

# การวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์จากบริการทางการแพทย์ เพื่อการจ่ายชดเชย

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์\*

บุศราพร เกษสมบูรณ์†

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย‡

อมร เปรมกมล\*

## บทคัดย่อ

จากสภาพปัญหาภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและการฟ้องร้องที่เพิ่มมากขึ้นจึงมีการร่างพระราชบัญญัติกองทุนชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพที่ออกแบบให้ครอบคลุมคนไทยทุกกลุ่ม แต่กองทุนใหม่นี้ควรมีกระบวนการวินิจฉัยซึ่งเป็นที่ยอมรับ จึงทำการศึกษามหาวิทยาลัยเกี่ยวกับเกณฑ์การตัดสินใจที่จะจ่ายหรือไม่จ่ายเงินชดเชย ภายใต้มาตรา ๔๑ ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนาวิเคราะห์ “เหตุผล” ที่คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัดใช้พิจารณาตัดสิน “จ่าย” หรือ “ไม่จ่าย” เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ระบุไว้ในข้อบังคับของกองทุนฯ จำนวน ๑,๒๗๖ ราย ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๑.

จากการศึกษาพบว่าได้ตัดสิน “จ่ายเงิน” ๑,๐๔๕ ราย (ร้อยละ ๘๒.๒) และ “ไม่จ่าย” ๒๓๑ ราย (ร้อยละ ๑๗.๘). เหตุผลส่วนใหญ่ที่คณะกรรมการฯ ใช้ตัดสิน “จ่ายเงิน” คือ “เป็นเหตุสุดวิสัย” (ร้อยละ ๗๖.๕) ซึ่งหากพิจารณาตามข้อบังคับฯ แล้วไม่น่าจะได้รับการช่วยเหลือ; มีเพียงร้อยละ ๒๗.๑ ที่สมควรได้รับการช่วยเหลือ ด้วยเหตุผลว่า “เป็นผลจากความบกพร่อง/ผิดพลาด/ไม่ได้มาตรฐานของการดูแลรักษา” ตรงตามข้อบังคับฯ. สำหรับเหตุผลส่วนใหญ่ที่คณะกรรมการฯ ใช้ตัดสิน “ไม่จ่ายเงิน” คือ “เป็นผลจากกระบวนการของโรค” ร้อยละ ๖๑.๖ ซึ่งเป็นไปตามข้อบังคับฯ.

สรุปว่าได้พบปัญหาความไม่สม่ำเสมอและคลุมเครือ ในการวินิจฉัยเพื่อตัดสินการจ่ายเงินช่วยเหลือฯ ภาวะความเสียหายแบบเดียวกันอาจจะถูกตัดสินว่า “จ่าย” หรือ “ไม่จ่าย” ซึ่งน่าจะนำไปสู่ปัญหาความไม่เป็นธรรม.

**คำสำคัญ:** เกณฑ์การวินิจฉัย, ภาวะไม่พึงประสงค์, บริการทางการแพทย์, การจ่ายชดเชย

## Abstract

### Decision-making on Patient Compensation Related to Adverse Events

Pattapong Kessomboon\*, Nusaraporn Kessomboon†, Supasit Pannarunothai‡, Amorn Premgamone\*

\*Faculty of Medicine, Khon Kaen University, †Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, ‡Faculty of Medicine, Naresuan University

Adverse events that occur in health service settings are resulting in more lawsuits than ever before. The new patient compensation bill is expected to resolve patient-provider conflicts. It will be designed to cover all groups of Thai people with acceptable claim process and amounts for compensations. This communication reports the results of a study on the decision-making processes involved in compensating injured patients under Article 41 of the National Health Security Act 2002.

\*คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

†คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

‡คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

This was a descriptive study. The reasons used by committees in making decisions on whether to “pay” or “not pay” the aggrieved parties under the provisions of Article 41 were analyzed and compared with the compensation criteria set out by the National Health Security Office. Altogether 1,276 claims made during the period 2003 - 2008 were included in the study.

It was found that, of 1,276 claims, compensation was “paid out” for 1,049 cases (82.2%) and 227 cases (17.8%) were “not paid”. The main reason for paying compensation was that “it was an unavoidable situation” (76.5%). However, the reason above was not in accordance with the criteria for compensation. Only 27.1 percent of the claims were made in accordance with the criteria, stating that the injuries were related to medical errors or mistakes or substandard care. The main reason for not paying compensation was that “the adverse events were the results of disease processes” (61.6%). This was in accordance with the criteria.

