

ประสบการณ์ต่างประเทศและทางเลือกสู่นาคตของระบบ ชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์

จเร วิชาไทย*

จ ากรายงาน To Err is Human: Building a Safer Health System โดย US Institute of Medicine เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ความผิดพลาดของการให้บริการได้ก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ทุกๆ ๘ รายจะมี ๑ รายที่ได้รับความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดที่หลีกเลี่ยงได้^(๑) และจากที่เห็นจำนวนรายที่ฟ้องศาลนั้น เป็นแค่ส่วนยอดของภูเขาน้ำแข็งด้วยซ้ำ. แคนาดาเองก็มีการศึกษาในทำนองนี้ โดยประมาณการณ์ว่าร้อยละ ๗.๕ ของผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลในพ.ศ.๒๕๔๓ ได้รับความเสียหายจากความผิดพลาด โดย ๑ ใน ๓ เป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ และมีการประมาณการณ์ว่าผู้เสียชีวิตจากความผิดพลาดที่หลีกเลี่ยงได้ในปีดังกล่าวจะอยู่ในช่วง ๙,๒๕๐ - ๒๓,๗๕๐ รายสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล.^(๒)

Baker และ Norton เมื่อ พ.ศ.๒๕๔๗ ได้ศึกษาอัตราการเกิดผลการรักษาที่ไม่พึงประสงค์ในประเทศแคนาดา พบมีอัตราอยู่ที่ร้อยละ ๗.๕ ของผู้ป่วยในทั้งหมด และจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มีร้อยละ ๓๖.๙ เป็นกรณีที่หลีกเลี่ยงได้, ร้อยละ ๖๔.๔ เกิดความเสียหายต่อสุขภาพคนไข้ระดับน้อยจนถึงปานกลาง, ร้อยละ ๕.๒ เกิดความพิการถาวร และร้อยละ ๑๕.๙ เสียชีวิต^(๓). ผลกระทบสืบเนื่องคือ ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจะนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น พร้อมกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเมื่อนำมาใช้ประมาณการณ์ทั้งประเทศของแคนาดา สำหรับ พ.ศ.

๒๕๔๓ ที่มีจำนวนการนอนของผู้ป่วยในทั้งหมด ๒.๕ ล้านครั้ง คาดว่าประมาณ ๑๘๕,๐๐๐ เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และประมาณ ๗๐,๐๐๐ กว่ากรณีน่าจะเป็นเหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงได้หรือถ้าเทียบกับอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม และอุบัติเหตุทางรถยนต์ จำนวนผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาจะมีปริมาณมากกว่าด้วย.^(๓)

ในหลายประเทศที่ใช้ระบบการฟ้องศาลเพื่อพิสูจน์ถูกผิด หากมีความเสียหายเกิดขึ้นจากบริการสุขภาพ ผู้เสียหายจะต้องฟ้องศาลเพื่อให้มีกระบวนการพิจารณา. แนวทางที่ใช้เพื่อพิจารณาว่าผู้เสียหายจะได้รับการชดเชยหรือไม่ คือ (๑) บริการที่ได้รับอยู่ภายใต้ขอบเขตอำนาจการให้บริการของผู้ให้บริการหรือไม่, (๒) ความเสียหายเกี่ยวข้องกับบริการหรือไม่, (๓) ความเสียหายเกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการหรือไม่. ทั้งนี้ระบบการฟ้องศาล เป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบระบบที่อยู่บนพื้นฐานกฎหมายละเมิด. วัตถุประสงค์คือ การชดเชย, สร้างความเป็นธรรม, และสร้างแนวทางป้องกันป้องปรามให้ผู้ให้บริการต้องระมัดระวังในการให้บริการ.

กฎหมายละเมิดเป็นรูปแบบหนึ่งของกลยุทธิ์การควบคุมความประพฤติของผู้ให้บริการ^(๓) ควบคู่กับวิธีการควบคุมคุณภาพบริการโดยองค์กรประกันสุขภาพ และองค์กรประกันให้กับผู้ให้บริการกรณีเกิดความผิดพลาด แต่ผลการใช้ระบบฟ้องศาล คือ ระยะเวลาที่ต้องใช้เพื่อพิสูจน์ถูกผิด กลายเป็นอุปสรรคที่ทำให้การชดเชยความเสียหายมีความล่าช้า ทั้งที่ผู้

*สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



ได้รับความเสียหายต้องการการเยียวยาและชดเชยให้เร็วที่สุด. ในประเทศที่ใช้การฟ้องศาล ได้แก่ แคนาดา, สหรัฐอเมริกา, อังกฤษ และ ออสเตรเลีย ได้รับการวิพากษ์อย่างมากถึงผลของการใช้ระบบนี้ที่สอดคล้องกับสามวัตถุประสงค์ คือ (๑) การชดเชยที่ล่าช้า ค่าเฉลี่ยในประเทศสหรัฐอเมริกาอยู่ที่ ๕ ปี ต่อกรณี^(๔) (ประเทศไทย ๗ - ๘ ปี), (๒) การป้องปรามพฤติกรรมการทำความผิดพลาดที่ไม่มีหลักฐานแสดงที่ชัดเจนว่าช่วยป้องปรามได้, และ (๓) การแก้ปัญหาหรือสร้างความเป็นธรรม นั่นคือ พบว่า จำนวนรายที่ควรได้รับการชดเชยจำนวนมากกลับไม่ได้ชดเชย และอีกจำนวนมากที่เกิดความเสียหายแต่ไม่เกิดกระบวนการที่ขอรับการชดเชย หรือฟ้องศาล.^(๑)

รายงานของ Harvard Medical Study จากเวชระเบียนผู้ป่วย พบว่า ความเสียหายจากบริการการแพทย์ส่วนใหญ่เกิดจากบริการผู้ป่วยใน และ ๙ ใน ๑๐ รายที่ได้รับความเสียหายจากความผิดพลาดไม่ได้เดินไปสู่กระบวนการรับการชดเชย. ในทางตรงกันข้าม กรณีที่ฟ้องศาลส่วนใหญ่ เป็นกรณีที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดของผู้ให้บริการ^(๑) และประมาณการได้ว่า ๑๖ รายที่ฟ้องศาลและควรได้รับการชดเชย จะมีเพียง ๑ รายเท่านั้นที่ศาลสั่งให้มีการชดเชย.^(๕)

พูดง่ายๆ คือสอดคล้องในทุกเรื่องที่เป็นวัตถุประสงค์ของตัวมันเอง และสุดท้ายที่ไม่ใช่วัตถุประสงค์ของระบบแต่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ คือ เนื่องจากผู้ให้บริการกลัวการถูกฟ้องร้องดังนั้นเมื่อเกิดการผิดพลาดมักจะมีการปกปิดข้อมูลไม่ทำรายงานความผิดพลาด หรือเมื่อถูกฟ้อง ข้อมูลก็ยังคงถูกปกปิดไว้ เพราะมีประโยชน์ในแง่การปกป้องตนเองในกระบวนการศาล.^(๕)

นอกจากผลกระทบโดยตรงจากระบบการฟ้องศาลประเทศที่พัฒนาแล้วที่ใช้ระบบนี้ส่วนใหญ่มีบริษัทประกันคุ้มครองความผิดพลาดจากการให้บริการแก่กลุ่มผู้ให้บริการ. แต่ปัญหาสำคัญคือค่าเบี้ยประกันมีแนวโน้มสูงขึ้นมาโดยตลอดจนผู้ให้บริการต้องผลักภาระค่าใช้จ่ายนี้ไปที่ค่าบริการรักษาผลกระทบก็ไปเกิดขึ้นกับผู้บริโภคอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้^(๔).

ขณะที่บางประเทศ มีการใช้ระบบการบริหารจัดการเพื่อชดเชยๆ ไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด เกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัยคือ ถ้า

เป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ ก็จ่ายชดเชย. ขณะที่บางประเทศมีการขยับการคุ้มครองไปถึงความเสียหายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นความเสียหายที่รุนแรง เช่น ความพิการ หรือเสียชีวิต จากการได้รับวัคซีน ทำให้การคุ้มครองสอดคล้องกับฐานคิด “การไม่มีผู้ทำผิด” มากขึ้น.

บทเรียนจากประเทศที่ใช้ระบบการบริหารจัดการเพื่อชดเชย โดยไม่พิสูจน์ถูกผิด ช่วยกระตุ้นให้ประเทศที่มีปัญหาการฟ้องร้องผู้ให้บริการ ทำการศึกษาเรื่องนี้มากขึ้น. เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อชี้ให้เห็นกรอบแนวคิดการเกิดขึ้นของระบบการบริหารจัดการเพื่อชดเชยความเสียหายของประเทศตัวอย่าง แสดงให้เห็นวิวัฒนาการการเกิดขึ้นของนโยบาย องค์ประกอบใดที่สำคัญที่ช่วยผลักดันให้เกิดการปฏิรูป อุปสรรคในการปฏิรูป และตามด้วยข้อเสนอทางเลือกระบบที่มีผู้เชี่ยวชาญเสนอ เพื่อพยายามแก้ไขจุดอ่อนที่เกิดขึ้นของระบบการฟ้องศาลและระบบการบริหารจัดการเพื่อชดเชย แต่เป็นการผสมผสานจุดแข็งของระบบทั้งสอง. แม้ว่าแนวคิดนี้ยังไม่ได้เกิดขึ้นในประเทศใด แต่ผู้อ่านและผู้สนใจก็จะได้มุมมองที่น่าสนใจ และอาจนำไปประยุกต์ใช้ หากประเทศไทยจะมีระบบการชดเชยทางเลือกที่ใช้การบริหารจัดการ เสริมกับการใช้ระบบฟ้องศาล.

บทเรียนจากประเทศที่ใช้ระบบชดเชยผ่านการบริหารจัดการ

ในกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย ได้แก่ สวีเดน เดนมาร์ก นอร์เวย์ ฟินแลนด์ และไอซ์แลนด์ ได้ประกาศยกเลิกการใช้ระบบฟ้องศาล มาเป็นระบบชดเชยผ่านการบริหารจัดการ เพราะเห็นว่า ระบบการฟ้องศาลมีความยุ่งยากในการหาข้อมูล มีกระบวนการล่าช้า และมีค่าใช้จ่ายสูง.

