรับพิจารณาคดีใหม่ แนวทางดังกล่าวอาจทำให้เวลาในการพิจารณาคดีสั้นลง

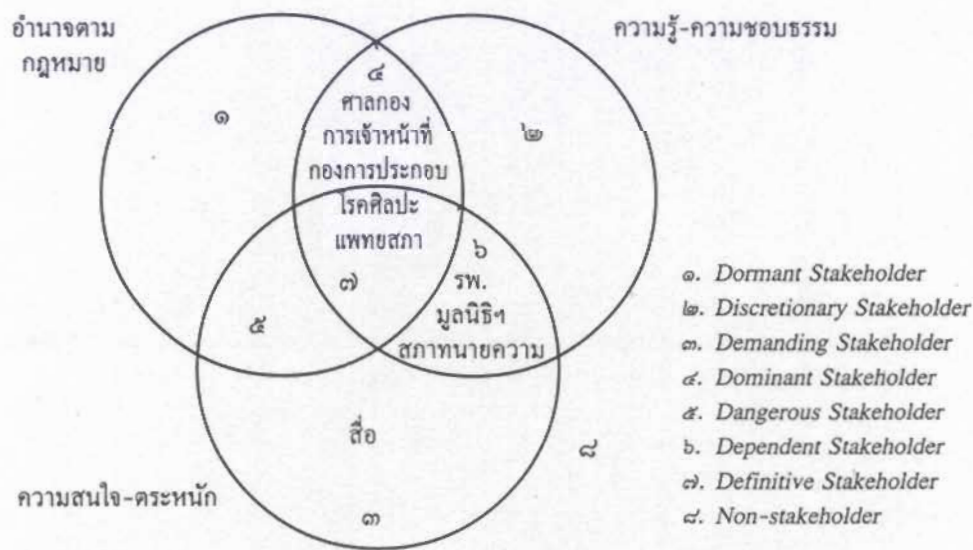
๒. การประกันทวงเวชปฏิบัติกับการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์

การประกันทวงเวชปฏิบัติมีขึ้นในประเทศไทยมาประมาณ ๓๒ ปี ดำเนินการโดยบริษัทประกันวินาศภัย ปัจจุบันมีบริษัทที่ได้รับใบอนุญาตหลายบริษัท แต่มีเพียง ๕ บริษัทเท่านั้นที่กำลังดำเนินการประกันทวงเวชปฏิบัติจากการศึกษาพบว่า มีจำนวนกรมธรรม์ในปัจจุบันอยู่ประมาณ ๑,๐๐๐ กรมธรรม์ (จากจำนวนแพทย์ ๒๗,๔๙๖ คน) แพทย์ที่ทำประกันทวงเวชปฏิบัติส่วนใหญ่ทำเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน เป็นการซื้อประกันด้วยความสมัครใจ (voluntary) เบี้ยประกันขึ้น

อยู่กับความเสี่ยงของแพทย์ในแต่ละสาขา สาขาที่มีความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องสูง เช่น สูติ-นรีเวช ศัลยกรรม วิสัญญี จะมีเบี้ยประกันสูงกว่าสาขาอื่นที่มีความเสี่ยงต่ำกว่า

บริษัทประกันวินาศภัยมีวิธีการจัดการความรับผิดชอบจากเวชปฏิบัติอยู่ ๒ รูปแบบกว้าง ๆ ด้วยกันคือ การเจรจาประนีประนอมโดยนายบริษัทหรือเจ้าหน้าที่สินไหมของบริษัท และดำเนินตามกระบวนการยุติธรรมปรกติบนศาลแพ่ง โดยหากการเจรจาสำเร็จหรือแพทย์ผู้เอาประกันแพ้คดี บริษัทประกันจะเป็นผู้จ่ายให้ผู้เสียหายในวงเงินไม่เกินวงเงินเอาประกัน ส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่าง ๕ แสนถึง ๒.๕ ล้านบาทต่อครั้ง (ไม่เกิน ๑-๕ ล้านบาทตลอดระยะเวลาประกัน) สินไหมในส่วนที่เกินวงเงินเอาประกันนั้น แพทย์ผู้ทำเวชปฏิบัติจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ

ประสบการณ์ของบริษัทฯ จากการชดเชยค่าเสียหายพบว่า เรื่องร้องเรียนส่วนใหญ่ สามารถจบลงได้ก่อนถึงศาล ประมาณร้อยละ ๒๐ ของจำนวนกรมธรรม์ได้เข้าสู่การพิจารณาของศาลแพ่ง และมีเพียงร้อยละ ๑๐



รูปที่ ๓ ประเภทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ของเรื่องเข้าสู่ศาลเท่านั้นที่แพทย์เป็นผู้แพคดี

๓. การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis)

อาศัยกรอบแนวคิดของ Mitchell^(๔) ในการจัดประเภทผู้มีส่วนได้ส่วนเสียออกเป็น ๔ ประเภท โดยการประเมินการมีปัจจัยสำคัญ ๓ อย่างของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ก. อำนาจตามกฎหมาย ข. ความชอบธรรม และ ค. ความสนใจหรือความตระหนักในประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง จากรูปที่ ๓ นักวิจัยได้วิเคราะห์ประเภทผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์ดังต่อไปนี้

๑. **Definitive stakeholders** เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่มีปัจจัยครบทั้งสามองค์ประกอบ

แพทยสภา

มีหน้าที่ตามกฎหมายโดยตรงในการพิจารณาความผิดทางจริยธรรมของแพทย์ (ethical misconduct) แต่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องการชดเชยค่าเสียหาย แพทยสภาได้ดำเนินการเรื่องร้องเรียนทางการแพทย์มาโดยตลอด มีความรู้ในเรื่องการรักษาพยาบาลและการดำเนินการดังกล่าวเป็นอย่างดี มีความตระหนัก และมีความสนใจต่อปัญหาทุรเวชปฏิบัติมากกว่าหน่วยงานอื่น ๆ

แต่ด้วยคณะกรรมการแพทยสภาครั้งหนึ่งเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง (ex-officio) และอีกครึ่งหนึ่งได้จากการเลือกตั้งโดยสมาชิก^(๕) ลักษณะการทำงานเป็นแบบไม่เต็มเวลา (part time work) และทำงานในลักษณะตั้งรับมากกว่าเชิงรุก จึงไม่สามารถปรับตัวให้ทันกับจำนวนเรื่องร้องเรียนที่นับวันจะเพิ่มขึ้น เป็นเหตุให้การพิจารณาข้อร้องเรียนมีความล่าช้ามาก ส่งผลให้ภาพลักษณ์ของแพทยสภาไม่ดีนักในสายตาของผู้เสียหาย

แพทยสภาถูกตั้งคำถามจากสังคมค่อนข้างมากในระยะหลัง เกี่ยวกับความเป็นกลางและจุดยืน ระหว่างการปกป้องวิชาชีพโดยตรงหรือโดยอ้อม กับการปกป้องสวัสดิภาพของผู้ป่วย เนื่องจากกรรมการมาจาก

การเลือกตั้ง ซึ่งต้องตอบสนอง (responsive) ต่อผู้ออกเสียงเลือกตั้งในระดับหนึ่ง กรรมการที่เป็นโดยตำแหน่ง เช่น คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ เจ้ากรมแพทย์ในสังกัดทหารต่าง ๆ ปลัดกระทรวง อธิบดี ก็มี “ลูกศิษย์ลูกหา” ที่เป็นแพทย์เต็มบ้านเต็มเมือง ย่อมเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในหมู่วิชาชีพด้วยกัน โดยปริยาย นอกจากนี้ กรรมการแพทยสภายังไม่มีผู้แทนนอกวิชาชีพอื่นใดที่จะดุลยอำนาจของฝ่ายแพทย์ในการวินิจฉัยเรื่องราวต่าง ๆ ในการฟ้องร้องแพทย์

๒. **Dominant stakeholders** เป็นผู้ที่มีอำนาจตามกฎหมายและความรู้ความชอบธรรม แต่ยังขาดความตระหนัก ความสนใจในการจัดการความรับผิดชอบทางการแพทย์

