

ทางเลือกเชิงนโยบายเรื่องกองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ ในระบบบริการสาธารณสุข

ศิริวรรณ พัทธรังษุณย์*

กัญชนก สุมาลี*

บทคัดย่อ

อาการไม่พึงประสงค์จากการรับบริการด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นเหตุสุดวิสัยหรือจากความประมาทของผู้ให้บริการก็นำมาซึ่งความสูญเสีย และความขัดแย้งระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการรักษา และมีผลกระทบต่อระบบบริการด้านสุขภาพของประเทศ ที่ความศรัทธาและความเชื่อมั่นระหว่างกันและกันกำลังจะสูญหายไป กระบวนการชดเชยในปัจจุบันที่ใช้กระบวนการทางศาล ไม่อาจเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการได้ ส่วนการชดเชยเบื้องต้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ มาตรา ๔๑ ที่ให้เงินชดเชยโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด สามารถบรรเทาความเดือดร้อนของผู้เสียหายได้ระดับหนึ่ง ซึ่งครอบคลุมเฉพาะผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ทำให้ผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายเกิดแนวคิดที่จะขยายความคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคน และในที่สุดได้ร่วมกันร่างกฎหมายที่ว่าด้วยเรื่องดังกล่าว คณะวิจัยจึงเห็นสมควรที่จะได้มีการสรุปทางเลือกเชิงนโยบาย และชี้ให้เห็นผลดีผลเสียของทางเลือกในการออกแบบการจัดตั้งกองทุน เพื่อให้ข้อมูลแก่สาธารณะ เพื่อให้ทุกฝ่ายมีข้อมูลเพียงพอ และสามารถประเมินความเป็นไปได้ของทางเลือก และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว. จากการศึกษาพบว่า การชดเชยผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์โดยไม่พิสูจน์ความผิดผ่านกระบวนการที่มีศาลได้ รับการยอมรับและนำไปใช้ในหลายประเทศแถบสแกนดิเนเวียและประเทศนิวซีแลนด์. แนวคิดนี้อยู่บนหลักการที่ตระหนักในความรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด. รูปแบบของแหล่งเงินชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด มี ๒ แห่ง คือ (๑) รายได้จากการเก็บจากผู้ให้บริการหรือกองทุนสุขภาพที่ดูแลสถานพยาบาล ซึ่งผู้ให้บริการในภาครัฐมีแหล่งเงินมาจากภาษีเงินได้. ส่วนผู้ให้บริการภาคเอกชนต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง และ (๒) เก็บภาษีสมทบจากผู้มีรายได้โดยมีเพดานรายได้ระดับหนึ่งในการคำนวณภาษี และรัฐจ่ายสมทบให้สำหรับผู้ไม่มีรายได้ และอนุญาตให้เรียกเก็บจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ทั้งรายบุคคลและองค์กรได้ (รูปแบบของประเทศนิวซีแลนด์). นักวิจัยเห็นว่าประเทศไทยควรเลือกรูปแบบที่อยู่บนแนวคิดชดเชยผู้เสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการได้ และควรสร้างกระบวนการชดเชยเต็มรูปแบบและตัดสิทธิทางศาลในคดีแพ่ง (ไม่ตัดสิทธิทางศาลถ้าไม่ขอรับเงินชดเชยจากกองทุน) ซึ่งจะช่วยเยียวยาความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพของผู้เสียหายได้อย่างครอบคลุมและรวดเร็ว. ส่วนแหล่งการคลัง นักวิจัยเสนอให้กองทุนสุขภาพที่ดูแลหลักประกันสุขภาพของผู้มีสิทธิ จ่ายแทนสถานพยาบาล. ส่วนสถานพยาบาลเอกชนให้จ่ายเบี้ยประกันเอง ประมาณการค่าใช้จ่ายของกองทุนมีค่าอยู่ระหว่าง ๓๔๑ - ๖๗๕ ล้านบาทต่อปี เฉลี่ย ๕-๑๑ บาทต่อหัวประชากร.

การถกเถียงในประเด็นต่างๆระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จะช่วยให้มีการนำข้อมูลมาเปิดเผยต่อสาธารณะมากยิ่งขึ้น การศึกษามีส่วนช่วยให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะทำให้ทุกฝ่ายได้ข้อมูลตรงกัน ซึ่งจะช่วยให้สังคมมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายในวงที่กว้างขึ้น มิใช่แต่เพียงการแทรกแซงของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเท่านั้น. ข้อควรระวังคือ หากระบบสุขภาพคือคุณภาพ มีปัญหาความผิดพลาดที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนและจากผลผลิตของระบบสูง จะทำให้จำนวนการชดเชยความเสียหายจากกรณีของภาวะแทรกซ้อนและระบบ สูงกว่าจำนวนการชดเชยความเสียหายจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ และมีผลทำให้ต้นทุนการชดเชยในระบบสูงกว่าระบบการใช้กระบวนการศาล. นอกจากนี้ การดำเนินงานของกระบวนการชดเชยในระบบไม่พิสูจน์ความผิด ต้องปกป้องชื่อเสียงของผู้ให้บริการ เพื่อไม่ให้บั่นทอนกำลังใจในการให้บริการ และอาจจัดให้มีระบบข้อมูลย้อนกลับให้สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพเพิ่มขึ้น.

คำสำคัญ: ทางเลือกเชิงนโยบาย, กองทุน, การสร้างเสริมความสัมพันธ์, ระบบบริการสาธารณสุข

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี



Abstract Policy Options on Medical Injury Compensation Fund for Thailand
Siriwan Pitayarangsarit *, Hathaichanok Sumalee*
**International Health Policy Program*

Unwanted outcomes of health services, either unavoidable occurrences or due to negligence, can lead to damages and conflicts between health-care providers and patients. Consequently, this can have an impact on the health service delivery system, in which the faith and credibility of the people has been deteriorating. The current compensation mechanism implemented through the judicial system cannot enhance good relationships between the providers and patients. The “no-fault” basic compensation system, under which the affected patients are entitled to damages, according to article 41 of the National Health Security Act of B.E. 2545, can alleviate their distress to a degree but the law covers only patients in the Universal Coverage Scheme. This has led to the idea of drafting new laws to extend this protection to all Thai patients. As a result, the authors have summarized the policy options and the pros and cons of each option in order to inform the public, create symmetry of information between different groups of stakeholders, and empower the society to assess by themselves the feasibility and long-term impact of the policy options. This study found that non-judicial no-fault compensation for affected patients is widely accepted and adopted in several countries (such as the Scandinavian countries and New Zealand) under the principle which emphasizes the responsibility of the party who afflicts the damage before proving who is right or wrong. There are two different sources of funds for no-fault compensation: (a) funds collected from providers, public hospitals through health funds which are mainly from taxation, and private hospitals which pay directly; and (b) contributions from people proportionate to their income (with a certain income ceiling) and (c) from the government for low-income or unemployed people. Also, the providers may need to contribute (as in New Zealand). It is the authors’ opinion that Thailand should adopt a no-fault liability policy which could help in reducing conflicts between patients and providers. A non-judicial mechanism should be developed for provision of full compensation, which if the patient accepts, would mean that no further lawsuit could be filed. This would allow the affected patients to be compensated in a timely manner. Regarding the funding source, we propose the use of the health funds model through which the government contributes to public hospitals while private hospitals contribute themselves. The estimation for compensation is about 341-679 million baht per year, with the average being 5-10 baht per capita. Discussion by stakeholders on this topic would allow the facts to be revealed to the public who could then participate more effectively in the policy-making process. One should be aware that if the quality of the health service delivery system is poor and the problems are caused mostly by complications or the system itself, then the amount of compensation paid for these damages would be higher than the compensation for damages caused by the practitioners; hence, this would lead to rising costs. Furthermore, the no-fault compensation process should also be protective of the providers’ reputation and try to give encouragement and feedback in order for them to improve their performance.

Key words: policy option, funds, medical injury, health service delivery system

ภูมิหลังและเหตุผล

ปริการทางการแพทย์เป็นบริการหนึ่งที่มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกฟ้องร้องทางกฎหมายจากการให้บริการ ซึ่งการฟ้องร้องนั้นมีทั้งที่เกิดจากความเข้าใจผิด หรือเกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ. แน่หนอนว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษานั้น นำมาซึ่งความเดือดร้อนของครอบครัวและผู้ใกล้ชิดของผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์. ผู้เสียหาย

และครอบครัวอาจต้องประสบกับปัญหาความเจ็บป่วยต่อเนื่อง, ทูพพลภาพ หรือเสียชีวิต และต้องประสบกับความสูญเสียด้านอื่นๆด้วย เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การขาดรายได้, การสูญเสียโอกาสในหน้าที่การงาน, ความสูญเสียด้านจิตใจ. การฟ้องร้องแพทย์ที่ปรากฏเป็นข่าวทางสื่อมวลชนนั้นเป็นเพียงส่วนหนึ่ง ยังมีผู้ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์อีกจำนวนมากที่ไม่ได้นำเรื่องเข้าสู่กระบวนการทางศาล.

