

# แนวคิดปัจจุบันของการเปิดเผยความผิดพลาด ทางการแพทย์

**บุญศักดิ์ กาญจนอดิสรณ์\***

## บทคัดย่อ

ในปัจจุบันปัญหาการร้องเรียนและฟ้องร้องแพทย์มีแนวโน้มมากขึ้น สาเหตุนำไปในการฟ้องร้องหรือร้องเรียนแพทย์นั้นมีจุดเริ่มต้นจากความเสียหายที่ผู้ป่วยหรือญาติได้รับในกระบวนการรักษาพยาบาล โดยมีทั้งความผิดพลาดที่ป้องกันได้และเป็นเหตุสุดวิสัย ความเสียหายดังกล่าวไม่มีผู้ใดประสงค์ให้เกิดขึ้น จึงมีการพยายามแสวงหาการป้องกันหลากหลายวิธี โดยในช่วงเวลาประมาณ ๑๐ ปีที่ผ่านมาหลังจากสถาบันการแพทย์ของอเมริกาเผยแพร่บทความในหนังสือเรื่อง To Err Is Human: Building a Safer Health System วงการแพทย์ได้พัฒนากลไกต่างๆเพื่อทำให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากขึ้น แต่ปัจจุบันยังเกิดความผิดพลาดขึ้นอยู่เสมอและหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต ดังนั้น แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จึงต้องเรียนรู้วิธีการจัดการกับความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอในกระบวนการรักษาพยาบาล ซึ่งรวมถึงเรื่องการเปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบด้วย เนื่องจากการเปิดเผยดังกล่าวมีผลดีมากกว่าผลเสียทั้งลดอัตราการฟ้องร้อง ลดเงินชดเชยที่ต้องจ่ายให้กับผู้ป่วยหรือญาติ และเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ และประชาชน โดยเป็นขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ในอนาคตประเทศไทยมีแนวโน้มว่าระบบการเปิดเผยความผิดพลาดทางการแพทย์จะมีความสำคัญมากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการช่วยเหลือซึ่งต้องทำแบบบูรณาการร่วมไปกับระบบการไกล่เกลี่ย

**คำสำคัญ:** การเปิดเผยความผิดพลาดทางการแพทย์, ผลร้ายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

## Abstract Current concepts on medical error disclosure

**Boonsak Hanterdsith\***

*\*Department of Forensic Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University*

Recently, rate of medical malpractice claim and file a law suit on the medical adverse events are increasing. The primary etiology of claims and filing were adverse medical events which caused by either preventable medical error or mishap. No one wants adverse event occurred. In the past ten years after the Institute of Medicine (IOM) reported the facts of medical errors in "To Err Is Human: Building a Safer Health System", health care personals have been deeply concerned with and have tried to improve their practice for patient safety worldwide. However, there are still many medical errors in recent years and will inevitably occur in the future. So, health care providers should learn how to manage and disclose when the medical errors occur. Several studies have proved that disclosure of medical error have taken more benefits than risks. The main benefits are decreased in filing rate, decreased in payments for adverse events, and maintenance of doctor and patient relationships with trust. Disclosure of medical error is the process which closely related to the incident report system. The importance of full open disclosure to the patient after medical error occurrence will significantly increase in the future for patient's safety and should be simultaneously integrated into the mediation system.

**Key words:** Disclosure of medical error, adverse medical event

\*ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ในปัจจุบันปัญหาการร้องเรียน ฟ้องร้องแพทย์ และขอความช่วยเหลือจากความเสียหายที่ได้รับจากบริการสาธารณสุขทั่วประเทศมีแนวโน้มมากขึ้น<sup>(๑-๓)</sup> โดยเฉพาะเมื่อพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ ประกาศใช้<sup>(๔)</sup> ซึ่งพบว่าจำนวนผู้เสียหายที่ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินที่จ่ายออกไปจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามมาตรา ๔๑ มีมากขึ้นทุกปี<sup>(๕)</sup> สาเหตุนำไปในการฟ้องร้องหรือร้องเรียนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์นั้นมีจุดเริ่มต้นจากความเสียหายที่ผู้ป่วยหรือญาติได้รับในกระบวนการรักษาพยาบาล โดยมีทั้งความผิดพลาดที่ป้องกันไม่ได้และเหตุสุดวิสัย ความเสียหายดังกล่าวไม่มีผู้ใดประสงค์ให้เกิดขึ้น จึงมีความพยายามแสวงหาการป้องกันหลากหลายวิธีในช่วงเวลาประมาณ ๑๐ ปีที่ผ่านมาหลังจากสถาบันการแพทย์ของอเมริกา (Institute of Medicine: IOM) เผยแพร่บทความในหนังสือเรื่อง To Err Is Human: Building a Safer Health System วงการแพทย์ทั้งในสหรัฐอเมริกาและประเทศต่างๆทั่วโลกมีการตื่นตัวและให้ความสนใจเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยกันมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด หลังจากเวลาผ่านไปครึ่งทศวรรษมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การสั่งยาของแพทย์โดยใช้คอมพิวเตอร์สามารถลดความผิดพลาดได้ถึงร้อยละ ๘๑ การใช้แนวทางดูแลการให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำส่วนกลาง (central line) ทำให้ลดอัตราการติดเชื้อได้ถึงร้อยละ ๙๑-๙๕ เป็นต้น<sup>(๖)</sup> อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังเกิดความผิดพลาดขึ้นอยู่เสมอ ดังนั้นแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องเรียนรู้วิธีการจัดการกับความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอในกระบวนการรักษาพยาบาล

