

รายงานฉบับสมบูรณ์

เรื่อง

ทางเลือกเชิงนโยบาย

เรื่องกองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

โดย

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์

หทัยชนก สุมาลี

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กรกฎาคม ๒๕๕๓

## บทคัดย่อ

ผลการรักษาหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์จากการรับบริการทางด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะเกิดจาก เหตุสุดวิสัยหรือความประมาทของผู้ให้บริการทางการแพทย์ก็ตาม นำมาซึ่งความสูญเสีย และความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบการให้บริการด้านสุขภาพของ ประเทศ ที่ความศรัทธาและความเชื่อมั่นระหว่างกันและกันกำลังจะสูญหายไป กระบวนการชดเชยใน ปัจจุบันที่ต้องใช้กระบวนการทางศาล ไม่อาจเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ส่วน การชดเชยเบื้องต้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 41 ที่ให้เงิน ชดเชยโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ผิด สามารถบรรเทาความเดือดร้อนของผู้เสียหายได้ระดับหนึ่ง แต่ ครอบคลุมเฉพาะผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ทำให้ผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายเกิดแนวคิดที่ จะขยายความคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนและร่าง กฎหมายที่ว่าด้วยเรื่องดังกล่าว คณะวิจัยจึงเห็นสมควรที่จะได้มีการสรุปทางเลือกเชิงนโยบาย และ ชี้ให้เห็นผลดีผลเสีย เพื่อให้ข้อมูลแก่สาธารณะ เพื่อให้ทุกฝ่ายมีองค์ความรู้ที่เท่าทันกัน และสามารถ ประเมินความเป็นไปได้ของทางเลือกและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว การศึกษานี้จึงมี วัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายเรื่องกองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการ สาธารณสุข โดยใช้วิธีการศึกษาแบบวิเคราะห์เอกสาร และสร้างสมการทำนายค่าใช้จ่ายของกองทุน

ผลการศึกษาพบว่า การชดเชยผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด ผ่านกลไกที่มีศาลได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในหลายประเทศ แถบสแกนดิเนเวียและประเทศ นิวซีแลนด์ แนวคิดนี้อยู่บนหลักการที่ตระหนักใน ความรับผิดชอบของผู้ที่ทำให้เกิดความเสียหายโดยไม่ต้อง พิสูจน์ความผิด รูปแบบของแหล่งที่มาของเงินชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด มี 2 แบบที่แตกต่าง กัน คือ 1) รายได้จากการเก็บจากผู้ให้บริการหรือกองทุนสุขภาพที่ดูแลสถานพยาบาล ซึ่งผู้ให้บริการใน ภาครัฐมีแหล่งเงินมาจากภาษีเงินได้ ส่วนผู้ให้บริการภาคเอกชนต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง และ 2) เก็บ ภาษีสมทบจากผู้มีรายได้โดยมีเพดานรายได้ระดับหนึ่ง และรัฐสมทบให้กับผู้ไม่มีรายได้ และอนุญาตให้ เรียกเก็บจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ทั้งรายบุคคลและองค์กรได้ (รูปแบบของประเทศนิวซีแลนด์)

นักวิจัยเห็นว่า ประเทศไทยควรเลือกรูปแบบที่อยู่บนแนวคิดความรับผิดชอบต่อผู้ทำให้เกิด ความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (No-Fault Liability) ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับและ ผู้ให้บริการได้ และควรสร้างกลไกการชดเชยเต็มรูปและตัดสิทธิทางศาล (ไม่ตัดสิทธิทางศาลถ้าไม่ขอรับ เงินชดเชยจากกองทุน) ซึ่งจะช่วยให้เยียวยาความเสียหายจากการบริการสุขภาพของผู้เสียหายได้อย่าง ครอบคลุมและรวดเร็ว ประเภทความเสียหายที่จะได้รับการชดเชย ควรครอบคลุม ความเสียหายแก่ชีวิต การสูญเสียอวัยวะหรือพิการหรือทุพพลภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและ จิตใจ การขาดงานและค่าขาดรายได้ภาวะ

ส่วนแหล่งการคลังจากการศึกษานี้ เสนอให้กองทุนสุขภาพที่ดูแลหลักประกันสุขภาพของผู้มีสิทธิ ใช้จ่ายแทนสถานพยาบาล ส่วนสถานพยาบาลเอกชนให้จ่ายเบียดกันเอง

นักวิจัยได้ประมาณการรายจ่ายของกองทุน และคาดประมาณเบียดสมทบหรืองบประมาณ ตามทางเลือกของแหล่งที่มาของเงิน เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้พิจารณา พบว่า ค่าใช้จ่ายของกองทุนมีค่าอยู่ระหว่าง 332 - 659 ล้านบาทต่อปี เบียดกันเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5-10 บาท/ประชากรต่อปี แต่ถ้าคำนวณหารด้วยจำนวน ผู้ป่วยในทั้งหมด จะอยู่ระหว่าง 80 - 159 บาท / รายผู้ป่วยใน ทั้งนี้ยังไม่ได้นำจำนวนผู้ป่วยนอกมาคิด

ถ้าเก็บเบียดกันจากกองทุนประกันสุขภาพ ตามจำนวนผู้มีสิทธิ 5-10 บาท/ประชากร กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องจ่ายสมทบระหว่าง 247-492 ล้านบาทต่อปี ที่เหลือ รัฐสมทบ 85-167 ล้านบาทต่อปี และเก็บจากสถานพยาบาลเอกชน เฉพาะบริการที่อยู่นอกหลักประกันสุขภาพของรัฐ

การถกเถียงในประเด็นต่างๆ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จะช่วยให้มีการนำข้อมูลมาเปิดเผยต่อสาธารณะมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการศึกษาให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะสามารถแสดงให้ทุกฝ่ายได้รับทราบข้อมูลอย่างเท่าเทียมกัน จะช่วยให้สังคมมีส่วนในการตัดสินใจเชิงนโยบายร่วมด้วยมากยิ่งขึ้น นอกเหนือจากการแทรกแซงของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเท่านั้น

ข้อควรระวังคือ หากระบบสุขภาพด้อยคุณภาพ มีปัญหาความผิดพลาดที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนและจากความผิดพลาดของระบบสูง จะทำให้จำนวนการชดเชยความเสียหายจากกรณีของภาวะแทรกซ้อนและระบบ สูงกว่าจำนวนการชดเชยความเสียหายจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ และมีผลทำให้ต้นทุนการชดเชยในระบบสูงขึ้น นอกจากนี้ การดำเนินงานของกระบวนการชดเชยในระบบไม่พิสูจน์ผู้กระทำผิด ต้องปกป้องชื่อเสียงของผู้ให้บริการ เพื่อไม่ให้บั่นทอนกำลังใจในการให้บริการแต่มีระบบข้อมูลย้อนกลับให้สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานเรื่อง “ทางเลือกเชิงนโยบาย เรื่องกองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข” ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี ด้วยความสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สนับสนุนทุนวิจัย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ หน่วยงานต้นสังกัดของผู้วิจัยที่ให้การสนับสนุนการทำงานวิจัยด้วยดีมาตลอด ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน และผู้ที่เขียนหนังสือ ตำรา วารสาร บทความ รายงานวิจัย ที่ช่วยให้เกิดเป็นองค์ความรู้ในการจัดทำรายงานฉบับนี้ให้สมบูรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์และคณะ ที่ทำการศึกษาเรื่องกลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงบริบทต่างๆ ได้เป็นอย่างดี และที่จะไม่เอ่ยถึงไม่ได้คือบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการ และผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการทางการแพทย์ ที่ช่วยสะท้อนเรื่องราวในหลายๆ มุมมอง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากรายงานฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน หากมีข้อผิดพลาดประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้ เพื่อปรับปรุงแก้ไขในการศึกษาครั้งต่อไป

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์

หทัยชนก สุมาลี

ผู้วิจัย

## สารบัญ

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | บทนำ.....   | 6  |
| 2     | ผลการศึกษานโยบายและรูปแบบกองทุน.....  | 8  |
| 2.1   | สถานการณ์ในไทยและบทเรียนในต่างประเทศ.....   | 8  |
| 2.1.1 | ปัญหาและแนวคิดเรื่องการพิสูจน์คุณค่าในการชดเชย.....                                   | 8  |
| 2.1.2 | มาตรการการป้องกัน การเกิดความเสียหายและความขัดแย้งจากการรักษาพยาบาล.....              | 9  |
| 2.2   | แนวคิดการชดเชยความเสียหาย.....  | 11 |
| 2.3   | กรณีศึกษา.....  | 13 |
| 2.3.1 | กรณีศึกษารูปแบบการชดเชยโดยใช้กลไกศาล: ประเทศสหราชอาณาจักร.....                        | 14 |
| 2.3.2 | กรณีศึกษารูปแบบการชดเชยโดยการประกัน ร่วมกับการใช้กลไกศาล: ประเทศสวีเดน.....           | 16 |
| 2.3.3 | กรณีศึกษารูปแบบการชดเชยโดยสวัสดิการสังคมและตัดสิทธิ์การฟ้องศาล: ประเทศนิวซีแลนด์..... | 19 |
| 3     | แหล่งที่มาของกองทุน.....  | 20 |
| 4     | ข้อเสนอทางเลือกสำหรับประเทศไทย.....   | 21 |
| 5     | ผลการประมาณการรายจ่ายของกองทุน.....   | 27 |
| 6     | อภิปรายและสรุป.....   | 34 |
| 7     | ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.....        | 31 |

## 1. บทนำ

ผลการรักษาหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์จากการรับบริการทางด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะเกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือความประมาทของผู้ให้บริการทางการแพทย์ก็ตาม นำมาซึ่งความสูญเสีย และความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบการให้บริการด้านสุขภาพของประเทศ ที่ความศรัทธาและความเชื่อมั่นระหว่างกันและกันกำลังจะสูญหายไป

การปฏิบัติงานสาขาการแพทย์เป็นสาขาหนึ่งที่มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกฟ้องร้องทางกฎหมายจากการให้บริการ ไม่ว่าจะการฟ้องร้องนั้นจะเกิดจากความเข้าใจผิด หรือเกิดจากความพลาดพลั้งของแพทย์ผู้ให้บริการเองก็ตาม จากสถิติของแพทยสภาพบว่านับจากปี 2534 ถึง 2550<sup>1</sup> มีเรื่องร้องเรียนรวมทั้งสิ้น 2,880 คดี โดยส่วนใหญ่เป็นคดีที่เกี่ยวข้องกับการไม่รักษาตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พบว่ามีสูงถึง 1,567 คดี รองลงมาคือ การโฆษณาประกอบวิชาชีพเวชกรรม 344 คดี

จากจำนวน 2,880 คดี แพทยสภาสามารถพิจารณาเสร็จสิ้นแล้ว 1,317 คดี โดยมีแพทย์ถูกเพิกถอนใบอนุญาตถึง 10 ราย และถูกพักใช้ใบอนุญาต 119 ราย ส่วนใหญ่แพทย์ที่ถูกลงโทษมักจะเป็นแพทย์ที่ตั้งใจทำความผิด ให้การรักษาโดยประมาท ไม่เอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย ซึ่งเป็นการกระทำผิดจริง

ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษานั้น นำมาซึ่งความเดือดร้อนของครอบครัวและผู้ใกล้ชิดของผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ ผู้เสียหายและครอบครัวที่ต้องประสบกับปัญหาความเจ็บป่วยต่อเนื่อง , ทุพพลภาพ หรือ การตาย ต้องประสบกับความสูญเสียเช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การขาดรายได้จากการทำงาน การสูญเสียโอกาสในการทำงาน ความสูญเสียทางด้านจิตใจ