การออกแบบระบบใหม่มาทดแทนมีเป้าหมายเพื่อจ่ายชดเชยให้เร็วและตรงกับผู้เสียหายที่เข้าเกณฑ์ ผู้ออกแบบระบบไม่ได้มีเป้าหมายที่จะทำให้ผู้ให้บริการระมัดระวังการให้บริการมากขึ้น. ข้อมูลที่ใช้ขอรับการชดเชย ถูกปิดกั้นไม่ให้นำไปใช้เพื่อกระบวนการใดๆที่มีผลต่อการลงโทษผู้ให้บริการ^(๕) เกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัย คือ ความเสียหายที่ “หลีกเลี่ยงได้” แทน

กรอบคิด “ผิดพลาด หรือ ประมาทเล็กน้อย” โดยตีความว่า ความเสียหายนั้นสามารถหลีกเลี่ยงได้ภายใต้สภาวะการณ์หรือระบบที่เหมาะสม.

ประเทศสวีเดนเริ่มทดลองเป็นโครงการตามความสมัครใจใน พ.ศ.๒๕๑๘ โดยผู้ให้บริการทั้งรัฐและเอกชนสมัครเข้าโครงการ และจ่ายเบี้ยประกันให้แก่องค์กรประกันที่รวมตัวกันให้การประกันกรณีเกิดความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้. ต่อมาใน พ.ศ.๒๕๔๐ ปรับปรุงโครงการเป็นภาคบังคับ. จากนั้นตามมาด้วยประเทศฟินแลนด์ เริ่มครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.๒๕๓๐, ประเทศนอร์เวย์ พ.ศ.๒๕๓๑, ประเทศเดนมาร์ก พ.ศ.๒๕๓๕, และประเทศไอซ์แลนด์ พ.ศ.๒๕๔๔.

กรณีศึกษาสวีเดนและเดนมาร์ก

ในประเทศสวีเดน และเดนมาร์ก ผู้ป่วยที่สงสัยหรือเชื่อว่าได้รับความเสียหายจากการรับบริการ ยื่นขอรับการชดเชยโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ถ้าพิการ หรือเสียชีวิต สมาชิกในครอบครัวยื่นขอรับการชดเชยแทนได้. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขอคำแนะนำจากแพทย์ในการตัดสินใจว่าควรยื่นขอรับการชดเชยหรือไม่ แต่ไม่จำเป็นต้องได้รับการรับรองใดๆจากแพทย์.

ในประเทศสวีเดน ร้อยละ ๖๐-๘๐ ของเรื่องขอรับการชดเชย ได้รับการช่วยเหลือจากผู้ให้บริการ^(๖) มีองค์กรของรัฐที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ คือสมาคมประกันภัยผู้ป่วยสวีเดน (Swedish Patient Insurance Association). ในประเทศเดนมาร์ก คือ Danish Patient Insurance Association การชดเชยครอบคลุมอุบัติเหตุขณะอยู่ในสถานบริการ เช่น ลื่นหกล้มในโรงพยาบาล, และความเสียหายจากการจ่ายยาผิดด้วย แต่ถ้าเป็นความเสียหายที่เกี่ยวข้องกับตัวผลิตภัณฑ์ เช่น ยา วัคซีน ต้องไปยื่นขอรับการชดเชยจากโปรแกรมชดเชยอื่น.

ผู้ที่ทำหน้าที่พิจารณาเรื่องชดเชยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ หรือด้านกฎหมาย ซึ่งมักจะมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการแพทย์เรื่องใดเรื่องหนึ่ง การพิจารณาอาจต้องมีการสัมภาษณ์ผู้เสียหาย หรือร้องขอข้อมูลทางการแพทย์ เวชระเบียนโดยตรงจากผู้ให้บริการและสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง. เมื่อข้อมูลเพียงพอแล้ว จะพิจารณาตัดสินใจว่าเข้าเกณฑ์การ

ได้รับการชดเชยหรือไม่. หากไม่มีความชัดเจนในการตัดสินใจ จะเทียบเคียงกรณีคล้ายคลึงกันที่เคยเกิดขึ้นและที่ได้ตัดสินใจไปแล้ว ซึ่งเก็บไว้บนฐานข้อมูล. โดยทั่วไป ผู้พิจารณาหมักจะปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคนอื่นๆ แพทย์เหล่านี้เป็นผู้เชี่ยวชาญอาวุโส จ้างเป็นครั้งๆตามสัญญาเพื่อให้คำปรึกษา และมีความชำนาญการในการพิจารณาหลายปี.

เมื่อได้ตัดสินใจแล้ว ผู้พิจารณาจะแจ้งให้ผู้เสียหายรับทราบ หากปฏิเสธไม่ให้การชดเชย ก็จะแจ้งพร้อมทั้งคำอธิบายว่าทำไมถึงไม่ได้รับการชดเชย. ในประเทศสวีเดน สมาคมประกันภัยผู้ป่วยเป็นผู้จ่ายเงิน แต่ในประเทศเดนมาร์ก สมาคมประกันภัยฯเป็นเพียงผู้วินิจฉัยเท่านั้น ถ้าต้องจ่าย จะติดต่อให้เทศบาลในท้องที่เกิดเหตุการณ์ความเสียหายเป็นผู้จ่าย. ใน พ.ศ. ๒๕๔๗ เรื่องร้องเรียนประมาณร้อยละ ๔๕ ได้รับการชดเชยในทั้งสองประเทศ.

การชดเชยจะแบ่งเป็นสองส่วนเหมือนกับระบบการฟ้องศาล คือ (๑) ชดเชยความเสียหายที่เกี่ยวข้องด้านการเงิน เช่น รายได้ที่สูญเสีย และค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ที่ไม่ได้ครอบคลุมภายใต้ประกันใดๆที่มีอยู่, (๒) ชดเชยความเสียหายที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตัวเงิน เช่น ความเจ็บปวด, การต้องทนทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ. เกณฑ์ในการจ่ายจะมีระดับที่ใกล้เคียงกับมาตรฐานการจ่ายชดเชยจากระบบศาล กล่าวคือ ขึ้นกับชนิดความเสียหาย ความรุนแรง และช่วงระยะเวลาที่ต้องได้รับผลกระทบ ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิต ครอบครัวอาจได้รับค่าชดเชยงานศพ และรายได้ที่สูญเสียไป.

ทั้งสองประเทศมีเขตแดนการจ่ายชดเชย. สำหรับประเทศสวีเดน มูลค่าชดเชยทั้งหมดกำหนดไว้ที่ประมาณ ๑.๒ ล้านเหรียญสหรัฐ และมีระดับต่ำสุดที่ต้องมากกว่า ๒๗๕ เหรียญสหรัฐ. สำหรับประเทศเดนมาร์ก ค่าชดเชยต่ำสุด คือ ๑,๗๐๐ เหรียญสหรัฐ. ใน พ.ศ. ๒๕๔๗ ค่าเฉลี่ยจ่ายชดเชยต่อรายประมาณ ๒๒,๐๐๐ เหรียญสหรัฐ ในประเทศสวีเดน และ ๓๐,๐๐๐ เหรียญสหรัฐในประเทศเดนมาร์ก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าประเทศสหรัฐอเมริกาหรือประเทศอื่นที่จ่ายชดเชยจากศาล แต่สามารถอธิบายได้ว่าเป็นเพราะประเทศเหล่านี้ มีระบบสวัสดิการที่ดีกว่า ไม่ว่าจะ เป็นสวัสดิการชดเชยการขาดรายได้



และการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นการจ่ายชดเชยส่วนใหญ่เป็นค่าชดเชยเพื่อชดเชยความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ. ด้วยเหตุนี้ ค่าชดเชยของประเทศสวีเดนและเดนมาร์กจึงสามารถกำหนดเพดานให้ลดต่ำลงได้.

ผู้ป่วยที่ไม่พอใจคำวินิจฉัย เช่น ไม่ได้รับค่าชดเชย หรือได้รับแต่ไม่พอใจมูลค่าชดเชย สามารถอุทธรณ์ได้ มีประมาณร้อยละ ๒๐ ของจำนวนเรื่องร้องเรียนที่ปฏิเสธไม่ขอรับค่าชดเชยแล้วทำเรื่องร้องเรียน. การอุทธรณ์ครั้งแรกจะพิจารณาโดยบอร์ดที่มีสมาชิกตัวแทนจากหลากหลายสาขา รวม ๗ คนโดยมีตัวแทนจากผู้บริโภคร่วมด้วย.

ผู้ป่วยที่ไม่พอใจคำวินิจฉัยจากคณะกรรมการชุดนี้สามารถอุทธรณ์ต่อ แต่ไปที่ศาล หากศาลพิจารณาแล้วสั่งจ่ายชดเชย ศาลไม่สามารถสั่งจ่ายได้มากกว่าที่กำหนดไว้ในระบบจ่ายชดเชยทางการแพทย์ เช่น ถ้าผู้ป่วยได้รับการชดเชยมาแล้วและอุทธรณ์ผ่านมายังศาล ศาลอาจสั่งจ่ายชดเชยเพิ่มได้ แต่ต้องไม่มากกว่าขอบเขตที่กำหนดไว้จากระบบชดเชยทางการแพทย์.

ประเทศสวีเดนใช้กรอบ “ความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้” ในการวินิจฉัย และแบ่งกลุ่มความเสียหายออกเป็น ๕ กลุ่ม คือ (๑) ความเสียหายจากการรักษา, (๒) ความเสียหายจากการวินิจฉัย, (๓) ความเสียหายจากสาร วัสดุ, (๔) ความเสียหายจากการติดเชื้อ, และ (๕) ความเสียหายจากอุบัติเหตุ.

การชดเชยความเสียหายจากการรักษาและการวินิจฉัยใช้หลัก “หลีกเลี่ยงได้” เทียบกับ บริการที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ จึงมักเรียกกฎนี้ว่า “กฎผู้เชี่ยวชาญ” ร้อยละ ๘๕ ของเรื่องร้องเรียนเพื่อรับการชดเชยเข้าเกณฑ์ภายใต้เงื่อนไขของกฎนี้. ฉะนั้นกฎนี้กฎเดียวก็เกือบครอบคลุมกรณีร้องเรียนเป็นส่วนใหญ่.

สิ่งที่กฎนี้ต่างจาก “ความผิดพลาด หรือประมาทเล็กน้อย” ก็คือ แทนที่จะถามว่าบริการนั้นต่ำกว่ามาตรฐานที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการอื่นในสถานการณ์เดียวกันหรือไม่ กฎนี้จะถามว่า ความเสียหายนั้นจะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการที่เชี่ยวชาญหรือดีที่สุดหรือไม่เพราะกฎนี้มีมาตรฐานที่สูงขึ้นไปอีก ทำให้โอกาสการได้รับการชดเชยมีมากขึ้น เมื่อเทียบกับ กฎ

ความผิดพลาดซึ่งโอกาสที่ผู้ได้รับความเสียหายจะได้รับการชดเชยจะน้อยลง.