นอกจากนี้ผู้ที่ได้รับการชดเชยจากระบบฟ้องร้องยังมีจำนวนน้อยมาก ในขณะที่ต้องเสียเวลากับกระบวนการทางศาลเป็นเวลายาวนานหลายปี. หากประเทศไทยไม่มีระบบการคุ้มครองความเสียหายที่เป็นธรรม ผู้เสียหายเหล่านี้ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายและความสูญเสียที่เกิดขึ้นเอง โดยเฉพาะคนยากจน, คนด้อยโอกาสขาดความรู้ ไม่มีหนทางที่จะเรียกร้องหรือแม้แต่จะรู้ว่าตนมีสิทธิ์และควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเยียวยาอย่างไร. ไม่ใช่แต่เพียงผู้เสียหายจากความผิดพลาดระหว่างการรักษาและครอบครัวเท่านั้นที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ หากแต่ผู้ให้บริการเองก็ได้รับความทุกข์เมื่อเกิดความผิดพลาดหรือเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการรักษาอยู่ไม่น้อย. บางรายถูกฟ้องดำเนินคดีทั้งทางแพ่ง. บางรายถูกร้องเรียนทางด้านจริยธรรมต่อสภาวิชาชีพ และอีกหลายรายต้องทุกข์ใจเมื่อถูกร้องเรียนต่อสังคมโดยเป็นข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์ จนต้องขอย้ายหรือต้องปิดบริการแม้ยังไม่ได้มีการพิสูจน์เลยว่าความเสียหายนั้นผู้ให้บริการเป็นต้นเหตุจริงหรือไม่. เรียกได้ว่าทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วยต่างก็ทุกข์เมื่อเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์. ผลเสียนอกจากจะตกอยู่กับทั้งคู่ให้และผู้รับบริการแล้ว ความศรัทธาต่อระบบการให้บริการด้านสุขภาพของประเทศก็จะลดน้อยถอยลง. เมื่อความขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้รับผิดชอบระบบและผู้กำหนดนโยบายในการดูแลสุขภาพซึ่งเกี่ยวโยงทั้งผู้ให้และผู้รับบริการด้านสาธารณสุข ก็พยายามที่จะหาทางออกให้กับความขัดแย้ง นับตั้งแต่มีการตั้งศูนย์สันติวิธี เพื่อทำหน้าที่ไกลเกลี่ยระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหาย, การจัดอบรมความรู้ด้านกฎหมายแก่แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายประจำเขตต่างๆของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้คำปรึกษารวมทั้งช่วยเหลือ. อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามในการเสนอกฎหมายเพื่อเปลี่ยนหลักการจากการมุ่งพิสูจน์หาตัวคนผิดเพื่อนำตัวมาลงโทษมาเป็นการเยียวยาผู้เสียหายในรูปของเงินชดเชย โดยการบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ มาตรา ๔๑ ระบุถึงเงินช่วยเหลือ

เบื้องต้นแก่ผู้ได้รับความเสียหายจากการบริการสาธารณสุข โดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร. ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๖ มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้เสียหายจากการบริการสาธารณสุข ตามมาตรานี้เรื่อยมา แต่เป็นการช่วยเหลือผู้รับบริการที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ทำให้เกิดแนวคิดที่จะขยายความคุ้มครองผู้เสียหายจากการบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนและเริ่มเป็นรูปธรรมดังปรากฏใน “ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการบริการสาธารณสุข พ.ศ.....” ซึ่งมีการเปลี่ยนชื่อร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวเป็น “ร่างพระราชบัญญัติสร้างเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ.....” (ณ เดือนมีนาคม ๒๕๕๒) และในชั้นของมติคณะรัฐมนตรี ร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวเปลี่ยนกลับมาใช้ชื่อเดิม.

คณะนักวิจัยเห็นความจำเป็นที่ต้องให้ข้อมูลแก่สาธารณะ เพื่อให้ทุกฝ่ายใช้ข้อมูลในการประเมินความเป็นไปได้ของทางเลือก และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว. การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายเรื่องกองทุนสร้างเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาใช้วิธีวิเคราะห์เอกสาร และสร้างสมการทำนายค่าใช้จ่ายของกองทุนโดยการทบทวนข้อมูลประสบการณ์จากต่างประเทศจากรายงานที่มีผู้สืบค้นมาแล้ว และวิเคราะห์เพื่อชี้ให้เห็นผลดีผลเสียของทางเลือกในการออกแบบกองทุน. จากนั้นจึงเสนอทางเลือกที่เป็นรูปธรรมและประมาณการรายจ่ายของกองทุน.

สมการประมาณการรายจ่าย ดังนี้

รายจ่ายของกองทุน = (จำนวนผู้เสียหายที่เข้าเกณฑ์ต่อปี) x (ค่าชดเชยเฉลี่ยต่อคน)

สมการประมาณการจำนวนผู้เสียหายที่เข้าเกณฑ์ต่อปี ดังนี้

จำนวนผู้เสียหายที่ได้รับการชดเชยใน พ.ศ. ๒๕๕๒ = (จำนวนผู้เสียหายที่ได้รับการชดเชยในพ.ศ. ๒๕๕๑) + (จำนวน



ที่เพิ่มเฉลี่ยต่อปี)

สมการประมาณการค่าชดเชยเฉลี่ยต่อคน ดังนี้

ค่าชดเชยเฉลี่ยต่อคน = ค่ารักษาเฉลี่ยต่อราย + ค่าฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เฉลี่ยต่อราย + ค่าชดเชยการขาดประโยชน์ทำมาหาได้เฉลี่ยต่อราย + ค่าชดเชยการสูญเสียอวัยวะเฉลี่ยต่อราย + การชดเชยกรณีเสียชีวิตเป็นค่าทำศพเฉลี่ยต่อราย + การชดเชยทายาทเฉลี่ยต่อราย + การชดเชยความเสียหายที่ไม่ใช่ตัวเงินเฉลี่ยต่อราย

ผลการศึกษา

แนวคิดการชดเชยความเสียหาย

แนวคิดการชดเชยความเสียหายอันเกิดจากการกระทำหรือดเว้นการกระทำของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพในการบริการทางการแพทย์มีมานานแล้ว. โดยทั่วไปใช้แนวคิด “การพิสูจน์ถูกผิด” โดยกระบวนการศาลตามกฎหมายละเมิด แต่มีข้อจำกัดในการอำนวยความสะดวกต่อฝ่ายผู้เสียหายหรือโจทก์ในการเข้าถึงซึ่งการต่อสู้คดีในชั้นศาล. ในระยะหลังจึงมีการพัฒนาแนวคิดการชดเชยความเสียหายทางการแพทย์มาสู่ความรับผิดชอบของผู้ที่ทำให้เกิดความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด โดยออกแบบกระบวนการที่มีศาล ให้มีอำนาจหน้าที่ในการไกล่เกลี่ยและวินิจฉัยข้อโต้แย้งที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ให้บริการให้สามารถยุติลงได้ก่อนถึงชั้นศาลภายใต้กฎหมายหรือกฎระเบียบเกี่ยวกับการบาดเจ็บของผู้ป่วยที่มีการกำหนดปรัชญา/แนวคิด วัตถุประสงค์ สิทธิหน้าที่ขององค์กรและบุคคล ตลอดจนขอบเขต เงื่อนไข และกระบวนการพิจารณาในการชดเชยไว้เป็นการเฉพาะ^(๑) และได้มีการนำไปใช้ในหลายประเทศ ทั้งแบบบังคับและสมัครใจ โดยมีพัฒนาการที่แตกต่างกันไป. บางประเทศมีการใช้มาเป็นเวลากว่า ๒๐ ปี ในขณะที่บางประเทศเพิ่งเริ่มใช้ได้ไม่นาน.

นิวซีแลนด์ เริ่มเมื่อ พ.ศ.๒๕๑๕ เป็นระบบหนึ่งในระบบประกันสังคม.

สวีเดน^(๒) ให้ใช้ระบบนี้แบบสมัครใจใน พ.ศ.๒๕๑๘ และบังคับใน พ.ศ.๒๕๔๐ ให้สถานพยาบาลของรัฐทำประกันกับบริษัทประกันร่วมของเขต และสถานพยาบาลของเอกชนทั้งหมดจะต้องทำประกันกับบริษัทประกันเอกชน.

ฟินแลนด์ ออกกฎหมายกองทุนประกันความเสียหายแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๓๐ และได้มีการแก้ไขใน พ.ศ.๒๕๔๒ ขยายสิทธิและให้คำนิยามที่ชัดเจนชัดคำในสิทธิของการชดเชยกว่าเดิม หลีกเลี่ยงการฟ้องร้องบนพื้นฐานของกฎหมายละเมิด.