การฟ้องร้องแพทย์ที่ปรากฏเป็นข่าวทางสื่อมวลชนนั้นเป็นเพียงส่วนหนึ่ง ยังมีผู้ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์อีกจำนวนมากที่ไม่ได้นำเรื่องเข้าสู่กระบวนการทางศาล นอกจากนี้ผู้ที่ได้รับการชดเชยจากระบบฟ้องร้องยังมีจำนวนน้อยมากในขณะที่ต้องเสียเวลากับกระบวนการทางศาลเป็นเวลายาวนานหลายปี หากประเทศไทยไม่มีระบบการคุ้มครองความเสียหายที่เป็นธรรม ผู้เสียหายเหล่านี้ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายและความสูญเสียที่เกิดขึ้นเอง โดยเฉพาะคนยากจน คนด้อยโอกาส ขาดความรู้ ไม่มีหนทางที่จะเรียกร้องหรือแม้แต่จะรู้ว่าตนมีสิทธิและควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเยียวยาอย่างไร

ไม่ใช่แต่เพียงผู้เสียหายจากความผิดพลาดระหว่างการรักษาและครอบครัวเท่านั้น ที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ หากแต่แพทย์เองก็ได้รับความทุกข์เมื่อเกิดความผิดพลาดหรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาอยู่ไม่น้อย บางรายถูกฟ้องดำเนินคดีทั้งทางแพ่ง และกรณีร้องเรียนทางด้านจริยธรรมกับ

<sup>1</sup> หมอ-คนไข้ บนโลกคนละใบเดียวกัน วารสาร ฟ้าเดียวกัน ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 มกราคม-กุมภาพันธ์ 2551

แพทยสภา และอีกหลายรายต้องทุกข์ใจ เมื่อถูกร้องเรียนเป็นข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์ จนต้องขอย้ายหรือต้องปิดคลินิกแม้ยังไม่ได้มีการพิสูจน์เลยว่าความเสียหายนั้นแพทย์เป็นต้นเหตุจริงหรือไม่ เรียกได้ว่าทั้งแพทย์และผู้ป่วยต่างก็ทุกข์เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งสุดท้ายผลเสียก็คงจะตกอยู่กับทั้งแพทย์และผู้รับบริการ รวมไปถึงผลเสียต่อระบบการให้บริการด้านสุขภาพของประเทศ ที่ความศรัทธาและความเชื่อมั่นระหว่างกันและกันกำลังจะสูญหายไป

จากความขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้สร้างระบบและนโยบายในการดูแลสุขภาพซึ่งเกี่ยวโยงทั้งผู้ให้และผู้รับบริการด้านสาธารณสุข ก็พยายามที่จะหาทางออกให้กับความขัดแย้ง นับตั้งแต่มีการตั้งศูนย์สันติวิธี เพื่อทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย หรือญาติของผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหาย การจัดอบรมความรู้ด้านกฎหมายแก่แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายประจำเขตต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 12 เขต เพื่อให้คำปรึกษารวมทั้งช่วยเหลือ<sup>2</sup> อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามในการเสนอกฎหมายเพื่อเปลี่ยนหลักการในการจัดการความขัดแย้ง จากการมุ่งพิสูจน์หาตัวคนผิด เพื่อนำตัวมาลงโทษมาเป็นการเยียวยาผู้เสียหาย ในรูปของเงินชดเชย โดยการออก พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2545 ที่มาตรา 41 ระบุถึงกองทุนช่วยเหลือบรรเทาทุกข์แก่ผู้ได้รับความเสียหายจากการบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2546 เริ่มมีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2545แต่เป็นการช่วยเหลือผู้รับบริการที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ทำให้เกิดแนวคิดที่จะขยายความคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนและเริ่มเป็นรูปธรรมดังปรากฏใน “ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข พ.ศ.....”<sup>3</sup> ซึ่งมีการเปลี่ยนชื่อร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวเป็น “ร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ.....” (ณ เดือน มีนาคม 2552) และในชั้นของมติคณะรัฐมนตรี ร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวเปลี่ยนกลับมาใช้ชื่อเดิม ขณะนี้ ร่างพรบ.นี้ อยู่ในระหว่างการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร (เดือน กรกฎาคม 2553)

ดังนั้นคณะวิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่ต้องให้ข้อมูลแก่สาธารณะ เพื่อให้ทุกฝ่ายมีข้อมูล และประเมินความเป็นไปได้ของทางเลือก และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว คณะวิจัยจึงทบทวนข้อมูลประสบการณ์จากต่างประเทศจากรายงานที่มีผู้สืบค้นมาแล้ว และวิเคราะห์เพื่อชี้ให้เห็นผลดีผลเสีย และความสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย จากนั้นเสนอทางเลือกที่เป็นรูปธรรมและประมาณการรายจ่าย

<sup>2</sup> มติชน สูดส์ปดาร์ ฉบับประจำวันที 23-29 มกราคม พ.ศ.2552 ปีที 29 ฉบับที 1484

<sup>3</sup> อารยา ชูผกา. “จากบทเรียนสู่กฎหมาย:คุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข”. ทำไมคนไข้ไม่ฟ้องหมอ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550

ของกองทุนและเสนอวิธีการได้มาของรายได้ของกองทุน นอกจากนี้ ได้นำข้อมูลเพื่อนำเข้าที่ประชุมปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายด้วย

## 2. ผลการศึกษาแนวคิดและรูปแบบกองทุน

### 2.1 สถานการณ์ในไทยและบทเรียนในต่างประเทศ

#### 2.1.1 ปัญหาและแนวคิดเรื่องการพิสูจน์ผิดในการชดเชย

จากการศึกษาของ รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ และคณะ<sup>4</sup> พบว่าแนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อลดความขัดแย้งไม่ให้ส่งผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพในต่างประเทศนั้น จะเป็นในลักษณะของการชดเชย ไม่ว่าจะเป็นการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพโดยไม่ต้องพิสูจน์ผิด (No fault liability) มาใช้เพื่อลดความขัดแย้ง โดยใช้ในหลายประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลียมีหน่วยงานร้องทุกข์ที่เป็นอิสระ ไม่ได้ขึ้นกับหน่วยงานรัฐหรือองค์กรวิชาชีพ มีอำนาจในการเจรจาประนีประนอมระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพ กับผู้รับบริการ เพื่อให้มีการชดเชยในกรณีที่มีการได้รับบาดเจ็บ หรือความทุกข์ทรมานเกิดขึ้น ในประเทศอินเดีย ภายใต้การบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค (The Consumer Protection Act 1986: COPRA) มีการจัดตั้งหน่วยงานหรือคณะกรรมการดำเนินการเพื่อการชดเชยให้ผู้บริโภค (Consumer Disputes Redressal Agencies or Commissions) ในลักษณะที่เป็นกลไกกึ่งศาล (quasi judicial machinery) ทั้งประเทศทั้งระดับรัฐบาลกลาง (National Commission) ระดับรัฐ (State Commission) และระดับอำเภอ (District Forum) เพื่อทำหน้าที่ให้ความเห็นตามหลักความยุติธรรมตามธรรมชาติและให้มีอำนาจในการให้ความช่วยเหลือชดเชยตามคำร้องทุกข์ของผู้บริโภค (District Consumer Complaints Redressal Forum) ตั้งแต่ เรื่องความเสียหายของเครื่องใช้ในบ้าน ไปจนถึงการบริการการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์หลักที่ต้องการให้มีการชดเชยที่ง่ายและรวดเร็วขึ้น และไม่จำเป็นต้องมีทนายความ และค่าธรรมเนียมใดๆ นอกจากนี้กลไกกึ่งศาลนี้ ยังมีอำนาจในการลงโทษทางอาญาในคดีที่ไม่ซับซ้อนต่อนักธุรกิจหรือบุคคลใดๆ ที่พิสูจน์ได้ว่ากระทำผิดได้ด้วย อย่างไรก็ตามบุคคลนั้นสามารถที่จะใช้สิทธิในการอุทธรณ์ต่อศาลสูงได้ภายในเวลา 30 วันนับแต่ได้รับคำวินิจฉัยนั้น และในประเทศสหราชอาณาจักร การร้องทุกข์เล็กๆ น้อยๆ ทั่วไป ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งของการจัดการการร้องทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับการชดเชยในวงเงินไม่เกิน 3,000 ปอนด์ หรือต่ำกว่านี้ กระบวนการนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของศาลท้องถิ่นของประเทศสหราชอาณาจักรที่ไม่จำเป็นต้องมีการพิจารณาในศาล หรือใช้ทนายความ แต่ผู้กล่าวหาและผู้ถูกกล่าวหาทั้ง 2 ฝ่าย จะต้องแสดงเหตุผลและหลักฐานของตนเองต่อศาล แต่ในประเทศไทยถ้าไม่นับมาตรา 41 ผู้เสียหายต้องพึ่งอำนาจศาล

<sup>4</sup> รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์และคณะ. กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ. ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนเรศวร, 2550.



การทบทวนประสบการณ์ของประเทศไทย พบว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากบริการสุขภาพในบางกรณี เป็นเรื่องที่เป็นความผิดของผู้ให้บริการอย่างชัดเจน เช่น ลืมอุปกรณ์ผ่าตัดไว้ในช่องท้อง ถอนฟันผิดซี่ แต่ในหลายๆกรณี ความเสียหายที่นำสู่การพิจารณาคดีในชั้นศาลหลายลักษณะจะไม่เข้าข่ายเป็นการกระทำความผิดฐานละเมิดเพราะผู้ให้บริการมิได้จงใจ<sup>5</sup> แต่ไม่มีกระบวนการในการให้ข้อมูลกับผู้เสียหายอย่างโปร่งใส และตรวจสอบได้ ทำให้เกิดความคับข้องใจและส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจ

### 2.1.2 มาตรการการป้องกัน การเกิดความเสียหายและความขัดแย้งจากการรักษาพยาบาล

จากการศึกษาของ นายแพทย์ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา ด้านกฎหมาย<sup>6</sup> พบว่าแนวทางการแก้ปัญหาสัมพันธภาพด้วยมาตรการอื่นๆ นั้นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน 4 ฝ่าย ระหว่าง หน่วยงานหรือระบบ แพทย์ ผู้ป่วย และสังคม ไม่ใช่ 2 ฝ่าย ที่ว่า แพทย์เข้าใจว่า ผู้ป่วยกับสังคมคือฝ่ายเดียวกัน และผู้ป่วยเข้าใจว่าแพทย์กับหน่วยงานหรือระบบคือฝ่ายเดียวกัน การศึกษา 15 ประเทศในยุโรปมีผลสรุปว่า Medical Error สามารถลดได้จากการพัฒนาระบบได้ถึงร้อยละ 30 คือ

ขั้นที่ 1 การคัดเลือกผู้ที่จะเป็นนักเรียนแพทย์และหลักสูตรแพทย์มีความสำคัญทั้งในด้านความรู้และจริยธรรม

ขั้นที่ 2 ความสัมพันธ์ของแพทย์ การสื่อสาร แพทย์ต้องอธิบายผู้ป่วยและญาติ ทั้งก่อนการรักษา ระหว่างการรักษาทุกขั้นตอนและหลังการรักษา แพทย์ต้องช่วยผู้ป่วยสื่อสารรายละเอียดระบบการดูแลรักษาต่อหน่วยงานสถานพยาบาลและระบบการให้สังคมเข้าใจได้ถึงการประกอบวิชาชีพที่ถูกต้องด้วย

ขั้นที่ 3 เมื่อมีผลกระทบเกิดขึ้นแล้ว จำเป็นจะต้องมีกระบวนการให้ความช่วยเหลือผู้เดือดร้อนทั้งแพทย์และผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เมื่อมีผลกระทบที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 4 การประสานความสัมพันธ์ คือ กระบวนการไกล่เกลี่ย ที่มีเป้าหมายให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระหว่างคู่กรณี การประสานความสัมพันธ์ โดยยินยอมปรับเป้าประสงค์ของฝ่ายตนให้สามารถที่จะยอมรับร่วมกันได้ตามเหตุและผล

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ<sup>7</sup> ได้เสนอแนวทางการแก้ปัญหาเบื้องต้น 9 ประการเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาสัมพันธภาพ เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง คือ

<sup>5</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคณะ, การศึกษาปัญหาการฟ้องร้องคดีเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย, กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์, 2544.