กฎอีกข้อที่นำมาใช้วินิจฉัย คือ “ทางเลือกในการรักษา/บริการ” กล่าวคือ ต้องพิจารณาความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้จากทางเลือกการรักษาที่มีมากกว่าทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง. ถ้าพิจารณาแล้วพบว่ามีความเสี่ยงอื่นใดที่ให้ได้ในขณะนั้นแล้วมีความปลอดภัยกว่า มีประสิทธิผลกว่า และน่าจะหลีกเลี่ยงความเสียหายได้ เรื่องร้องเรียนนั้น ก็ควรได้รับการชดเชย.

กรณีความเสียหายจากการติดเชื้อ ต้องพิจารณาว่าการติดเชื้อนั้นต้องเป็นการติดเชื้อจากภายนอกร่างกาย เกิดขึ้นระหว่างการรักษา และความรุนแรงของการติดเชื้อนั้นต้องรุนแรงกว่าอาการป่วยของผู้ป่วย และจำเป็นต้องรักษาการติดเชื้อนั้น.

สำหรับความเสียหายที่เกิดจากเครื่องมือทางการแพทย์และอวัยวะเทียม ต้องพิสูจน์ว่าเกิดจากความผิดพลาดของเครื่องมือและอวัยวะเทียม หรือ เกิดจากความผิดพลาดของผู้ใช้. ถ้าเป็นกรณีหลัง จ่ายจากระบบชดเชย แต่ถ้าเป็นแบบแรก เรื่องร้องเรียนจะไปขอรับการชดเชยจากระบบที่ชดเชยความผิดพลาดของผลิตภัณฑ์.

ระบบเดนมาร์กคล้ายกับสวีเดน คือ การใช้กฎผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเหมือนกัน และเพิ่มเหตุการณ์ที่ได้รับการชดเชยอีกคือ กฎความทนทุกข์ทรมาน. กฎนี้ จะจ่ายชดเชยให้กับความเสียหายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้. หากบริการการแพทย์ทำให้เกิดความพิการในระดับที่ไม่คิดว่าผู้ป่วยจะทนรับได้ ผู้วินิจฉัยต้องพิจารณาจากหลายปัจจัย เช่น ระดับความรุนแรงหรือความพิการที่จะยังคงอยู่ต่อไปนานเท่าใด เช่น ความเสียหายจากการได้รับวัคซีนจนทำให้พิการ.

ระบบของเดนมาร์กจะครอบคลุมกว้างกว่าของสวีเดน กล่าวคือ ครอบคลุมความเสียหายที่รุนแรง แม้ว่าจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ก็ตามสะท้อนการใช้กรอบคิดความเป็นธรรมมาใช้วินิจฉัย. เหตุการณ์ลักษณะนี้ไม่มีความผิดพลาดจากฝ่ายใด และใกล้เคียงกับฐานคิด ไม่ผิด มากขึ้น.

กรณีศึกษานิวซีแลนด์

ระบบของนิวซีแลนด์เกิดขึ้นครั้งแรกเพื่อต้องการคุ้มครองคนทำงานที่ได้รับความพิการจากการทำงาน เพราะคนกลุ่มนี้ถูกให้ออกจากงานเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวโน้มของหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาก็มีปัญหาเช่นนี้ จนนำไปสู่โปรแกรมชดเชยลูกจ้างจากความเสียหายจากการทำงาน. เมื่อ พ.ศ.๒๕๑๕ ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบชดเชย ถูกทำให้เป็นกฎหมาย และจัดตั้งองค์กรรับผิดชอบ คือ Accident Compensation Corporation (ACC) ครอบคลุมความเสียหายจากอุบัติเหตุก่อนข้างกว้างขวาง รวมบริการการแพทย์ด้วย.

ข้อมูลร้องเรียนเพื่อขอรับการชดเชย สามารถส่งไปยังสภาวิชาชีพหรือองค์กรวิชาชีพเพื่อนำไปใช้กำหนดบทลงโทษแก่ผู้ให้บริการ ซึ่งต่างจากระบบสวีเดนและเดนมาร์ก การยื่นเรื่องขอรับการชดเชย ผู้ป่วยต้องยื่นเรื่องไปที่แพทย์หรือหน่วยงานด้านการแพทย์ที่ทำหน้าที่ยื่นเรื่องร้องเรียน. แพทย์ที่ยื่นเรื่องไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการที่สงสัยว่าทำให้เกิดความเสียหาย ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ GP ของผู้ป่วย. วิธีการพิจารณาเรื่องร้องเรียนจะคล้ายกับสวีเดนและเดนมาร์กคือใช้เกณฑ์ความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้.

ค่าชดเชยได้แก่ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับคำรักษาพยาบาล, ค่าบริการฟื้นฟูสภาพ, ค่าสูญเสียรายได้. ส่วนค่าชดเชยความสูญเสียที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตัวเงิน เช่น ความเจ็บปวดทรมานและใจ อื่นๆ จะจ่ายทั้งก้อนในครั้งเดียว ขึ้นกับระดับความพิการเจ็บป่วย. หากพิการตลอดชีวิต การจ่ายอาจแบ่งซอยเป็นช่วงๆ. ACCไม่มีค่าต่ำสุดและเพดานสูงสุดเหมือนสวีเดนและเดนมาร์ก โดยเฉลี่ยค่าชดเชยต่อราย ประมาณ ๑๒,๕๐๐ เหรียญสหรัฐ (พ.ศ.๒๕๔๕).

กระบวนการอุทธรณ์ต่างจากอีกสองประเทศ คือ เรื่องอุทธรณ์จะได้รับการพิจารณาจากกรรมการอีกชุด แต่ยังสามารถสนับสนุนการทำงานจาก ACC. หากยังไม่ได้รับคำวินิจฉัยที่พอใจ สามารถอุทธรณ์ต่อไปยังศาลระดับอำเภอ แต่เท่าที่ปรากฏ มีเรื่องอุทธรณ์น้อยมากที่ไปยังศาล.

หลัง พ.ศ.๒๕๔๘ มีการเปลี่ยนแปลงระบบ เพราะระบบเป็นตัวบั่นทอนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

ทำให้ผู้ให้บริการไม่ยอมให้ความร่วมมือ ไม่อยากจะให้ข้อมูล แม้ไม่มีกรฟ้อง แต่ข้อมูลอาจถูกส่งต่อไปยังสภาวิชาชีพเพื่อกล่าวและลงโทษ นอกจากนี้ ยังเป็นเพราะมีปัญหาเลือกปฏิบัติ เพราะขณะที่ความเสียหายจากอุบัติเหตุอื่นที่ขอรับการชดเชยไปยัง ACC ไม่ต้องพิสูจน์ความผิดพลาด แต่กรณีบริการการแพทย์ต้องพิสูจน์.

เกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัยในตอนเริ่มต้น คือ ผู้ป่วยต้องได้รับความเสียหายจากความผิดพลาดหรือโชคร้าย กรณีความผิดพลาด คือ บริการที่ต่ำกว่ามาตรฐาน. กรณีโชคร้าย คือ มีโอกาสเกิดความเสียหายจากบริการที่มีสถิติเกิดขึ้นได้น้อยกว่าร้อยละ ๑ และเป็นความเสียหายรุนแรง กล่าวคือ ทำให้ต้องนอนในโรงพยาบาลมากกว่า ๑๔ วัน หรือ เกิดความพิการมากกว่า ๒๘ วัน หรือ ตาย. ตัวอย่างกรณีโชคร้าย เช่น การแพ้ยา หรือ เกิดความเสียหายภายหลังผ่าตัดที่มีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก. กรณีโชคร้ายนี้ จะไม่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดของผู้ให้บริการ และได้สะท้อนว่า เกณฑ์วินิจฉัยการชดเชยของนิวซีแลนด์ครอบคลุมมากกว่าความเสียหายจากความผิดพลาด.

อย่างไรก็ตาม เกณฑ์ความเสียหายที่มีโอกาสเกิดขึ้นน้อยกว่าร้อยละ ๑ เป็นเรื่องไม่ง่ายนัก เพราะข้อมูลระดับวิทยาอาจมีไม่พอ หรือเกิดประเด็นถกเถียง เช่น อวัยวะเทียม แม้ว่าตอนใช้เริ่มต้นจะมีความปลอดภัยสูง แต่เมื่อใช้ไปเป็นเวลานาน ความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดจะมากขึ้น. ดังนั้นจึงมีแนวโน้มว่าการวินิจฉัยให้ชดเชยในกรณีเช่นนี้ จะวินิจฉัยให้แก่รายที่เพิ่งเริ่มได้รับการบริการ.

ต่อมาใน พ.ศ.๒๕๔๘ นิวซีแลนด์เปลี่ยนการใช้กฎหมายความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาด และความโชคร้ายมาเป็นความเสียหายจากการรับบริการ มีเป้าหมายเพื่อครอบคลุมให้กว้างขวางขึ้น ใกล้เคียงกับความหมาย “ไม่มีความผิด”. โดยทั่วไป คือ ความเสียหายใดที่เกี่ยวข้องกับบริการการแพทย์จะได้รับการชดเชย แต่ต้องไม่ใช่ความเสียหายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นอยู่แล้ว เช่น ผลเป็นหลังผ่าตัด, ความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัด, ผม่วร่างกายหลังให้เคมีบำบัด. แม้ว่าเกณฑ์วินิจฉัยนี้จะทำให้มีการจ่ายง่ายขึ้น แต่ก็ยังมีปัญหาในบางกรณีว่า ความเสียหายที่



เกิดขึ้นภายหลังการรักษาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จริงแล้วเป็นเรื่องปรกติวิสัยจริงหรือไม่ หรือกรณีผู้ป่วยที่มีโรคเป็นทุนเดิมอยู่ ซึ่งทำให้ความเสียหายมากกว่าคนทั่วไปกรณีนี้ก็ยากที่จะวินิจฉัย.

นอกจากนั้น การใช้กฎหมายความเสียหายจากการรับบริการช่วยลดแรงตึงเครียดจากกลุ่มผู้ให้บริการได้มาก มีแรงจูงใจที่จะรายงานข้อมูลมากขึ้น เมื่อเทียบกับการใช้กฎหมายผิดพลาดที่อย่างไรก็ต้องชี้ไปที่ความผิดพลาดตัวบุคคลไม่มากก็น้อย และองค์กรวิชาชีพก็สามารถนำข้อมูลที่เกิดขึ้นไปใช้ แม้ไม่มีการฟ้องศาล. แต่กลไกควบคุมความประพฤติขององค์กรวิชาชีพก็เป็นตัวบั่นทอนแรงจูงใจในการรายงานผล.