The conclusion was that inconsistency and unclear decision-making on patient compensations existed. Of two cases with the same kind of injury, one might be paid and the other not. This type of situation might motivate patients to bring cases to court.

**Key words:** criteria for decision-making, adverse event, medical service, patient compensation

### ภูมิหลังและเหตุผล

ปัจจุบันสังคมไทยมีความตื่นตัวในเรื่องปัญหาภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาลมากขึ้น เพราะเริ่มมีการฟ้องศาลเพื่อเรียกร้องให้มีการชดเชยความเสียหาย และสื่อมวลชนเผยแพร่ข่าวนี้กันอย่างกว้างขวาง มีความตระหนกกันว่าปัญหานี้จะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ เช่น เกิดวิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การทำเวชปฏิบัติที่เน้นปกป้องตนเอง ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นอย่างมากเหมือนกับที่เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>(๑)</sup>.

สังคมไทยจำเป็นต้องหาทางพัฒนาโลกต่างๆ เพื่อยับยั้งหรือผ่อนคลายความตึงเครียดเชิงระบบดังกล่าวอย่างเร่งด่วน กลไกอันหนึ่งกำลังมีการผลักดันให้เกิดขึ้นคือ ร่างพระราชบัญญัติกองทุนชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพฉบับใหม่ แต่การพัฒนาโลกของสังคมที่ใช้ได้ผลและไม่ก่อให้เกิดปัญหาใหม่นั้นจำเป็นต้องสร้างความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ทั้งแนวคิดและแนวกว้าง มีการสังเคราะห์บทเรียนจากทั้งของต่างประเทศและประเทศไทยเอง ดังที่บัตพงษ์ เกษสมบูรณ์และศุภสิทธิ์ พรธรรมาโณทัย (๒๕๔๘) ได้สรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการออกแบบระบบการชดเชยผู้เสียหายที่ควรคำนึงไว้<sup>(๒)</sup>.

องค์ประกอบพื้นฐานของระบบการชดเชยที่สำคัญประการหนึ่งคือ เกณฑ์และกระบวนการวินิจฉัยความเสียหายจากการรักษาพยาบาลที่สมควรได้รับการชดเชย เพราะหากสังคมไม่ไว้วางใจว่าดำเนินการอย่างโปร่งใสและเป็นธรรม ย่อมไม่สามารถลดปัญหาการฟ้องร้องได้.

จากข้อบังคับของกองทุนเงินช่วยเหลือตามมาตรา ๔๑ ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้กำหนด “ช้อยกเว้น” ที่ไม่สามารถร้องขอเงินช่วยเหลือได้ ถ้าความเสียหายนั้น ๑. ดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค ๒. เป็นเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการวินิจฉัยตามปกติ และ ๓. เป็นเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการรักษาโรคตามมาตรฐานคณะกรรมการในระดับจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการพิจารณาตัดสิน “จ่าย” หรือ “ไม่จ่าย” ตามเกณฑ์ดังกล่าว และหากผู้เสียหายไม่พอใจคำตัดสินก็สามารถยื่นเรื่องอุทธรณ์คำตัดสินต่อคณะกรรมการที่ส่วนกลางได้<sup>(๓)</sup>.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนบทเรียนการดำเนินงานของกองทุนช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายตามมาตรา ๔๑ ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ โดยการวิเคราะห์เหตุผลที่คณะกรรมการใช้ในการตัดสินใจว่า “จ่าย” หรือ “ไม่จ่าย” เมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากการรักษาพยาบาลขึ้น.



## ระเบียบวิธีศึกษา

ใช้วิธีการศึกษาแบบเชิงพรรณนา วิเคราะห์และจัดกลุ่ม “เหตุผล” ที่คณะกรรมการใช้พิจารณาตัดสิน “ง่าย” หรือ “ไม่ง่าย” แก่ผู้เสียหาย โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ระบุไว้ในข้อบังคับของกองทุนเงินช่วยเหลือตามมาตรา ๔๑ ของ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ กรณีที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมดจำนวน ๑,๒๗๖ ราย ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๖ จนถึง พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สรุปผลการพิจารณาไว้.