<sup>6</sup> ความไม่ขัดแย้งที่ขัดแย้ง เอกสารประกอบการจัดการสุนทรียเสวนา เรื่อง ทางออกเชิงระบบ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ 11 กุมภาพันธ์ 2551

<sup>7</sup> ปัญหาความสัมพันธ์ผู้ป่วยกับแพทย์ ต้องแก้เชิงระบบ เอกสารประกอบการจัดการสุนทรียเสวนา เรื่อง ทางออกเชิงระบบ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ 11 กุมภาพันธ์ 2551

**1. กลไกการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการ** เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอว่าไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือเล็ก หรือสถานพยาบาลระดับใด เป็นการเพิ่มคุณภาพ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายหรือปัญหาไม่พึงประสงค์ทั้งปวง ปัจจุบันมีระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รัฐบาลเห็นชอบให้ออกพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เป็นองค์กรมมหาชน เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการสาธารณสุข และลดปัญหาที่เกิดจากการให้บริการลงให้ได้มากที่สุด

**2. กลไกการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการ** ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนกำลังคนให้มีการผลิตและกระจายที่เหมาะสม การดูแลระบบที่เอื้อให้บุคลากรทำงานได้อย่างมีความสุข ไม่ว่าจะเป็นในเมืองหรือชนบท ตลอดจนการฝึกอบรมให้แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขทุกคนมีทักษะในการสื่อสาร การพูดคุยกับผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับปัญหาหรือการสูญเสียต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ

**3. กลไกบริหารความเสี่ยงระดับสถานพยาบาลและระดับพื้นที่** การตั้งกรรมการบริหาร ความเสี่ยงของโรงพยาบาล หรือการตั้งกลไกบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด เพื่อทำงานวิเคราะห์ ติดตาม เฝ้าระวังปัญหาแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยได้รับจากการบริการ หรือปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ที่เกิดขึ้นในจังหวัด ไม่ให้ปัญหาลุกลามใหญ่โตเกิดการแก้ไขได้ด้วยสันติวิธี

**4. กลไกความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน** ทุกโรงพยาบาลควรมี คณะกรรมการโรงพยาบาล ที่มีภาคประชาชนเข้ามาร่วมวางแผน ร่วมรับรู้การทำงาน of โรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพราะกลไกนี้จะช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนได้เป็นอย่างดี

**5. กลไกไกล่เกลี่ย** เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนา ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข ขึ้นมาทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยกรณีต่างๆ กลไกเช่นนี้ควรได้รับการสนับสนุนและ พัฒนาให้มีสาขาและให้สามารถทำงานอย่างครอบคลุม

**6. กลไกคุ้มครองการทำงาน of แพทย์และทีมงาน** ได้เสนอว่า ควรจะมีการตั้งกลไกโดยทีม นี้จะต้องเห็นใจและเข้าใจแพทย์บนหลักการการอยู่ร่วมกันอย่างสันติและเคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีของกัน และกัน

**7. กลไกขับเคลื่อนบริการสาธารณสุขด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์** ได้เกิดการพัฒนาขึ้น แล้วโดยมี ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้เสนอแนวคิด “การพัฒนาบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์” (Humanized Health Care) ซึ่งขณะนี้มีการขับเคลื่อนกันไปแล้วในระดับต้น

**8. กลไกการจัดการความรู้และขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนให้เกิด “สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ” (สวค.) ขึ้นมาทำงานวิชาการที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ และในขณะเดียวกัน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพ

แห่งชาติ พ.ศ.2550 ก็ได้ตั้งกลไกทำงานเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ขึ้น เรียกว่า “คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ”

**9.กลไกเยียวยา** กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันในการเสนอกฎหมายตั้ง กองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์อุบัติเหตุ ซึ่งโดยหลักการของร่างกฎหมายฉบับนี้ คือ<sup>8</sup>

1. ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการประกอบวิชาชีพทางสุขภาพสามารถได้รับการเยียวยาความเสียหายอย่างสะดวกและรวดเร็ว ปราศจากการพิสูจน์อุบัติเหตุ

2. เพื่อรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

3. สร้างโอกาสให้มีการพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากขึ้น

## 2.2 แนวคิดการชดเชยความเสียหาย

แนวคิดการชดเชยความเสียหายอันเกิดจากการกระทำหรือละเว้นการกระทำของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพในการบริการทางการแพทย์มีมานานแล้ว โดยทั่วไปใช้แนวคิด “การพิสูจน์อุบัติเหตุ” โดยกลไกของศาลตามหลักกฎหมายละเมิด (Tort Law) แต่มีข้อจำกัดในการอำนวยความสะดวกต่อฝ่ายผู้เสียหายหรือโจทก์ในการเข้าถึงซึ่งการต่อสู้คดีในชั้นศาล ในระยะหลังจึงมีการพัฒนาแนวคิดการชดเชยความเสียหายทางการแพทย์มาสู่ความรับผิดชอบของผู้ที่ทำให้เกิดความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (Liability without Fault or Strict Liability or No-Fault Liability) โดยการออกแบบกลไกที่มิใช่ศาลให้มีอำนาจหน้าที่ในการไกล่เกลี่ยและวินิจฉัยข้อโต้แย้งที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ให้บริการให้สามารถยุติลงได้ก่อนถึงชั้นศาล ภายใต้กฎหมายหรือ กฎระเบียบเกี่ยวกับการบาดเจ็บของผู้ป่วยที่มีการกำหนด ปรักฎษา แนวคิดวัตถุประสงค์ สิทธิหน้าที่ขององค์กรและบุคคล ตลอดจนขอบเขต เงื่อนไข และกระบวนการพิจารณาในการชดเชยไว้เป็นการเฉพาะ<sup>9</sup> และได้มีการนำไปใช้ในหลายประเทศ ทั้งแบบบังคับและสมัครใจ โดยมีพัฒนาการที่แตกต่างกันไป บางประเทศมีการใช้มาเป็นเวลากว่า 20 ปี ในขณะที่บางประเทศเพิ่งเริ่มใช้ได้ไม่นาน

นิวซีแลนด์ เริ่มในปี พ.ศ.2515 เป็นระบบหนึ่ง ในระบบประกันสังคม

<sup>8</sup> อารยา ชูผกา. “จากบทเรียนสู่กฎหมาย:คุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข”. ทำไมคนไข้ไม่ฟ้องหมอ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550

<sup>9</sup> รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์และคณะ. กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ. ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2550.

|               |   |
|---------------|---|
| สวีเดน        | ใช้แบบสมัครใจในปี พ.ศ.2518 และบังคับในปี พ.ศ.2540 ให้สถานพยาบาลของรัฐทำประกันกับ บริษัทประกันร่วมของเขต และสถานพยาบาลของเอกชน ทั้งหมดจะต้องทำประกันกับ บริษัทประกันเอกชน  |
| ฟินแลนด์      | ออกกฎหมายกองทุนประกันความเสียหายผู้ป่วย(The Patient Injuries Act) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2530 และได้มีการแก้ไขในปี พ.ศ.2542 ขยายสิทธิและให้ค่านิยามที่ชัดเจนชัดคำในสิทธิของการชดเชยกว่าเดิม หลักเลี่ยงการฟ้องร้องบนพื้นฐานของกฎหมายละเมิด  |
| นอร์เวย์      | มีกฎระเบียบที่เกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายชื่อ Rules for Provisional of Compensation for Injury to Patients กฎหมายนี้ใช้สำหรับโรงพยาบาลรัฐ และแผนกผู้ป่วยนอก เป็นการชดเชยในสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทางกาย อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลภายใต้ความสอดคล้องสัมพันธ์กับกฎการชดเชยทั่วไป   |
| เดนมาร์ก      | มีกฎหมายที่เกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายชื่อ The Patient Insurance Act พ.ศ.2540 ซึ่งต่อมามีการแก้ไขเพิ่มเติมในปี พ.ศ.2542 ขยายสิทธิในการชดเชยที่เทียบได้กับความรับผิดชอบในความผิด แต่การชดเชยเข้าถึงได้ง่ายกว่า  |
| ไอซ์แลนด์     | มี Iceland Patient Insurance Scheme เริ่มในปี พ.ศ.2544 เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยจากการบริการทางการแพทย์ โดยทุกเรื่องการร้องเรียนจะถูกส่งไปยังกระทรวงสาธารณสุขของไอซ์แลนด์  |
| สหราชอาณาจักร | ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพอยู่ภายใต้กฎหมายทั่วไปว่าด้วยสัญญาและละเมิด มีเพียงส่วนน้อยที่จะนำไปสู่กฎหมายว่าด้วยสัญญา โดยเฉพาะการให้บริการรักษาพยาบาลของภาคเอกชนเนื่องจากการให้บริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่ถูกจัดโดย National Health Service (NHS) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์โดยพื้นฐานตามพันธกิจทางกฎหมายของผู้ให้บริการ (provider's statutory obligation) ปัจจุบันอังกฤษยังไม่มีกองทุนชดเชยความเสียหายโดยอยู่ระหว่างการพัฒนาเพื่อนำไปสู่การออกเป็นกฎหมาย |
| สหรัฐอเมริกา  | สมาคมแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา(AMA American Medical Association ) ผลักดันให้มีการออกกฎหมายเพื่อเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย คือ The Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005 ทั้งนี้เพื่อจะให้แพทย์และโรงพยาบาลรายงานความผิดพลาดทางการแพทย์ (โดยสมัครใจ) เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์หิววิจัย เป็นกรณีศึกษาเพื่อเป็นบทเรียนในการพัฒนาการดูแลรักษาประชาชนให้ปลอดภัย และป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดซ้ำอีกใน   |

อนาคต และผู้ป่วยก็จะได้รับการช่วยเหลือเยียวยาผลเสียหายที่เกิดจากความ  
ผิดพลาดนี้ โดยไม่ต้องไปฟ้องร้อง

อย่างไรก็ตาม การนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ พบว่า มีรูปแบบที่แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละประเทศ และมีการพัฒนามาตามลำดับ รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์และคณะ (2550) แบ่งรูปแบบเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ คือ 1) การชดเชยโดยการใช้จ่ายไกล่เกลี่ย, 2) การชดเชยก่อนศาลและการใช้ศาล และ 3) การชดเชยเต็มรูปแบบและตัดสินคดีทางศาล<sup>10</sup> หลังจากที่นักวิจัยได้ทบทวนกรณีศึกษาต่างๆ แล้ว เห็นว่า ควรดัดแปลงซึ่งกลุ่มรูปแบบการชดเชยเพื่อให้สื่อสารได้เข้าใจง่ายขึ้นเป็นดังนี้

- 1) การชดเชยโดยการใช้จ่ายไกล่เกลี่ย
- 2) การชดเชยโดยการประกัน ร่วมกับการใช้จ่ายไกล่เกลี่ย
- 3) การชดเชยโดยสวัสดิการสังคม และตัดสินคดีการฟ้องศาล

#### **การชดเชยโดยการใช้จ่ายไกล่เกลี่ย**

สามารถใช้หลักกฎหมายทั่วไปว่าด้วยละเมิดเป็นกลไกในการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับความเสียหายจากบริการสุขภาพได้อย่างมั่นคงและสอดคล้องกับหลักการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนตามแนวคิดรัฐธรรมนูญนิยมที่ทุกคนมีสิทธิที่จะนำข้อโต้แย้งที่เกิดขึ้นสู่การวินิจฉัยชี้ขาดโดยศาล

#### **การชดเชยก่อนศาลโดยการประกัน ร่วมกับการใช้จ่ายไกล่เกลี่ย**

สามารถอำนวยความสะดวกในการแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพของผู้เสียหายได้รวดเร็วกว่าการใช้จ่ายไกล่เกลี่ย ตัวอย่างรูปแบบนี้ที่ชัดเจนพบได้ในประเทศสวีเดน

#### **การชดเชยก่อนศาลโดยสวัสดิการสังคม และตัดสินคดีการฟ้องศาล**

สามารถอำนวยความสะดวกในการแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพของผู้เสียหายได้อย่างคลุมคลุมกว้างขวางและรวดเร็วกว่าการใช้จ่ายไกล่เกลี่ย ตัวอย่างประเทศที่ใช้รูปแบบนี้มีเพียงประเทศเดียว คือ ประเทศนิวซีแลนด์

## **2.3 กรณีศึกษา**

การศึกษานี้จะขอยกกรณีศึกษา 3 ประเทศที่ใช้รูปแบบการชดเชยที่แตกต่างกัน โดยเลือกประเทศสหราชอาณาจักร, ประเทศสวีเดน, และ ประเทศ นิวซีแลนด์ เป็นตัวแทนของรูปแบบกลไกการใช้จ่าย, กลไกชดเชยก่อนศาลโดยการประกันและควบคู่กับการใช้ศาล, และกลไกชดเชยก่อนศาลโดยสวัสดิการสังคมและตัดสินคดีทางศาล ตามลำดับ โดยกรณีศึกษาสามารถแสดงพัฒนาการ และบริบทของ

---

<sup>10</sup> รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์และคณะ. กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ. ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี, 2550.