ภาพโดยรวม

โดยรวมแล้ว ประเทศที่ใช้ระบบบริหารจัดการเข้ามาช่วยชดเชย พุดเป็นเสียงเดียวกันว่า การวินิจฉัยทำได้เร็วขึ้น ซึ่งเป็นข้อดี เพราะไม่ได้ใช้กฎหมายความเสียหายจากผิดพลาดมาวินิจฉัยอีกต่อไป แม้แต่ในประเทศนิวซีแลนด์ ที่สุดแล้วก็เปลี่ยน.

ประสบการณ์จากประเทศสวีเดน และเดนมาร์ก ใช้เวลาวินิจฉัยโดยเฉลี่ยต่อเรื่องร้องเรียน ประมาณ ๘ สัปดาห์ น้อยกว่าสหรัฐอเมริกาที่ใช้เวลา ๔ - ๕ ปี และการใช้กฎหมายผู้เชี่ยวชาญจะช่วยทำให้การวินิจฉัยง่ายกว่าการใช้กฎหมายความเสียหายจากความผิดพลาด.

ในระบบของทั้งสามประเทศ ใช้ข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยและสร้างข้อมูลที่เป็นมาตรฐานสะสมมาเรื่อยๆ การใช้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์และเป็นกลางหลายคนจะช่วยให้มาก การวินิจฉัยจะใช้ข้อมูลจากการวินิจฉัยในกรณีที่ผ่านมา และเก็บไว้ในฐานข้อมูล. ด้วยวิธีนี้ ทำให้ระบบการบริหารจัดการชดเชยมีประสิทธิภาพมากขึ้น แน่หนอนว่าในรายแรกๆที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน จะใช้เวลานานหน่อย แต่เมื่อมีผลการวินิจฉัยเก็บในคลังข้อมูลแล้ว กรณีต่อไปที่มีความคล้ายกันจะวินิจฉัยง่ายขึ้น เร็วขึ้น.

ที่สำคัญ การมีคลังข้อมูลการวินิจฉัย จะมีประโยชน์อย่างมากต่อการนำมาใช้สนับสนุนและพัฒนากองป้องกันความเสียหาย นักวิจัยภายนอกก็สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์เชิงระบาดวิทยา ยิ่งใช้กฎหมายผู้เชี่ยวชาญวินิจฉัย ยิ่งจะช่วยให้มี

ข้อมูลสนับสนุนมากขึ้น และมุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

สุดท้าย การเปลี่ยนกฎหมายความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ไปเป็น กฎผู้เชี่ยวชาญของสวีเดนและเดนมาร์ก และกฎหมายเสียหายจากงานบริการของนิวซีแลนด์ ช่วยให้กรอบคิดย้ายไปเป็น “ไม่มีความผิด” มากขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงกฎหมายของนิวซีแลนด์ หรือเดนมาร์กที่ครอบคลุมกว้างขวางมากขึ้นในกรณีความเสียหายที่โศคร้ายช่วยทำให้ปัญหาการวินิจฉัยง่ายขึ้นมาก.^(๖)

บทเรียนความพยายามของสหรัฐอเมริกา

การเรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิรูปในสหรัฐอเมริกา น่าจะช่วยทำให้มองทางเดินที่มีทั้งความสำเร็จในบางโปรแกรมชดเชยเฉพาะกรณี และที่ไม่สำเร็จ โดย เมลโล และคณะ^(๗) ได้วิเคราะห์ประสบการณ์การปฏิรูปของสหรัฐอเมริกา มีตัวอย่างความสำเร็จของระบบการชดเชยความเสียหายที่เป็นแบบไม่พิสูจน์ถูกผิดจริงๆ ได้แก่ โปรแกรมชดเชยจากการทำงานของลูกจ้าง, ระบบชดเชยความเสียหายกรณีอุบัติเหตุทางรถยนต์ และ ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับวัคซีน. ทั้งสามระบบทำงานบนพื้นฐานของการไม่พิสูจน์ถูกผิดอย่างแท้จริง โดยเฉพาะระบบชดเชยความเสียหายของลูกจ้างที่ใช้ระบบการบริหารจัดการ เป็นระบบไม่พิสูจน์ถูกผิดที่เก่าแก่ที่สุดในสหรัฐอเมริกา และสร้างกรอบพื้นฐานสำคัญให้กับการพัฒนาชดเชยไม่พิสูจน์ถูกผิดอื่นๆ.

ในสหรัฐอเมริกา ความพยายามแก้ปัญหาค่าชดเชยที่สูงขึ้นและถูกผลักเป็นภาระให้ผู้บริโภคต้องแบกรับ. เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๘ รัฐคาลิฟอร์เนีย ออกกฎหมายควบคุมค่าชดเชยที่ไม่เกี่ยวข้องทางเศรษฐกิจ (ค่าชดเชยที่ยากต่อการคำนวณเป็นตัวเงิน เช่น ความเจ็บปวด, ความทรมาณทางกายและใจ) เป็น ๒๕๐,๐๐๐ เหรียญสหรัฐ และมีกรออกกฎหมายดังกล่าวนี้ อีกในหลายรัฐ. ขณะเดียวกันใน พ.ศ.๒๕๑๘ เป็นปีที่ประเทศนิวซีแลนด์ใช้ระบบการบริหารจัดการจ่ายชดเชยแทนระบบการฟ้องศาล ถึงแม้้นักวิชาการสนับสนุนให้สหรัฐอเมริกาทดลองทำโครงการนำร่องลักษณะนี้ก่อน แต่ก็ไม่สามารถผลัก

ต้นให้เกิดขึ้นได้ เพราะภายหลังมีกฎหมายควบคุมค่าชดเชย ทำให้ค่าเบี้ยประกันไม่เพิ่มสูงขึ้น ปัญหาที่ตั้งไว้ได้รับการแก้ไขไปแล้ว กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มวิชาชีพกฎหมายรวมทั้งนักการเมืองก็ไม่คิดว่าจะเป็นปัญหาที่เร่งด่วนอีกต่อไป.^(๓)

ปัจจัยสนับสนุนให้ระบบชดเชยลูกจ้างเกิดขึ้น หากวิเคราะห์ถึงปัญหาก่อนมีระบบ พบว่า กลุ่มองค์กรผู้ประกอบการมีความกังวลสูงขึ้นมากต่อการถูกฟ้องเรียกค่าชดเชย และค่าชดเชยก็สูงขึ้นมากด้วย. ช่วงดังกล่าวมีการพัฒนาอุตสาหกรรมในสหรัฐอเมริกาอย่างเข้มข้น ยิ่งทำให้มีจำนวนลูกจ้างบาดเจ็บจากการทำงานมากขึ้น. ขณะเดียวกันในกลุ่มลูกจ้างที่ได้รับความเสียหายก็ต้องการการชดเชยที่เร็วกว่าการใช้ระบบฟ้องศาล โดยสรุปทั้งสองกลุ่มเห็นปัญหาร่วมกัน และเห็นว่าการใช้ระบบฟ้องศาลพิสูจน์ถูกผิดสร้างปัญหามากกว่าแก้ปัญหา. ทั้งสองกลุ่มช่วยสร้างโมเมนตัมการปฏิรูป เกิดเป็นความเห็นร่วมกันที่จะใช้ระบบบริหารจัดการเพื่อการจ่ายชดเชยแทนระบบเดิม.

กรณีการชดเชยจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ เป็นระบบที่ลดการค้นหาผู้กระทำผิด ช่วยลดค่าบริหารจัดการ เร่งรัดให้ชดเชยได้เร็วขึ้น และลดค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุ เพราะกองทุนมีขนาดใหญ่ขึ้น โดยผู้เสียหายจะได้รับการชดเชยจากบริษัทประกันที่ตนเองประกันไว้ ครอบคลุมการสูญเสียรายได้ ค่าบริการสุขภาพ ค่าบริการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจที่ต้องจ่ายนอกเหนือประกันที่ผู้เสียหายมี.

ทั้งสองระบบข้างต้น ยังคงมีระบบการฟ้องศาลเสริมเข้าไป กล่าวคือ หากมูลค่าความเสียหายที่ควรชดเชยมากกว่าเพดานที่กำหนดไว้ ผู้เสียหายจะต้องไปฟ้องศาลเพื่อพิสูจน์ถูกผิด. ถ้าชนะจะได้รับการชดเชยเพิ่มเติมจากเพดานที่กำหนดไว้ ด้วยวิธีนี้จะเห็นวาระบบทั้งสองเสริมกันและกัน ระหว่างระบบไม่พิสูจน์ถูกผิดกับระบบช่วยเหลือเพิ่มเติมบนฐานการพิสูจน์ถูกผิด.

อย่างไรก็ดี หากระบบบริหารจัดการชดเชย กำหนดเพดานการจ่ายชดเชยไว้ต่ำ โอกาสที่ผู้เสียหายจะไปฟ้องศาลต่อก็เป็นไปได้มากขึ้น ผลสืบเนื่องคือ จะทำให้องค์กรประกันความผิดพลาดต้องเพิ่มเบี้ยประกันอย่างแน่นอน เพราะต้อง

ป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน ทั้งในส่วนของระบบชดเชยไม่พิสูจน์ถูกผิดที่ไม่มากแต่ไปหนักที่ระบบชดเชยจากการฟ้องศาล ซึ่งที่ผ่านมาในภายหลัง เพดานการจ่ายชดเชยก็ลดลงเป็นไปตามนั้นจริงๆ.

ในช่วงทศวรรษ 1980 คณะกรรมการศึกษาบริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกาที่มีประธานคืออดีตนายกรัฐมนตรีจิมมี คาร์เตอร์ ได้เรียกร้องให้รัฐบาลกลางปฏิรูประบบการชดเชยด้วยการฟ้องศาลมาเป็นระบบการบริหารจัดการแทน มีการเสนอร่างกฎหมายปฏิรูปใน พ.ศ. ๒๕๒๘, ๒๕๓๐ และ ๒๕๓๒ เพื่อสนับสนุนให้รัฐบาลของแต่ละรัฐดำเนินการให้มีระบบนี้สำหรับความเสียหายจากการรับบริการการแพทย์ที่เกิดจากความผิดพลาด.

ร่างกฎหมายนี้เสนอให้ไม่มีระบบการฟ้องศาล ซึ่งถูกโจมตีและต่อต้านอย่างมากจากกลุ่มนักกฎหมาย ทนาย อัยการ เห็นว่าความคิดนี้จะขัดกับรัฐธรรมนูญ และที่สำคัญคืออำนาจหน้าที่การปฏิรูปแก้ไขกฎหมายเป็นอำนาจหน้าที่ของรัฐต่างๆ รัฐบาลกลางไม่มีอำนาจเข้ามาแทรกแซง.