นอร์เวย์ มีกฎระเบียบที่เกี่ยวกับการชดเชยความเสียหาย ชื่อ Rules for Provision of Compensation for Injury to Patients. กฎหมายนี้ใช้สำหรับโรงพยาบาลรัฐและแผนกผู้ป่วยนอก เป็นการชดเชยในสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทางกาย อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลภายใต้ความสอดคล้องสัมพันธ์กับกฎการชดเชยทั่วไป.

เดนมาร์ก มีกฎหมายที่เกี่ยวกับการชดเชยความเสียหาย ชื่อ The Patient Insurance Act พ.ศ.๒๕๔๐ ซึ่งต่อมาได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมใน พ.ศ.๒๕๔๒ ขยายสิทธิในการชดเชยที่เทียบได้กับความรับผิดชอบในความผิด แต่การชดเชยเข้าถึงได้ง่ายขึ้น.

ไอซ์แลนด์ มี Iceland Patient Insurance Scheme เริ่มเมื่อ พ.ศ.๒๕๔๔ เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยจากการบริการทางการแพทย์ โดยการร้องเรียนทุกเรื่องจะถูกส่งไปยังกระทรวงสาธารณสุขของไอซ์แลนด์.

สหรัฐอเมริกา สมาคมแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาผลักดันให้มีการออกกฎหมายเพื่อเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย คือ The Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005. ทั้งนี้เพื่อให้แพทย์และโรงพยาบาลรายงานความผิดพลาดทางการแพทย์โดยสมัครใจ เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์วิจัยเป็นกรณีศึกษาเพื่อเป็นบทเรียนในการพัฒนาการดูแลรักษาประชาชนให้ปลอดภัย และป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดซ้ำอีกในอนาคต และผู้ป่วยก็จะได้รับการช่วยเหลือเยียวยาผลเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดนี้ โดยไม่ต้องไปฟ้องร้อง.

สหราชอาณาจักร^(๒) ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ

สุขภาพอยู่ภายใต้กฎหมายทั่วไปว่าด้วยสัญญาและละเมิด มีเพียงส่วนน้อยที่จะนำไปสู่กฎหมายนี้โดยเฉพาะการให้บริการรักษาพยาบาลของภาคเอกชน เนื่องจากรัฐเป็นผู้จัดการในการให้บริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์โดยพื้นฐานตามพันธกิจทางกฎหมายของผู้ให้บริการ. ปัจจุบันยังไม่มียกเว้นชดเชยความเสียหายโดยอยู่ระหว่างการพัฒนาเพื่อนำไปสู่การออกเป็นกฎหมาย. อย่างไรก็ตามมีการจัดตั้งกองทุนการชดเชยการบาดเจ็บโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดกับการบาดเจ็บที่เกิดจากอุตสาหกรรม และมีกฎหมาย "The Vaccination Damage Payments Act 1979" เพื่อชดเชยบุคคลที่ได้รับความเสียหายจากการให้วัคซีนที่มีผลทำให้บุคคลนั้นตายหรือพิการอย่างแรง.

อย่างไรก็ตาม ยังมีรูปแบบที่แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละประเทศ และมีการพัฒนามาตามลำดับเป็น ๓ ลักษณะ ได้แก่ การชดเชยโดยใช้กระบวนการศาล, การชดเชยก่อนศาลและการใช้ศาล, และการชดเชยเต็มรูปแบบและตัดสินชี้ทางศาล^(๑). หลังจากที่นักวิจัยได้ทบทวนกรณีศึกษาต่างๆแล้ว เห็นว่าควรดัดแปลงชื่อกลุ่มรูปแบบการชดเชยเพื่อให้สื่อสารได้เข้าใจง่ายขึ้นเป็น การชดเชยโดยใช้กระบวนการศาล, การชดเชยก่อนศาลโดยการประกันร่วมกับกระบวนการศาล, การชดเชยก่อนศาลโดยสวัสดิการสังคมและตัดสินชี้ทางฟ้องศาล โดยมีรายละเอียดของแต่ละรูปแบบดังนี้

การชดเชยโดยกระบวนการศาล

สามารถใช้หลักกฎหมายทั่วไปว่าด้วยละเมิดเป็นกลไกในการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับความเสียหายจากบริการสุขภาพได้อย่างมั่นคงและสอดคล้องกับหลักการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนตามแนวคิดรัฐธรรมนูญ ที่ทุกคนมีสิทธิที่จะนำความขัดแย้งที่เกิดขึ้นสู่การวินิจฉัยชี้ขาดโดยศาล ตัวอย่างประเทศที่ใช้รูปแบบนี้ คือ สหราชอาณาจักร.

ข้อดี

(๑) ศาลเป็นองค์กรสูงสุดที่ทำหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน เป็นการตรวจสอบการโต้แย้งสิทธิระหว่างรัฐกับเอกชนและระหว่างเอกชนกับเอกชนโดยผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียและมีวิธีการ

พิจารณาคดีที่กำหนดไว้อย่างเป็นระบบ ที่สามารถประกันความยุติธรรมด้วยระบบการตรวจสอบกันเองโดยองค์กรคณะพิจารณาและพิพากษาที่มีอยู่ ๓ ระดับได้แก่ ศาลชั้นต้น, ศาลอุทธรณ์ และศาลฎีกา.

(๒) การพิจารณาวงเงินการชดเชยโดยศาล ศาลจะพิจารณาชดเชยให้ตามจำนวนความเสียหายที่คาดคะเนได้และไม่อาจคาดคะเนได้โดยการวินิจฉัยให้ใกล้เคียงกับความเสียหายที่เป็นจริงมากที่สุด ครอบคลุมทั้งความเสียหายที่เป็นความเสียหายทางเศรษฐกิจ เช่น ค่ารักษาพยาบาล, ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง, ค่าขาดงาน, ค่าอุปการะ, และที่ไม่ใช่ทางเศรษฐกิจ เช่น ค่าเจ็บปวดทุกข์ทรมาน, ค่าขาดความสุขสำราญในชีวิต.

ข้อเสีย

(๑) การนำคดีขึ้นสู่ศาลมีค่าใช้จ่ายสูงในกระบวนการทางกฎหมาย เช่น ค่าธรรมเนียมศาล, ค่าทนายความ. หากผู้เสียหายไม่มีทรัพย์สินเพียงพอจะมีปัญหาในการจ้างทนายความที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อดำเนินการ ในขณะที่มีความไม่แน่นอนในผลลัพธ์.

(๒) ขั้นตอนในการดำเนินการหรือวิธีพิจารณาความเพื่อให้ผู้เสียหายได้รับสิทธิตามที่กฎหมายบัญญัติไว้มีเทคนิคยุ่งยาก มีระยะเวลาที่ยาวนาน และอาจเป็นเงื่อนไขประการสำคัญที่ทำให้ไม่เกิดการบังคับใช้กฎหมายหรือการบังคับใช้กฎหมายไม่มีประสิทธิภาพ.

(๓) การดำเนินคดีกับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์มีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพการดูแลสุขภาพ ทำให้มีการรักษาแบบป้องกันตัวเอง, การส่งต่อผู้ป่วย และการปฏิเสธการให้บริการในกรณีไม่ใช่เหตุฉุกเฉินมากขึ้น ทำให้เกิดการย้อนกลับมาสู่การใช้งบประมาณที่ไม่เป็นสัดส่วนในการจัดบริการสุขภาพ.

ดังนั้น คดีที่ขึ้นสู่ศาลจึงมีจำนวนน้อยและค่าตัดสินที่ออกมายังมีจำนวนน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับคดีทั้งหมดที่เกิดขึ้น.

การชดเชยก่อนศาลโดยการประกันร่วมกับกระบวนการศาล

รูปแบบนี้สามารถอำนวยความสะดวกในการแก้ไข



เยี่ยวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพของผู้เสียหายได้รวดเร็วกว่าการใช้กระบวนการศาลอย่างเดี๋ยวนั้น ตัวอย่างรูปแบบนี้ที่ชัดเจนพบได้ในประเทศสวีเดน.

ข้อดี

(๑) ผู้เสียหายจะได้รับการชดเชยความเสียหายบางส่วนที่รวดเร็วกว่า และขั้นตอนไม่ยุ่งยากเข้าถึงได้ง่ายกว่าศาล เนื่องจากไม่ต้องมีการพิสูจน์ว่าผู้ให้บริการมีความผิดหรือไม่ เพียงแต่นำเสนอคำร้องเพื่อเสนอมูลเหตุแห่งความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขตามขั้นตอนของกระบวนการที่กำหนดไว้.