แต่ละประเทศเพื่อให้ผู้อ่านสามารถทำความเข้าใจ ถึงความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบต่างๆมา ประยุกต์ใช้กับประเทศไทย

### 2.3.1 กรณีศึกษารูปแบบการชดเชยโดยใช้กลไกศาล: ประเทศสหราชอาณาจักร

ในประเทศสหราชอาณาจักร<sup>11</sup> ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพจะอยู่ภายใต้กฎหมายทั่วไปว่าด้วยสัญญาและละเมิด มีเพียงส่วนน้อยที่จะนำไปสู่กฎหมายว่าด้วยสัญญา โดยเฉพาะการ ให้บริการรักษาพยาบาลของภาคเอกชนเนื่องจากการให้บริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่ถูกจัดโดย National Health Service (NHS) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์โดยพื้นฐานตามพันธกิจทางกฎหมายของผู้ ให้บริการ (provider's statutory obligation) ปัจจุบันสหราชอาณาจักรยังไม่มีกองทุนชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด หรือการประกันของบุคคลที่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือตายที่เกิด จากการรักษาทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามมีการจัดตั้งกองทุนการชดเชยการบาดเจ็บโดยไม่ต้องพิสูจน์ ถูกผิดกับการบาดเจ็บที่เกิดจากอุตสาหกรรม สหราชอาณาจักรได้ออกกฎหมาย "The Vaccination Damage Payments Act 1979" เพื่อชดเชยบุคคลที่ได้รับการบาดเจ็บระหว่างการดำเนินการเกี่ยวกับ โรคที่มีการให้วัคซีนที่มีผลทำให้บุคคลนั้นตาย พิการอย่างแรง ครอบคลุมทั้งมารดา เด็กอายุตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป และบุคคลที่ได้รับความเสียหายจากการดำเนินการให้วัคซีนโดยไม่มีข้อกำหนดในการพิสูจน์ถูกผิด (No requirement to prove fault) เป็นพิเศษ เช่น Poliomyelitis และ Rubella เป็นต้น

การดำเนินคดีความประมาททางการแพทย์ในความสัมพันธ์กับการรักษาโรคโดย NHS ครอบคลุมกว้างขวางมาก ซึ่งเป็นการคลังสาธารณะผ่านระบบภาษี บางครั้งการรับรู้สาธารณะ การ ฟ้องร้องถูกกระตุ้นโดยผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยจะเข้าไปใช้ประโยชน์สำหรับการ รักษาพยาบาลซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพยากร

เกณฑ์ในการร้องขอการชดเชย ยังอยู่ภายใต้กฎหมายละเมิด การพิจารณาความผิดของผู้ ให้บริการทางการแพทย์ ตั้งแต่ ปี ค.ศ.1998 ใช้เกณฑ์ Bolitho มาพิจารณาแทนเกณฑ์ Bolam's test ที่ ใช้มาตั้งแต่ปีค.ศ.1957 ซึ่งการตัดสินอยู่ภายใต้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ครอบคลุม การ ชดเชยการบาดเจ็บ การสูญเสียรายได้และรายจ่ายในการดูแลที่ผ่านมา และการสูญเสียรายได้และ รายจ่ายในการดูแลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หากความเห็นของแพทย์ไม่สมเหตุสมผลทางตรรกะถือว่าเป็น ความผิดพลาดของแพทย์ หลังจากนั้นอำนาจตัดสินใจก็จะกลับไปอยู่ที่ผู้พิพากษาแทน กระบวนการ ช่วยเหลือ กระบวนการร้องเรียนต่อ NHS มี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

<sup>11</sup> ลีอชัย ศรีเงินยวง นฤพงศ์ ภักดี และจิราภร ชมศรี เรื่อง "การชดเชยกรณีผิดพลาดจากการรักษาทางคลินิก:

Compensation for Clinical Negligence in England" เพื่อทบทวนสถานการณ์ระบบการชดเชยกรณีความผิดพลาด จากการรักษาทางคลินิกในระบบสุขภาพของประเทศไทย

1. ผู้เสียหายร้องเรียนด้วยวาจาในระดับสถานพยาบาล หน่วยงานระดับต้นให้เป็นผู้คลี่คลาย (Local Resolution)

2. หากการร้องเรียนระดับต้นไม่ได้รับการแก้ไข ผู้เสียหายต้องเสนอเรื่องเป็นลายลักษณ์อักษรต่อ Chief Executive เรื่องร้องเรียนจะได้รับการจัดการภายใน 2 วันทำการ และจะต้องมีการสอบสวนหาสาเหตุความผิดพลาดและหาข้อสรุปชี้แจงต่อผู้เสียหายภายใน 21 วัน (Management Resolution)

3. หากผู้เสียหายยังไม่พอใจสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 21 วัน หลังจากวันที่รับเรื่องชี้แจงจาก Chief Executive ในกรณีนี้ NHSLA จะนำเรื่องเข้าสู่คณะกรรมการอิสระเพื่อพิจารณา เรื่องจะอุทธรณ์แล้วเสร็จภายใน 21 วัน

ประเทศสหราชอาณาจักรยังคงยึดระบบกฎหมายละเมิดและไม่เห็นด้วยกับการใช้ระบบชดเชยที่ไม่ต้องพิสูจน์ความผิดแบบเบ็ดเสร็จอย่างเช่นที่เป็นอยู่ในสวีเดนหรือนิวซีแลนด์ แต่ตระหนักในปัญหาที่ประชาชนส่วนหนึ่งยังไม่สามารถเข้าถึงได้ จึงมีการทบทวนกระบวนการชดเชยความผิดพลาดทางการแพทย์เพื่อเสนอแนวทางปฏิรูปอย่างต่อเนื่อง คือ ในปี ค.ศ. 2001 มีการเสนอรายงานชื่อ Access to Justice เพื่อเสนอทางออกในการเข้าถึงระบบกฎหมาย ต่อมาในกลางปี ค.ศ. 2003 ได้มีการเสนอรายงานชื่อ "Making Amends" เพื่อเสนอแนวทางปฏิรูปที่ระบบกฎหมายโดยมีการนำระบบชดเชยที่ไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาผสมอยู่ด้วย ได้แก่ การร้องเรียนที่มีมูลค่าการชดเชยที่ไม่เกิน 30,000 ปอนด์ ให้มีระบบการชดเชย โดยการผสมผสานระหว่างระบบกฎหมายละเมิดกับระบบการชดเชยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด และการจ่ายเงินโดยมีเพดานกำหนด ทั้งนี้จะต้องเป็นความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์ที่หลีกเลี่ยงได้ และไม่ได้เกิดจากความเป็นไปตามปกติของโรค มีการเสนอระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด กรณีที่มีการบาดเจ็บทางระบบประสาทอย่างรุนแรงไว้เฉพาะ เช่น การบาดเจ็บทางสมองที่เกิดจากการคลอด แต่จะถูกตัดสินการร้องเรียนตามระบบกฎหมาย ซึ่งในกรณีปกติผู้เสียหายที่ไม่ได้รับการจ่ายเงินช่วยเหลือตามแผนการชดเชย จะไม่ถูกตัดสิทธิในการร้องเรียนตามระบบกฎหมาย นอกจากนี้ประเทศสหราชอาณาจักรได้นำระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาใช้ในสามแผนงาน คือ การบาดเจ็บในโรงงาน การบาดเจ็บจากอาชญากรรม และแผนงานความเสียหายจากการรับวัคซีน

แหล่งที่มาของเงิน การชดเชยความผิดพลาดทางการแพทย์ของประเทศสหราชอาณาจักรอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานย่อย ของ National Health Service (NHS) เรียกว่า National Health Service Litigation Authority (NHSLA) ปัจจุบัน NHSLA ดูแลพิจารณาจ่ายเงินชดเชยที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์สามแผน คือ Existing Liability Scheme (ELS), Clinical Negligence Scheme for Trust (CNST) และ EX-RHAs โดยที่ ELS และ EX-RHAs ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐทั้งหมด ส่วน CNST ได้งบประมาณจากการเก็บจากสมาชิกหรือ Trust ต่างๆ โดยจะเก็บเงินสมทบตั้งแต่ 2,000 - 6,000 ปอนด์

## ข้อดี

1. ศาลเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนสูงสุด เป็นการตรวจสอบการโต้แย้งสิทธิระหว่างรัฐกับเอกชนและระหว่างเอกชนกับเอกชนโดยผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียและมีวิธีการพิจารณาคดีที่กำหนดไว้อย่างเป็นระบบในชั้นศาล ที่สามารถประกันความยุติธรรมด้วยระบบการตรวจสอบกันเองโดยองค์คณะพิจารณาและพิพากษาที่มีอยู่ 3 ระดับได้แก่ ศาลชั้นต้น ศาลอุทธรณ์และศาลฎีกา

2. การพิจารณาวงเงินการชดเชยโดยศาล ศาลจะพิจารณาชดเชยให้ตามจำนวนความเสียหายที่คาดคะเนได้และไม่อาจคาดคะเนได้โดยการวินิจฉัยให้ใกล้เคียงกับความเสียหายที่เป็นจริงมากที่สุดครอบคลุมทั้งความเสียหายที่เป็นความเสียหายทางเศรษฐกิจ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าขาดงาน ค่าขาดไร้อุปการะ ฯ และความเสียหายที่ไม่ใช่ทางเศรษฐกิจ เช่น ค่าเจ็บปวดทรมาน ค่าขาดความสุขสำราญในชีวิต

## ข้อเสีย

1. การนำคดีขึ้นสู่ศาลมีค่าใช้จ่ายสูงจากกระบวนการทางกฎหมาย เช่น ค่าธรรมเนียมศาล ค่าทนายความ หากผู้เสียหายไม่มีทรัพย์สินเพียงพอจะมีปัญหาในการจ้างทนายความที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อดำเนินการ ในขณะที่มีความไม่แน่นอนในผลลัพธ์ที่จะออกมา

2. คดีที่ขึ้นสู่ศาลมีจำนวนน้อยและมีคำตัดสินออกมามีจำนวนที่ต่ำมากหากเปรียบเทียบกับคดีทั้งหมดที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ไม่ใช่กระบวนการทางกฎหมายหรือเลือกใช้บางส่วน เช่น การเจรจาต่อรอง

3. ขั้นตอนในการดำเนินการหรือวิธีพิจารณาความเพื่อให้ผู้เสียหายได้รับสิทธิตามที่กฎหมายบัญญัติรับรองไว้มีเทคนิคยุ่งยาก มีระยะเวลาที่ยาวนาน และอาจเป็นเงื่อนไขประการสำคัญที่ทำให้ไม่เกิดการบังคับใช้กฎหมายหรือการบังคับใช้กฎหมายไม่มีประสิทธิภาพ

4. การดำเนินคดีกับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ มีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีการรักษาแบบป้องกันตัวเอง การส่งต่อผู้ป่วย และการปฏิเสธการให้บริการในกรณีไม่ใช่เหตุฉุกเฉินมากขึ้น และเกิดการย้อนกลับมาสู่การใช้งบประมาณที่ไม่เป็นสัดส่วนในการจัดบริการสุขภาพ

### 2.3.2 กรณีศึกษารูปแบบการชดเชยโดยการประกัน ร่วมกับการใช้กลไกศาล: ประเทศสวีเดน

กลไกการชดเชยโดยการประกัน ร่วมกับการใช้กลไกศาล ในประเทศสวีเดน<sup>12</sup> เป็นกลไกของฝ่ายบริหารที่ต้องการแก้ไขเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นจากข้อโต้แย้งเกี่ยวกับคุณภาพและมาตรฐานใน

<sup>12</sup> ลีอชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ ภัคดี และ และพันตรี หญิง จิราภร ชมศรี, "การชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องรับผิดชอบ (NO-Fault Compensation Schemes): การทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ, คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.



การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนทั้งในส่วนที่เป็นการบริการโดยสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนก่อนที่ผู้เสียหายจะใช้สิทธิทางศาลตามหลักกฎหมายทั่วไปว่าด้วยละเมิด หน่วยงานเยียวยาของฝ่ายบริหารนี้เป็นหน่วยงานของรัฐ ที่มีใช้ส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีฐานะเป็นนิติบุคคล มีความเป็นอิสระ แต่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี เพื่อทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือชดเชยความเสียหายแก่ผู้เสียหายให้สามารถกลับคืนสู่ฐานะเดิมหรือใกล้เคียงกับสถานะภาพเดิมก่อนการเสียหายในระดับที่ได้รับความพึงพอใจมากที่สุด ในขณะที่เดียวกันต้องการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการให้คงอยู่ตลอดไป

มีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือตามสิทธิของผู้เสียหายที่ได้รับทั้งทางร่างกาย จิตใจ เพื่อลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แต่ต้องไม่เป็นความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามปกติของพยาธิสภาพของโรคหรือเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากการวินิจฉัยหรือรักษาโรคตามปกติ หรือเป็นความเสียหายเล็กน้อย ที่ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน โดยกำหนดให้มีการช่วยเหลือผู้รับบริการตามประเภทความเสียหายที่ได้รับจากการรับบริการสุขภาพ ได้แก่ ความเสียหายแก่ชีวิต การสูญเสียอวัยวะหรือพิการหรือทุพพลภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ การขาดงานและค่าขาดรายได้ภาวะ และค่าเจ็บป่วยและทุกข์ทรมาน ตามอัตราที่เหมาะสม (โดยมีแหล่งเงินสนับสนุนมาจากหลายภาคส่วนของสังคม ได้แก่ รัฐ ท้องถิ่น เอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพ ภาชีนุหรือและสุรา ภาชีสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ฯ) ครอบคลุมการบริการสาธารณสุขทุกประเภท เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ความเสียหายที่เกิดจากการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้ โดยไม่มีการพิสูจน์ถูกผิด ซึ่งหมายถึงการจ่ายโดยไม่ต้องมีการแสวงหาผู้กระทำผิดหรือไม่ต้องรอผลการพิสูจน์ทางการแพทย์

โดยให้มีการเสนอคำร้องเป็นหนังสือจากผู้ได้รับความเสียหายภายในกำหนด 3-5 ปี นับแต่วันที่รับทราบความเสียหาย ต่อหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับคำร้องในระดับจังหวัดทุกจังหวัด อาจมีหน่วยย่อยที่จัดตั้งอยู่ประจำสถานพยาบาลในระดับอำเภอทุกอำเภออย่างน้อยหนึ่งแห่ง คำร้องต้องได้รับการพิจารณาจากคณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย(มีองค์ประกอบ 5-7 คน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์จำนวน 3 คน ผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการฝ่ายละเท่าๆกัน) ภายใน 7 วัน หากมีมูลเหตุแห่งความเสียหายเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้เสียหายต้องได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นภายในสามสิบวันนับแต่วันที่รับคำร้อง ในกรณีที่ไปแล้วเสร็จ อาจให้ขยายเวลาออกได้อีกไม่เกิน 30 วัน และหากพ้นกำหนดเวลาที่ขยายแล้ว ให้ถือว่าผู้เสียหายได้รับความเสียหายเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุขและต้องได้รับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นภายใน 30 วันนับแต่วันพ้นกำหนดเวลาที่ขยาย หลังจากนั้นให้ส่งคำร้องและผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย ไป

ยังคณะอนุกรรมการประเมินค่าชดเชย(มีองค์ประกอบ 5-7 คน อย่างน้อยต้องประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์ ด้านคนพิการ ด้านการคุ้มครองสิทธิ ทั้งนี้ การพิจารณาจ่ายเงินชดเชยของคณะอนุกรรมการชุดนี้ ให้คำนึงถึงสภาพความเสียหาย สภาพจิตใจของผู้เสียหาย สิทธิหรือประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายอื่น รวมถึงสภาวะแวดล้อมอื่นๆ ประกอบด้วย)นับแต่วันที่มีการวินิจฉัยให้มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อประเมินและวินิจฉัยความเสียหาย และกำหนดจำนวนเงินที่ผู้เสียหายควรได้รับภายในหกสิบวัน หากยังไม่แล้วเสร็จอาจขยายได้อีกไม่เกิน 30 วันในระหว่างการใช้สิทธิของผู้เสียหายต่อกลไกดังกล่าว ไม่ตัดสิทธิผู้เสียหายที่จะใช้สิทธิทางศาลเพื่อฟ้องร้องดำเนินคดีแพ่งตามกฎหมายว่าด้วยละเมิด และหากผู้เสียหายใช้สิทธิทางศาลดังกล่าว ให้ชะลอการพิจารณาคำร้องหรือการจ่ายเงินชดเชยไว้ก่อนจนกว่าคดีจะถึงที่สุด ในกรณีที่ผู้เสียหายใช้สิทธิทางศาลภายหลังได้รับเงินชดเชยเบื้องต้น ให้เป็นหน้าที่ของสถานพยาบาลและผู้ให้บริการที่ตกเป็นจำเลยมีหน้าที่รายงานการดำเนินการเกี่ยวกับการฟ้องร้องของผู้เสียหายให้สำนักงานคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขทราบ และให้สำนักงานมีหน้าที่ยื่นคำร้องต่อศาลเพื่อแถลงเกี่ยวกับการรับเงินชดเชยเบื้องต้นของผู้เสียหายให้ศาลทราบ

## ข้อดี

- 1.ผู้เสียหายจะได้รับการชดเชยความเสียหายบางส่วนที่รวดเร็ว และมีขั้นตอนไม่ยุ่งยากเข้าถึงได้ง่ายกว่าศาล เนื่องจากไม่ต้องมีการพิสูจน์ว่าผู้ให้บริการมีความผิดหรือไม่ เพียงแต่นำเสนอคำร้องเพื่อเสนอมูลเหตุแห่งความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขตามขั้นตอนกระบวนการที่กำหนดไว้ หากเข้าเกณฑ์การชดเชย
- 2.ผู้เสียหายยังคงมีสิทธิเลือกระหว่างระบบเดิมและระบบใหม่ (หากระบบใหม่เปิดสิทธิทางศาลไว้) แม้จะเลือกระบบใหม่ ผู้เสียหายก็ยังคงมีสิทธิใช้สิทธิทางศาลตามปกติ ทั้งในระหว่างที่มีการเรียกร้องค่าชดเชยและหลังการได้รับค่าชดเชย ในความเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน หากผู้เสียหายเข้าสู่ช่องทางของกลไกการชดเชยและยุติได้ก็จะทำให้จำนวนคดีที่จะขึ้นสู่ศาลลดลง
- 3.ต้นทุนในการดำเนินการเรียกร้องค่าชดเชยลดลง เนื่องจากมีการใช้จ่ายเงินในระบบกฎหมายน้อยลงลง และผู้เสียหายได้รับเงินค่าชดเชยมากขึ้น
- 4.ผู้ให้บริการ สบายใจในการรายงานความผิดพลาดที่แยกระบบออกจากการชดเชย

## ข้อเสีย

- 1.แนวโน้มการร้องเรียนจะมากขึ้น เพราะผู้รับบริการรับรู้ข้อมูลมากขึ้น และมีบทเรียนจากการได้รับเงินช่วยเหลือ อาจทำให้ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลละเลยเรื่องคุณภาพและมาตรฐานในการบริการทางการแพทย์และก่อให้เกิดการละเมิดง่ายขึ้น

2. การคงไว้ซึ่งสิทธิในการฟ้องร้องศาลแบบคู่ขนานอาจทำให้ผู้เสียหายที่ไม่สุจริตยังคงใช้กลไกศาลเป็นช่องทางหลักเช่นเดิม กลไกการชดเชยก่อนศาลอาจไปเอื้อต่อการใช้สิทธิทางศาลเพิ่มขึ้น

3. การกำหนดเกณฑ์และขอบเขตในการชดเชยที่ครอบคลุมค่าเสียหายที่มีใช้ทางเศรษฐกิจโดยไม่กำหนดเพดานชั้นสูงไว้จะทำให้ระบบใหม่มีค่าชดเชยสูงกว่าระบบเดิม

### 2.3.3 กรณีศึกษารูปแบบการชดเชยโดยสวัสดิการสังคมและตัดสิทธิการฟ้องศาล: ประเทศนิวซีแลนด์

จากการศึกษาของ รัตนลัทธิตี ทิพย์วงศ์ และคณะ (2550)<sup>13</sup> พบว่าประเทศนิวซีแลนด์ ซึ่งเป็นประเทศแรกของโลกที่เริ่มนำเอาแนวคิด No-Fault มาดำเนินการอย่างครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1974 โดยพบว่า มีการร้องเรียนเพิ่มมากขึ้น มีเรื่องร้องเรียนวินัยแพทย์เพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนว่าเป็นผลมาจากระบบการชดเชยดังกล่าว ผู้ป่วยได้รับการชดเชยมากกว่าที่ได้รับจากระบบกฎหมาย โดยมีค่าใช้จ่ายในการชดเชยระหว่างปี ค.ศ. 1975-1989 ในภาพรวมสูงขึ้นประมาณ 20% ต่อปี (ต้นทุนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบระหว่างปี ค.ศ. 1996 กับ ปี ค.ศ. 2002 จาก 8.5\$ เป็น 15.3\$) ซึ่งสูงกว่าค่าชดเชยในสหรัฐอเมริกาที่เป็น การชดเชยโดยระบบศาล และยังคงมีการให้บริการที่ต่ำกว่ามาตรฐาน และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีระบบกฎหมายว่าด้วยละเมิดด้วยกันแล้ว อัตราการเกิดความผิดพลาดจากการรักษาไม่แตกต่างกัน

ประสบการณ์ของประเทศนิวซีแลนด์ พบว่า จำนวนการชดเชยความเสียหายจากกรณีของภาวะแทรกซ้อนและระบบ(Mishap) สูงกว่าจำนวนการชดเชยความเสียหายจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ (error) และมีผลทำให้ต้นทุนการชดเชยในระบบสูงขึ้น

#### ข้อดี

1. สร้างแรงจูงใจแก่ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลได้โดยไม่ต้องพึ่งพาบริษัทประกันโดยตรง แต่ใช้ระบบกองทุนมาบริหารความเสี่ยงซึ่งมีต้นทุนค่าดำเนินการน้อยและไม่จำเป็นต้องมีค่าทนายความค่าธรรมเนียมศาลซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ต้นทุนค่าดำเนินการในการฟ้องร้องคดีสูง

2. การใช้กลไกการชดเชยความเสียหายแบบเบ็ดเสร็จโดยฝ่ายบริหารแม้ว่าจะเป็นการตัดสิทธิในการฟ้องร้องศาลตามระบบกฎหมายว่าด้วยละเมิด แต่ในกระบวนการเยียวยาของฝ่ายบริหารตามกลไกใหม่ ยังให้สิทธิผู้เสียหายสามารถใช้สิทธิทางศาลปกครองในการที่จะยกเลิกเพิกถอนคำสั่งของฝ่ายบริหาร หากผู้เสียหายเห็นว่ากระทบต่อสิทธิผู้เสียหายตามที่กฎหมายที่จัดตั้งกลไกใหม่และหลักกฎหมายมหาชนอื่นๆรับรองคุ้มครองไว้ได้ ตามหลักการกระทำของฝ่ายปกครองต้องชอบด้วยกฎหมายเช่นเดียวกัน