เพื่อป้องกันปัญหาทางจริยธรรมที่อาจจะเกิดขึ้น การวิจัยครั้งนี้ จึงมีการปกปิดในบางขั้นตอนการวิจัย โดยปกปิดชื่อนามสกุล ที่อยู่ และหมายเลขประจำตัวของผู้ป่วยและญาติ ที่อาจปรากฏในบันทึก และในขั้นตอนการวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย กระทำโดยการเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุหรือแสดงผลที่เจาะจงเป็นรายบุคคล หรือรายสถานบริการ.

## ผลการศึกษา

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการการตัดสิน ให้ “จ่ายเงิน” และ “ไม่จ่าย” ตามมาตรา ๔๑ จำนวนรวม ๑,๒๗๖ ราย แยกเป็น ตัดสิน “จ่ายเงิน” ๑,๐๔๙ ราย และ “ไม่จ่าย” ๒๒๗ ราย ได้ผลดังนี้

### ข้อมูลพื้นฐานของกรณีศึกษา

สถานพยาบาลแห่งแรกที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีการพิจารณา “จ่าย” เงินช่วยเหลือ จำนวน ๑,๐๔๙ ราย ส่วนใหญ่ คือ โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ ๓๔.๕ รองลงมา คือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ ๑๒.๐ สถานีอนามัยร้อยละ ๔.๖ โรงพยาบาลเอกชนร้อยละ ๑.๘ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยร้อยละ ๐.๗ และสถานบริการอื่นๆ รวมทั้งที่ไม่ระบุร้อยละ ๔๔.๐.

ส่วนสถานพยาบาลแห่งแรกของกรณีศึกษา “ไม่จ่าย” จำนวน ๒๒๗ ราย ส่วนใหญ่ คือ โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ

๒๖.๐ รองลงมา คือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ ๑๖.๓ สถานีอนามัยร้อยละ ๔.๙ โรงพยาบาลเอกชนร้อยละ ๔.๘ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยร้อยละ ๐.๙ และสถานบริการอื่นๆ รวมทั้งที่ไม่ระบุร้อยละ ๔๗.๑.

### ประเภทการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา

กรณีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีการพิจารณา “จ่าย” เงินช่วยเหลือ จำนวน ๑,๐๔๙ ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหรือได้รับหัตถการร้อยละ ๗๒.๔ (๗๖๐ จาก ๑,๐๔๙ ราย) เป็นกรณีเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และคลอดร้อยละ ๔๕.๓ (๔๘๒ จาก ๑,๐๔๙ ราย) เป็นกลุ่มทารกหลังคลอดร้อยละ ๓๐.๓ (๓๑๘ จาก ๑,๐๔๙ ราย) เกี่ยวกับการติดเชื้อร้อยละ ๑๑.๒ (๑๑๘ จาก ๑,๐๔๙ ราย) เกี่ยวกับการแพ้ยา/ผลแทรกซ้อนจากยาร้อยละ ๔.๘ (๕๑ จาก ๑,๐๔๙ ราย) และอื่นๆ ร้อยละ ๘.๙ (๙๓ จาก ๑,๐๔๙ ราย)

กรณีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีการพิจารณา “ไม่จ่าย” เงินช่วยเหลือ จำนวน ๒๒๗ ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหรือได้รับหัตถการร้อยละ ๘๑.๙ (๑๘๖ จาก ๒๒๗ ราย) เป็นกรณีเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และคลอดร้อยละ ๒๖.๐ (๕๙ จาก ๒๒๗ ราย) เกี่ยวกับการติดเชื้อร้อยละ ๑๖.๗ (๓๘ จาก ๒๒๗ ราย) เป็นกลุ่มทารกหลังคลอดร้อยละ ๑๖.๓ (๓๗ จาก ๒๒๗ ราย) เกี่ยวกับการแพ้ยา/ผลแทรกซ้อนจากยาร้อยละ ๐.๙ (๒ จาก ๒๒๗ ราย) และอื่นๆ ร้อยละ ๗.๐ (๑๖ จาก ๒๒๗ ราย)