สมาคมทางการแพทย์ของอเมริกาไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอนี้ เพราะเห็นว่าจะไปเพิ่มต้นทุนมากขึ้น และเห็นว่าแพทย์คนไหนทำผิดหรือประมาทเลินเล่อก็ควรจะได้รับผิดชอบ แม้ว่าในร่างข้อเสนอจะให้คณะกรรมการวินิจฉัยการจ่ายชดเชยที่ใช้กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้วินิจฉัยว่าจะจ่ายหรือไม่. มีหนึ่งรัฐที่เสนอร่างกฎหมายในลักษณะทำนองนี้ ที่ผลักดันโดยสมาคมการแพทย์ แต่ที่สุดท้ายก็ไม่สามารถผลักดันออกเป็นกฎหมายได้.

ร่างข้อเสนอกฎหมายเพื่อปฏิรูปไปใช้ระบบการบริหารจัดการเพื่อชดเชย ไม่สามารถออกเป็นกฎหมายได้เลย เนื่องจากแรงต่อต้านจากกลุ่มที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย. มีกรณีศึกษาหนึ่งจากบริการการแพทย์ที่ออกมาเป็นกฎหมายได้สำเร็จในระดับชาติของสหรัฐอเมริกา คือ ระบบชดเชยความเสียหายจากการได้รับวัคซีน.

การฉีดวัคซีนในกลุ่มเด็กเป็นนโยบายและกฎหมายของสหรัฐอเมริกา เด็กทุกคนต้องได้รับวัคซีนเพราะต้องป้องกันทั้งต่อตนเองและการระบาดของโรคในวงกว้าง. ประวัติศาสตร์



การปฏิรูปเริ่มในช่วงปลายทศวรรษที่ 1960 เมื่อศาลเริ่มเห็นว่ากรอบคิดการใช้การจ่ายชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดกรณีความเสียหายจากการรับวัคซีนควรจะเกิดขึ้นในประเทศ. แต่เริ่มมีความจริงจั่งที่จะปฏิรูปภายหลังจากมีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ (ไข้หวัดใหญ่หมู) ในพ.ศ.๒๕๑๙ ที่รัฐบาลกลางออกนโยบายให้ฉีดวัคซีนกับกลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศเพื่อป้องกันการระบาด.

เพื่อให้บริษัทผู้ผลิตวัคซีนมีแรงจูงใจผลิตให้เพียงพอกับความต้องการ รัฐบาลตัดสินใจคุ้มครองความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับวัคซีนแทนบริษัท โดยผู้ที่ได้รับความเสียหายต้องไปฟ้องเรียกค่าชดเชยจากรัฐบาลกลาง ภายใต้กฎหมาย Federal Tort Claims Act แม้ว่าอาจจะไม่ได้ใช้การบริหารจัดการจ่ายชดเชย แต่การจ่ายอยู่บนฐานการไม่พิสูจน์ถูกผิดกลายเป็นจุดเริ่มต้นต่อการพัฒนาต่อไป.

พ.ศ.๒๕๒๘ ในประเทศสหรัฐอเมริกา วัคซีน DTP ขาดตลาด เพราะบริษัท ๓ แห่งหยุดการผลิตและส่งมอบให้กับรัฐบาล กล่าวกันว่าบริษัทประกันเรียกค่าเบี้ยประกันสูงมาก. ในช่วง พ.ศ.๒๕๒๕- ๒๕๒๙ ราคาวัคซีนพุ่งสูงขึ้นกว่า ๓ เท่า เพราะมีการบวกเพิ่มค่าเบี้ยประกันเข้าไปในราคา^(๘) ผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับความเสียหายจากวัคซีนดังกล่าวมีความไม่พอใจอย่างมาก เพราะหลายกรณีที่ฟ้องร้องแล้วไม่ได้รับการชดเชย ยังไม่นับอีกจำนวนมากที่ไม่มีเงินจ้างทนายฟ้อง แม้ลูกต้องพิการ.

พ.ศ.๒๕๒๕ กลุ่มผู้ปกครองเด็กที่ได้รับความเสียหายร่วมกับกลุ่มแพทย์เฉพาะทางเด็ก จัดตั้งเครือข่ายและทำข้อเสนอให้รัฐจัดการให้มีการชดเชยบนฐานระบบไม่พิสูจน์ถูกผิดหากเกิดความเสียหายเนื่องจากการรับวัคซีน. แต่กว่าจะรับเรื่องมาดำเนินการจริง ก็ล่วงเข้ามา พ.ศ.๒๕๒๙ และสาเหตุไม่ใช่จากข้อเสนอข้างต้น แต่เป็นเพราะสถานการณ์การขาดแคลนวัคซีนมีความรุนแรงมาก. บริษัทผู้ผลิตวัคซีนเรียกร้องให้รัฐบาลคุ้มครองแทนกรณีเกิดความผิดพลาด และขู่ว่าจะถอนการผลิตและส่งมอบวัคซีนแก่รัฐบาล ที่สุดรัฐบาลยอมออกกฎหมาย National Childhood Vaccine Injury Act ในพ.ศ.๒๕๒๖.

ปัจจุบันโปรแกรมนี้ชื่อว่า National Vaccine Injury

Compensation Program (NVICP) โดยในกระบวนการนั้นแทนที่จะไปศาลเพื่อฟ้องร้องเอาค่ากับบริษัทผู้ผลิต ผู้เสียหายจะร้องขอรับการชดเชยไปที่ศาลชดเชยรัฐบาลกลาง (US Court of Federal Claims) โดยมีทีมวินิจฉัยตามเกณฑ์ คือ วัคซีนที่ได้รับต้องเป็นวัคซีนที่กำหนดจากนโยบาย และสัมพันธ์กับความเสียหายที่เกิดขึ้น ไม่มีความจำเป็นต้องค้นหาความผิดของบริษัทผู้ผลิต เงินชดเชยมาจากการเก็บภาษีจำนวนน้อยนิดของยารักษาในแต่ละขนาดใช้เท่านั้น.

อย่างไรก็ตาม โปรแกรมนี้ก็ถูกโจมตีว่าอาจจะทำให้ไม่มีแรงจูงใจที่บริษัทผู้ผลิตจะพัฒนาให้วัคซีนมีความปลอดภัยมากขึ้น และอ้างว่าอาจถูกหยิบยกขึ้นมาเพื่อเป็นกรอบพัฒนาโปรแกรมการชดเชยอื่นๆที่เฉพาะต่อไปอีก.^(๙)

แต่เมื่อเวลาผ่านไป การพิจารณาเพื่อจ่ายค่าชดเชยของโปรแกรมนี้มีความเข้มงวดในการวินิจฉัยมากขึ้น ทำให้เป้าหมายเดิมที่ต้องการจ่ายชดเชยเร็ว และคุ้มครองให้มากที่สุดไม่บรรลุผล แต่ไม่ว่าจะมีการคัดค้านต่อความเข้มงวดที่มากขึ้นเป็นลำดับ ก็ไม่มีกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมต่อเรื่องนี้แต่อย่างใด.

หากพิจารณารณนศึกษา NVICP จะเห็นว่ามีสามปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโปรแกรมนี้ หนึ่ง การมีบรรยากาศวิกฤติเนื่องจากเกรงว่าบริษัทผู้ผลิตจะหยุดการผลิตและส่งมอบวัคซีน และหากเด็กไม่ได้รับวัคซีน จะเกิดผลกระทบรุนแรงอย่างสูง สอง ผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับความเสียหายออกมาเรียกร้องให้มีระบบการจ่ายชดเชยที่เร็ว ซึ่งความต้องการนี้ก็ไม่ได้สอดคล้องกับข้อเรียกร้องจากบริษัทผู้ผลิตที่ต้องการให้รัฐบาลช่วยคุ้มครองประกันให้ ซึ่งหากรัฐบาลทำตามข้อเรียกร้องจากบริษัท ทางเลือกการจ่ายชดเชยที่รวดเร็วก็น่าจะไม่เกิดขึ้นอยู่ดี ดังนั้น โปรแกรมนี้ จึงเกิดขึ้นจากการนำความต้องการของทั้งสองกลุ่มรวมเข้าด้วยกัน และสาม เมื่อรัฐบาลพิจารณาแล้วว่าทางออกนี้ไม่เกิดข้อขัดแย้งจากฝ่ายใด ก็ไม่เป็นปัญหาสำหรับการออกกฎหมายเพื่อรองรับโปรแกรมนี้ขึ้นมานั่นเอง.

การเกิดขึ้นของโปรแกรมการชดเชยความเสียหายต่อเด็กแรกคลอดในสหรัฐอเมริกา เกิดขึ้นใน ๒ รัฐ คือฟลอริดา และเวอร์จิเนีย. จากปัญหาค่าเบี้ยประกันความผิดพลาด

สำหรับบริการทำคลอดสูงมาก ทั้งสองรัฐออกโปรแกรมจ่ายชดเชยครอบครัวเด็กผ่านระบบการบริหารจัดการที่ไม่ต้องฟ้องศาลเพื่อหาคนผิด การวินิจฉัยใช้เกณฑ์ คือ แพทย์ได้ลงนามรับรองว่าตนเองเป็นผู้รับผิดชอบให้บริการหรือไม่. โปรแกรมนี้ปิดกั้นไม่ให้มีการฟ้องศาล ทั้งสองรัฐออกกฎหมายคุ้มครองในช่วงที่มีการเรียกร้องให้ปฏิรูประบบการฟ้องศาลเพื่อรับการชดเชย โดยเฉพาะในกรณีเด็กแรกคลอด และแรงกดดันจากสตูดิโอแพทย์ที่จะหยุดให้บริการ หากรัฐไม่ปฏิรูป.

แม้ว่าจะมีการประท้วงไม่ยอมรับแนวคิดนี้จากนักกฎหมายและบริษัทประกันในรัฐเวอร์จิเนีย แต่ไม่สามารถท้าทายแรงความต้องการของรัฐบาลได้. โปรแกรมนี้ได้ดำเนินการมาต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันและเป็นระบบไม่พิสูจน์ถูกผิดอีก โปรแกรมในสหรัฐอเมริกา. ผลการประเมินโปรแกรมนี้เป็นที่น่าพอใจ ได้จ่ายชดเชยให้กับผู้ปกครองไปแล้วนับพันราย ค่าบริหารจัดการอยู่ประมาณร้อยละ ๑๐.