<sup>13</sup> รัตนลัทธิตี ทิพย์วงศ์, ศุภลัทธิตี พรพรรณารุณมัยและธนเสฏฐ์ กุลจิรมาพันธ์. กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ. ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. สถาบันที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ชุดที่ 2, 2550

3. การจ่ายชดเชยลดลง โดยการจ่ายผลประโยชน์บนพื้นฐานของระบบกฎหมายเกี่ยวกับการประกันสังคม

### **ข้อเสีย**

จำนวนการชดเชยความเสียหายจากกรณีของภาวะแทรกซ้อนและระบบ สูงกว่าจำนวนการชดเชยความเสียหายจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ และมีผลทำให้ต้นทุนการชดเชยในระบบสูงขึ้น

### **3. แหล่งที่มาของกองทุน**

จากการศึกษาของ รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ และคณะ<sup>14</sup> (2550) ในต่างประเทศมีที่มาของเงินในกองทุนแบบ no fault ดังนี้

**นิวซีแลนด์** แหล่งที่มาของเงิน มาจากหลายแหล่ง เช่น จากผู้มีรายได้โดยจ่ายภาษีสมทบหัก ณ ที่จ่ายในอัตราคงที่ในระหว่างปี ค.ศ. 2001-2004 มีการเรียกเก็บระหว่าง 1.1-1.2 ต่อ 100 NZD และมีการหักเงินสมทบจำนวนหนึ่งถ้ารายได้ถึงเพดานที่กำหนด และจากการสมทบโดยรัฐบาลสำหรับผู้ไม่มีรายได้ เช่น ผู้ที่ไม่อยู่ในภาวะการจ้างงาน นักเรียน ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ เป็นต้น มีข้อสังเกตว่า The Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act ค.ศ.1992 อนุญาตให้สามารถเรียกเก็บเงินจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ทั้งรายบุคคลและองค์กรได้ แต่ยังไม่เคยมีการเรียกเก็บ

**เดนมาร์ก** คณะกรรมการบริหารสมาคมการประกันผู้ป่วยจะได้รับการเลือกมาจากบริษัทประกัน ซึ่งอาจมีผู้แทนจากรัฐ สมาคมโรงพยาบาลแห่ง Copenhagen และหน่วยงานประกันตนเองในเขตเทศบาลมาเป็นคณะกรรมการบริหารด้วย โดยกิจกรรมของสมาคมจะได้รับเงินสนับสนุนจากบริษัทประกันและหน่วยงานประกันตนเองในเขตเทศบาลและจะต้องมีการรายงานประจำปีต่อกระทรวงสุขภาพทุกปี นอกจากนี้ กฎหมายได้กำหนดให้กระทรวงสุขภาพอาจอนุญาตให้เทศบาลต่างๆสามารถเข้าไปควบคุมการปฏิบัติตามพันธกิจด้านกฎหมายขององค์กรภาคเอกชนที่ทำงานอยู่ในเขตพื้นที่ของเทศบาลแทนได้ ซึ่งในส่วนนี้เทศบาลสามารถร้องขอเงินทุนสำหรับการเตรียมการประกันจากกองทุนได้

**สวีเดน** แหล่งที่มาของเงิน ผู้ให้บริการภาครัฐมาจากภาษีเงินได้ในระดับเขตและจ่ายให้หน่วยงานบริษัทประกันร่วมของเขต (County Council Mutual Insurance Company หรือ CCMIC) ตามสัดส่วนประชากรที่รับผิดชอบ ส่วนผู้ให้บริการภาคเอกชนจะต้องซื้อประกันจากบริษัทเอกชนเพราะผู้ให้บริการมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องมีการประกันการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล และต้องให้การดูแลพื้นฐานผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บดังกล่าวโดยไม่ปฏิเสธด้วย

<sup>14</sup> รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์และคณะ. กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ. ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2550.

**นอกรเวีย** การเงินการคลังของระบบชดเชย ต้นทุนของการจ่ายค่าชดเชยและการบริหารงานของระบบจะได้รับการสนับสนุนโดยรัฐ เจ้าของโรงพยาบาลและเทศบาลระดับ County ตามข้อตกลงพิเศษ

#### 4. ข้อเสนอทางเลือกสำหรับประเทศไทย

จากการนำเข้าปรึกษาหารือกับผู้ที่เกี่ยวข้องได้ข้อสรุปสำหรับประเทศไทยดังนี้

หลักการที่ 1 ลักษณะโครงการ กองทุนสร้างเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข ควรจะเป็นลักษณะคล้ายกับสวัสดิการสังคม คือเป็น Social Safety Net ที่รัฐเป็นผู้จัดการ

หลักการที่ 2 ความมุ่งหวังของกองทุน ควรเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการชดเชยมากขึ้น และรวดเร็ว โดยการใช้วิธีไม่พิสูจน์ถูกผิด

หลักการที่ 3 ความสัมพันธ์กับระบบการควบคุมวิชาชีพ ควรแยกการควบคุมคุณภาพออกจาก การชดเชย

หลักการที่ 4 การใช้อำนาจศาล กรณีที่ไม่รับค่าชดเชยมีสิทธิ์ฟ้องศาล แต่เมื่อรับค่าชดเชยแล้ว ตัดสิทธิ์ฟ้องศาลเพื่อไม่ให้มีการยืดเยื้อ และบั่นทอนกำลังใจ

หลักการที่ 5 ความเสียหายที่ได้รับการคุ้มครอง ควรจะต้องครอบคลุมผู้รับบริการในระบบ หลักประกันสุขภาพของรัฐทั้งหมด และขยายสู่ผู้รับบริการในสถานพยาบาลของ เอกชนได้ภายหลัง

หลักการที่ 6 เกณฑ์กำหนดความคุ้มครอง มี 2 หลักเกณฑ์ คือ

- 1.กลุ่มการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน
- 2.กลุ่มที่เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้หากรักษาด้วยวิธีอื่นและไม่ได้เป็นผลจากการดำเนินไปตามปกติของพยาธิสภาพของโรค

หลักการที่ 7 การพิสูจน์ความเชื่อมโยงกับสาเหตุ คือต้องสามารถเชื่อมโยงได้ว่าความเสียหาย เกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์

หลักการที่ 8 สิทธิที่จะได้รับการชดเชย ตามกฎหมายละเมิด เทียบเท่ากับการชดเชย

หลักการที่ 9 แหล่งการคลัง การศึกษานี้เสนอให้กองทุนสุขภาพที่ดูแลหลักประกันสุขภาพของผู้ มีสิทธิ์ จ่ายแทนสถานพยาบาล ส่วนสถานพยาบาลเอกชนให้จ่ายเบี้ยประกันเอง โดยเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลเอกชนรวมตัวกันเป็นกลุ่ม เข้าร่วมโครงการได้

สำหรับระบบการชดเชยความเสียหายของประเทศไทย อยู่ภายใต้หลักกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด, พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่พ.ศ. 2539, และกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค ส่วนระบบในการควบคุมกำกับสถานพยาบาลอยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วย

สถานพยาบาลที่อยู่ในการควบคุมดูแลของกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนั้น ระบบการควบคุมจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพจะเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพนั้นๆ ตามสาขาต่างๆ เช่น พระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม ของแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา เป็นต้น อีกทั้งมีความพยายามในการลดความขัดแย้งไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพของประเทศ โดยนำแนวคิดการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกมาใช้ในกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยการกำหนดให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นเฉพาะผู้รับบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเข้าไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายบริการของ สปสช. แล้วได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์นั้น (พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, มาตรา 41) แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องเงินในการให้ความช่วยเหลือและการขยายการชดเชยความเสียหายที่ได้รับจากบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาความทุกข์จากระบบบริการสุขภาพแก่ผู้เสียหายได้อย่างสมบูรณ์

ตารางที่ 1 ลักษณะที่สำคัญของกองทุนการชดเชยผู้เสียหายที่ใช้หลักการพิสูจน์สาเหตุมากกว่าพิสูจน์ความผิด (Proof of causation rather than proof of fault)

| Type                                  | Comprehensive compensation scheme  | Patient compensation Insurance  | ข้อเสนอ Social safety net system           |
|---------------------------------------|--|---|--|
| กรณีศึกษา                             | ประเทศนิวซีแลนด์   | ประเทศสวีเดน  | ข้อเสนอสำหรับ ประเทศไทย                    |
| 1.บริบทและวิวัฒนาการ                  | เป็น 1 ใน 7 แผนงานของ Accident Compensation Corporation ของระบบประกันสังคม ที่รวมการชดเชย อุบัติเหตุทุกประเภทเข้าไว้ด้วยกัน <b>ประชาชนจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนผ่านภาษี</b> | เป็นระบบประกันกับบริษัทประกัน ที่มีการออกกฎหมายบังคับให้ <b>ผู้ให้บริการทั้งรัฐและเอกชนต้องทำประกัน</b> เป็นระบบชดเชยที่ครอบคลุมเบ็ดเสร็จใหญ่ที่สุดในโลก  | เป็น Social safety net ที่รัฐเป็นผู้จัดการ |
| 2.ความมุ่งหวัง                        | แก้ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมากจากระบบศาล และชดเชยให้ครอบคลุมมากที่สุด   | เพิ่มการเข้าถึงการชดเชย และให้ได้รับการชดเชยเท่ากับกฎหมายละเมิด   | เพิ่มการเข้าถึงการชดเชย                    |
| 3.ความสัมพันธ์กับระบบการควบคุมวิชาชีพ | ระบบการควบคุมคุณภาพผนวกอยู่ในระบบเดียวกับการชดเชยและเชื่อมโยงกับองค์กรรัฐและระบบการควบคุมวิชาชีพ โดยส่งต่อข้อมูลเฉพาะกรณีที่น่าจะเกิดอันตรายต่อสาธารณะ                   | <b>แยกระบบการควบคุมคุณภาพ ออกจากการชดเชย</b><br>เมื่อมีความเสียหาย ผู้ให้บริการมีหน้าที่รายงานรายละเอียด ไปยัง National Board of Health & Welfare และข้อมูลถูกส่งต่อไปยัง หน่วยงานควบคุมวิชาชีพ | แยกการควบคุมคุณภาพออกจากการชดเชย           |
| 4.การใช้อำนาจศาล                      | <b>ใช้กฎหมายประกันสังคมคุ้มครอง</b> ตัดสิทธิการฟ้องศาลแพ่งและอาญา แต่ฟ้องศาลปกครองได้กรณีกองทุนจ่ายค่าชดเชยไม่เป็นธรรม   | หลังจากได้รับการชดเชยแล้ว ถ้าไม่พอใจผลการชดเชยของบริษัทประกัน สามารถฟ้องแพ่งได้ อีกและเงินที่รับชดเชยไปแล้วเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหม  | เมื่อรับการชดเชยแล้วตัดสิทธิ์ฟ้องศาล       |