(๒) ผู้เสียหายยังคงมีสิทธิเลือกกระหว่างระบบเดิมและระบบใหม่ (หากระบบใหม่เปิดสิทธิทางศาลไว้) แม้จะเลือกระบบใหม่ ผู้เสียหายก็ยังคงมีสิทธิใช้สิทธิทางศาลตามปกติทั้งในระหว่างที่มีการเรียกร้องค่าชดเชยและหลังการได้รับค่าชดเชย ในความเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน. หากผู้เสียหายเข้าสู่ช่องทางกระบวนการชดเชยและยุติได้ก็จะทำให้จำนวนคดีที่จะขึ้นสู่ศาลลดลง.

(๓) ต้นทุนในการดำเนินการเรียกร้องค่าชดเชยลดลง เนื่องจากมีการใช้จ่ายเงินในระบบกฎหมายน้อยลง และผู้เสียหายได้รับเงินค่าชดเชยมากขึ้น.

(๔) ผู้ให้บริการสบายใจในการรายงานความผิดพลาดที่แยกระบบออกจากการชดเชย.

ข้อเสีย

(๑) แนวโน้มของการร้องเรียนจะมีมากขึ้น เพราะผู้รับบริการรับรู้ข้อมูลมากขึ้น และมีบทเรียนจากการได้รับเงินช่วยเหลือ อาจทำให้ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลละเลยเรื่องคุณภาพและมาตรฐานในการบริการทางการแพทย์และก่อให้เกิดการละเมิดง่ายขึ้น.

(๒) การคงไว้ซึ่งสิทธิในการฟ้องร้องศาลแบบคู่ขนาน อาจทำให้ผู้เสียหายที่ไม่สุจริตยังคงใช้กระบวนการศาลเป็นช่องทางหลักเช่นเดิม. กระบวนการชดเชยก่อนศาลอาจไปเอื้อต่อการใช้สิทธิทางศาลเพิ่มขึ้น.

(๓) การกำหนดเกณฑ์และขอบเขตในการชดเชยที่ครอบคลุมค่าเสียหายที่มีสาเหตุทางเศรษฐกิจโดยไม่กำหนด

เพดานขั้นสูงไว้ จะทำให้ระบบใหม่มีค่าชดเชยสูงกว่าระบบเดิม.

การชดเชยก่อนศาลโดยสวัสดิการสังคม และตัดสิทธิการฟ้องศาล

รูปแบบนี้สามารถอำนวยความสะดวกในการแก้ไขเยี่ยวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพของผู้เสียหายได้อย่างครอบคลุมกว้างขวางและรวดเร็วกว่าการใช้กระบวนการศาล. ตัวอย่างประเทศที่ใช้รูปแบบนี้มีเพียงประเทศเดียว คือ ประเทศนิวซีแลนด์.

ข้อดี

(๑) สร้างแรงจูงใจแก่ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลได้โดยไม่ต้องพึ่งพาบริษัทประกันโดยตรง แต่ใช้ระบบกองทุนมาบริหารความเสี่ยง ซึ่งมีต้นทุนค่าดำเนินการน้อย และไม่จำเป็นต้องมีค่าทนายความ และค่าธรรมเนียมศาล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ต้นทุนค่าดำเนินการในการฟ้องร้องคดีสูง.

(๒) การใช้กระบวนการชดเชยความเสียหายแบบเบ็ดเสร็จโดยฝ่ายบริหารนั้น แม้ว่าจะเป็นการตัดสิทธิในการฟ้องร้องศาลตามระบบกฎหมายว่าด้วยละเมิด แต่ในกระบวนการเยี่ยวยาของฝ่ายบริหารตามกระบวนการใหม่ ยังให้สิทธิผู้เสียหายสามารถใช้สิทธิทางศาลปกครองในการที่จะยกเลิกเพิกถอนคำสั่งของฝ่ายบริหาร หากผู้เสียหายเห็นว่ากระทบต่อสิทธิผู้เสียหายตามที่กฎหมายอื่นคุ้มครองไว้ได้.

(๓) การจ่ายชดเชยลดลง โดยการจ่ายผลประโยชน์บนพื้นฐานของระบบกฎหมายเกี่ยวกับการประกันสังคม.

ข้อเสีย

จำนวนการชดเชยความเสียหายจากกรณีของภาวะแทรกซ้อนและระบบสูงกว่าจำนวนการชดเชยความเสียหายจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ และมีผลทำให้ต้นทุนการชดเชยในระบบสูงขึ้น.

แหล่งที่มาของกองทุน

จากการศึกษาของ รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ และคณะ^(๑) ในต่างประเทศมีที่มาของเงินในกองทุนแบบไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (no-fault liability) ดังนี้

นิวซีแลนด์ แหล่งที่มาของเงินมาจากหลายแหล่ง เช่น

จากผู้มีรายได้โดยจ่ายภาษีสมทบหัก ณ ที่จ่ายในอัตราคงที่ ในระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๗ มีการเรียกเก็บระหว่าง ๑.๑-๑.๒ ต่อ ๑๐๐ เหยียญนิวซีแลนด์ (NZD) และมีการหักเงินสมทบอีกจำนวนหนึ่งถ้ารายได้ถึงเพดานที่กำหนด และรัฐบาลจ่ายสมทบให้สำหรับผู้ไม่มีรายได้ เช่น ผู้ที่ไม่อยู่ในภาวะการจ้างงาน, นักเรียน, ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้. มีข้อสังเกตว่า The Accidence Rehabilitation and Compensation Insurance Act 1992 อนุญาตให้สามารถเรียกเก็บเงินจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ทั้งรายบุคคลและองค์กรได้ แต่ยังไม่เคยมีการเรียกเก็บ.

เดนมาร์ก กิจกรรมของสมาคมการประกันผู้ป่วยจะได้รับเงินสนับสนุนจากบริษัทประกันและหน่วยงานประกันตนเองในเขตเทศบาลและจะต้องมีการรายงานประจำปีต่อกระทรวงสุขภาพทุกปี. นอกจากนี้ กฎหมายได้กำหนดให้กระทรวงสุขภาพอาจอนุญาตให้เทศบาลต่างๆสามารถเข้าไปควบคุมการปฏิบัติตามพันธกิจด้านกฎหมายขององค์กรภาคเอกชนที่ทำงานอยู่ในเขตพื้นที่ของเทศบาลแทนได้ ซึ่งในส่วนนี้เทศบาลสามารถร้องขอเงินทุนสำหรับการเตรียมการประกันจากกองทุนได้.

สวีเดน แหล่งที่มาของเงินในส่วนของผู้ให้บริการภาครัฐมาจากภาษีเงินได้ในระดับเขตและจ่ายให้หน่วยงานบริษัทประกันร่วมของเขต (County Council Mutual Insurance Company : CCMIC) ตามสัดส่วนประชากรที่รับผิดชอบ ส่วนผู้ให้บริการภาคเอกชนจะต้องซื้อประกันจากบริษัทเอกชน เพราะผู้ให้บริการมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องมีการประกันการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล และต้องให้การดูแลพื้นฐานแก่ผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บดังกล่าวด้วย.

นอร์เวย์ การเงินการคลังของระบบชดเชย ซึ่งได้แก่ ต้นทุนการจ่ายค่าชดเชยและต้นทุนการบริหารระบบจะได้รับการสนับสนุนโดยรัฐ เจ้าของโรงพยาบาลและเทศบาลระดับจังหวัดตามข้อตกลงพิเศษ.

ทางเลือกในการออกแบบกองทุนสำหรับประเทศไทย

หลักการที่ ๑ ลักษณะโครงการ กองทุนสร้างเสริมความ

สัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขควรจะเป็นลักษณะคล้ายกับสวัสดิการสังคม คือเป็นเครือข่ายสังคมปลอดภัย (Social Safety Net) ที่รัฐเป็นผู้จัดการ.

หลักการที่ ๒ ความมุ่งหวังของกองทุน ควรเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการชดเชยให้มีมากขึ้นและรวดเร็วขึ้น โดยการใช้วิธีไม่พิสูจน์ความผิด.

หลักการที่ ๓ ความสัมพันธ์กับระบบการควบคุมวิชาชีพ ควรแยกการควบคุมคุณภาพออกจากการชดเชย.

หลักการที่ ๔ การใช้อำนาจศาล กรณีที่ไม่รับค่าชดเชย มีสิทธิ์ฟ้องศาล แต่เมื่อรับค่าชดเชยแล้วตัดสิทธิ์ในการฟ้องศาลตามคดีทางแพ่ง เพื่อไม่ให้มีการยืดเยื้อ และบั่นทอนกำลังใจผู้ให้บริการ.

หลักการที่ ๕ ความเสียหายที่ได้รับการคุ้มครอง ในเบื้องต้นควรจะต้องครอบคลุมผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้งหมด และขยายสู่ผู้รับบริการในสถานพยาบาลของเอกชนในภายหลัง.

หลักการที่ ๖ เกณฑ์กำหนดความคุ้มครอง มี ๒ แบบ คือ (๑) กลุ่มการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน, (๒) กลุ่มที่หลีกเลี่ยงได้หากรักษาด้วยวิธีอื่น และไม่ได้เป็นผลจากการดำเนินไปตามปกติของพยาธิสภาพของโรค.