สำหรับรัฐเวอร์จิเนีย ตอนเริ่มโปรแกรมใหม่ๆ มีจำนวนเรียกร้องเข้ามาไม่มาก แต่เมื่อจำนวนรายที่ต้องจ่ายชดเชยมากขึ้น ทำให้ต้องกำหนดการจ่ายเป็นช่วง ไม่ใช่ทั้งก้อน ทำให้การเตรียมงบประมาณจะเพิ่มขึ้นมาตลอด จนเริ่มเป็นห่วงว่าจะมีปัญหาทางการเงินระยะยาว. แม้ว่าโปรแกรมนี้จะได้รับความสนใจจากรัฐอื่นๆ แต่ก็ยังไม่มีรัฐใดที่จะเดินตามโปรแกรมนี้ ส่วนใหญ่เจอแรงต้านจากผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายในกรณีนี้ปิดกั้นการฟ้องศาล และ ไม่ต้องการให้แพทย์เฉพาะสาขานี้ได้รับอภิสิทธิ์มากกว่าแพทย์สาขาอื่น หรือวิชาชีพอื่นๆ.

ในทศวรรษ 2000 ตอนเริ่มต้น กลุ่มผู้ให้บริการประท้วงในเมืองหลวงของรัฐต่างๆ เพราะเห็นว่าค่าเบี้ยประกันความผิดพลาดกลับมาสูงขึ้นอีก ไม่สามารถต่อราคาเบี้ยประกันได้ พร้อมขู่ว่าจะหยุดการให้บริการ เรียกร้องให้มีการปฏิรูป. ในรายงานของสถาบันแพทยศาสตร์ แนะนำให้มีโครงการทดลองระบบบริหารจัดการเพื่อการชดเชยได้แล้ว. ที่สุดใน พ.ศ. ๒๕๕๐ รัฐบาลกลางตัดสินใจผ่านร่างงบประมาณสนับสนุนให้มีการทดลองระบบในรัฐที่พร้อมจะพัฒนาโครงการนี้.

จากนั้นหลายรัฐที่เริ่มระบบทดลอง ก็ผ่านร่างกฎหมาย

รองรับเพื่อทดลองระบบ^(๘) มีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาค่าเบี้ยประกัน เร่งรัดให้การชดเชยเร็วขึ้น แต่ความเห็นโดยรวมของกลุ่มผู้ให้บริการยังคงต้องการให้รัฐบาลกลางควบคุมให้มีเขตแดนการจ่ายชดเชย เพื่อควบคุมค่าเบี้ยประกัน มากกว่าปฏิรูปแก้ปัญหาจากระบบฟ้องศาล แต่ยังเห็นด้วยกับการพัฒนาความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ซึ่งติดปัญหาในรายละเอียดว่าจะไปสู่ตรงนั้นได้อย่างไร. ที่ไม่เห็นด้วยในรายละเอียดคือการถูกบังคับให้รายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาด.

ศาลสุขภาพกลายเป็นทางเลือกที่ร้องขอให้มีการทำโครงการทดลอง โดยใช้คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์วินิจฉัยเรื่องร้องเรียนและตัดสินใจว่าจะชดเชยหรือไม่ และปิดกั้นการฟ้องศาล. แต่ความเห็นนี้ องค์กรประกันไม่เห็นด้วย คำถามที่ตั้งไว้ คือ ความเสี่ยงทางการเงินจากการใช้ระบบศาลสุขภาพจะมีมากขึ้นหรือไม่ (กล่าวคือ องค์กรประกันจะเสี่ยงจ่ายชดเชยขึ้นกว่าระบบการฟ้องศาลหรือไม่) ถ้าเป็นเช่นนั้น ก็ยิ่งจะไม่เห็นด้วย.

ในกลุ่มอาชีพทนายไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอเพื่อใช้ศาลสุขภาพ เพราะเห็นว่าจะไปปิดกั้นการฟ้อง, ระบบนี้ขัดแย้งกับรัฐธรรมนูญ, ไม่เป็นธรรมต่อผู้ป่วย และมีแนวโน้มจะลดแรงจูงใจต่อผู้ให้บริการ / แพทย์ที่ต้องให้ความระมัดระวังในการให้บริการ. แต่ก็ถูกตีได้ว่า นักกฎหมายปกป้อง เพียงเพราะ มีส่วนเสียมากกว่าได้จากระบบศาลสุขภาพ.

กลุ่มผู้บริโภคมีความเห็นหลากหลายต่อข้อเสนอศาลสุขภาพ ที่เห็นด้วยเพราะคาดว่าจะทำให้การชดเชยมีประสิทธิภาพมากขึ้น. โดยทั่วไป กลุ่มที่มีความสนใจต่อการพัฒนาความปลอดภัยและคุณภาพบริการ มีแนวโน้มสนับสนุนข้อเสนอนี้ เมื่อเทียบกับการปฏิรูปแบบที่เพียงกำหนดเขตแดนการชดเชย แต่ยังคงใช้การฟ้องศาล ซึ่งไม่เกิดประโยชน์หรือไม่มีส่วนพัฒนาความปลอดภัยและคุณภาพบริการแต่อย่างใด. ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นตอนกระบวนการฟ้องศาลไม่เห็นด้วยกับแนวคิดศาลสุขภาพ เพราะเห็นว่าไม่เป็นธรรมต่อผู้ป่วย บันทอนแรงจูงใจที่จะทำให้แพทย์ระมัดระวังมากขึ้น และระบบนี้ที่สุดแล้วจะไปควบคุมค่าชดเชยอย่างแน่นอน เพราะการจ่ายชดเชยจะง่ายขึ้น.^(๘)



การดำเนินโครงการทดลองที่เป็นระบบบริหารจัดการเพื่อชดเชยฯ ยังคงเป็นเพียงปฐมบทในหลายรัฐที่ต้องการการติดตามศึกษาอย่างต่อเนื่อง. โดยสรุป การปฏิรูปที่จะเกิดขึ้นจริงจำเป็นต้องมีความเห็นร่วมจากหลายฝ่าย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ประสบการณ์การปฏิรูปจนเกิดระบบชดเชยไม่พิสูจน์ถูกผิดในสหรัฐอเมริกา สะท้อนให้เห็นว่า ความเห็นร่วมกันจากฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะถ้ามาจากองค์กรหลักที่มีอำนาจต่อรองสูง ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการ และองค์กรประกัน เราไม่พบกรณีความสำเร็จเลยสักครั้งที่มาจากการต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงจากผู้บริโภคเพียงอย่างเดียว.

อย่างไรก็ดี การมีมติร่วมกันอาจยังไม่เพียงพอ บางครั้งการเลือกทำเป็นระบบทดลองโดยสมัครใจก่อน น่าจะช่วยให้เห็นข้อมูลจากการดำเนินการจริง เพื่อปรับปรุงระบบให้ดีขึ้นอีก. เมลโลและคณะเสนอว่า การพัฒนาเป็นระบบทางเลือกโดยสมัครใจ ผู้ให้บริการใด หรือองค์กรประกันใดสนใจสามารถสมัครเข้าร่วมโครงการได้ และต้องไม่ลืมนึกผู้ป่วยด้วยว่าสนใจระบบทางเลือกทดลองหรือไม่ อาจอยู่ในรูปการตกลงกันเป็นครั้งคราว. หากมีการรักษา หรือตกลงกันตั้งแต่ต้นสำหรับโปรแกรมประกันสุขภาพของผู้ซื้อประกันสุขภาพ ด้วยวิธีนี้ก็ น่าจะเป็นทางออกให้เกิดการดำเนินงานของโครงการนำร่องได้.^(๑๐)

บทเรียนจากแคนาดา

ระบบชดเชยความเสียหายในแคนาดา มีองค์กรประกันชื่อสมาคมพิทักษ์การแพทย์ (Medical Protective Association) ให้การคุ้มครองกว่าร้อยละ ๔๕ ของผู้ให้บริการในประเทศ. ระบบที่ใช้เป็นระบบการฟ้องศาล แต่โปรแกรมที่เป็นการชดเชยไม่พิสูจน์ถูกผิด กรณีเฉพาะความเสียหาย โดยใช้ระบบการบริหารจัดการจ่ายชดเชย ได้แก่ โปรแกรมชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดแล้วติดเชื้อ เช่น เอชไอวี, แต่ระบบชดเชยความเสียหายในภาพกว้างไม่ได้ขยับไปมาก.

พ.ศ.๒๕๔๘-๒๕๔๙ มีรายงานชื่อ "Towards the right balance and Alternative Patient Compensation Models in Canada and the 2006 International Medical

Liability Systems" เป็นการเปรียบเทียบระบบต่างๆ แต่ก็ได้ไม่ได้ผลักดันจนเกิดโครงการทดลองหรือการปฏิรูปแต่อย่างใด แรงผลักดันให้เกิดระบบบริหารจัดการชดเชยความเสียหายไม่ได้รับความสนใจเท่าใดในแคนาดา เพราะหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องยังเชื่อว่าระบบที่มีอยู่ยังทำงานได้ดีให้กับทุกฝ่าย ความเห็นขององค์กรประกัน Canadian Medical Protective Association ที่เป็นขาใหญ่คุ้มครองให้กับผู้ให้บริการ กล่าวว่า "ระบบที่เรามีเป็นพื้นฐานที่ดีและเหมาะสมสำหรับสถานการณ์ของประเทศ".

ผู้สนับสนุนให้เกิดการปฏิรูปกล่าวว่า การที่ระบบไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะน้ำหนักของกลุ่มด้านกฎหมาย และวงการประกันที่เป็นเจ้าใหญ่ในตลาดไม่สนับสนุน. ส่วนภาคประชาชนก็ยังไม่เห็นปัญหาของระบบปัจจุบันอย่างชัดเจน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายก็ขาดพลังในการผลักดัน และถูกจำกัดอยู่ในวงแคบที่จะสื่อสารออกไปสู่สังคม กลุ่มที่ได้รับผลกระทบตรง เช่น ต้องทนทุกข์ทรมานกับกระบวนการทางกฎหมายที่ยาวนาน มักตกอยู่ท่ามกลางความกดดันด้านจิตใจและทางกายจนไม่สามารถผลักดันเรื่องนี้ให้ก้าวไปสู่การปฏิรูประบบได้.