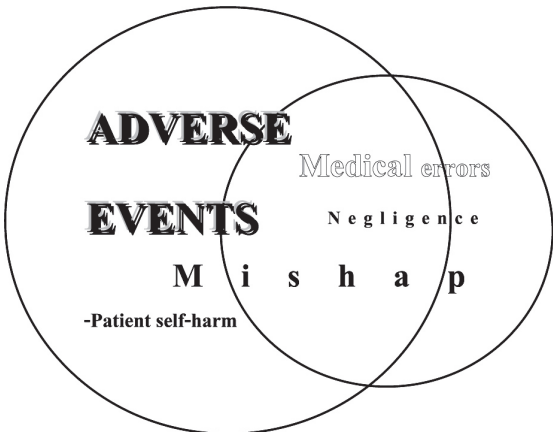
**๑. “Medical error” vs. “Adverse event” (ความผิดพลาดทางการแพทย์ และ ผลร้ายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย)**

o **Medical error** หมายถึง ความผิดพลาดทางการแพทย์ในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งผลที่เกิดขึ้นนั้นอาจมีเล็กน้อย (honest or subtle mistake) หรือรุนแรงจนกระทั่งพิการหรือเสียชีวิต หรืออาจยังไม่มีผลร้ายเกิดขึ้นก็ได้ (เรียกว่า near-miss<sup>(๗)</sup>) หรือเกิดผิดพลาดแล้วแต่ไม่มีผลเกิด

ขึ้น เช่น ผู้ป่วยได้รับยาที่ตนแพ้ไปแล้ว แต่เอายานั้นไปทิ้ง ไม่ได้กิน จึงไม่เกิดอาการแพ้ขึ้น เป็นต้น สาเหตุของความผิดพลาดอาจเกิดจากความประมาทเลินเล่อของผู้ให้บริการ ความผิดพลาดของระบบ (ทั้งเจตนาและไม่เจตนา) หรืออาจเป็นเหตุสุดวิสัยจากการรักษาพยาบาล คำว่า “ผิดพลาด” นี้ทางฝ่ายผู้ให้บริการมีความเห็นว่าต้องเกิดจากการไม่รักษามาตรฐานเท่านั้น ส่วนฝ่ายผู้รับบริการนั้นเข้าใจในความหมายที่กว้างกว่า โดยรวมถึงความผิดพลาดที่แม้ไม่สามารถป้องกันได้บางอย่าง การให้บริการไม่ดี และทักษะการสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย<sup>(๘)</sup> ความผิดพลาดนี้ผู้ป่วยอาจรู้หรือไม่รู้ก็ได้ แต่อาจจะเกิดความสงสัยได้ถ้าเกิดผลเสียหายขึ้น

o **Adverse event** หมายถึง ผลร้าย (harm) หรือผลแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ (negative event) ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยซึ่งอยู่ในกระบวนการรักษาพยาบาล สาเหตุอาจมาจากความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical error) เหตุสุดวิสัย (mishap) หรือตัวผู้ป่วยเองก็ได้ เช่น ผู้ป่วยแพ้ยาแล้วไม่แจ้งแพทย์ หรือผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเองทำให้เกิดการบาดเจ็บที่กล่องเสียง เป็นต้น ผลที่ไม่พึงประสงค์นี้ ถ้ารุนแรง ผู้ป่วยก็มักจะทราบ ซึ่งถ้าเกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์แล้ว ผู้ป่วยก็มักจะเกิดความไม่พอใจ

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยใน (IPD patients) ได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล



**รูปที่ ๑** ไคอะแกรมแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง Adverse event (วงกลมใหญ่), Medical error (วงกลมเล็ก) และ Mishap

(adverse event) ร้อยละ ๒.๙-๓.๗ โดยเป็นความเสียหายที่เกิดจากความประมาทเลินเล่อของผู้ให้บริการ (negligence) ประมาณร้อยละ ๒๘-๓๓<sup>(๙๑)</sup> แต่มีเพียงร้อยละ ๒ เท่านั้นที่ยื่นเรื่องเพื่อขอค่าชดเชยจากความเสียหาย (malpractice claim) อย่างเป็นทางการ<sup>(๙๒)</sup> สำหรับประเทศไทย บัดพงษ์และคณะทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล พบว่าอัตราการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีถึงร้อยละ ๙.๑<sup>(๙๓)</sup> เมื่อศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรทองพบว่าอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ ระหว่าง พ.ศ.๒๕๔๖-๒๕๕๑ ที่เป็นผลจากความบกพร่องหรือผิดพลาด หรือไม่ได้มาตรฐานการดูแลรักษามีถึงร้อยละ ๒๗.๑<sup>(๙๔)</sup> และโรงพยาบาลในประเทศไทย ๑ ใน ๕ เคยถูกผู้ป่วยหรือญาติเรียกร้องขอรับเงินชดเชยจากภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดในโรงพยาบาลเมื่อ พ.ศ.๒๕๕๑ และผู้ป่วยหรือญาตินำเรื่องไปฟ้องศาลด้วยมีถึงร้อยละ ๑๓.๓<sup>(๙๕)</sup> แต่ยังไม่พบการศึกษาถึงความเสียหายที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง

## ๒. “Negligence or Malpractice” vs. “Mishap” (ทอดทิ้ง/ทุเรศปฏิบัติ และ เหตุสุดวิสัย)

o **Negligence or Malpractice** หมายถึง การไม่ดูแลเอาใจใส่ในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเท่าที่ควร (out of standard of care) จนเกิดผลไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย ซึ่งผลนั้นเป็นผลที่ป้องกันได้ถ้าหากดูแลผู้ป่วยด้วยความใส่ใจมากขึ้น (เป็นไปตามมาตรฐาน) โดยมีหลักในการพิจารณาว่าเป็นการละทิ้งผู้ป่วยหรือไม่ (หลักของละเมิด)<sup>(๙๖)</sup> คือ หลัก “๔ D”

๑. **Damage** คือ เกิดผลร้ายหรือมีความเสียหายเกิดขึ้น

๒. **Direct cause** คือ ความเสียหายนั้นเป็นผลโดยตรงจากการกระทำหรือไม่กระทำ\*ทางการแพทย์นั้นๆ

๓. **Duty of care** คือ บุคลากรทางการแพทย์นั้นไม่มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วย