| Type                                   | Comprehensive compensation scheme   | Patient compensation Insurance  | ข้อเสนอ Social safety net system   |
|--|---|---|--|
| กรณีศึกษา                              | ประเทศนิวซีแลนด์  | ประเทศสวีเดน  | ข้อเสนอสำหรับ ประเทศไทย  |
| ความเสียหายที่ได้รับการคุ้มครอง        | ความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ที่จดทะเบียนวิชาชีพทั้งหมด  | ความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการจากบุคลากรทางการแพทย์ ของสถานพยาบาลที่ทำประกัน ไม่รวมผู้ให้บริการการแพทย์ทางเลือกที่ไม่มีใบอนุญาตหรือไม่ได้ปฏิบัติตามได้ความรับผิดชอบของผู้ได้รับใบอนุญาต  | ครอบคลุมผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้งหมด (ขยายสู่เอกชนได้ภายหลัง)   |
| 5.เกณฑ์กำหนดความคุ้มครอง covered rules | 1.กลุ่มที่เป็นความผิดพลาด ของเครื่องมือ หรือ ยา ประมาท<br>2.กลุ่มที่เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ หากรักษาด้วยวิธีอื่น<br>3. กลุ่มที่เป็นเหตุสุดวิสัย แต่จำกัดเฉพาะผลเสียร้ายแรง | 1. การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (ถ้าเป็นไปตามมาตรฐานแล้ว แม้บาดเจ็บรุนแรงก็ไม่ได้รับการชดเชย)<br>2. มีทางเลือกอื่นในกระบวนการรักษาที่สามารถหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บได้<br>3. การชดเชยไม่รวมในกรณีที่เป็นการรักษาเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งถ้าไม่ช่วยเหลือจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ | 1.กลุ่มการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน<br>2.กลุ่มที่เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ หากรักษาด้วยวิธีอื่น และไม่ได้เป็นผลจากการดำเนินไปตามปกติของพยาธิสภาพของโรค |
| 6.การพิสูจน์ความเชื่อมโยง Causal link  | ต้องมีความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างเหตุ คือการรักษา กับ ผล คือการบาดเจ็บ<br>(proof of causation rather than proof of fault)   | ต้องมีหลักฐานพิสูจน์ว่าความเสียหายนั้นมีโอกาสสูงที่จะเกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์  | สามารถเชื่อมโยงได้ว่าความเสียหายเกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์  |
| 7.เชื่อมโยงกฎหมายอื่น                  | การพิสูจน์สาเหตุ สามารถให้ข้อมูลแยกแยะว่าความเสียหายเกิดจากความผิดพลาดของอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ ซึ่งจะนำไปใช้กฎหมายการรับผิดชอบต่อผลิตภัณฑ์ของ                    | เงินชดเชยที่จ่ายไปด้วยเหตุความเสียหาย คุ้มครองโดยกฎหมายอื่น สามารถเรียกเก็บจากกองทุนที่คุ้มครองประเภทนั้นๆ หรือไม่มีการ   | พิสูจน์ว่าเข้าหลักเกณฑ์เท่านั้น หากไม่เข้าหลักเกณฑ์ ก็จะไม่รับพิจารณาให้ชดเชย หากผู้เสียหายได้รับชดเชยจากกฎหมายอื่น                                  |



| Type   | Comprehensive compensation scheme   | Patient compensation Insurance   | ข้อเสนอ Social safety net system   |
|--|---|--|--|
| กรณีศึกษา                                    | ประเทศนิวซีแลนด์  | ประเทศสวีเดน   | ข้อเสนอสำหรับ ประเทศไทย  |
|  | กลุ่มประชาคมยุโรป (EU's product liability laws)   | ประกันให้เรียกเงินชดเชยคืนจากผู้ให้บริการ ถ้าศาลตัดสินว่าผู้ให้บริการประมาทอย่างร้ายแรงหรือจงใจ บริษัทรับประกันมีสิทธิได้รับเงินจากผู้ให้บริการตามวงเงินที่ได้จ่ายไปแล้ว   | แล้วไม่สามารถยื่นเรื่องขอรับการชดเชยจากกองทุนนี้ได้อีก   |
| 8.กระบวนการร้องขอการชดเชย filling a claim    | <b>ไม่จำกัดเวลา</b>   | 3 ปี ที่ทราบว่ามีสิทธิ์ หรือ 10 ปี นับจากเกิดเหตุ หลังตัดสินแล้ว มีเวลา 6 เดือนในการอุทธรณ์  | 3 ปี ที่ทราบว่ามีสิทธิ์ หรือ 10 ปี นับจากเกิดเหตุ หลังตัดสินแล้ว มีเวลา 6 เดือนในการอุทธรณ์  |
| 9.อัตราการให้การชดเชย claim-acceptance rates | 41%   | ยื่นเรื่อง 10,000 ราย ต่อปี ได้รับการชดเชย 43-45% ยอดเงิน SEK 400 ล้านต่อปี (อัตราร้องเรียน 21 รายต่อแพทย์ 100 คน, ค.ศ. 1992)  | ยังไม่มีข้อมูล   |
| 10.สิทธิที่จะได้รับการชดเชย entitlements     | เงินทดแทนรายได้ ค่ารักษา อุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพ การให้การช่วยเหลือที่บ้าน และเงินสนับสนุนอื่นๆ | ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การสูญเสียรายได้ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพราะความเสียหาย ค่าสูญเสียผู้เลี้ยงดู เบี้ยเลี้ยงสำหรับผู้ทุพพลภาพ<br>ความสูญเสียที่ไม่ใช่ทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความทรमान ไม่สะดวก คำนวณจากจำนวนวันที่ขาดเจ็บรุนแรง<br><b>ได้รับเงินช่วยการสูญเสียรายได้ ตามสิทธิ</b><br>ประกันสังคม ก่อน ส่วนที่เหลือรับจากเงิน | ตามกฎหมายลระเมิด<br>ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การสูญเสียรายได้ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพราะความเสียหาย ค่าสูญเสียผู้เลี้ยงดู เบี้ยเลี้ยงสำหรับผู้ทุพพลภาพ<br>ความสูญเสียที่ไม่ใช่ทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความทรमान ไม่สะดวก คำนวณจากจำนวนวันที่ขาดเจ็บรุนแรง<br><b>หักจำนวนเงินที่ได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐ</b> |

| Type                          | Comprehensive compensation scheme  | Patient compensation Insurance  | ข้อเสนอ Social safety net system   |
|-------------------------------|--|---|--|
| กรณีศึกษา                     | ประเทศนิวซีแลนด์   | ประเทศสวีเดน  | ข้อเสนอสำหรับ ประเทศไทย  |
|                               |  | ช่วยเหลือที่ได้รับจากระบบประกันผู้ป่วยที่มีการกำหนดเพดานวงเงิน  | แหล่งอื่น ๆ ก่อน ส่วนที่เหลือมีการกำหนดเพดานวงเงิน   |
| 11.แหล่งการคลัง               | เก็บภาษีจากผู้มีรายได้(คำนวณจากฐานเงินเดือน) และรัฐอุดหนุนสำหรับผู้ไม่มีรายได้ เข้า ACC ดูแลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท                                 | เก็บจากสถานบริการโดยสถานบริการรัฐที่ได้เงินจากสภาเขต สภาเขตจ่ายให้บริษัทประกันกลางตามจำนวนหัวประชากร ส่วนสถานบริการเอกชนต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง เบี้ยอาจแบ่งตามประเภทวิชาชีพ   | กองทุนสุขภาพที่ดูแลหลักประกันสุขภาพของผู้มีสิทธิ<br>จ่ายแทนสถานพยาบาล ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน สถานพยาบาลเอกชนจ่ายเบี้ยประกันเอง  |
| 12.องค์ประกอบผู้พิจารณาตัดสิน | ผู้รับบาดเจ็บกรอกแบบฟอร์ม ผู้ให้บริการเป็นผู้ส่งเรื่องให้ Unit ที่ดูแลเรื่องชดเชย และส่งต่อให้ที่ปรึกษาอิสระเพื่อขอความเห็น อาจส่งให้กรรมการที่ปรึกษาอีกชั้น | ผู้รับบาดเจ็บกรอกแบบฟอร์มจากที่ทำการเขตหรือคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้ป่วย ส่งเรื่องให้ <b>คณะกรรมการพิจารณา</b> ที่ประกอบด้วย<br>ประธานมาจากภาครัฐ 1 คน<br>ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 คน<br>ผู้เชี่ยวชาญในระบบประกันอุบัติเหตุ 1 คน<br>ผู้เชี่ยวชาญในงานด้านสาธารณสุข 1 คน<br>ตัวแทนผู้รับบริการ 3 คน | ผู้รับบาดเจ็บกรอกแบบฟอร์มจากที่ทำการระดับพื้นที่ หรือคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้ป่วย ส่งเรื่องให้ <b>คณะกรรมการพิจารณา</b> ที่ประกอบด้วย<br>ประธานมาจากภาครัฐ 1 คน<br>ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 คน<br>ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์ 1 คน<br>ตัวแทนผู้ให้บริการ 1 คน<br>ตัวแทนผู้รับบริการ 3 คน |

## 5. ผลการประมาณการรายจ่ายของกองทุน

**วิธีการประมาณการรายจ่าย** คือ จำนวนผู้เสียหายที่เข้าเกณฑ์ต่อปี x ค่าชดเชยเฉลี่ยต่อคน โดยปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนผู้เสียหายที่เข้าเกณฑ์ คือ อัตราอาการไม่พึงประสงค์และเกณฑ์ที่ใช้ในการให้สิทธิ์ในการรับค่าชดเชย ซึ่งเกณฑ์นี้มีผลต่อจำนวนผู้เสียหายที่จะใช้ในการคำนวณ ซึ่งเกณฑ์และข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยมีดังนี้ โดยสรุปประเด็นจากการทบทวนกรณีศึกษา ประเทศนิวซีแลนด์และสวีเดน ที่กล่าวถึง 5 เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ความผิดพลาดของเครื่องมือและยา นิวซีแลนด์จ่ายให้ ของสวีเดนให้ไปเบิกกองทุนที่จ่ายเรื่องของยาและเครื่องมือ ซึ่งประเทศไทยมีกฎหมายอื่นที่คุ้มครองตรงนี้แล้ว เช่น กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค หรือ กฎหมายความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พรบ.ใหม่จึงไม่ควรให้ความคุ้มครองกรณีนี้

กลุ่มที่ 2 “กลุ่มการรักษาที่ไม่เป็นมาตรฐาน” ให้ความคุ้มครอง

กลุ่มที่ 3 “เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้หากรักษาด้วยวิธีอื่น” ให้ความคุ้มครอง

กลุ่มที่ 4 “เป็นเหตุสุดวิสัย” ไม่คุ้มครอง

กลุ่มที่ 5 เป็นความเสียหายจากการรักษาเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งถ้าไม่ช่วยเหลือจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งกลุ่มสุดท้ายนี้ยังไม่พบเรื่องของการชดเชยในประเทศอื่น และในประเทศนิวซีแลนด์ก็ไม่ชัดเจน คงนั้นควรกำหนดให้ ไม่คุ้มครอง

ตารางที่ 2 เกณฑ์การชดเชยในประเทศนิวซีแลนด์ สวีเดน และข้อเสนอสำหรับประเทศไทย

|   | นิวซีแลนด์ | สวีเดน     | ไทย                   |
|---|------------|------------|-----------------------|
| 1.กลุ่มที่เป็นความผิดพลาด ของเครื่องมือ หรือ ยา                                   | /          | กองทุนอื่น | คุ้มครองจากกฎหมายอื่น |
| 2.กลุ่มการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน  | /          | /          | /                     |
| 3. กลุ่มที่เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้หากรักษาด้วยวิธีอื่น                           | /          | /          | /                     |
| 4. กลุ่มที่เป็นเหตุสุดวิสัย แต่จำกัดเฉพาะผลเสียร้ายแรง                            | /          | ไม่ชดเชย   | ไม่ชดเชย              |
| 5. ความเสียหายจากการรักษาเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งถ้าไม่ช่วยเหลือจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ | ไม่ชัดเจน  | ไม่ชดเชย   | ไม่ชดเชย              |

อัตราอากรไม่พึงประสงค์ที่ได้รับการชดเชย จากรายงานกรณีศึกษา 5 ประเทศ ของ อาจารย์รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ และคณะ พบว่าอัตราอากรได้รับการชดเชยต่อประชากรอยู่ที่ 0.05-0.1% จำนวนการจ่ายค่าชดเชยต่อประชากร อยู่ที่ 2-7.2 ยูโร ส่วนประเทศไทยเป็นแค่การชดเชยเบื้องต้น ข้อมูลการศึกษาในปี 2547-2550 ยังต่ำมากจำนวนการจ่ายชดเชยต่อประชากรมีเพียง 50 สตางค์ หรือ 5.7 คน/ล้านประชากร ที่ได้รับการชดเชยตามมาตรา 41

ตารางที่ 3 อัตราอากรไม่พึงประสงค์ที่ได้รับการชดเชย

|                                   | นิวซีแลนด์           | นอร์เวย์        | สวีเดน          | ฟินแลนด์        | เดนมาร์ก        | ไทย ม.41        |
|-----------------------------------|----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| จำนวนรายที่ได้รับการชดเชยต่อปี    | 1,750<br>(1992-2002) | 2,332<br>(2002) | 9,156<br>(2003) | 7,548<br>(2003) | 3,414<br>(2002) | 199<br>(2004-7) |
| อัตราอากรได้รับการชดเชยต่อประชากร | 0.05%                | 0.05%           | 0.1%            | 0.1%            | 0.06%           | 0.00057%        |
| จำนวนการจ่ายค่าชดเชยต่อประชากร    | €2.0                 | €7.2            | €3.9            | €4.6            | €4.7            | 0.57 บาท        |