ผู้เสียหายที่ฟ้องร้อง และในที่สุดเรื่องก็จบลงนอกศาล ด้วยการได้รับการชดเชยโดยตรงจากผู้ให้บริการก็จะเก็บข้อมูลรายละเอียดไว้ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเงื่อนไขที่ได้ทำข้อตกลงไว้กับสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการที่ก่อให้เกิดความเสียหายนั้นจะยิ่งทำให้ข้อมูลที่นำไปสู่การชดเชยมีน้อยมาก. รอเบิร์ต พริชาร์ด ปัจจุบันเป็น CEO ของ Torstar Corporation ที่จัดทำรายงาน Liability and Compensation in Health Care Report 1990 กล่าวว่า ระบบไม่มีข้อมูลรองรับ หากปราศจากเสียงจากผู้เสียหายโดยตรง.

อย่างไรก็ตาม ถ้าพิจารณากฎหมาย Canada Health Act ก็ถือว่าได้ครอบคลุมการชดเชยไปแล้วบางส่วนที่เป็นบริการทางการแพทย์ กล่าวคือ ผู้เสียหายจากการรับบริการจะได้รับ การคุ้มครองค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดทั้งที่หลีกเลี่ยงได้และไม่ได้ แต่ผู้เสียหายจำนวนมากยังต้องการการชดเชยที่นอกเหนือจากนั้น เช่น ค่ายา ค่าบริการ

โดยผู้ดูแลที่บ้าน ค่าสูญเสียรายได้.

ในประเทศแคนาดา มีไม่กี่รายที่ฟ้องร้องจากการได้รับความเสียหาย และมีจำนวนน้อยมากที่ชนะคดี เพราะกระบวนการศาลช้า ซับซ้อน แพง ทำนายยากมากถ้าเป็นกรณีความเสียหายจากการแพทย์ ที่สุดแล้วมักจะไม่ชนะคดี ไม่ได้รับการชดเชย จากรายงานของ Canadian Medical Protective Association ระบุว่า มี ๕๗๗ เรื่องที่ฟ้องร้องแพทย์ เข้าสู่การพิจารณาในศาลตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ ถึง ๒๕๔๙ มีผู้เสียหายที่ชนะคดีร้อยละ ๒๑ (๑๒๒ ราย). ในช่วงเวลาเดียวกัน จำนวนรายที่ถูกยกฟ้องเนื่องจากหลักฐานไม่พอ หรือได้รับความเสียหายจากความผิดพลาดแต่ไม่ฟ้องศาล ประมาณการว่ามีจำนวนตั้งแต่ ๖๖๔ ถึง ๘๔๘ ราย.

แอนน์ ลิลเวอร์ไลต์ส์^(๓) บรรณานุกรมวารสารสมาคมแพทย์แคนาดา กล่าวไว้อย่างน่าฟังว่า

“เป้าหมายความเป็นธรรมต้องเป็นเป้าหมายสูงสุด และสูงกว่าเป้าหมายหรือหลักการด้านกฎหมาย การปฏิรูปต้องทำให้ระบบสวัสดิการทั้งหลาย ไม่ว่าจะเป็นการขาดรายได้เงินเจือจางครอบครัว ระบบประกันคุ้มครองกรณีความพิการ และอื่นๆ ต้องมีระบบที่มีคุณภาพและครอบคลุมได้มากกว่านี้ งบประมาณค่าใช้จ่ายไม่ควรจะเป็นโจทย์อันดับแรก จนทำให้อุปสรรคดังกล่าวยังปรากฏดาษดื่นในสังคม ใครบางคนต้องบอกกับรัฐบาลหรือฝ่ายที่เกี่ยวข้องและต่อต้านการปฏิรูปว่า เราต้องไม่ทำให้สิทธิของการเป็นมนุษย์คนใดคนหนึ่งถูกลิดรอนน้อยลงไปกว่านี้อีก และความจริง เราใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายต่างๆ ไปมากมายในประเทศนี้ ทำไมเราไม่ใช้เงินที่มีเพื่อปกป้องสิทธิประชาชนของเรา”.

บทเรียนการเกิดระบบชดเชยไม่พิสูจน์ถูกผิดของแคนาดา มักเกิดขึ้นหลังจากมีกรณีความเสียหายที่ก้าวไปสู่เรื่องถกเถียงที่อยู่ในความสนใจของสังคม เช่น การเกิดระบบนี้หลังจากมีผู้ได้รับเลือดและติดเชื้อเอชไอวี จนที่สหรัฐทำให้การชดเชยทันทีกรณีติดเชื้อจากการรับเลือด ควบคุมกับกรณีเด็กหญิง ๕ ขวบ เกิดติดเชื้อใช้สมองอักเสบเฉียบพลันหลังจากได้รับวัคซีนใช้สมองอักเสบ ซึ่งผู้ปกครองเด็กฟ้องร้องเรียกค่าชดเชย แต่ศาลควิเบคตัดสินว่าเป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และ

ไม่ต้องจ่ายค่าชดเชยให้. คดีนี้ยิ่งเสริมความรู้สึกไม่เป็นธรรมของคนในสังคมส่วนใหญ่ และกดดันให้ปฏิรูปให้ได้. ที่สุดรัฐบาลควิเบคต้องออกกฎหมายให้ค่าชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด กรณีความเสียหายจากการฉีดวัคซีน.

อีกตัวอย่าง คือสมาคมพิทักษ์เวชปฏิบัติแคนาดา (Canadian Medical Protective Association; CMPA) เรียกร้องให้รัฐบาลออกกฎหมายให้มีระบบชดเชยไม่พิสูจน์ถูกผิดสำหรับกรณีความเสียหายในระบบประสาทของเด็กคลอดใหม่ ซึ่งการพิสูจน์เป็นเรื่องที่ยากมากกว่าเกิดจากบริการที่ให้. สมาคมจัดทำเป็นข้อเสนอให้กับรัฐบาลเมื่อ พ.ศ.๒๕๔๘ และให้ความเห็นเพิ่มว่า จะทำให้สังคมเป็นธรรมมากขึ้น.^(๓) จากข้อมูลล่าสุด (พ.ศ.๒๕๕๑) ยังไม่ปรากฏว่าข้อเสนอนี้ได้นำไปสู่การออกกฎหมายให้ดำเนินการ เนื่องจากยังมีความเห็นไม่เห็นด้วยจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายว่าการไม่มีระบบฟ้องร้อง จะทำให้ไม่มีแรงกดดันต่อผู้ให้บริการให้ระมัดระวังในการให้บริการ.

ข้อเสนอเชิงประยุกต์สำหรับระบบชดเชยความเสียหาย

Segal และ Sacopolos (2009) พัฒนาแนวคิดระบบทางเลือกขึ้น มีความน่าสนใจเพราะแนวคิดนี้ช่วยปิดจุดด้อยของระบบชดเชยไม่พิสูจน์ถูกผิด ที่มักถูกฝ่ายที่เกี่ยวข้องโจมตี เช่น การไม่มีแรงจูงใจต่อผู้ให้บริการในความระมัดระวังขณะให้บริการ การไม่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนว่าระบบนี้จะช่วยสนับสนุนการพัฒนาความปลอดภัยและคุณภาพบริการได้มากน้อยเท่าไร และอย่างไร.

แนวคิดระบบทางเลือกประยุกต์ คือ เมื่อผู้รับบริการต้องซื้อประกันสุขภาพ หรือจะเป็นประกันสุขภาพจากภาครัฐ ในกรณีนี้ให้การคุ้มครองอย่างถ้วนหน้า ผู้รับบริการจะได้ข้อเสนอโดยเลือกอย่างสมัครใจ สิ่งที่ต้องเสียไป คือ การถูกตัดสิทธิการฟ้องศาล หากเกิดความเสียหายจากการรับบริการการแพทย์ ไม่ว่าจะหลีกเลี่ยงได้หรือไม่. อย่างไรก็ตาม ผู้เสนอกรอบคิดนี้ยังอยากให้องค์กรประกันสามารถฟ้องแพทย์ได้.

ผู้รับบริการภายใต้ระบบสมัครใจ จะได้รับประโยชน์ดังนี้

๑. ค่าเบี้ยประกัน (กรณีซื้อประกันเอง) ถูกลง และ



ได้รับบริการจากระบบที่มีมูลค่าเพิ่มขึ้น เช่น ระบบความปลอดภัยผู้ป่วย ได้แก่ ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ที่สร้างความมั่นใจสูง และระบบสนับสนุนการส่งจ่ายยา การให้บริการการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมที่เป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมด.

๒. ผู้รับบริการจะได้รับการคุ้มครองประกันกรณีพิการและประกันชีวิตให้

๓. คุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการไม่ว่าจะหลีกเลี่ยงได้หรือไม่ได้ หรือเกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือไซคราย.

๔. การชดเชยจะดำเนินการให้อย่างรวดเร็ว และระบุอัตราชดเชยไว้ล่วงหน้าชัดเจนในแต่ละกรณีความเสียหาย.

๕. คุ้มครองค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ การสูญเสียรายได้จากการทำงาน ประกันชีวิต และการชดเชยแก่ครอบครัว หากผู้เสียหายเสียชีวิต.

ในมุมมองของคนทั่วไปต่อข้อเสนอโครงการสมัครใจนี้ เมื่อเทียบกับระบบฟ้องศาล คือ แทนไม่มีค่าใช้จ่ายอะไรที่ต้องเสียล่วงหน้าก่อนไม่เหมือนการฟ้องศาลที่รอเสี่ยงเอาว่ากรณีของตนจะชนะคดีหรือไม่ และที่สำคัญผู้ได้รับความเสียหายยังได้รับการบริการฟื้นฟู และบริการการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องต่อไปอีก. แต่สิ่งที่จะต้องยอมเสียไป คือ เงินค่าชดเชยในระดับเจ็ดหลัก ซึ่งก็ไม่มีใครจะเจตนาว่าจะได้หรือไม่ ต้องเสี่ยงฟ้องร้องเอาคาดเดาอะไรไม่ได้จากผลลัพธ์.

ด้วยโครงการสมัครใจนี้ ระบบฟ้องศาลก็ยังดำเนินการต่อไป องค์กรประกันสามารถฟ้องแพทย์ได้. แต่โดยทั่วไปไม่อยากจะทำ องค์กรประกันจะทำสัญญากับแพทย์สำหรับรายที่ต้องการระบบใหม่นี้ แต่มีข้อแม้ว่าผู้ให้บริการจะต้องให้บริการเป็นไปตามกระบวนการหรือแนวทางการปฏิบัติที่ดี หากการดำเนินการเป็นไปตามแนวทางที่ระบุไว้ แม้ว่าจะเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย องค์กรประกันจะรับประกันว่าจะไม่ฟ้องแต่อย่างใด. แต่ถ้าไม่ได้ให้บริการเป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการรายนั้นต้องรายงานว่าทำไม และเกิดอะไรขึ้นถึงไม่ทำตาม หากสัมพันธ์กับความเสียหายที่เกิดขึ้น ผู้ให้บริการก็มีความเสี่ยงที่จะถูกองค์กรประกันฟ้อง.