หลักการที่ ๗ การพิสูจน์ความเชื่อมโยงกับสาเหตุคือต้องสามารถเชื่อมโยงได้ว่าความเสียหายเกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์.

หลักการที่ ๘ สิทธิที่จะได้รับการชดเชย เทียบเท่ากับการชดเชยตามกฎหมายละเมิด.

หลักการที่ ๙ แหล่งการคลัง เสนอให้กองทุนสุขภาพที่ดูแลหลักประกันสุขภาพของผู้มีสิทธิ์ จ่ายแทนสถานพยาบาล. ส่วนสถานพยาบาลเอกชนให้จ่ายเบี้ยประกันเอง โดยสถานพยาบาลเอกชนที่จะเข้าโครงการต้องเข้าพร้อมกันทั้งกลุ่ม.

สำหรับระบบการชดเชยความเสียหายของประเทศไทย อยู่ภายใต้หลักกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด, พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่พ.ศ.๒๕๓๙, และกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค ส่วนระบบในการควบคุมกำกับสถานพยาบาลอยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล



ที่อยู่ในการควบคุมดูแลของกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข. นอกจากนี้ ระบบการควบคุมจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพนั้นๆ ซึ่งดูแลโดยสภาวิชาชีพ เช่น แพทยสภา, สภากาชาด, สภาเภสัชกรรม, ทันตแพทยสภา. โดยกองทุนการสร้างความสัมพันธืจะดำเนินการเดิมของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕, มาตรา ๔๑ ด้วย และขยายสิทธิ์ให้ผู้ที่ไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลทุกแห่งตามที่กองทุนกำหนด รวมทั้งขยายวงเงินในการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งจะทำให้สามารถแก้ปัญหาความทุกข์แก่ผู้เสียหายจากการรับบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรมยิ่งขึ้น.

ตารางที่ ๑ แสดงทางเลือกรูปแบบของประเทศนิวซีแลนด์ ที่มีรูปแบบกองทุนสวัสดิการสังคมในรูปแบบการชดเชยผู้เสียหาย และประเทศสวีเดนที่มีรูปแบบระบบประกันการชดเชยผู้เสียหายมาแสดงลักษณะที่สำคัญของกองทุนการชดเชยผู้เสียหายที่ใช้หลักการพิสูจน์สาเหตุมากกว่าพิสูจน์ความผิด และได้ระบุข้อเสนอสำหรับประเทศไทยในตารางด้วย.

การประมาณการรายจ่ายของกองทุน

สมการประมาณการรายจ่าย คือ

รายจ่าย = (จำนวนผู้เสียหายที่เข้าเกณฑ์ต่อปี) x (ค่าชดเชยเฉลี่ยต่อคน)

โดยปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนผู้เสียหายที่เข้าเกณฑ์ คือ อัตราอาการไม่พึงประสงค์และเกณฑ์ที่ใช้ในการให้สิทธิ์ในการรับค่าชดเชย ซึ่งเกณฑ์นี้มีผลต่อจำนวนผู้เสียหายที่จะใช้ในการคำนวณ.

เกณฑ์ความเสียหายที่ให้ความคุ้มครอง

ประเทศนิวซีแลนด์และสวีเดนใช้ ๕ เกณฑ์ดังแสดงในตารางที่ ๒ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอสำหรับประเทศไทยในแต่ละเกณฑ์ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ ความผิดพลาดของเครื่องมือและยานิวซีแลนด์จ่ายให้ ส่วนสวีเดนให้ไปเบิกกองทุนที่จ่ายเรื่องของยาและเครื่องมือซึ่งประเทศไทยมีกฎหมายอื่นที่คุ้มครองเรื่องนี้แล้วเช่น

กฎหมายความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ดังนั้นพรบ.กองทุนการสร้างความสัมพันธืจึงไม่ควรให้ความคุ้มครองในกรณีนี้.

กลุ่มที่ ๒ “กลุ่มการรักษาที่ไม่เป็นมาตรฐาน” เห็นควรให้ความคุ้มครอง.

กลุ่มที่ ๓ “เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้หากรักษาด้วยวิธีอื่น” เห็นควรให้ความคุ้มครอง.

กลุ่มที่ ๔ “เป็นเหตุสุดวิสัย” ประเทศสวีเดนไม่คุ้มครอง ดังนั้นเห็นควรไม่ให้ความคุ้มครอง.

กลุ่มที่ ๕ เป็นความเสียหายจากการรักษาเพื่อช่วยชีวิต กลุ่มนี้ยังไม่พบเรื่องของการชดเชยในประเทศอื่น และในประเทศนิวซีแลนด์ก็ไม่ชัดเจน ดังนั้นเห็นควรไม่ให้ความคุ้มครอง.

การประมาณอัตราผู้เสียหายที่ได้รับการชดเชย

จากรายงานกรณีศึกษา ๕ ประเทศ ของรัตนสิทธิ์ทิพย์วงศ์ และคณะ^(๑) พบว่าอัตราการได้รับการชดเชยต่อประชากรอยู่ที่ร้อยละ ๐.๐๕-๐.๑ จำนวนการจ่ายค่าชดเชยต่อประชากรอยู่ที่ ๒-๗.๒ ยูโร. ส่วนประเทศไทยมีข้อมูลเพียงการชดเชยเบื้องต้น. ข้อมูลการชดเชยของไทยใน พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๐ ยังต่ำมาก จำนวนการจ่ายชดเชยต่อประชากรเพียง ๕๐ สตางค์ และอัตราผู้ที่ได้รับการชดเชยตามมาตรา ๔๑ คือ ๕.๗ คนต่อล้านประชากร (ตารางที่ ๓).

ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่าจำนวนผู้ได้รับการชดเชย เพิ่มขึ้นตามลำดับ สำหรับ พ.ศ. ๒๕๕๑ มีผู้ได้รับการชดเชยทั้งหมด ๕๕๐ ราย, เงินชดเชยโดยเฉลี่ย ๑๑๗,๙๒๔ บาทต่อราย, และอัตราผู้เสียหายได้รับการชดเชย ๑๑.๗ คนต่อล้านประชากร. ข้อมูลในช่วง พ.ศ.๒๕๔๗-๒๕๕๑ พบว่ามีผู้ได้รับการชดเชยเพิ่มขึ้นในแต่ละปีเฉลี่ย ๒.๖ คนต่อล้านประชากร ดังนั้นจึงพยากรณ์ได้ว่าใน พ.ศ.๒๕๕๒ จะมีอัตราผู้เสียหายได้รับการชดเชยเป็น ๑๔.๓ คนต่อล้านประชากร(ข้อมูลอัตราผู้ได้รับการชดเชยใน พ.ศ.๒๕๕๒ ตามรายงานของสปสช.เท่ากับ ๑๔.๐ คนต่อล้านประชากร ดังในตารางที่ ๔.

ตารางที่ ๑ ลักษณะกองทุนชดเชยผู้เสียหายที่ใช้หลักการพิสูจน์สาเหตุมากกว่าพิสูจน์ความผิด