ศาลแพ่ง ศาลอาญา

มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายและความชอบธรรมจากรัฐ ในการพิจารณาคดีแพ่งและอาญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และประมวลกฎหมายอาญา แม้ว่าศาลจะเป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการพิจารณาคดี แต่ขาดความรู้ในเรื่องทางการแพทย์ซึ่งเป็นวิชาชีพเฉพาะทาง ต้องขอความร่วมมือช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น เช่น แพทยสภาหรือราชวิทยาลัยต่าง ๆ นอกจากนี้จำนวนคดีทางการแพทย์เมื่อเทียบกับคดีความอื่น ๆ แล้วมีสัดส่วนน้อยมาก การให้น้ำหนักความสนใจของศาลในประเด็นนี้จึงมีไม่มากนัก

ศาลปกครอง

เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๔๐ มีหน้าที่หลักในการตรวจสอบการใช้อำนาจทางราชการเพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชน มีอำนาจตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. ๒๕๔๒ ที่จะพิจารณาข้อพิพาทระหว่างหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ/รัฐวิสาหกิจกับเอกชน หรือระหว่างหน่วยงานของรัฐด้วยกันเอง อันเนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่ ในด้านการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์ ศาลปกครองมีหน้าที่เพิกถอนการกระทำหรือคำสั่งหน่วยงานของรัฐ อันเนื่องมาจากพระราชบัญญัติความ

รับผิดชอบละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๓๙ ที่เปิดให้ผู้เสียหายยื่นเรื่องเพื่อให้หน่วยงานของรัฐชดใช้ค่าเสียหายเมื่อผู้เสียหายไม่พอใจในการชดเชยค่าเสียหายของรัฐ (ไม่รวมเอกชน) ผู้ร้องสามารถไปฟ้องศาลปกครองภายใน ๙๐ วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้ง เพื่อให้หน่วยงานของรัฐชดใช้หรือพิจารณาใหม่อีกครั้งโดยไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมศาล ปัจจุบันยังไม่มีเรื่องร้องเรียนทางการแพทย์จากผู้ป่วยหรือญาติไปถึงศาลปกครองแต่อย่างใด ความสนใจและตระหนักในเรื่องนี้ของศาลปกครองจึงไม่สูงนัก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากศาลปกครองเป็นองค์กรที่ตั้งขึ้นใหม่ มีเพียงศาลปกครองกลาง ๑ ศาล และศาลปกครองส่วนภูมิภาค ๑๖ ศาล (เริ่มเปิดทำการได้เพียง ๖ ศาล ณ ปี ๒๕๔๖) ครอบคลุมทั่วประเทศ^(๑๐) ประชาชนจึงไม่รู้จักบทบาทหน้าที่ศาลปกครองแพร่หลายนัก

กองการประกอบโรคศิลปะ

เป็นหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ในการกำกับดูแลควบคุมมาตรฐานของสถานพยาบาลเอกชน ในการออกใบอนุญาต และต่อใบอนุญาตประจำปี เพื่อดำเนินการสถานพยาบาล (ไม่มีอำนาจกำกับดูแลสถานพยาบาลรัฐ) รวมถึงควบคุมดูแลการบริการของแพทย์ ให้ถูกต้องตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล ๒๕๔๑ โดยมีบทลงโทษตามกฎหมาย ตั้งแต่จำ ปรับ หรือทั้งจำทั้งปรับปริมาณของเจ้าหน้าที่ไม่สอดคล้องกับลักษณะของงานที่ควรมีการตรวจสอบคุณภาพสถานพยาบาล^(๑๑) ในทางปฏิบัติยังไม่มีสถานพยาบาลเอกชนใดถูกปิดโดยมีสาเหตุจากความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์ อาจจะมีการเพิกถอนใบอนุญาตกรณีการกระทำผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๓๐๕ (การทำแท้ง)

ความสนใจและบทบาทในเรื่องนี้ยังไม่เต็มที่ เมื่อมีเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพแพทย์ กงฯ เรื่องนั้นจะถูกส่งต่อไปยังสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทยสภา โดยที่เรื่องร้องเรียนมายัง กงฯ ส่วนมากเป็นเรื่องการให้บริการไม่รักษามาตรฐาน รองลงมาเป็นเรื่องค่ารักษาพยาบาลแพง และความไม่พอใจในการให้บริการ^(๑๒)