๔. **Dereliction** คือ บุคลากรทางการแพทย์นั้นละเลยหรือไม่ใส่ใจผู้ป่วยเท่าที่ควรตามมาตรฐานวิชาชีพ

o **Mishap** หมายถึง เหตุที่เกิดขึ้นแม้เพียงระมัดระวังอย่างเต็มที่ตามสถานการณ์นั้นๆแล้วก็ไม่สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงผลนั้นได้<sup>(๙๖-๙๗)</sup> มีทั้งกรณีที่เป็นเหตุสุดวิสัยนอกเหนือจากกระบวนการรักษาพยาบาลซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับบทความนี้เนื่องจากไม่ใช่ความรับผิดชอบของแพทย์ที่จะต้องเปิดเผยความผิดพลาดนั้น และกรณีที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาลที่เรียกว่า accepted adverse events ตัวอย่างกรณีสุดวิสัยทางการแพทย์ที่พบได้บ่อย ได้แก่ กรณีตั้งครุฑหลังทำหมันหญิง โดยถือว่าเป็นเรื่องที่ไม่สามารถป้องกันได้ (คำนึงถึงมาตรฐานปัจจุบัน) และมีโอกาสเกิดประมาณ ๒-๔ รายใน ๑,๐๐๐ รายที่มีการทำหมันโดยวิธีตัดและผูกท่อ นำไข่ของเพศหญิง<sup>(๙๘)</sup> (ไม่สามารถรับประกันได้ ๑๐๐% ว่าจะสำเร็จ) คือ แพทย์ได้ทำถูกเทคนิคและไม่มีความผิดพลาดในขั้นตอนใดๆเลย ส่วนกรณีอื่นๆ เช่น การแพ้ยาโดยไม่ทราบมาก่อนว่าตนแพ้(แพ้ครั้งแรก) หรือหญิงตั้งครุฑมีน้ำคร่ำหลุดลอยเข้ากระแสเลือดไปอุดตันที่อวัยวะต่างๆ (amniotic fluid embolism) มีผลทำให้แม่เสียชีวิตระหว่างคลอดทารก<sup>(๙๙)</sup> เหตุสุดวิสัยทางการแพทย์นี้ต้องมีกรอ้างอิงในเชิงวิชาการที่มีการประกาศจากองค์กรวิชาชีพโดยเฉพาะ เพราะเรื่องทางการแพทย์เกี่ยวข้องกับระบบต่างๆของร่างกาย ‘เป็นเรื่องทางการแพทย์โดยแท้ที่ซับซ้อน’ และต้องใช้เวลาค้นคว้าแล้วแต่ประเภทของภาระงานทางการแพทย์นั้นๆ<sup>(๑๐๐)</sup>

๕. **Disclosure of medical error** หมายความว่าอย่างไร

หมายถึง การเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดทางการแพทย์หรือที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ<sup>(๑๐๑)</sup> ซึ่งเป็นขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับ

\*การกระทำ (commission) ในทางกฎหมายอาญานั้นให้รวมถึงการงดเว้นการกระทำ (omission) จนเกิดผลอันใดอันหนึ่งในกรณีที่ดินมีหน้าที่ป้องกันไม่ให้เกิดผลนั้นด้วย (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๕๙ วรรค ๕) เช่น เห็นผู้ป่วยมีอาการลมชักหรือมีอาการหนักอย่างอื่นและตนมีหน้าที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ไม่ได้ช่วยอะไรหรือช่วยแต่ไม่ถูกวิธีตามมาตรฐานจนผู้ป่วยตายถือว่าเป็นการทำให้ผู้ป่วยตายไม่ว่าโดยเจตนาไม่เจตนาหรือประมาทก็ตาม เป็นต้น



ระบบการรายงานอุบัติการณ์ (incident report) ที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย โดยในอดีต ๑๐ ปีก่อนการเผยแพร่บทความในหนังสือเรื่อง *To Err Is Human: Building a Safer Health System* ของสถาบันการแพทย์ของอเมริกา (รายงานในปี ค.ศ. ๑๙๙๙) ไม่เคยมีการกล่าวถึงเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกาเลย<sup>(๑๐)</sup> ซึ่งแน่นอนว่าไม่เคยมีการคำนึงถึงการเปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์เช่นกัน สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเรื่องการเปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์อย่างจริงจัง แต่จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าแพทย์และนักศึกษาแพทย์ส่วนมากเชื่อว่าการเปิดเผยข้อมูลเป็นเรื่องที่ถูกต้องและควรทำ และจะทำให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น<sup>(๑๑, ๒๔-๒๖)</sup> แต่พบว่าเมื่อเกิดความผิดพลาดหรือความเสียหายขึ้นแล้ว มีแพทย์เพียงร้อยละ ๔๐ ที่เปิดเผยสิ่งที่ผิดพลาดนั้นแก่ผู้ป่วยหรือญาติ<sup>(๒๔)</sup> ซึ่งมีเหตุผลประการสำคัญคือ ความเชื่อหรือความรู้สึกส่วนตัวของแพทย์ (เช่นไม่แน่ใจว่าการเปิดเผยจะช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น เข้าใจว่าบุคคลอื่นไม่ต้องการทราบความผิดพลาดของแพทย์) ความไม่แน่ใจต่างๆ (เช่นไม่แน่ใจว่าจะเปิดเผยอย่างไร เรื่องใดควรเปิดเผยบ้าง สาเหตุของความผิดพลาดคืออะไร ไม่ยอมรับว่าเป็นความผิดพลาด เป็นต้น) เชื่อว่าการเปิดเผยไม่ได้ช่วยอะไรมาก (ไม่มีเวลา ถึงแม้เปิดเผยไปก็ไม่เกิดประโยชน์เพราะเป็นความผิดพลาดของระบบซึ่งแก้ไขไม่ได้ เป็นต้น) และกลัวหรือกังวลผลที่จะตามมา (เช่น กลัวผู้ป่วยหรือญาติฟ้อง กลัวขาดความน่าเชื่อถือ เป็นต้น) และถ้ามีการกล่าวคำว่า “ขอโทษ” แล้ว ทางฝ่ายผู้ให้บริการส่วนมากมีความเห็นว่าจะทำให้เกิดการเข้าใจว่าแพทย์ผิดพลาดและจะส่งผลให้ผู้ป่วยนำไปฟ้องศาลได้ ส่วนเหตุผลที่สนับสนุนให้เปิดเผยความผิดพลาดคือ ความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย (เพื่อคงความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ต้องการรักษาผู้ป่วยต่อไปในอนาคต) ความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ (ต้องการเผยแพร่ให้เกิดการเรียนรู้จากข้อผิดพลาดในวงการแพทย์ ต้องการสร้างตัวอย่างที่ดีในการเปิดเผยข้อผิดพลาด รู้จักวิธีจัดการกับความผิดพลาด) ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ (ถือว่าแพทย์มีหน้าที่ต้องเปิดเผยสิ่งที่ผิดพลาดต้องการขอโทษ)