### ประเภทความเสียหายที่เกิดขึ้น

กรณีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีการพิจารณา “จ่าย” เงินช่วยเหลือ จำนวน ๑,๐๔๙ ราย เป็นการเสียชีวิตร้อยละ ๕๙.๒ (๖๖๒ จาก ๑,๐๔๙ ราย) พิการ/สูญเสียอวัยวะร้อยละ ๑๙.๔ (๒๐๔ จาก ๑,๐๔๙ ราย) เจ็บป่วยต่อเนื่องร้อยละ ๑๖.๖ (๑๗๔ จาก ๑,๐๔๙ ราย) กรณีทำหมันแล้วตั้งครรภ์ร้อยละ ๓.๘ (๔๐ จาก ๑,๐๔๙ ราย) และผลแทรกซ้อนทางสุขภาพที่รักษาหายได้ร้อยละ ๑.๐ (๙ จาก ๑,๐๔๙ ราย).

กรณีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีการพิจารณา “ไม่จ่าย”

เงินช่วยเหลือ จำนวน ๒๒๗ ราย การเสียชีวิตร้อยละ ๕๒.๔ (๑๑๙ จาก ๒๒๗ ราย) พิกการ/สูญเสียชีวิตร้อยละ ๒๗.๓ (๖๒ จาก ๒๒๗ ราย) เจ็บป่วยต่อเนื่องร้อยละ ๑๕.๐ (๓๔ จาก ๒๒๗ ราย) กรณีทำหมันแล้วตั้งครรภ์ร้อยละ ๓.๑ (๗ จาก ๒๒๗ ราย) และผลแทรกซ้อนทางสุขภาพที่รักษาหายได้ร้อยละ ๑.๓ (๓ จาก ๒๒๗ ราย) และยังไม่วินิจฉัยร้อยละ ๐.๙ (๒ จาก ๒๒๗ ราย).

### เหตุผลส่วนใหญ่ที่คณะอนุกรรมการฯ ใช้ตัดสินใจ “จ่ายเงิน”

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการพิจารณาของคณะกรรมการฯ ให้ “จ่าย” เงินช่วยเหลือ จำนวน ๑,๐๔๙ ราย พบว่าส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เกิดขึ้นเนื่องจาก “เป็นเหตุสุดวิสัย” ร้อยละ ๗๖.๕ (๘๐๓ จาก ๑,๐๔๙ ราย) เป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาลร้อยละ ๔๑.๑ (๔๓๑ จาก ๑,๐๔๙ ราย) เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน แบ่งเบาความทุกข์ยากลำบากของผู้

ป่วยหรือครอบครัวร้อยละ ๓๘.๖ (๔๐๕ จาก ๑,๐๔๙ ราย) เป็นผลจากความบกพร่อง/ผิดพลาด/ไม่ได้มาตรฐานของการดูแลรักษาร้อยละ ๒๗.๑ (๒๘๔ จาก ๑,๐๔๙ ราย) (ตารางที่ ๑).

### เหตุผลส่วนใหญ่ที่คณะอนุกรรมการฯ ใช้ตัดสินใจ “ไม่จ่ายเงิน”

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการฯ ที่ “ไม่จ่ายเงิน” จำนวน ๒๒๗ ราย พบว่าส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เป็นผลจากกระบวนการของโรคร้อยละ ๖๑.๖ (๑๔๓ จาก ๒๒๗ ราย) การดูแลรักษาได้มาตรฐานแล้วร้อยละ ๔๓.๑ (๑๐๐ จาก ๒๒๗ ราย) เป็นผลมาจากการรักษาพยาบาลซึ่งเกิดขึ้นก่อนวันประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ จึงไม่ได้รับเงินร้อยละ ๖.๕ (๑๕ จาก ๒๒๗ ราย) และ เป็นเหตุสุดวิสัยร้อยละ ๓.๐ (๗ จาก ๒๒๗ ราย) (ตารางที่ ๒).