กองการเจ้าหน้าที่ หรือหน่วยงานประเภทเดียวกัน ในกระทรวงอื่น ๆ

เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่รับเรื่องและพิจารณาเรื่องร้องเรียนของระบบราชการ ซึ่งรวมถึงเรื่องร้องเรียนทางการแพทย์และการดำเนินการทางวินัย เช่น การละเว้นหน้าที่นอกเวลาราชการ เมื่อพิจารณาแล้วพบว่ามีความผิดจริงสามารถลงโทษทางวินัยได้ตามกฎระเบียบวินัยข้าราชการ ซึ่งมีตั้งแต่ ว่ากล่าวตักเตือน ตัดเงินเดือน ลดขั้นเงินเดือน ให้ออก และไล่ออก เนื่องจากเรื่องร้องเรียนทางการแพทย์เป็นเรื่องส่วนน้อยของกองการเจ้าหน้าที่ ความสนใจในประเด็นนี้จึงน้อย แม้ว่าจะมีอำนาจหน้าที่ในการให้โทษผู้ที่กระทำผิดด้านวินัยได้ก็ตาม

๓. Dependent stakeholders เป็นผู้มีความรู้ความชอบธรรมและมีความสนใจ แต่ยังขาดการมีอำนาจตามกฎหมาย

สภาทนายความ, มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

สภาทนายความเป็นนิติบุคคลทำงานประสานกับมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (NGO) มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้เดือดร้อนที่ไม่ได้รับความเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ยากไร้ และให้ความสำคัญกับเรื่องที่มีผลกระทบเป็นวงกว้างต่อส่วนรวม ทั้งสองหน่วยงานทำหน้าที่เชิงรับ (passive reaction) โดยรับเรื่องร้องเรียนและเป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยหรือผู้เสียหายกับโรงพยาบาลในการหาข้อยุติ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคเริ่มมีบทบาทเชิงรุกในการให้ความรู้เรื่องสิทธิของผู้บริโภคและวิธีแก้ไขปัญหามาเป็นเบื้องต้น ในขณะที่สภาทนายความจะเป็นนายให้กับผู้ฟ้องหากเรื่องถึงขั้นต้องดำเนินคดีในระบบศาลยุติธรรม

แม้ทั้งสององค์กรจะให้ความสนใจไม่สูงนักในการจัดการเรื่องนี้ ทั้งนี้เนื่องจากเรื่องร้องเรียนทางการแพทย์มีสัดส่วนน้อยเมื่อเทียบกับประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอื่น ๆ ที่ร้องเรียนมายังองค์กรทั้งสอง กอปรกับเรื่องความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์ไม่ส่งผลกระทบต่อสังคมวงกว้างมากนัก

นอกจากนี้การว่าความให้กับผู้เสียหายโดยนายอาสาสมัคร ได้รับค่าตอบแทนเพียง ๒,๐๐๐ บาทต่อคดีไม่ว่าคดีนั้นจะสิ้นสุดและยาวนานเท่าไร ไม่ได้สร้างแรงจูงใจให้กับนายเท่าใดนัก คดีทางการแพทย์เองเป็นคดีที่มีความสลับซับซ้อนอันเนื่องจากเป็นวิชาชีพเฉพาะต้องอาศัยนายที่มีความรู้ความชำนาญ