และความรับผิดชอบต่อสังคม (ต้องการให้สังคมทราบว่าการรักษาใดๆทางการแพทย์นั้นไม่สามารถรับประกันได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ ต้องการให้สังคมทราบว่าเรื่องการแพทย์นั้นซับซ้อนมีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้)<sup>(๒๗)</sup> หรืออาจจำแนกสาเหตุที่มีผลต่อการเปิดเผยข้อผิดพลาดเป็นสี่ประการ คือ จากระบบการเปิดเผยข้อผิดพลาด จากตัวผู้ป่วย จากแพทย์ และจากตัวข้อผิดพลาดเอง<sup>(๒๘)</sup> ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอาจแยกเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆด้วยกัน คือ ความผิดพลาดที่เกิดเฉพาะบุคคล(individual adverse event) และความผิดพลาดที่เกิดกับคนจำนวนมาก(large-scale adverse event) ซึ่งมีหลักและวิธีการเปิดเผยที่ต่างกันบ้าง

#### ๔. ทำไมไม่ต้องเปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ

มีเหตุผลที่สำคัญ ๖ ประการ คือ

๑. หลักจริยธรรมเรื่องการเคารพสิทธิผู้ป่วย (autonomy) และการบอกความจริง (truth-telling) เป็นสำคัญ<sup>(๑๑)</sup>
๒. เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยในการป้องกันผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากความผิดพลาดทางการแพทย์นั้นๆ ซึ่งจะมีผลต่อเนื่องไม่ให้เกิดความผิดพลาดต่อไปอีก<sup>(๑๐,๒๔)</sup>
๓. เพื่อดำรงความไว้วางใจระหว่างวงการแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ และประชาชนทั่วไป และจะทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนได้รับการดูแลในระหว่างอยู่โรงพยาบาลดีกว่าการไม่เปิดเผย<sup>(๒๔)</sup>
๔. ป้องกันการฟ้องร้องจากการศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของสหรัฐอเมริกาพบว่า สามารถลดการฟ้องร้องได้อย่างมาก ปกติการฟ้องร้องในกรณี malpractice นั้นมีแค่ประมาณร้อยละ ๒ ในทางกลับกันถ้าไม่เปิดเผยโอกาสฟ้องร้องจะมากขึ้นและรุนแรง<sup>(๑๐)</sup>
๕. เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาวงการแพทย์ คือ เพื่อก่อให้เกิดการป้องกันและพัฒนาวิธีการเพื่อความความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยในอนาคต (patient safety) โดยต้องทำเพิ่มเติมจากระบบการรายงานอุบัติการณ์ (incident report) ที่มีอยู่ในปัจจุบัน<sup>(๖,๑๐,๒๔)</sup>
๖. อย่างไรก็ตาม แพทย์ต้องเตรียมตัวให้พร้อมเสมอหากถูกฟ้องร้องขึ้น ซึ่งในกรณีที่ถูkf้องร้องจริงๆ อาจ

เป็นเหตุบรรเทาโทษในกรณีถูกฟ้องเป็นคดีอาญาได้ ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๗๘<sup>(๒๓)</sup> “เมื่อปรากฏว่ามีเหตุบรรเทาโทษ.... ถ้าศาลเห็นสมควรจะลดโทษไม่เกินกึ่งหนึ่งของโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิดนั้นก็ได้... เหตุบรรเทาโทษนั้น ได้แก่... รู้สึกผิดและพยายามบรรเทาผลร้ายแห่งความผิดนั้น... หรือเหตุอื่นที่ศาลเห็นว่ามีความลักษณะทำนองเดียวกัน” ในทางกลับกันถ้าไม่บอก ศาลอาจจะลงโทษโดยไม่ปราณีเลยก็ได้ (ปกติโทษทางอาญาจะกำหนดเป็นช่วง ซึ่งศาลจะลงโทษเท่าใดขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงและพฤติการณ์แห่งคดีและความปรานีของศาล) ตัวอย่างฎีกาที่พอเทียบเคียงได้กับกรณีประมาททางการแพทย์ เช่น จำเลยขับรถโดยประมาทเป็นเหตุให้มีคนตายและบาดเจ็บ จำเลยชดใช้ค่าเสียหายบางส่วนและออกค่ารักษาพยาบาลให้ฝ่ายผู้เสียหายพอเป็นเหตุควรปราณีได้ (ฎีกาที่ ๕๒๙๖/๒๕๔๐) แต่ถ้าบรรเทาผลร้ายเข้าไปก็จะมีประโยชน์ คือ... เพิ่งตกลงชดใช้ค่าเสียหายในวันที่ยื่นฎีกา (ฎีกาที่ ๗๗/ ๒๕๔๗) หรือตกลงชดใช้เมื่อศาลชั้นต้นพิพากษาจำคุกจำเลยแล้วไม่ใช้การบรรเทาผลร้าย (ฎีกาที่ ๑๐๑/๒๕๔๗)<sup>(๓๐)</sup>