ค่าชดเชยที่ได้รับจากการฟ้องร้อง องค์กรประกันจะไป

สมทบจ่ายให้กับผู้เสียหาย นั่นหมายความว่าองค์กรประกันต้องจ่ายล่วงหน้าให้ผู้เสียหายไปก่อน. ด้วยกระบวนการนี้ก็ยังมีความแรงจูงใจที่กระตุ้นผู้ให้บริการต้องระมัดระวังในการให้บริการ และดำเนินการตามขั้นตอนการปฏิบัติที่ดี ช่วยแก้ปัญหาข้อโต้แย้งที่ไม่เห็นด้วยจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายว่าระบบชดเชยผ่านการบริหารจัดการจะไปลดแรงจูงใจผู้ให้บริการให้ต้องระมัดระวัง และยังช่วยพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพผ่านการใช้แนวทางปฏิบัติที่ดีด้วย.

เงินจำนวนหนึ่งที่ได้จากการประหยัดจากระบบนี้ ซึ่งโครงการต้องแสดงให้เห็นเมื่อเทียบกับระบบฟ้องศาล จะถูกนำไปใช้สร้างระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้ผู้ให้บริการเข้าถึงแนวทางการปฏิบัติที่ดี ก็จะมีการนำความรู้นี้ไปใช้อย่างกว้างขวาง พร้อมกับการป้องกันการถูกฟ้องร้องจากองค์กรประกันด้วย. ผู้เสนอความคิดนี้เชื่อว่า ค่าเบี้ยประกันความผิดพลาดของแพทย์จะน้อยลงเป็นลำดับ เพราะโอกาสถูกฟ้องน้อยลงจากการปฏิบัติที่ดี และยังไม่ลดค่าใช้จ่ายในบริการอื่นๆที่ไม่จำเป็น โดยเฉพาะลดวัฒนธรรมให้บริการแบบป้องกันตัว ที่มักส่งตรวจวินิจฉัยมากมาย ทั้งที่บางรายการไม่มีความจำเป็นแต่จะนำมาซึ่งความเสี่ยงต่อผู้ป่วยอีก.

จากการทดลองทำโมเดลที่ทดลองบนแบบจำลองมอนติคาร์โล แสดงให้เห็นว่า จะมีเงินที่ประหยัดได้จากระบบ เพื่อนำไปใช้สร้างระบบป้องกันความปลอดภัยได้มากขึ้น นำไปใช้สนับสนุนประกันในรายที่พิการจากความเสียหาย หรือจ่ายค่ากรรมธรรม์ประกันชีวิตสำหรับผู้รับบริการ หรือรวมถึงสนับสนุนการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมบริการได้มากขึ้น.

ที่สุดแล้ว การสร้างอัลกอริทึมแนวทางการให้บริการที่ดีเป็นเรื่องท้าทายอย่างมาก ถ้าสามารถสร้างขึ้นมาและนำไปใช้งาน จะกลายเป็นระบบบริการสุขภาพที่คาดเดาได้ มีประสิทธิภาพสูงซึ่งผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์จะมีบทบาทอย่างมากที่จะสร้างปรับปรุง แก้ไขแนวทางการปฏิบัติที่ดี. แต่แน่นอนว่า บางบริการจะมีความซับซ้อนอย่างมากที่จะถูกออกแบบเป็นขั้นตอนขึ้นมาได้ แต่เมื่อหลักฐานเชิงประจักษ์มีมากขึ้นเป็นลำดับ แนวทางปฏิบัติที่ดีก็จะเกิดขึ้นอย่างมากมายในทุกๆบริการ.^(๙)

สรุป

คงไม่มีข้อถกเถียงว่า ระบบการฟ้องศาลมีจุดด้อยมากกว่าจุดดี ที่สำคัญตัวมันไม่บรรลุตฤประสงค์ที่ตั้งไว้ การปฏิรูประบบไปเป็นการใช้การบริหารจัดการเพื่อชดเชยเริ่มมีให้เห็นมากขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว. แม้แบบอย่างประเทศนิวซีแลนด์และกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียก็เริ่มปรับเปลี่ยนระบบตัวเองเป็นระยะๆ จากการเรียนรู้ประสบการณ์ของตนเอง.

การเริ่มขยายการคุ้มครองความเสียหายในกรณีที่เกิดหลีกเลี่ยงไม่ได้ และมีความเสียหายรุนแรง. เกณฑ์นี้มีความชัดเจนว่าใช้รอบคอบความเป็นธรรมมาวินิจฉัยด้วย หรือโปรแกรมจ่ายชดเชยทันทีที่กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนและเด็กที่เพิ่งคลอดในสหรัฐอเมริกา เหล่านี้คือตัวอย่างที่ระบบเปลี่ยนไปสู่แนวคิด 'ไม่มีความผิด' มากขึ้น หรือ กรณีนิวซีแลนด์ที่ใช้เกณฑ์ ความเสียหายจากการรับบริการ ไม่สนใจว่าหลีกเลี่ยงได้หรือไม่.

ประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น นิวซีแลนด์ และกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย มีจุดแข็งที่ระบบสวัสดิการสังคม ซึ่งกลายเป็นระบบเสริมที่ช่วยให้การชดเชยสามารถควบคุมค่าชดเชยให้ต่ำกว่าประเทศที่มีระบบสวัสดิการสังคมที่ครอบคลุมไม่มากพอ และหรือไม่มีคุณภาพ. ฉะนั้นการขยับไปสู่การใช้ระบบบริหารจัดการเพื่อชดเชยฯ ควรต้องพิจารณาประสบการณ์สวัสดิการของประเทศด้วย เพราะถ้าไม่เสริมกัน ก็มีแนวโน้มว่าระบบใหม่ที่จะชดเชยจะต้องจ่ายชดเชยในมูลค่าที่สูง เพราะระบบสวัสดิการสังคมที่มีไม่สามารถดูดซับค่าใช้จ่ายทดแทนได้มาก.

ดังนั้นหลายประเทศที่เริ่มจะทดลองใช้ระบบบริหารจัดการชดเชยฯ มักถูกโจมตีเรื่องค่าใช้จ่ายเพราะมีแนวโน้มว่าเรื่องขอรับการชดเชยจะเพิ่มมากขึ้น หากแต่ถ้า ถ้าระบบนี้เดินคู่หรือเสริมไปกับระบบสวัสดิการที่ดีของภาครัฐ โอกาสที่จะถูกโจมตีเรื่องนี้ก็น้อยลงไป.

การปิดกั้นการรายงานข้อมูลความผิดพลาดมิให้ไปสู่การใช้เพื่อฟ้องศาล หรือนำไปใช้เพื่อลงโทษตามกระบวนการวิชาชีพ ก็ต้องนำมาพิจารณา ประสบการณ์จากประเทศสวีเดนและเดนมาร์กที่มีการปิดกั้นข้อมูล ช่วยผ่อนคลายแรงกดดันของผู้ให้บริการได้มาก พร้อมกับระบบมีข้อมูลป้อนกลับเพื่อนำไปใช้

พัฒนาความปลอดภัยและคุณภาพบริการได้มากขึ้น.

ประเทศนิวซีแลนด์ เลือกขยายเกณฑ์วินิจฉัยเป็นความเสียหายจากการรับบริการ ช่วยให้การวินิจฉัยสั่งจ่ายชดเชยกว้างขึ้น หรือสวีเดนใช้กฎผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง แทนความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้. เกณฑ์เหล่านี้ล้วนผ่อนคลายความเข้มงวดในการวินิจฉัยสั่งจ่าย และลดความเครียดแก่ผู้ให้บริการ ขณะเดียวกันก็มีแนวโน้มว่าข้อมูลที่ต้องการนำไปใช้พัฒนาคุณภาพบริการจะได้รับมากขึ้น.

จากกรณีตัวอย่าง เห็นได้ว่า วิกฤติของระบบอาจไม่นำไปสู่การปฏิรูป ถ้าปราศจากความเห็นต่อเป้าหมายที่ตรงกัน จากฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่ต้องการปฏิรูป และถึงแม้ว่าเห็นตรงกันแล้วในเป้าหมาย. ในส่วนรายละเอียดคือโจทย์ข้อใหญ่ที่มักจะเป็นอุปสรรค เพราะมักจะไม่ตรงกัน. ส่วนใหญ่ใช้ฐานความสนใจ และประโยชน์เป็นตัวตั้ง จะสังเกตเห็นว่าประเทศที่พัฒนาการใช้ระบบบริหารจัดการเพื่อชดเชยฯ ล้วนต้องอาศัยการทำโครงการนำร่องก่อนทั้งสิ้น เพื่อสร้างรายละเอียดกลไกการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทของตัวเอง แต่เป้าหมายต้องเห็นร่วมกัน.

สุดท้าย กรอบข้อเสนอการผสมผสานระบบฟ้องศาลและระบบการบริหารจัดการเพื่อชดเชยที่มีผู้เชี่ยวชาญเสนอมาก็ควรค่าในการพิจารณาเพื่อนำมาใช้ ออกแบบระบบทดลอง แม้ว่าผลการวิจัยบนหน้ากระดาษจะดูสมเหตุสมผล แต่ในทางปฏิบัติแล้วก็ยังคงต้องการทดสอบในห้องปฏิบัติการของสังคม.

เอกสารอ้างอิง

- Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, Laird NM, Hebert LE, Peterson LM, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the Harvard Medical Practice Study III. *N Engl J JMed* 1991;325:245-51.
- Baker RG, Norton PC, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Can Med Assoc J* 2004;170:1678-86.
- Mello MM, Kelly CN, Brennan TA. Fostering rational regulation of patient safety. *J Hlth Politics Policy Law* 2005;30:375-426.



๔. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med* 2006;354:2024-33.
๕. Erichsen M. The Danish patient insurance system. *Medicine and Law* 2001;20:355-369.
๖. Kachalia AB, Mello MM, Brennan TA, Studdert DM. Beyond negligence: avoidability and medical injury compensation. *Social Science Med* 2008;66:387-402.
๗. Common Good. 2007. Legislative Activity on Health Courts. cgood.org/f-healthcourtslegislation.html (accessed February 29, 2008).
๘. Barringer PJ, Studdert DM, Kachalia AB, Mello MM. Administrative compensation of Medical injuries: a hardy perennial blooms again. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2008;33:725-60.
๙. Mello MM, Studdert DM, Moran P, Daver EA. Policy experimentation with administrative compensation for medical injury: issues under state constitutional law. *Harvard J Legislation* 2008;45:59-106.