โรงพยาบาล และแพทย์

เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญแม้จะไม่มีอำนาจตามกฎหมายในการตัดสินใจผูกมัด แต่ก็มีความชอบธรรมในการจัดการ โดยเป็นด่านแรกที่จะเจรจากับผู้เสียหายโดยตรง โดยเฉพาะการจัดการในรูปแบบของเจรจาประนีประนอมยอมความกัน (informal settlement system) กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ให้ความสนใจในการจัดการความรับผิดชอบทางการแพทย์สูง ทั้งนี้เนื่องจากส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อโรงพยาบาลและแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นด้านชื่อเสียงหรือจำนวนค่าชดเชยที่จ่ายให้กับผู้เสียหาย ดังนั้นหากโรงพยาบาลมีระบบบริหารจัดการที่ดีและมีประสิทธิภาพพอจะสามารถสร้างความพอใจและให้การช่วยเหลือผู้เสียหายได้อย่างทันที่ นอกจากนี้การนำระบบควบคุมคุณภาพ (quality assurance) เพื่อปรับปรุงคุณภาพการรักษาพยาบาล ก็สามารถจะป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดจากการรักษาได้ในระดับหนึ่ง ระบบนี้มีประสิทธิภาพในการจัดการอุบัติเหตุร้ายต่าง ๆ ณ โรงพยาบาลได้ค่อนข้างมาก โดยความยินยอมพร้อมใจทั้งสองฝ่าย แต่จุดอ่อนของระบบไม่เป็นทางการเช่นนี้คือ การชดเชยแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำมาก เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีงบประมาณตั้งไว้สำหรับกรณี ส่วนใหญ่ต้องอาศัยเงินนอกระบบอื่นที่มีอยู่ และหากผู้บริหารโรงพยาบาลไม่สนใจที่จะนำความผิดพลาดมาเป็นบทเรียนในการปรับปรุงพัฒนา ก็อาจทำให้เกิดการผิดพลาดซ้ำ ๆ ได้

๔. Demanding stakeholders เป็นผู้ที่ให้ความสนใจในประเด็นการจัดการความรับผิดชอบทางการแพทย์ แต่ไม่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายโดยตรง อีกทั้งยังขาด

ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะเรื่องทางการแพทย์

สื่อมวลชน

สื่อมวลชน จัดได้ว่ามีอิทธิพลค่อนข้างสูง ทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นปฏิกิริยา (catalytic role) ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินการจัดการรับผิดชอบตามหน้าที่อย่างรวดเร็ว และต้องตอบคำถามต่อสาธารณะให้ได้ (accountability) โดยตามระเบียบแพทยสภาหากเรื่องร้องเรียนทางการแพทย์เผยแพร่ทางสื่อ เรื่องนั้นจะถูกนำเข้าสู่การพิจารณาจริยธรรมแพทย์โดยอัตโนมัติ โดยไม่ต้องเข้ากระบวนการกล่าวหา หรือกล่าวโทษ จุดอ่อนคือ การเสนอข่าวเฉพาะผู้เสียหายเพียงด้านเดียว ซึ่งอาจจะเกิดความไม่เป็นธรรมกับโรงพยาบาลและแพทย์ และบ่อยครั้งไม่ติดตามและเสนอผลสุดท้ายของการร้องเรียน การเสนอข่าวนั้นขึ้นอยู่กับความสนใจของสาธารณชนว่ามีมากน้อยเพียงใด และมีระยะเวลาจำกัด

วิจารณ์

การฟ้องร้องจากการรักษาทางการแพทย์ มีสาเหตุจากการปัญหาการสื่อสารที่บกพร่องระหว่างแพทย์และผู้ป่วย/ญาติ หรือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกัน การรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือความผิดพลาดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หากเกิดกรณีฟ้องร้องผู้เสียหายหรือญาติมักตกอยู่ในสภาพที่ด้อยกว่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งนี้เนื่องจากวิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพเฉพาะที่ประชาชนทั่วไปไม่มีความรู้ ผู้ให้การรักษาเท่านั้นที่เป็นผู้มีความรู้และข้อมูล อีกทั้งผู้ป่วยยังไม่รู้ถึงสิทธิหรือละเลยสิทธิต่าง ๆ ของตนที่พึงมี เช่น สิทธิผู้บริโภค สิทธิผู้ป่วย ที่สำคัญคือไม่รู้ว่าหน่วยงานไหนที่มีหน้าที่รับผิดชอบในกรณีที่เกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ ขึ้น ผู้ที่เข้าถึงระบบฟ้องร้องส่วนใหญ่มีฐานะชนชั้นกลางขึ้นไป และมีคนรู้จักที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับหน่วยงานดังกล่าว การที่ผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป โดยเฉพาะผู้ที่มิใช่ฐานะยากจนจะเข้าถึงกลไกในการจัดการความรับผิดชอบนี้จึงเป็นไปได้ยาก