### ผลเสียที่เกิดขึ้นจากการเปิดเผยข้อผิดพลาด

จากความกังวลต่างๆที่เกิดจากแพทย์หรือนุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะกัลการฟ้องร้องนั้นมีอิทธิพลมากที่เป็นสาเหตุของการไม่เปิดเผยข้อความจริงให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ ซึ่งมีส่วนจริงสำหรับบางราย แต่เมื่อมองภาพรวมแล้วในต่างประเทศพบว่าอัตราการฟ้องร้องและเงินที่ต้องจ่ายจากการถูกฟ้องลดลงหลังจากมีการเปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ<sup>(๓๑,๓๒)</sup> ซึ่งการฟ้องร้องนั้นไม่ได้มีอิทธิพลจากความผิดพลาดเป็นหลัก แต่เกิดจากความบกพร่องในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย-ญาติและบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า<sup>(๓๓)</sup> สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้อย่างชัดเจน แต่จากการศึกษาผลของมาตรา ๔๑ แห่งพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ กับการฟ้องร้องคดีแพ่งพบว่า โดยภาพรวมระดับประเทศแล้ว อัตราการฟ้องร้องคดีแพ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญถ้าผู้เสียหายได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น<sup>(๒)</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถ้าระบบบริการสาธารณสุขให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและชดเชยความเสียหายระดับหนึ่งแล้วโอกาสการฟ้องร้องจะลดลง และถ้ามีระบบเปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์ด้วย น่าจะเป็นผลดี ผลเสียอื่นๆที่อาจเกิดกับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น อาจรู้สึกผิดและซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะถูกต่อว่าจากผู้เสียหายและญาติ (ซึ่งสามารถฝึกให้รับสถานการณ์เหล่านี้ได้) ส่วนผู้ที่ทำงานโรงพยาบาลเอกชนอาจมีผลต่อการถูกเลิกจ้างได้ถ้าเป็นความผิดพลาดที่ป้องกันได้ และถ้าไม่เตรียมการให้ดีก่อนเปิดเผยข้อมูลอาจมีผลเสียตามมาได้

๕. แนวทางปฏิบัติในการเปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ<sup>(๓๑,๓๐)</sup>

#### ๑. เตรียมตัวอย่างไร ทางโรงพยาบาลควรเตรียมความพร้อมเรื่องนี้ไว้โดยกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาล (policy)<sup>(๓๐)</sup> ซึ่งปกติจะให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและมีทีมความเสี่ยงอยู่แล้ว แต่ต้องบูรณาการเรื่องการเปิดเผยข้อผิดพลาดเข้าไปด้วย โดยทีมที่น่าจะเหมาะสมในการจัดการเรื่องนี้ คือ ทีมเจรจาไกล่เกลี่ยร่วมกับทีมบริหารความเสี่ยง ซึ่งต้องมีการฝึกฝนอบรม พัฒนาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ที่สำคัญคือต้องฝึกฝนให้รับความกดดันที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ขณะเจรจาให้มาก<sup>(๓๔)</sup>

๒. ใครควรเป็นคนแจ้งหรือเปิดเผย แพทย์ผู้ดูแลหรือทีมแพทย์ควรเป็นผู้ทำหน้าที่นี้ ซึ่งในกรณีที่มี RMT (risk management team) หรือผู้รับผิดชอบโดยตรงก็ต้องมีการรายงานเพื่อร่วมกันวางแผนทางในการแก้ปัญหาแต่ละรายไป<sup>(๓๐)</sup>

๓. เมื่อไรจึงเหมาะสม ขึ้นกับสถานการณ์และโอกาส แต่ควรเร็วที่สุดเมื่อทีมพร้อม (เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นพอสมควร) และผู้ป่วยหรือญาติอยู่ในสภาพพอจะรับทราบข้อมูลได้<sup>(๓๐)</sup>

๔. ควรเริ่มอย่างไร เมื่อเกิดความเสียหายขึ้น ผู้ป่วยและญาติอาจจะทราบอยู่แล้ว แต่อาจไม่ทราบว่าเกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ ดังนั้น ทีมแพทย์ควรเป็นผู้เริ่มให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติก่อน อย่ารอให้ผู้ป่วยถามหรือพบเอง



ว่ามีความผิดพลาดเกิดขึ้นเพื่อดำรงไว้ซึ่งความไว้วางใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อทีมแพทย์ในการวางแผนการรักษาหรือให้ข้อมูลต่อไป<sup>(๑๐)</sup>

**๕. ผิดพลาดแค่ไหนที่ควรเปิดเผย** ความผิดพลาดชนิดที่เกิดเป็นรายบุคคลนั้น ส่วนมากมีความเห็นว่าควรเปิดเผยเฉพาะที่เกิดความเสียหายมาก เช่น ทำให้ตายหรือพิการ ส่วนกรณีอื่นๆนอกจากนี้ต้องพิจารณาเป็นกรณีๆไป เช่น บางสถาบันเห็นว่ากรณีให้ยาแล้วเกิดผลข้างเคียงจนต้องเข้าหอผู้ป่วยหนัก (ICU) โดยไม่คาดคิด กรณีนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเนื่องจากผลแทรกซ้อนของการรักษา หรือกรณีผ่าตัดแล้วพลาดทำให้อวัยวะหรือเส้นเลือดฉีกขาดซึ่งต้องใช้ทรัพยากรมากมายในการแก้ไข เหล่านี้ควรเปิดเผย<sup>(๑๕)</sup> เป็นต้น กรณีที่ความผิดพลาดป้องกันได้หรือเกิดจากความผิดพลาดของระบบก็ต้องเปิดเผยเช่นกัน<sup>(๑๖)</sup> กรณีที่ไม่ต้องเปิดเผยนั้นควรเป็นกรณีที่มีความเสียหายเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย หรือกรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการทราบ หรือเปิดเผยแล้วผู้ป่วยไม่น่าจะเข้าใจ<sup>(๑๗)</sup> ในบางเรื่องแม้แพทย์สาขาเดียวกันยังมีความเห็นต่างกันอย่างมีนัยสำคัญว่าควรเปิดเผยหรือไม่<sup>(๒๖)</sup> แต่เมื่อมองในมุมมองของผู้ป่วยและญาติแล้ว ต้องการให้เปิดเผยข้อมูลทุกกรณีที่เกิดความเสียหายขึ้นไม่ว่ามากหรือน้อย<sup>(๑๘)</sup> ส่วนกรณีความเสียหายที่เกิดขึ้นกับคนจำนวนมาก (large-scale adverse event) นั้นแม้ว่าอัตราหรือความเสี่ยงที่จะเกิดความเสียหายนั้นน้อยก็ควรเปิดเผยข้อมูล แต่ถ้าน้อยมาก เช่น โอกาสเกิดความเสียหายน้อยกว่าหนึ่งในหมื่น (๑/๑๐,๐๐๐) ก็ไม่จำเป็นต้องเปิดเผย แต่อาจมีบางกรณีที่ยังปฏิบัติต่างกัน (อาจเปิดเผยหรือไม่ก็ได้) คือ กรณีโอกาสเกิดความเสียหายน้อยมากแต่เกิดแล้วมีผลเสียหายรุนแรงและไม่สามารถมีวิธีการวินิจฉัยที่ดีหรือไม่สามารถรักษาได้ในวิทยาการแพทย์ปัจจุบัน<sup>(๑๖)</sup> ซึ่งผู้เขียนเห็นว่าควรเปิดเผย เนื่องจากถือเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงและเป็นเหตุสุดวิสัย ไม่มีใครต้องรับผิดชอบ ประชาชน ผู้ป่วยและญาติควรรับทราบไว้ โดยจะเป็นผลดีต่อบุคคลากรทางการแพทย์มากกว่าผลเสีย (คล้ายประกาศข้อเท็จจริงทางการแพทย์) ในทางตรงกันข้ามถ้าไม่เปิดเผยอาจเกิดความสงสัยและเข้าใจผิดจากบุคคลนอกวงการแพทย์ได้ ในส่วนที่เหมือนกันของความ