กรณีศึกษา	Comprehensive compensation scheme ประเทศนอร์เวย์	Patient compensation Insurance ประเทศสวีเดน	Social safety net system ข้อเสนอสำหรับ ประเทศไทย
บริษัทและ วิวัฒนาการ	เป็น ๑ ใน ๗ แผนงานของ Accident Compensation Corporation ของระบบประกันสังคม ที่รวมการชดเชยอุบัติเหตุทุกประเภทเข้าไว้ด้วยกัน ประชาชนจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนผ่านภาษี	เป็นระบบประกันกับบริษัทประกัน ที่มีการออกกฎหมายบังคับให้ ผู้ให้บริการทั้งรัฐและเอกชนต้องทำประกัน เป็นระบบชดเชยที่ครอบคลุมเบ็ดเสร็จมากที่สุดในโลก	เป็น Social safety net ที่รัฐเป็นผู้จัดการ
ความมุ่งหวัง	แก้ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมากจากระบบศาล และชดเชยให้ครอบคลุมมากที่สุด	เพิ่มการเข้าถึงการชดเชย และให้ได้รับการชดเชยเท่ากับกฎหมายละเมิด	เพิ่มการเข้าถึงการชดเชย
ความสัมพันธ์กับ ระบบการควบคุม วิชาชีพ	ระบบการควบคุมคุณภาพผนวกอยู่ในระบบเดียวกับการชดเชยและเชื่อมโยงกับองค์กรรัฐและระบบการควบคุมวิชาชีพ โดยส่งต่อข้อมูลเฉพาะกรณีที่จะเกิดอันตรายต่อสาธารณะ	แยกระบบการควบคุมคุณภาพ ออกจากการชดเชย เมื่อมีความเสียหาย ผู้ให้บริการมีหน้าที่รายงานรายละเอียด ไปยัง National Board of Health & Welfare และข้อมูลถูกส่งต่อไปยังหน่วยงานควบคุมวิชาชีพ	แยกการควบคุมคุณภาพออกจาก การชดเชย
การใช้อำนาจศาล	ใช้กฎหมายประกันสังคมคุ้มครอง คดีสิทธิ์ การฟ้องศาลแพ่งและอาญา แต่ฟ้องศาลปกครองได้กรณีกองทุนจ่ายค่าชดเชยไม่เป็นธรรม	หลังจากได้รับการชดเชยแล้ว ถ้าไม่พอใจผลการชดเชยของบริษัทประกัน สามารถฟ้องได้อีกและเงินที่รับชดเชยไปแล้วเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหม	เมื่อรับการชดเชยแล้วคดีสิทธิ์ฟ้องศาล
ความเสียหายที่ ได้รับการคุ้มครอง	ความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ที่จดทะเบียนวิชาชีพทั้งหมด	ความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการจากบุคลากรทางการแพทย์ ของสถานพยาบาลที่ทำประกัน ไม่รวมผู้ให้บริการการแพทย์ทางเลือกที่ไม่มีใบอนุญาตหรือไม่ได้ปฏิบัติตามได้ความรับผิดชอบของผู้ได้รับใบอนุญาต	ครอบคลุมผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพของภาครัฐทั้งหมดในเบื้องต้น และขยายสู่ภาคเอกชนในภายหลัง
เกณฑ์กำหนด ความคุ้มครอง	๑. กลุ่มที่เป็นความผิดพลาดของเครื่องมือ/ยา/ประมาท ๒. กลุ่มที่หลีกเลี่ยงได้หากรักษาด้วยวิธีอื่น ๓. กลุ่มที่เป็นเหตุสุดวิสัย แต่จำกัดเฉพาะผลเสียร้ายแรง	๑. การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (ถ้าเป็นไปตามมาตรฐานแล้ว แม้อายุเจ็บรุนแรงก็ไม่ได้รับการชดเชย) ๒. มีทางเลือกอื่นในกระบวนการรักษาที่สามารถหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บได้ ๓. การชดเชยไม่รวมในกรณีที่เป็นการรักษาเพื่อช่วยชีวิต	๑. กลุ่มการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ๒. กลุ่มที่หลีกเลี่ยงได้หากรักษาด้วยวิธีอื่น และไม่ได้เป็นผลจากการดำเนินไปตามปกติของพยาธิสภาพของโรค
การพิสูจน์สาเหตุ ความเชื่อมโยง	ต้องมีความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างเหตุคือการรักษา กับ ผล คือการบาดเจ็บ (proof of causation rather than proof of fault)	ต้องมีหลักฐานพิสูจน์ว่าความเสียหายนั้นมีโอกาสสูงที่จะเกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์	สามารถเชื่อมโยงได้ว่าความเสียหายเกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์
เชื่อมโยงกฎหมาย อื่น	หากพิสูจน์สาเหตุได้ว่าความเสียหายเกิดจากความผิดพลาดของอุปกรณ์/เครื่องมือ ก็จะทำให้ไปใช้กฎหมายการรับผิดชอบต่อผลิตภัณฑ์ของกลุ่มประชาคมยุโรป	- เงินชดเชยที่จ่ายไปด้วยเหตุความเสียหายที่คุ้มครองโดยกฎหมายอื่น สามารถเรียกเก็บจากกองทุนที่คุ้มครองประเภทนั้นๆ - ถ้าไม่มีการประกันให้เรียกเงินชดเชยคืนจากผู้ให้	พิสูจน์ว่าเข้าหลักเกณฑ์เท่านั้น หากไม่เข้าหลักเกณฑ์ ก็จะไม่รับพิจารณาให้ชดเชย หากผู้เสียหายได้รับชดเชยจากกฎหมาย



ตารางที่ ๑(ต่อ) ลักษณะกองทุนชดเชยผู้เสียหายที่ใช้หลักการพิสูจน์สาเหตุมากกว่าพิสูจน์ความผิด

กรณีศึกษา	Comprehensive compensation scheme ประเทศนิวซีแลนด์	Patient compensation Insurance ประเทศสวีเดน	Social safety net system ข้อเสนอสำหรับ ประเทศไทย
		บริการ - ถ้าศาลตัดสินว่าผู้ให้บริการประมาทอย่างร้ายแรงหรือจงใจ บริษัทรับประกันมีสิทธิได้รับเงินจากผู้ให้บริการตามวงเงินที่ได้จ่ายไปแล้ว	อื่นแล้วไม่สามารถยื่นเรื่องขอรับการชดเชยจากกองทุนนี้ได้อีก
กระบวนการอื่นไม่จำกัดเวลา ร้องขอการชดเชย		๓ ปี ที่ทราบว่ามีสิทธิ์ หรือ ๑๐ ปี นับจากเกิดเหตุหลังตัดสินแล้ว มีเวลา ๖ เดือนในการอุทธรณ์	๓ ปี ที่ทราบว่ามีสิทธิ์ หรือ ๑๐ ปี นับจากเกิดเหตุ หลังตัดสินแล้ว มีเวลา ๖ เดือนในการอุทธรณ์
อัตราค่าให้การชดเชย	๔๑%	ยื่นเรื่อง ๑๐,๐๐๐ ราย ต่อปี ได้รับการชดเชย ๔๓-๔๕% ยอดเงิน ๔๐๐ ล้านเหรียญสวีเดนต่อปี (อัตราเรื่องเรียน ๒๑ รายต่อแพทย์ ๑๐๐ คน, ก.ศ. ๑๕๕๒)	ยังไม่มีข้อมูล
สิทธิที่จะได้รับการชดเชย	เงินทดแทนรายได้ ค่ารักษา อุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพ การให้การช่วยเหลือที่บ้าน และเงินสนับสนุนอื่นๆ	- ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ได้แก่การสูญเสียรายได้ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพราะความเสียหาย ค่าสูญเสียผู้เลี้ยงดู เบี้ยเลี้ยงสำหรับผู้ทุพพลภาพ - ความสูญเสียที่ไม่ใช่ทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความทรมาณ ความไม่สะดวก จำนวนจากจำนวนวันที่บาดเจ็บรุนแรง ได้รับเงินช่วยการสูญเสียรายได้ตามสิทธิประกันสังคมก่อนส่วนที่เหลือรับจากเงินช่วยเหลือที่ได้รับจากระบบประกันผู้ป่วยที่มีการกำหนดเพดานวงเงิน	ตามกฎหมายละเมิด - ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ได้แก่การสูญเสียรายได้ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพราะความเสียหายค่าสูญเสียผู้เลี้ยงดู เบี้ยเลี้ยงสำหรับผู้ทุพพลภาพ - ความสูญเสียที่ไม่ใช่ทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความทรมาณ ความไม่สะดวก จำนวนจากจำนวนวันที่บาดเจ็บรุนแรง หักจำนวนเงินที่ได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐแหล่งอื่นก่อน ส่วนที่เหลือมีการกำหนดเพดานวงเงิน
แหล่งการคลัง	เก็บภาษีจากผู้มีรายได้ และรัฐอุดหนุนสำหรับผู้ไม่มีรายได้ เข้า ACC ดูแลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท	เก็บจากสถานบริการโดยสถานบริการรัฐที่ได้เงินจากสถานะ สถานะจ่ายให้บริษัทประกันกลางตามจำนวนหัวประชากร ส่วนสถานบริการเอกชนต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง เบี้ยอาจแบ่งตามประเภทวิชาชีพ	กองทุนสุขภาพที่ดูแลหลักประกันสุขภาพของผู้มีสิทธิ์จ่ายแทนสถานพยาบาลตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน สถานพยาบาลเอกชนจ่ายเบี้ยประกันเอง
๑๓. ขั้นตอนการพิจารณาตัดสิน	ผู้รับบาดเจ็บกรอกแบบฟอร์ม ผู้ให้บริการเป็นผู้ส่งเรื่องให้ Unit ที่ดูแลเรื่องชดเชย และส่งต่อให้ที่ปรึกษาอิสระเพื่อขอความเห็น อาจส่งให้กรรมการที่ปรึกษาอีกชั้น	ผู้รับบาดเจ็บกรอกแบบฟอร์ม ณ ที่ทำการเขต คณะกรรมการที่ปรึกษาผู้ป่วยส่งเรื่องให้คณะกรรมการพิจารณา ซึ่งประกอบด้วย ประธานมาจากภาครัฐ ๑ คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ๑ คน ผู้เชี่ยวชาญในระบบประกันอุบัติเหตุ ๑ คน ผู้เชี่ยวชาญในงานด้านสาธารณสุข ๑ คน ตัวแทนผู้รับบริการ ๓ คน	ผู้รับบาดเจ็บกรอกแบบฟอร์ม ณ ที่ทำการระดับพื้นที่ คณะกรรมการที่ปรึกษาผู้ป่วยส่งเรื่องให้คณะกรรมการพิจารณา ซึ่งประกอบด้วย ประธานมาจากภาครัฐ ๑ คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ๑ คน ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์ ๑ คน ตัวแทนผู้ให้บริการ ๑ คน ตัวแทนผู้รับบริการ ๓ คน