เมื่อเข้าสู่กลไกในการจัดการความรับผิดชอบ วิธีเจรจา

ประนีประนอมเพื่อชดเชยค่าเสียหายเป็นวิธีที่ใช้ปฏิบัติทั่วไปอย่างแพร่หลายทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นวิธีที่ใช้เวลาไม่นาน แพทย์และโรงพยาบาลสามารถอธิบายเรื่องราวที่เกิดขึ้นให้กับผู้ป่วยหรือญาติได้ทราบ หากเป็นความผิดพลาดของทางโรงพยาบาล ผู้ป่วยอาจได้รับการชดเชยค่าเสียหายตามสมควร อย่างไรก็ตาม ประเด็นคำถามถึงระดับเงินชดเชยที่เหมาะสมว่าควรเป็นเท่าไร การแก้ปัญหาโดยแนวทางนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่แพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาลต้องมีความตระหนักและตั้งใจที่จะปรับปรุงระบบการจัดการเพื่อมิให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำรอยเดิมอีก

ส่วนการร้องเรียนต่อแพทย์สภานั้น แพทย์สภาเองก็ยังไม่สามารถปรับการทำงานให้สอดคล้องกับการร้องเรียนที่มีความซับซ้อนและมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ได้ บทลงโทษสำหรับแพทย์ผู้กระทำผิดเองก็ไม่รุนแรง การพิจารณาตัดสินใช้เวลานานมาก ไม่มีบุคคลภายนอกเข้าร่วมในการพิจารณา จนเป็นเหตุให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์จากสาธารณชนว่าทำงานปกป้องช่วยเหลือพวกเขา

การพิจารณาความผิดในกระบวนการของศาลยุติธรรมเองก็มีการบวนการที่ยาวนาน ประสบกับความยุ่งยากและผู้ฟ้องต้องแบกภาระในการพิสูจน์ ค่าใช้จ่ายสูง ไม่มีมาตรฐานที่ชัดเจนในการกำหนดเงินชดเชยค่าเสียหาย ซึ่งล้วนแต่เป็นอุปสรรคแก่ผู้ป่วยทั้งสิ้น

การประกันทุรเวชปฏิบัติก็ยังไม่เป็นที่แพร่หลายนัก มีกระจายอยู่เฉพาะในกลุ่มแพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติในสถานพยาบาลเอกชน และแพทย์จะสามารถผลักภาระทางการเงินไปสู่ผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติเวชกรรมป้องกันตนเอง (defensive medicine) โดยการสั่งตรวจวินิจฉัยเกินความจำเป็น เพียงเพื่อป้องกันตนเองว่า ได้ตรวจดูทุกอย่างแล้ว ปฏิกริยาต่อการฟ้องร้องโดยการปฏิบัติเวชกรรมป้องกันตนเองนั้น เป็นจุดเริ่มต้นของวงจรแห่งความเลวร้าย ทำให้ผู้ป่วยเสียทรัพย์โดยใช้เหตุและไม่อยากให้อภัยถ้าเกิดความผิดพลาดขึ้น และส่งผล

ให้ความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยลดถอยลง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในทางทฤษฎี แนวทางที่ดีที่สุดของการจัดการปัญหาความรับผิดชอบทางการแพทย์คือ การป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ผิดพลาดทางการแพทย์ขึ้น ซึ่งในความเป็นจริงเป็นไปได้ยาก เพราะแม้แต่การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามหลักวิชาการก็ยังมีโอกาสที่จะเกิดผลข้างเคียงที่ร้ายแรงขึ้นได้ นอกจากนี้แพทย์ก็คือคนธรรมดา ซึ่งมีทั้งดี และไม่ดี ปะปนกันไป แพทย์ในโรงพยาบาลรัฐบาลที่มีภาระงานมากความผิดพลาดมีโอกาสเกิดขึ้นได้เสมอ มาตรการของรัฐในการกำหนดภาระงานจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ให้เหมาะสม เพิ่มศักยภาพในการรักษาพยาบาลและส่งเสริมระบบการควบคุมคุณภาพ การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (continuous medical education - CME) ทำให้แพทย์ทันต่อความก้าวหน้าวิชาการ จะมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือและป้องกันไม่ให้เกิดการผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์ได้

การจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์มีจุดประสงค์หลัก ๆ ๒ ประการคือ ประการแรกคือให้ความเป็นธรรมแก่ทั้งสองฝ่าย คือ ฝ่ายผู้ป่วยและฝ่ายแพทย์ ประการที่สองคือ บรรเทาความเดือดร้อนของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย (fair compensation) ซึ่งควรจะมีกองทุนช่วยเหลือทางการเงิน เช่น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๔๑ ที่ให้กันเงินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้เสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล แต่ยังไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์ดำเนินการ โดยหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เนื่องจากอุปสรรคในการเข้าถึงกลไก ความล่าช้า ความไม่เหมาะสมของอัตราชดเชยที่ผู้เสียหายได้รับในระบบเป็นทางการ ทั้งที่มีอำนาจและไม่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมาย ผู้วิจัยเชื่อว่า ระบบการจัดการขั้นต้นอย่าง

ไม่เป็นทางการในระดับโรงพยาบาล น่าจะเป็นทางออกที่ดีที่สุดในปัจจุบัน เนื่องจากสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที ทั้งยังไม่ทำลายความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยให้เลวร้ายลงไปอีก และลดเรื่องร้องเรียนที่เข้าสู่กระบวนการตามกฎหมาย

ผู้วิจัยเสนอว่า ควรพัฒนาระบบไม่เป็นทางการนี้ให้มีลักษณะกึ่งทางการมากขึ้น เช่น การเชิญบุคคลภายนอกที่มีความรู้ มีความเป็นกลางและเป็นที่ยอมรับในการเจรจาทำความเข้าใจให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลตามความจริง สร้างความเข้าใจ ความโปร่งใสและเชื่อมั่นของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ต่อกระบวนการนี้ กำหนดหลักเกณฑ์การชดเชยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และเป็นธรรมกับทุกฝ่าย และมีการกำหนดงบประมาณที่มีความยืดหยุ่นเหมาะสมต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยให้ความสำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ความผิดพลาดทางการแพทย์ เกิดขึ้นซ้ำซาก ซึ่งไม่ใช่กรอบการศึกษานี้ แต่จากการอภิปรายกลุ่มพบว่า การจัดระบบควบคุมคุณภาพ เช่น hospital accreditation - HA หรือระบบมาตรฐาน ISO จะช่วยลดอุบัติเหตุของความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์ได้ โดยเฉพาะการให้ข้อมูลและมีการสื่อสารที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย หรือระหว่างแพทย์กับเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการทางการแพทย์ด้วยกันเอง

ส่วนการประกันทุรเวชปฏิบัติ นั้น ไม่น่าจะเป็นทางออกที่ดี เนื่องจากจะมีการนำภาระทางการเงินที่เกิดจากการประกันกระจายกลับไปสู่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ และไม่ได้มีแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมของแพทย์ เพราะไม่ต้องรับผิดชอบทางการเงิน ทำให้ละเลยความตั้งใจจะป้องกันความผิดพลาดทางการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่ให้การสนับสนุนการเงินแก่ โครงการเมธีวิจัยอาวุโส สกว. ด้านนโยบายและระบบสาธารณสุข และ Health Economic and Financ-