เสียหายทั้งสองกลุ่มคือ กรณี near missed นั้นไม่ต้องเปิดเผยเพราะจะทำให้ผู้ป่วยกังวลและเป็นผลเสียหายทางจิตใจมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ แต่ทางโรงพยาบาลควรทบทวนเหตุการณ์ดังกล่าวเพื่อปรับปรุงการบริการต่อไป<sup>(๑๙,๒๐)</sup>

**๖. เปิดเผยอะไรบ้าง** สิ่งที่ต้องเปิดเผยโดยหลัก คือ ความจริงที่เกิดขึ้น ถ้าทราบสาเหตุว่าเกิดจากอะไรก็ควรบอกให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ ทางโรงพยาบาลมีการจัดการแก้ไขความผิดพลาดนั้นแล้วหรือไม่อย่างไร พร้อมทั้งแสดงความเสียใจกับความเสียหายที่ผู้ป่วยหรือญาติได้รับ หรือขอโทษกรณีความเสียหายนั้นเกิดจากความผิดพลาดที่ป้องกันได้หรือจากระบบการรักษาพยาบาล<sup>(๓๔)</sup>

**๗. เปิดเผยอย่างไร** วิธีการเปิดเผยข้อมูลนั้นขึ้นกับสถานการณ์ เช่น กรณีความผิดพลาดเล็กน้อยอาจแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรทางเอกสาร แต่ถ้ารุนแรงแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติโดยตรง ต้องมีการพูดคุยกันจากการศึกษาพบว่า สิ่งที่แพทย์บอกกับผู้ป่วยหรือญาติและสิ่งที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องการทราบนั้นมักไม่ตรงกัน ซึ่งผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ไม่พอใจกับท่าทีและข้อมูลที่ได้รับ โดยสิ่งที่พวกเขาต้องการประเด็นสำคัญๆ คือ ได้รับการขอโทษ<sup>(๓๕)</sup> ซึ่งผู้เขียนเห็นว่าต้องคำนึงถึงสถานการณ์เป็นกรณีๆไป เช่น กรณีเป็นเหตุสุดวิสัยและแพทย์ได้อธิบายให้ผู้ป่วยแล้วก็เพียงแต่แสดงความเสียใจในสิ่งที่เกิดขึ้นก็เพียงพอ (อาจใช้คำว่า apology of sympathy<sup>(๓๗)</sup>) แต่ถ้าเป็นความผิดพลาดที่หลีกเลี่ยงได้หรือเป็นความผิดพลาดของระบบแพทย์ก็ควรกล่าวคำขอโทษ (อาจใช้คำว่า apology of responsibility<sup>(๓๗)</sup>) ซึ่งการขอโทษนี้ทำให้เกิดการเยียวยาด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณแพทย์ให้ความสำคัญและเคารพเขา เป็นต้น<sup>(๓๘)</sup> และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยหรือญาติจะให้อภัยได้ แพทย์และทีมควรเตรียมความพร้อมในด้านข้อมูลและเหตุผลต่างๆให้ครบถ้วน ควรมีความเป็นทางการ บอกทุกอย่างที่เกิดขึ้น และมีแนวทางในการติดตามการรักษาในอนาคต โดยสรุป ต้องบอกข้อมูลที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเปิดเผย อย่าบอกทำนองที่อาจทำให้เข้าใจว่าเป็นการแก้ตัว และควรวางแผนทางแก้ไขให้กับผู้ป่วยหรือญาติทราบรวมทั้งมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

และให้โอกาสผู้ป่วยหรือญาติขอความเห็นเพิ่มเติมจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ ได้ (second opinion)<sup>(๑๐)</sup>

**๘. การบันทึกข้อมูล** บันทึกข้อมูลสำคัญๆ ที่ได้อภิปรายหรือพูดกันกับผู้ป่วยไว้เพื่อเป็นหลักฐานในอนาคต<sup>(๑๐)</sup>

**๙. สงบเยือกเย็น** เตรียมตัวรับความกดดันจากอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติ เช่น ความโกรธ ความก้าวร้าว การตำหนิ หรืออื่น ๆ<sup>(๑๐)</sup>

**๑๐. ห้ามโทษผู้อื่นในที่รักษา** ให้แสดงความรับผิดชอบในฐานะของทีมการรักษา ทั้งนี้เพื่อให้การรายงานความผิดพลาดมีมากขึ้น เป็นกรณีศึกษาและริบหาทางแก้ไข ซึ่งสามารถป้องกันความเสียหายในอนาคตที่อาจจะมากกว่าเดิมก็ได้<sup>(๑๐)</sup>