ตารางที่ ๒ เกณฑ์การชดเชยในประเทศนิวซีแลนด์ และสวีเดน และข้อเสนอสำหรับประเทศไทย

	นิวซีแลนด์	สวีเดน	ไทย
กลุ่มที่เป็นความผิดพลาดของเครื่องมือ/ยา	/	กองทุนอื่น	คุ้มครองจากกฎหมายอื่น
กลุ่มการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	/	/	/
กลุ่มที่หลีกเลี่ยงได้หากรักษาด้วยวิธีอื่น	/	/	/
กลุ่มที่เป็นเหตุสุดวิสัย แต่จำกัดเฉพาะผลเสียร้ายแรง	/	ไม่ชดเชย	ไม่ชดเชย
ความเสียหายจากการรักษาเพื่อช่วยชีวิต	ไม่ชัดเจน	ไม่ชดเชย	ไม่ชดเชย

ตารางที่ ๓ อัตราอาการไม่พึงประสงค์ที่ได้รับการชดเชย

	นิวซีแลนด์	นอร์เวย์	สวีเดน	ฟินแลนด์	เดนมาร์ก	ไทย ม.๔๑
จำนวนรายที่ได้รับการชดเชยต่อปี	๑,๓๕๐ (๑๕๕๒-๒๐๐๒)	๒,๓๓๒ (๒๐๐๒)	๕,๑๕๖ (๒๐๐๓)	๓,๕๔๘ (๒๐๐๓)	๓,๔๑๔ (๒๐๐๒)	๑๕๕ (๒๐๐๔-๒๐๐๗)
อัตราการได้รับการชดเชยต่อประชากร	๐.๐๕%	๐.๐๕%	๐.๑%	๐.๑%	๐.๐๖%	๐.๐๐๐๕๗%
จำนวนการจ่ายค่าชดเชยต่อประชากร	฿ ๒.๐	฿ ๗.๒	฿ ๓.๕	฿ ๔.๖	฿ ๔.๗	๐.๕๗ บาท

ที่มา: รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ และคณะ^(๑)

ตารางที่ ๔ อัตราผู้ที่ได้รับการชดเชย ตามมาตรา ๔๑

ปีงบประมาณ (พ.ศ.)	จำนวนคำร้อง (ราย)	ไม่เข้าเกณฑ์ (ราย)	เข้าเกณฑ์ (ราย)	เงินช่วยเหลือตาม ม.๔๑ (บาท)	เฉลี่ย (บาทต่อราย)	อัตราผู้ได้รับการชดเชยต่อผู้มีสิทธิ (คน/ล้าน ประชากร)	เงินชดเชยต่อผู้มีสิทธิ ๑ คน (บาท)
๒๕๔๓	๕๕	๒๖	๓๓	๔,๘๖๕,๐๐๐	๖๖,๖๔๔	๑.๕๕	๐.๑๐
๒๕๔๘	๒๒๑	๔๓	๑๗๘	๑๒,๘๑๕,๐๐๐	๗๑,๕๕๔	๓.๗๕	๐.๒๗
๒๕๔๙	๔๔๓	๗๒	๓๗๑	๓๖,๖๕๓,๕๐๐	๙๘,๗๕๖	๓.๘๕	๐.๓๘
๒๕๕๐	๕๑๑	๗๘	๔๓๓	๕๒,๑๗๗,๕๓๕	๑๒๐,๕๐๒	๕.๒๑	๑.๑๑
๒๕๕๑	๖๕๘	๑๐๘	๕๕๐	๖๔,๘๕๘,๑๔๘	๑๑๗,๕๒๔	๑๑.๗๐	๑.๓๘
๒๕๕๒	๘๑๐	๑๕๐	๖๖๐	๗๓,๒๒๓,๐๐๐	๑๑๐,๕๔๔	๑๔.๐๔	๑.๕๖

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การประมาณค่าชดเชยเฉลี่ยต่อราย

ปัจจัยที่มีผลต่อค่าชดเชยเฉลี่ย ได้แก่ ประเภทความเสียหาย ความรุนแรง การศึกษาครั้งนี้กำหนดเงื่อนไขดังนี้

- สัดส่วนความรุนแรงของผู้เสียหายที่ได้รับการชดเชยระหว่างการบาดเจ็บ พิการและ เสียชีวิต ใช้ข้อมูล พ.ศ. ๒๕๕๑ คือ เสียชีวิตร้อยละ ๕๕, พิการร้อยละ ๑๗, บาดเจ็บเรื้อรังร้อยละ

๒๘ และสัดส่วนผู้ที่เสียชีวิตจะลดลงเมื่อจำนวนผู้ได้รับการชดเชยมากขึ้น (ลดลงประมาณร้อยละ ๐.๒ ต่อปี) ขณะที่ สัดส่วนผู้พิการทรงตัว.

- การขาดประโยชน์ทำมาหาได้และการชดเชยหายาก ค่าไร้อุปการะเป็นการคำนวณจากการขาดรายได้ของผู้เสียหาย โดยใช้รายได้ต่อเดือนจากการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและ



สังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ คือ เฉลี่ยเดือนละ ๕,๕๕๒ บาท หรือ ๒๕๒ บาทต่อวันทำการ.

- จำนวนปีที่คำนวณรายได้ที่ขาดประโยชน์นำมาได้ในรายบาทเจ็บเรื้อรัง กำหนดไว้ที่ ๑ ปี.

- จำนวนปีที่คำนวณเพื่อชดเชยหายาทเท่ากับระยะเวลาที่บุตรอายุน้อยที่สุดจะอายุครบ ๑๘ ปี คือเฉลี่ย ๘ ปี. ในกรณีไม่มีบุตรแต่มีภรรยาที่ไร้อุปการะจะกำหนดจำนวนปีที่ จะชดเชยไว้เฉลี่ย ๘ ปีเช่นกัน. ข้อมูลจากการสำรวจการ เปลี่ยนแปลงประชากร ๒๕๔๘-๒๕๔๙ ของสำนักงานสถิติ แห่งชาติ พบว่าผู้เสียชีวิตร้อยละ ๑๖ มีบุตรอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี โดยบุตรมีอายุเฉลี่ย ๑๐.๕ ปี และผู้เสียชีวิตร้อยละ ๔๑ ไม่มี บุตรแต่มีภรรยา.

- การชดเชยความเสียหายที่ไม่ใช่ตัวเงินกำหนดให้ค่า เฉลี่ยอยู่ที่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท.

ในการคำนวณได้ตั้งสมมติฐานเบื้องต้นว่า ผู้ที่บาดเจ็บ จะได้รับการชดเชย ๓ รายการ คือ ค่ารักษา การชดเชยการ ขาดประโยชน์นำมาทำได้ และการชดเชยความเสียหายที่ไม่ใช่ ตัวเงิน.

ผู้พิการจะได้รับการชดเชย ๕ รายการคือ ค่ารักษา, ค่า พื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ, การชดเชยการขาดประโยชน์นำ มาทำได้ สูญเสียอวัยวะ, และการชดเชยความเสียหายที่ไม่ใช่

ตัวเงิน.

ส่วนกรณีตาย ทายาทจะได้รับการชดเชย ๔ รายการคือ ค่ารักษา, ค่าทำศพ, การชดเชยทายาท, และการชดเชยความ เสียหายที่ไม่ใช่ตัวเงิน.

ผลการประมาณค่าชดเชยผู้เสียหายเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ ๔๖๘,๒๗๖ บาท ดังรายละเอียดแสดงอยู่ในตารางที่ ๕.

การประมาณรายจ่ายของกองทุน

ผู้วิจัยได้ทดลองคำนวณจำนวนเงินโดยใช้อัตราผู้เสียหาย เป็น ๓ ตัวเลข โดยใช้ฐานของการคำนวณเป็นอัตราผู้เสียหาย ที่ได้รับการชดเชยใน พ.ศ.๒๕๕๑ โดยแบ่งเป็น ๓ นากท์ศน์ คือ จำนวนเงินขั้นต่ำ, จำนวนเงินตามอัตราเพิ่ม ๑ ปี, และจำนวน เงินตามอัตราเพิ่ม ๒ เท่า.

นากท์ศน์ที่ ๑ จำนวนเงินขั้นต่ำ ใช้ตัวเลขอัตราผู้เสีย หายที่ได้รับการชดเชยจากมาตรา ๔๑ ของ พรบ.หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ใน พ.ศ.๒๕๕๑ อัตราผู้เสียหายได้รับการ ชดเชยเท่ากับ ๑๑.๗ คนต่อล้านประชากร คำนวณค่าใช้จ่าย ของกองทุนได้ ๓๔๑ ล้านบาท.