ตารางที่ ๑ การจำแนกเหตุผลประกอบการตัดสินใจ “จ่าย” เงินช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เหตุผลประกอบการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ (แต่ละเหตุผลคำนวณ จากจำนวนรวม ๑,๐๓๕ ราย)
เป็นเหตุสุดวิสัย	๘๐๓	๗๖.๕
เป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล	๔๓๑	๔๑.๑
เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน แบ่งเบาความทุกข์ยากลำบากของผู้ป่วยหรือครอบครัว	๔๐๕	๓๘.๖
เป็นผลจากความบกพร่อง/ผิดพลาด/ไม่ได้มาตรฐานของการดูแลรักษา	๒๘๔	๒๗.๑

ตารางที่ ๒ การจำแนกเหตุผลประกอบการตัดสินใจ “ไม่จ่าย” เงินช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เหตุผลประกอบการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ (แต่ละเหตุผลคำนวณ จากจำนวนรวม ๒๒๗ ราย)
เป็นผลจากกระบวนการของโรค	๑๔๓	๖๑.๖
การดูแลรักษาได้มาตรฐานแล้ว	๑๐๐	๔๓.๑
ผลมาจากการรักษาพยาบาลซึ่งเกิดขึ้นก่อนวันประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ จึงไม่ได้รับเงินช่วยเหลือ	๑๕	๖.๕
เป็นเหตุสุดวิสัย	๗	๓.๐



## วิจารณ์

หากวิเคราะห์เหตุผลที่คณะอนุกรรมการฯ ใช้พิจารณาตัดสิน “จ่าย” หรือ “ไม่จ่าย” เงินช่วยเหลือข้างต้น โดยการเปรียบเทียบข้อบังคับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้กำหนด “ช้อยกเว้น” ไว้ว่า ถ้าความเสียหายนั้น

๑. ดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค
๒. เป็นเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการวินิจฉัยตามปกติ และ
๓. เป็นเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการรักษาโรคตามมาตรฐาน กรณีเหล่านี้จะไม่สามารถร้องขอเงินช่วยเหลือได้ จะเห็นว่าการใช้เหตุผลของคณะอนุกรรมการฯ มีความคลุมเครือและมีความไม่สม่ำเสมอในการวินิจฉัยค่อนข้างสูง สังเกตได้จาก เหตุผลหลักสองข้อที่พิจารณา “จ่าย” เงินช่วยเหลือ ระบุว่า “เป็นเหตุสุดวิสัย” และ “เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน แบ่งเบาความทุกข์ยากลำบากของผู้ป่วยหรือครอบครัว” ซึ่งมีทั้งใช้ “เหตุผลเดียว” หรือ “สองเหตุผลประกอบกัน” ในการวินิจฉัย.

เหตุผลที่คณะอนุกรรมการฯ ใช้พิจารณาตัดสิน “จ่าย” เงินช่วยเหลือข้างต้นสามารถได้รับการตีความได้หลายทาง ดังนี้

“เป็นเหตุสุดวิสัย” อาจหมายความว่า เหตุการณ์นั้นไม่น่าจะหลีกเลี่ยงได้ หรือ ได้พยายามเต็มที่แล้วแต่ความเสียหายก็ยังคงเกิดขึ้น หรือ มีปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งการตีความเหตุผลแบบนี้ ก็ควรจะใช้เพื่อตัดสินว่า “ไม่จ่าย” น่าจะเหมาะสมกว่า.

“เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน แบ่งเบาความทุกข์ยากลำบากของผู้ป่วยหรือครอบครัว” แสดงถึงคุณค่าเรื่องความเมตตากรุณาที่สังคมไทยยึดถือตามหลักพุทธศาสนา และสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มุ่งให้การช่วยเหลือแก่ผู้เสียหายที่เดือดร้อน.

“เป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล” การให้เหตุผลเพียงเท่านี้ไม่น่าจะเพียงพอที่จะจ่ายเงิน ถ้ายึดตามเกณฑ์ว่า ต้องเป็นการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานจึงจะจ่าย.

ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้อิสระแก่คณะอนุกรรมการฯ ในการตัดสินในระดับหนึ่ง และไม่ได้ระบุแจกแจงความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลนั้นว่าคือกรณีใดบ้าง แต่ระบุในข้อบังคับออกมาเป็น

“ช้อยกเว้น” ที่ไม่สามารถร้องขอเงินช่วยเหลือได้.

ซึ่งหากจะปฏิบัติตามเกณฑ์ในข้อบังคับข้างต้นอย่างเคร่งครัด คำตัดสินของคณะอนุกรรมการฯ น่าจะมีเพียง “จ่ายเงิน” ด้วยเหตุผลว่าเป็นเพราะ ผู้ป่วยเสียหาย และความเสียหายนั้น “ไม่ได้” เกิดจากช้อยกเว้นข้างต้น.