## ๖. อดีต ปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต

ตั้งแต่อดีตมา ฮิปโปเครติสได้วางแนวทางสำหรับแพทย์ไว้ข้อหนึ่ง คือ Do no harm ในอนาคตก็คงไม่ต่างกัน ซึ่งจะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก แม้ว่าทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยประมาณ ๒๐ ปีก่อนหน้านี้จะมีการพูดถึงเรื่องความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยในเชิงรูปธรรมน้อยมาก<sup>(๖,๓๙)</sup> ต่อมาองค์กรรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาได้กำหนดแนวทางมาตรฐานในการเปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์ไว้เมื่อ พ.ศ.๒๕๔๔ เช่น แพทย์ต้องให้ข้อมูลผู้ป่วยในผลการรักษาที่เกิดขึ้นทั้งดีและไม่ดี แต่ไม่ได้วางแนวทางป้องกันการฟ้องร้องไว้ด้วย และในบางรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์แล้วในปี พ.ศ.๒๕๔๕ ซึ่งบางฉบับมีบทกำหนดโทษไว้ด้วย<sup>(๓๙)</sup> สำหรับประเทศไทยปัจจุบันสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ได้กำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี) เกี่ยวกับเรื่องการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพไว้ ซึ่งต้องมีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม และมีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน และมุ่งปกป้องผู้ป่วย/ผู้มารับบริการจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลจาก

กระบวนการดูแลผู้ป่วย<sup>(๓๙,๔๐)</sup> แต่ไม่ได้มีแนวทางการเปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยทราบ ดังนั้น ในอนาคต สรพ.คงจะต้องให้ความสำคัญเรื่องนี้ให้มากขึ้น เพราะมีส่วนช่วยให้ระบบการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น และเกิดความไว้วางใจในระบบรักษาพยาบาลมากขึ้น นอกจากนี้ แพทย์หรือผู้เกี่ยวข้องต้องมีความวิจัยใหม่ๆ ในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนในประเทศไทย เช่น อัตราการฟ้องร้องมากขึ้นจริงหรือไม่ถ้าผู้ป่วยหรือญาติทราบความผิดพลาดที่เกิดขึ้น เป็นต้น

ปัจจุบันมีระบบช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ผู้ป่วยและญาติกรณีได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางสาธารณสุข เช่น ระบบชดเชยความเสียหายที่ไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (no-fault compensation) ซึ่งมีการบังคับใช้ในหลายประเทศแล้ว<sup>(๔๑)</sup> ซึ่งจะมีส่วนสนับสนุนการเปิดเผยเรื่องความผิดพลาดทางการแพทย์มากขึ้น (แต่ฟ้องลดลง) เพราะระบบดังกล่าวต้องมีการเปิดเผยข้อเท็จจริงในเบื้องต้น เพื่อให้ผู้เสียหายจากการรับบริการทางสาธารณสุขได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น<sup>(๓)</sup> สำหรับในประเทศไทยได้นำหลักการของระบบนี้มาใช้ด้วยเช่นกัน ซึ่งก็คือ มาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕<sup>(๔)</sup> นั่นเอง โดยมีความคาดหวังว่าน่าจะช่วยบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้เสียหายได้รวดเร็วกว่าระบบฟ้องร้องทางศาล และการศึกษาถึงสาเหตุของความผิดพลาดจะสามารถป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นซ้ำในอนาคตได้ แม้มาตรา ๔๑ จะทำให้มีการขอรับเงินค่าเสียหายเบื้องต้นมากขึ้นทุกปี แต่อัตราการฟ้องร้องจากผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(สิทธิ UC) กลับลดลง<sup>(๒)</sup> ดังนั้น สำหรับประเทศไทยในอนาคต มีแนวโน้มว่าการเปิดเผยความผิดพลาดทางการแพทย์จะมีมากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งต้องทำควบคู่หรือบูรณาการร่วมไปกับระบบการไกล่เกลี่ย เพราะจะเป็นผลดีต่อทั้งวงการแพทย์ ผู้ป่วย และประชาชน อย่างไรก็ตาม แม้ปัจจุบันมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ และพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ.๒๕๓๙ จะมีส่วนช่วยให้ระบบการเปิดเผยข้อผิดพลาดดีขึ้น แต่กฎหมายยังไม่สมบูรณ์และไม่ครอบคลุม

ทั้งประเทศ<sup>(๒,๓)</sup>

## สรุป

ความเสียหายในกระบวนการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยมีทั้งสาเหตุที่ป้องกันได้และป้องกันไม่ได้ (เหตุสุดวิสัย) ซึ่งการเปิดเผยความเสียหายหรือสิ่งที่ผิดพลาดนั้นให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบแล้วแต่กรณีน่าจะเป็นประโยชน์มากกว่าการไม่เปิดเผย และควรมีการพัฒนากระบวนการช่วยเหลือกรณีได้รับผลกระทบจากความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยดูแลทั้งผู้เสียหาย ญาติ และฝ่ายผู้ให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน

## เอกสารอ้างอิง

- สรุปผลการดำเนินงานของแพทยสภา. จดหมายข่าวแพทยสภา. ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๑/๒๕๕๓. หน้า ๕-๑๑.
- บุญศักดิ์ หาญเทอดสิทธิ์. การได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา ๔๑ กับการฟ้องร้องคดีแพ่ง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๔; ๕:๒๐๕-๑๕.
- บุญศักดิ์ หาญเทอดสิทธิ์. ครบรอบ ๖ ปี การพิจารณาเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา ๔๑ ในจังหวัดลำพูน: ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๕๔;๒๐:๕๖๑-๕๖๑.
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ ๑๑๕, ตอนที่ ๑๑๖. (ลงวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๔๕).
- สำนักนโยบายและแผนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี ๒๕๕๒. [online]. กันยายน ๒๕๕๓ [cited 2011 Jan 13]; Available from: URL: <http://library.nhso.go.th/>
- Leape LL, Berwick DM. Five years after To Err Is Human What have we learned? JAMA 2005;293:2384-90.
- Phimister JR, Oktem U, Kleindorfer PR. Near-Miss system analysis: Phase I December 2000. [online]. Dec 2011 [cited 2011 Dec 7]; Available from: URL: <http://opim.wharton.upenn.edu/risk/downloads/wp/nearmiss.pdf>
- Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and Physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA 2003;289:1001-7.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I\*. Qual Saf Health Care 2004;13:145-52.
- Herbert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for clinician: ๒๓. Disclosure of medical error. CMAJ 2001;164:509-13.
- Berlin L. Malpractice issues in radiology, defending the "missed" radiographic diagnosis. AJR 2001;176:317-22.
- 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 Med 1991;325:245-51.
- ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์, สุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. ภาวะที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะจากการศึกษานำร่อง. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๕๖; ๑๒:๕๐๕-๒๑.
- ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์, นุศราพร เกษสมบุรณ์, สุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, อมร เปรมกมล. การวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์จากบริการทางการแพทย์เพื่อการจ่ายชดเชย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๓; ๔:๘๒-๘.
- ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์, นุศราพร เกษสมบุรณ์, สุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, อมร เปรมกมล. การเรียกร้องเงินชดเชยจากภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๒;๓:๕๖๗-๗๒.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. นิติเวชสาธก ฉบับกฎหมายกับเวชปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; ๒๕๓๐. หน้า ๘๑-๑๐๑.
- ประกาศแพทยสภา ที่ ๔๖/๒๕๔๕ เรื่อง ข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๔๕. จดหมายข่าวแพทยสภา ๒๕๕๑; ๑๕:๓.
- Fongsiripaibul V. Opinion: The declaration of fact in medicine. Siriraj Med J (Formerly: Siriraj Hosp Gaz) 2005;57(10):470-5.
- คณะวิชาการ The Justice Group. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ ๑-๖. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร; ๒๕๕๑. หน้า ๑๖.
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒. [online]. ๒๕๔๒ [cited ๒๐๑๑ Jan ๑๕]; Available from: URL: <http://trisn.royin.go.th>
- ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุรณ์, อภิชาติ โอพารัตน์ชัย. นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด). พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: พี บี ฟอเรน บั๊คส์; ๒๕๓๕. หน้า ๕๓๔.
- ประกาศสภามหาวิทยาลัยสุตสินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ ๑๗/๒๕๕๓ เรื่อง ข้อเท็จจริงทางสูติกรรม. [online]. กรกฎาคม ๒๕๕๓ [cited 2010 Dec 20]; Available from: URL: [http://www.tnc.or.th/file\\_attach/14Oct201042-AttachFile128702890902.pdf](http://www.tnc.or.th/file_attach/14Oct201042-AttachFile128702890902.pdf)
- วิฑูรย์ ฟองศิริไพบูลย์. ร่างกฎหมายใหม่เกี่ยวกับการคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. [online]. พฤศจิกายน ๒๕๕๓ [cited 2011 Feb 1]; Available from: URL: [http://www.medicthai.com/admin/news\\_detail.php?id=4973](http://www.medicthai.com/admin/news_detail.php?id=4973)
- López L, MDiv, Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN, Cohen AP, Epstein AM. Disclosure of hospital adverse events and its association with patients' ratings of the quality of care. Arch Intern Med 2009;169:1888-94.



๒๕. Leung GKK, Patil NG. Patient safety in the undergraduate curriculum: medical students' perception. *Hong Kong Med J* 2010; 16:101-5.
๒๖. Loren DJ, Klein EJ, Garbutt J, Krauss KJ, Fraser V, Dunagan WC, Brownstein DR, Gallagher TH. Medical error disclosure among pediatricians: Choosing carefully what we might say to parents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:922-7.
๒๗. Kaldjian LC, Jones EW, Rosenthal GE, Reimer TT, Hillis SL. An empirically derived taxonomy of factors affecting physicians' willingness to disclose medical errors. *JGIM* 2006;21:942-8.
๒๘. Fein S, Hilborne L, Kagawa-Singer M, Spiritus E, Keenan C, Seymann G, et al. A conceptual model for disclosure of medical errors. [online]. พฤศจิกายน ๒๕๕๓ [cited 2011 Dec 20]; Available from: URL: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol2/Fein.pdf>
๒๙. ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๔๘๘. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่มที่ ๗๓, ตอนที่ ๕๕, หน้า ๕๑-๕๒. (ลงวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๔๘๘). [online]. ธันวาคม ๒๕๕๔ [cited 2011 Dec 7]; Available from: URL: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2499/A/095/12.PDF>
๓๐. ทวีเกียรติ มินะกนิษฐ. ประมวลกฎหมายอาญา ฉบับอ้างอิง. พิมพ์ครั้งที่ ๒๐. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด; ๒๕๕๐. หน้า ๑๕๐.
๓๑. Kraman SS, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med* 1999;131:963-7.
๓๒. Clinton HR, Obama B. Making patient safety the centerpiece of medical liability reform. *N Engl J Med* 2006;354:2205-8.
๓๓. Liebman CB, Hyman CS. A mediation skills model to manage disclosure of errors and adverse events to patients. *Health Aff (Millwood)* 2004;23:22-32.
๓๔. Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing Harmful Medical Errors to Patients. *N Engl J Med* 2007;356:2713-9.
๓๕. Sunnybrook Policy: Disclosure of Adverse Medical Events and Unanticipated Outcomes of Care. [online]. Dec 2011[cited 2011 Dec 7]; Available from: URL: [http://www.jointcentreforbioethics.ca/research/documents/sunnybrook\\_policy.pdf](http://www.jointcentreforbioethics.ca/research/documents/sunnybrook_policy.pdf)
๓๖. Dudzinski DM, Hebert PC, Foglia MB, Gallagher TH. The disclosure dilemma-Large-scale adverse events. *N Engl J Med* 2010; 363:978-86.
๓๗. Kalra J, Massey KL, Mulla A. Disclosure of medical error: policies and practice. *J R Soc Med* 2005;98:307-9.
๓๘. Lazare A. Apology in medical practice: An emerging clinical skill. *JAMA* 2006;296:1401-4.
๓๙. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี). [online]. ธันวาคม ๒๕๔๕ [cited ๒๐๑๑ Dec ๒๓]; Available from: URL: <http://www.ha.or.th/ha๒๐๑๐/upload/processBasic/htmlfiles/๗๘-๕๕๘๓-๐.pdf>
๔๐. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). การปรับปรุงมาตรฐานของสถาบันตามข้อเสนอแนะของ ISQua. [online]. เมษายน ๒๕๕๔ [cited 2011 Dec 23]; Available from: URL: <http://www.ha.or.th/ha๒๐๑๐/upload/processBasic/htmlfiles/77-4584-๐.pdf>
๔๑. Douglas T. Medical injury compensation: beyond 'no-fault'. *Med Law Rev* 2009;17:30-51.