นากท์ศน์ที่ ๒ ใช้อัตราที่บวกอัตราเพิ่ม ๑ ปี คือ ๒.๖ คนต่อล้านประชากร (ใช้อัตราเพิ่มที่คำนวณจากข้อมูล พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๑) ทำให้อัตราผู้เสียหายได้รับการชดเชยเป็น ๑๔.๓

ตารางที่ ๕ ประมาณการค่าชดเชยต่อรายในแต่ละประเภทความเสียหาย

รายการชดเชย	บาดเจ็บ (บาท)	พิการ (บาท)	ตาย (บาท)	เฉลี่ย (บาท)
ค่ารักษา	๕๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐
ค่าฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ		๕๐,๐๐๐		๘,๖๗๒
การขาดประโยชน์นำมาทำได้	๕๕,๔๔๐	๔๔๓,๕๒๐		๘๒,๑๔๘
การสูญเสียอวัยวะ		๑๐๐,๐๐๐		๑๓,๓๔๔
ค่าทำศพกรณีเสียชีวิต			๑๐๐,๐๐๐	๕๕,๑๘๓
ทายาทไร้อุปการะ			๔๔๓,๕๒๐	๑๓๘,๕๔๑
ความเสียหายที่ไม่ใช่ตัวเงิน	๑๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐
รวม	๒๐๕,๔๔๐	๓๔๓,๕๒๐	๖๘๓,๕๒๐	๔๖๘,๘๐๓

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ยต่อรายผู้เสียหาย คัดสัดส่วนเสียชีวิตร้อยละ ๕๕, พิการร้อยละ ๑๓, บาดเจ็บเรื้อรังร้อยละ ๒๘, และการชดเชยทายาทกรณีไร้อุปการะคิด เพียงร้อยละ ๕๗ ของรายที่เสียชีวิต.

ตารางที่ ๖ ประมาณการรายจ่ายของกองทุน

	ขั้นต่ำ	ปานกลาง	ขั้นสูง
อัตราผู้เสียหายได้รับการชดเชยต่อประชากร (%)	๐.๐๐๑๑๗	๐.๐๐๑๔๓	๐.๐๐๒๓๔
	อัตราปี ๒๕๕๑	บวกอัตราเพิ่ม	เพิ่มเป็น ๒ เท่า
งบกองทุนทั้งหมด (ล้านบาท)	๓๔๑	๔๑๗	๖๗๕
เบี้ยประกัน (บาท/ประชากร) ทางเลือกที่ ๑	๕.๔๒	๖.๖๑	๑๐.๗๗
เบี้ยประกัน (บาท/รายผู้ป่วยใน) ทางเลือกที่ ๒	๘๒	๑๐๐	๑๖๔
ทางเลือกที่ ๑ มีเงินสมทบ จาก ๓ แหล่ง			
งบประมาณสมทบเข้ากองทุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ	๒๕๕	๓๑๑	๕๐๖
ถัวหน้า (ล้านบาท)			
งบประมาณสมทบเข้ากองทุนจากกองทุน ประกันสังคม (ล้านบาท)	๖๕	๗๕	๑๒๕
งบประมาณสมทบเข้ากองทุนจากโครงการสวัสดิการรักษายาบาล			
ข้าราชการ (ล้านบาท)	๒๒	๒๖	๔๓

คนต่อล้านประชากร (ข้อมูลอัตราผู้ได้รับการชดเชยในปี ๒๕๕๒ ตามรายงานเท่ากับ ๑๔.๐ คนต่อล้านประชากร) คำนวณค่าใช้จ่ายของกองทุนได้ ๔๑๗ ล้านบาท.

จากทัศนที่ ๓ ใช้การเพิ่มจากอัตราผู้ได้รับการชดเชยของ สปสช. พ.ศ.๒๕๕๑ เป็น ๒ เท่า ทำให้อัตราผู้เสียหายได้รับการชดเชยเป็น ๒๓.๔ คนต่อล้านประชากร คำนวณค่าใช้จ่ายของกองทุนได้ ๖๗๕ ล้านบาท (ตารางที่ ๖).

การประมาณอัตราเบี้ยประกัน

เบี้ยประกันเฉลี่ยอยู่ระหว่าง ๕-๑๑ บาทต่อประชากร แต่ถ้าหารด้วยจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด จำนวน ๔.๑ ล้านราย (ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๙) เบี้ยประกันจะอยู่ระหว่าง ๘๒-๑๖๔ บาทต่อรายผู้ป่วยใน. ทั้งนี้ยังไม่ได้นำจำนวนผู้ป่วยนอกมาคิด. ถ้าเก็บเบี้ยจากกองทุนประกันสุขภาพตามจำนวนผู้มีสิทธิกองทุนหลักประกันสุขภาพถัวหน้าต้องจ่ายสมทบระหว่าง ๒๕๕-๕๐๖ ล้านบาทต่อปี, กองทุนประกันสังคมต้องจ่าย ๖๕-๑๒๕ ล้านบาทต่อปี, และกรมบัญชีกลางผู้ดูแลโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ต้องจ่ายสมทบ ๒๒-๔๓

ล้านบาทต่อปี (การจะเลือกใช้วิธีคำนวณเบี้ยสมทบต่อหัวประชากรหรือต่อรายผู้ป่วยใน ขึ้นกับแหล่งที่มาของเงิน).

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ประเทศไทยควรมีหลักการให้มีกองทุนที่มีลักษณะคล้ายกับสวัสดิการสังคม คือเป็นเครือข่ายสังคมปลอดภัย ที่รัฐเป็นผู้จัดการ. หน่วยบริหารกองทุนควรเป็นองค์กรอิสระที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับสถานพยาบาลหรือผู้เสียหาย โดยความมุ่งหวังของกองทุนเป็นการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการชดเชยให้มากขึ้นและรวดเร็วขึ้น โดยการใช้วิธีไม่พิสูจน์ความผิด. กรณีที่ไม่รับค่าชดเชยมีสิทธิ์ฟ้องศาล แต่เมื่อรับค่าชดเชยแล้วตัดสิทธิ์ฟ้องศาล เพื่อไม่ให้มีการยืดเยื้อและบั่นทอนกำลังใจของผู้ให้บริการ. ในด้านแหล่งการคลัง ผู้วิจัยเสนอให้กองทุนที่ดูแลหลักประกันสุขภาพของผู้มีสิทธิจ่ายแทนสถานพยาบาล ส่วนสถานพยาบาลเอกชนให้จ่ายเบี้ยประกันเอง.

ค่าใช้จ่ายของกองทุนมีค่าอยู่ระหว่าง ๓๔๑-๖๗๕ ล้านบาทต่อปี, เบี้ยประกันเฉลี่ยอยู่ระหว่าง ๕-๑๑ บาทต่อประชากรต่อปี. แต่ถ้าหารด้วยจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด จะอยู่ระหว่าง ๘๒-๑๖๔ บาทต่อผู้ป่วยในหนึ่งราย ทั้งนี้ยังไม่ได้นำ



จำนวนผู้ป่วยนอกมาคิด.

ถ้าเก็บเบี้ยจากกองทุนประกันสุขภาพ ตามจำนวนผู้มีสิทธิ ๕-๑๑ บาทต่อประชากร กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องจ่ายสมทบระหว่าง ๒๕๕-๕๐๖ ล้านบาทต่อปี. ที่เหลือรัฐสมทบ ๘๗-๑๗๒ ล้านบาทต่อปี และเก็บจากสถานพยาบาลเอกชน เฉพาะบริการที่อยู่นอกหลักประกันสุขภาพของรัฐ.

การถกเถียงในประเด็นต่างๆของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะช่วยให้มีการนำข้อมูลมาเปิดเผยต่อสาธารณะมากยิ่งขึ้น. การศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์จะทำให้ทุกฝ่ายได้รับข้อมูลที่ตรงกัน ซึ่งจะช่วยให้สังคมมีส่วนในการตัดสินใจเชิงนโยบายในวงกว้างมากยิ่งขึ้น นอกเหนือจากการแทรกแซงของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเท่านั้น. นอกจากนี้ การดำเนินงานของ

กระบวนการชดเชยในระบบไม่พิสูจน์ความผิด ต้องปกป้องชื่อเสียงของผู้ให้บริการ เพื่อไม่ให้บั่นทอนกำลังใจในการให้บริการ แต่มีระบบข้อมูลย้อนกลับให้สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพเพิ่มขึ้น.

เอกสารอ้างอิง

๑. รัตนาธิติ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ พรธรรมา โฉมทัย, ธนเสฏฐ์ กุลจิรมา กัณฑ์. กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ. ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; ๒๕๕๐.
๒. ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงษ์ ภักดี, จิรากร ชมศรี. การชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องรับผิด : การทบทวนประสบการณ์ใน ๖ ประเทศ. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๘.