เหตุผลที่คณะอนุกรรมการฯ ใช้พิจารณาตัดสิน “ไม่จ่าย” เงินช่วยเหลือ ส่วนใหญ่เป็นไปตามข้อบังคับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ระบุ “ช้อยกเว้น” ที่ไม่สามารถร้องขอเงินช่วยเหลือได้ ๓ ประการดังได้กล่าวแล้ว.

ที่น่าสังเกตคือ การให้เหตุผลว่า “เป็นเหตุสุดวิสัย” ร้อยละ ๓ นั้น เป็นเหตุผลเดียวกันกับที่ใช้ในการพิจารณา “จ่ายเงิน” เช่นกัน ซึ่งที่จริงแล้วเหตุผลนี้น่าจะเป็นเหตุผลหลักในการ “ไม่จ่าย” หากให้ความหมายของคำนี้ว่า เหตุการณ์นั้นไม่น่าจะหลีกเลี่ยงได้ หรือ ได้พยายามเต็มที่แล้วแต่ความเสียหายก็ยังคงเกิดขึ้น หรือ มีปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้.

นอกจากนี้ มีกรณีศึกษาที่แสดงถึงความไม่สอดคล้องในการตัดสินว่า “จ่ายเงิน” หรือ “ไม่จ่ายเงิน” คือ มีผู้ป่วยที่ทำหมันแล้วตั้งครรภ์ ๔๐ รายที่ได้รับเงิน แต่มีผู้ป่วยจำนวน ๗ รายที่เกิดปัญหาเดียวกัน แต่ไม่ได้รับเงิน.

ทั้งนี้ส่วนหนึ่งน่าจะเนื่องจากการตัดสินภาวะเช่นนี้มีความยากลำบากจริงๆ เพราะเป็นการตัดสินเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความเสียหายอยู่แล้ว ต้องใช้ความรู้ทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนและไม่แน่นอนสูง (เช่นอะไรคือการรักษาตามมาตรฐาน) และการมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง.

สอดคล้องกับการศึกษาของปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์ และคณะ (๒๕๔๙) ที่พบว่า การใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์ตามนิยามที่พัฒนาโดยคณะนักวิจัยแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด<sup>(๔)</sup> มีค่าความเชื่อมั่น (วัดโดยค่าความสอดคล้องของการตัดสินโดยแพทย์หลายคน ที่ตัดเรื่องความสอดคล้องโดยบังเอิญออกแล้ว) เพียงแค่ระดับต่ำถึงปานกลางเท่านั้น และการศึกษาโดยคณะนักวิจัยจากประเทศอื่นๆ และของประเทศไทยที่ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยเดียวกันนี้ ก็ได้ผลคล้ายกัน<sup>(๕-๗)</sup>.

เหตุผลอีกประการหนึ่ง น่าจะเกิดจากระบบการพิจารณา

ตัดสิน ที่มีคณะกรรมการในระดับจังหวัดทุกจังหวัดทำหน้าหน้าที่ องค์ประกอบของคณะกรรมการมาจากระบบตัวแทนฝ่ายต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนตัวเป็นระยะๆ ย่อมทำให้การพิจารณาตัดสินมีความหลากหลายสูง.

## สรุป

พบปัญหาความไม่สม่ำเสมอหรือไม่มีมาตรฐานในการวินิจฉัยเพื่อตัดสินการจ่ายเงิน รวมถึงเหตุผลที่คณะกรรมการใช้ในการตัดสินที่ยังมีความคลุมเครือ ภาวะความเสียหายแบบเดียวกันอาจจะถูกตัดสินว่า “ง่าย” หรือ “ไม่ง่าย” ซึ่งน่าจะนำไปสู่ปัญหาความไม่เป็นธรรม และหากผู้ป่วยรู้สึกเช่นนี้ ย่อมนำไปสู่การฟ้องร้องดำเนินคดีในศาล.

## ข้อเสนอแนะ

### ๑. ปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัย

๑.๑ กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยที่เน้นเพียง”เป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาลที่หลีกเลี่ยงได้และไม่ได้ เป็นผลจากกระบวนการของโรค” โดยลดความสำคัญของคำว่าการรักษาที่ไม่มีมาตรฐาน เพราะอาจจะเป็นสิ่งที่คณะกรรมการไม่อยากระบุ เนื่องจากอาจจะนำไปสู่การฟ้องร้องต่อไปได้อีกทั้งการเกิดความเสียหายครั้งหนึ่งๆ มักจะมีปัจจัยเชิงระบบเข้ามาเกี่ยวข้องเสมอ ไม่ได้มีเพียงความผิดพลาดระดับบุคคลเท่านั้น.