ing Program แห่ง London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK ในการสนับสนุนงบประมาณ ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ที่ให้ข้อมูลในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Lyer TKKM. Medical negligence viewed from Asia - a comparative approach. World Health Forum 1996; 17:230-35.
2. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. วิกฤตความสัมพันธ์แพทย์กับผู้ป่วย: ทางเลือกในศตวรรษใหม่. ใน: แสง บุญเฉลิมวิภาส, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, สุมาลี หวังวีรวงศ์, เอนก ยมจินดา, บรรณาธิการ. เรื่องยุ่งที่ควรรู้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์; ๒๕๔๓. หน้า ๑๕๑-๖๗.
3. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. งานวิจัยคดีแพทยบุคลากรแพทย์ถูกฟ้อง. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; ๒๕๔๔.
4. Riss P. Medical negligence. World Health Forum 1996; 17:215-18.
5. อภิวรรณ อินทร. กระบวนการยุติธรรมเกี่ยวกับคดีทุรเวชปฏิบัติในประเทศไทย - ศึกษาเฉพาะการดำเนินคดีแพ่ง. แพทยสภาสาร. ๒๕๔๕; ๓๑:๒๓๐-๔๓.
6. พรหมมินทร์ หอมหวาน. การร้องเรียนแพทย์กรณีทุรเวชปฏิบัติ: ศึกษาจากการร้องเรียนในหนังสือพิมพ์ (พ.ศ. ๒๕๓๐-๒๕๔๔) (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๒.
๗. สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ และข้อบังคับแพทยสภา. พิมพ์ครั้งที่ ๔. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; ๒๕๔๔.
๘. เน้นนา เกิดวิชัย. บรรณาธิการ. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งวิธีพิจารณาความอาญา. นครปฐม: นิติชัย; ๒๕๔๕.
๙. Jacques Chevalier. Stakeholder analysis review. June 2001 [cited 2003 Jan 7]; Available from: URL: <http://www.carleton.ca/>
๑๐. ศาลปกครอง. โครงสร้างและเขตอำนาจ [ค้นเมื่อ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๔๖]. Available from: URL: <http://www.admincourt.go.th/>
๑๑. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ: กองทุนชดเชยความเสียหายผู้ได้รับบาดเจ็บจากบริการสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานวิชาการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ครั้งที่ ๑/๒๕๔๕; ๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๕; ณ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.

Abstract Management of Medical Liability in Thailand

Somying Saithanu*, Rachata Tungsiripat*, Wongduern Jindawattana**, Viroj Tangcharoensathien*.

*International Health Policy Program-Thailand, **Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine Ministry of Public Health

Journal of Health Science 2003; 12:876-88.

Changes of global socio-economic and patient-doctor relationship lead to a trend towards increasing medical complaints and lawsuits. It is necessary to understand the mechanism on medical liabilities to form policy and direct proper interventions.

This study was aimed to build up understanding on the medical liability mechanism through document research, in-depth interviews of patients or relatives, doctors and managerial staff in private hospitals and private insurance companies; focus group discussions among doctors and managerial staff in public hospitals; stakeholder analysis and brainstorm workshop among key stakeholders.

There were reportedly three mechanisms in the management of medical liability. These included an informal settlement between health providers and patients or relatives, a formal non-legal system and, lastly, a formal legal system. Informal settlement was a voluntary agreement between two parties at a hospital level. Compensations from health providers to patients or relatives did not fully reflect physical, mental and financial losses. Formal non-legal system by bringing the cases to non-legal authority agencies was a temporary step towards either an informal negotiation for settlement or formal legal system. Formal legal system was pursued through filing lawsuits in the legal authority agencies to adjudicate the ethical misconducts, civil liability and criminal liability. Process in formal legal system was so lengthy. The plaintiffs shouldered burden of proof and could be costly in the court system. Award by court hearing was not clearly defined. The Medical Council having legal authority, legitimacy and interest in ethical misconducts was a definitive stakeholder, yet its image was its impartial position; often charged by public for protecting its members, slow process and no time bound for ethical investigation.

Patients who made the complaints to legal system were in middle to high socio-economic brackets and usually had connection with the responsible agencies. It was believed that almost all the poor could hardly enter the process of medical liability.

It is recommended developing the informal settlement at a hospital level to be more formal or semi-formal mechanism. There should be impartial organizations having knowledge and respected by the public in negotiation for case settlement. According to National Health Security Act 2545 B.E. Article 41, no-fault compensation fund is earmarked from national health fund to alleviate patients' suffering from medical errors. As such the government should establish standard criteria to provide a fair compensation.

Key words: management of medical liability, ethical conducts, civil liability, criminal liability, professional liability insurance