๑.๒ สร้างกรณีตัวอย่างคำตัดสิน “ง่าย” หรือ “ไม่ง่าย” ในอดีต เพื่อการอธิบายเกณฑ์การวินิจฉัย และเพื่อใช้อ้างอิงเป็นมาตรฐานในการตัดสินครั้งต่อๆ มา เหมือนระบบการตัดสินคดีในศาล.

๒. ปรับปรุงองค์กรหรือคณะกรรมการที่ทำหน้าที่พิจารณาตัดสิน

๒.๑ ตั้งคณะกรรมการพิจารณาตัดสินในระดับเขตแทนระดับจังหวัด เพื่อให้มีความหลากหลายของผู้ทำหน้าที้น้อยลง.

๒.๒ กำหนดสถานะของคณะกรรมการนี้ ให้เทียบเท่ากับการทำหน้าที่ของศาล เพื่อให้ผู้เสียหายรู้สึกว่าได้

รับการพิจารณาอย่างเป็นธรรมอย่างถึงที่สุดแล้ว เพื่อลดการฟ้องร้องดำเนินคดีในศาล.

๒.๓ ให้มีคณะทำงานหรือผู้ปฏิบัติงานเต็มเวลา ทำหน้าที่เตรียมข้อมูลหลักฐานและการวินิจฉัยเบื้องต้นนำเข้าสู่คณะกรรมการ ประสพการณ์การทำงานอย่างต่อเนื่องจะทำให้คณะทำงานมีความเชี่ยวชาญในการวินิจฉัยเพิ่มขึ้นตลอดเวลา คณะทำงานนี้สามารถขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกองค์กรได้ เพื่อสร้างมาตรฐานการพิจารณาตัดสิน สร้างความสม่ำเสมอในการอ้างอิงเกณฑ์และกรณีคำตัดสินในอดีต.

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือและสนับสนุนของบุคคลหลายฝ่าย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ให้การสนับสนุนทุนวิจัย. คุณพรหมินทร์ หอมหวลและคณะจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ทีมแพทย์จากโรงพยาบาลต่างๆ, บุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและประชาชนเป็นเจ้าของข้อมูล. ผู้ช่วยนักวิจัย คุณรัตนา เอิบกิง คุณสงบ เสริมมา และคุณจินตนา ตลับแก้ว ได้ช่วยประสานงานรวบรวมและบันทึกข้อมูล. วิทยากรหลายท่านได้ช่วยให้ข้อคิดเห็นต่อรายงานการศึกษาเบื้องต้น.

## เอกสารอ้างอิง

- Anderson RE. Billions for defense: the pervasive nature of defensive medicine. Arch Intern Med 1999;159:2399-402.
- ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์, สุทธิสิทธิ์ พรธรรมาโณทัย. ทางเลือกเพื่อการออกแบบการชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ๒๕๔๘;๑๔:๕๔๑-๕๔.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการพิจารณาคำร้องขอรับการช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหายอันเกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ๒๕๔๖.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients. Results of the Harvard medical practice study I. N Engl J Med 1991;324:370-6.



๕. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. *Med J Aust* 1995;163:458-71.
๖. Michel P, Quenon JL, Sarasqueta AMD, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable events in acute care hospitals. *BMJ* 2004;328:199.
๗. Kessomboon P, Pannarunothai S, Wongkanaratanakul P. Detecting adverse events in Thai hospitals using medical record reviews: agreement among reviewers. *J Med Assoc Thai* 2005;88(10):1412-8.
๘. Thomas FJ, Lipsitz SR, Studdert DM, Brennan TA. The reliability of medical record reviews for estimating adverse event rates. *Ann Intern Med* 2002;136:812-6.
๙. Hofer TP, Berstein SJ, DeMonner S, Hayward RA. Discussion between reviewers does not improve reliability of peer review of hospital quality. *Medical Care* 2000;38(2):152-61.
๑๐. Foster AJ, Clark HD, Menard A, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ* 2004;170(3):345-9.