ที่มา: รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ และคณะ 2550

ข้อมูลจากการศึกษาที่ผู้วิจัยรวบรวมมาจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า จำนวนผู้ได้รับการชดเชย เพิ่มขึ้นตามลำดับ โดย ปี 2552 มีผู้ได้รับการชดเชยทั้งหมด 660 ราย โดยเฉลี่ย 110,944 บาทต่อราย โดยมีผู้ได้รับการชดเชยเพิ่มขึ้นในแต่ละปีเฉลี่ย 2.5 คน/ล้านประชากร และค่าใช้จ่ายเงินชดเชยต่อผู้มีสิทธิ 1 คน ในปี 2552 อยู่ที่ 1.56 บาท สำหรับสัดส่วนความรุนแรงของผู้เสียหาย คิดเป็น เสียชีวิต 57%, พิการ 16 %, บาดเจ็บเรื้อรัง 27 % ข้อมูลเหล่านี้จะนำมาใช้ในการคำนวณงบประมาณรายจ่ายกองทุน

ตารางที่ 4 อัตราผู้ที่ได้รับการชดเชย ตามมาตรา 41

| ปีงบประมาณ | จำนวนคำร้อง (ราย) | ไม่เข้าเกณฑ์ (ราย) | เข้าเกณฑ์ (ราย) | จำนวนเงินช่วยเหลือตาม ม.41 (บาท) | เฉลี่ย (บาทต่อราย) | อัตราผู้ได้รับการชดเชยต่อผู้มีสิทธิ (คน/ล้านประชากร) | ค่าใช้จ่ายเงินชดเชยต่อผู้มีสิทธิ 1 คน (บาท) |
|------------|-------------------|--------------------|-----------------|----------------------------------|--------------------|--|---|
| 2547       | 99                | 26                 | 73              | 4,865,000                        | 66,644             | 1.55   | 0.10  |
| 2548       | 221               | 43                 | 178             | 12,815,000                       | 71,994             | 3.79   | 0.27  |
| 2549       | 443               | 72                 | 371             | 36,653,500                       | 98,796             | 7.89   | 0.78  |
| 2550       | 511               | 78                 | 433             | 52,177,535                       | 120,502            | 9.21   | 1.11  |
| 2551       | 658               | 108                | 550             | 64,858,148                       | 117,924            | 11.70  | 1.38  |
| 2552       | 810               | 150                | 660             | 73,223,000                       | 110,944            | 14.04  | 1.56  |

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เงื่อนไขถัดมาในการประมาณการรายจ่ายของกองทุน คือ ค่าชดเชยเฉลี่ยซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อค่าชดเชยเฉลี่ย ได้แก่ ประเภทความเสียหาย ความรุนแรง และค่าเสียหายเฉลี่ยในแต่ละประเภท ไม่ว่าจะเป็นค่ารักษาต่อราย ค่าฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ การชดเชยการขาดประโยชน์ที่นำมาหาได้ สูญเสียอวัยวะ การขาดประโยชน์ที่นำมาหาได้ประมาณการจากรายได้จากข้อมูลของสำนักงานสถิติ การชดเชยทายาทคำนวณจากการขาดรายได้ของผู้ตาย โดยใช้เงินเดือนจากการสำรวจ ส่วนสุดท้ายการชดเชยความเสียหายที่ไม่ใช่ตัวเงิน กำหนดให้ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 100,000 บาท ซึ่งในแต่ละรายอาจจะได้รับต่ำกว่าหรือสูงกว่านี้

ตารางที่ 5 ประมาณการเฉลี่ยค่าชดเชยในแต่ละประเภทความเสียหาย

| เงื่อนไขการชดเชย                                    | บาดเจ็บ | พิการ | ตาย | ประมาณการเฉลี่ย |
|---|---------|-------|-----|-----------------|
| 1. ค่ารักษาต่อรายเฉลี่ย                             | /       | /     | /   | 50,000          |
| 2. ค่าฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เฉลี่ย              |         | /     |     | 50,000          |
| 3. การชดเชยการขาดประโยชน์ที่นำมาหาได้               | /       | /     |     | 444,160         |
| 4. การชดเชยการสูญเสียอวัยวะ                         |         | /     |     | 100,000         |
| 5. การชดเชยทำศพกรณีเสียชีวิต                        |         |       | /   | 100,000         |
| 6. การชดเชยทายาท                                    |         |       | /   | 253,171         |
| 7. การชดเชยความเสียหายที่ไม่ใช่ตัวเงินกรณีเสียชีวิต | /       | /     | /   | 100,000         |

ที่มิวิจัยได้ทดลองคำนวณจำนวนเงินโดยใช้อัตราผู้เสียหายเป็น 3 ตัวเลข (คำนวณจากฐานข้อมูลปี 2547-2551) โดยแบ่งเป็น 3 ฉากทัศน์ จำนวนเงินขั้นต่ำ, จำนวนเงินตามอัตราเพิ่ม 1 ปี, และจำนวนเงินตามอัตราเพิ่ม 2 เท่า

ฉากทัศน์ที่ 1 จำนวนเงินขั้นต่ำ ใช้ตัวเลขจาก มาตรา 41 ของ สปสช. ในปี 2551 อัตราผู้เสียหายได้รับการชดเชย 11.7 คน/ล้านประชากร คำนวณค่าใช้จ่ายของกองทุนได้ 332 ล้านบาท

ฉากทัศน์ที่ 2 ใช้อัตราที่บวกอัตราเพิ่ม 1 ปี คือ 2.6 คนต่อล้านประชากร (ใช้อัตราเพิ่มที่คำนวณจากข้อมูลปี 2547-2551) ทำให้อัตราผู้เสียหายได้รับการชดเชยเป็น 14.3 คนต่อล้านประชากร (ข้อมูลอัตราผู้ได้รับการชดเชยในปี 2552 ตามรายงานเท่ากับ 14.0 คนต่อล้านประชากร) คำนวณค่าใช้จ่ายของกองทุนได้ 405 ล้านบาท

ฉากทัศน์ที่ 3 ใช้การเพิ่มจากอัตราผู้ได้รับการชดเชยของ สปสช. ปี 2551 เป็น 2 เท่า ทำให้อัตราผู้เสียหายได้รับการชดเชยเป็น 23.4 คนต่อล้านประชากร คำนวณค่าใช้จ่ายของกองทุนได้ 659 ล้านบาท

เบี้ยประกันเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5-10 บาท/ประชากร แต่ถ้าคำนวณหารด้วยจำนวน Admission ทั้งหมด ก็อยู่ระหว่าง 80 – 159 บาท / admission ทั้งนี้ยังไม่ได้นำจำนวนผู้ป่วยนอก มาคิด

ถ้าเก็บเบี้ยจากกองทุนประกันสุขภาพ ตามจำนวนผู้มีสิทธิ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องจ่ายสมทบระหว่าง 247-492 ล้านบาทต่อปี และกองทุนประกันสังคมต้องจ่าย 63-126 ล้านบาทต่อปี

ตารางที่ 6 ประมาณการรายจ่ายของกองทุน

|   | ขั้นต่ำ      | ปานกลาง       | ขั้นสูง          |
|---|--------------|---------------|------------------|
| อัตราผู้เสียหายได้รับการชดเชยต่อประชากร (%)   | 0.00117      | 0.00143       | 0.00234          |
|   | อัตราปี 2551 | บวกอัตราเพิ่ม | เพิ่มเป็น 2 เท่า |
| งบกองทุนทั้งหมด (ล้านบาท)                     | 332          | 405           | 659              |
| เบี้ยประกัน (บาท/ประชากร)                     | 5.26         | 6.42          | 10.46            |
| เบี้ยประกัน (บาท/admission)                   | 80           | 98            | 159              |
| งบประมาณสมทบเข้ากองทุนจากกองทุน UC (ล้านบาท)  | 247          | 302           | 492              |
| งบประมาณสมทบเข้ากองทุนจากกองทุน SSS (ล้านบาท) | 63           | 77            | 126              |

## สรุป

การเลือกใช้วิธีคำนวณเบี้ยสมทบต่อหัวประชากรหรือต่อ Admission ขึ้นกับแหล่งที่มาของเงิน โดยตัวอย่างทางเลือกของนิวซีแลนด์จะเก็บภาษีจากผู้มีรายได้และรัฐอุดหนุนสำหรับผู้ไม่มีรายได้

ของประเทศสวีเดนจะเก็บจากสถานบริการโดยสถานบริการรัฐที่ได้เงินจากสภาเขต สภาเขตจ่ายให้บริษัทประกันกลางตามจำนวนหัวประชากร ส่วนสถานบริการเอกชนต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง เบี้ยอาจแบ่งตามประเภทวิชาชีพ

สำหรับข้อเสนอของประเทศไทยนั้น กองทุนสุขภาพที่ดูแลหลักประกันสุขภาพของผู้มีสิทธิจ่ายแทนสถานพยาบาล ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนแต่เปิดทางเลือกให้สถานพยาบาลเอกชนที่รวมตัวกันเป็นกลุ่มทั้งหมด เข้าร่วมโครงการได้ภายหลังพร้อมกันทั้งกลุ่ม

## 6. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ....

ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา มีข่าวเกี่ยวกับปฏิกริยาในทางต่อต้านของบุคลากรด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับ “ร่างพ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ....” ซึ่งเป็นร่างที่เสนอโดย ผู้เสียหายและผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา และคณะรัฐมนตรีมีมติให้ความเห็นชอบไปเมื่อวันที่ 7 เมษายน 2553 และนำเข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภาในเดือนพฤษภาคมที่ผ่านมา จึงมีประเด็นที่น่าพิจารณาในทางกฎหมายว่าร่างพ.ร.บ.ฯ ดังกล่าวนี้อาจส่งผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์และการบริการสาธารณสุขจริงหรือไม่ อย่างไร เนื่องจากที่ผ่านมาไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ออกมาไม่เห็นด้วยกับร่างพ.ร.บ.ฯ ฉบับนี้ และเห็นว่าเป็นร่างกฎหมายที่ไม่ควรผ่านออกมาเป็นกฎหมายใช้บังคับ

ด้วยแพทยสภาได้มีการประชุมหารือเรื่อง ผลกระทบของ”ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ....” ต่อผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในทุกภาคส่วน เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2553 ณ ห้องประชุมไพจิตร ปวะบุตร ชั้น 9 อาคาร 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งประกอบด้วย กรรมการและอนุกรรมการแพทยสภา ผู้แทนคณะแพทยศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยต่างๆ ผู้แทนแพทยสมาคม ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ผู้แทนสภาากาชาดไทย ผู้แทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนชมรม รพศ./รพท. ผู้แทนราชวิทยาลัยต่างๆ ผู้แทนสภาวิชาชีพต่างๆ อาทิ เช่น สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด กรรมการสาธารณสุขและวุฒิสภา ผู้แทนสถานพยาบาลเอกชน ผู้แทนกระทรวงยุติธรรม และมีนายแพทย์สถาพร วงษ์เจริญ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข และมีนายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ เป็นผู้แทนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เข้าร่วมชี้แจงและให้ความเห็นเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ....

อีกทั้งเครือข่ายผู้บริโภค เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ประเทศไทย เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ ชมรมผู้ป่วยโรคไต เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลื้อก ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) ได้ร่วมออกแถลงการณ์ ที่ ห้องประชุม 1 ชั้น 5 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2553 ยืนยันว่า ร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาคอขวดขัดแย้งระหว่างแพทย์และคนไข้ ซึ่งร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวเป็น 1 ใน 7 กฎหมายที่จะเข้าสู่พิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรในสมัยประชุมหน้า (เดือนสิงหาคม) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาคอขวดขัดแย้งระหว่างแพทย์และคนไข้ โดยจะช่วยไม่ให้เกิดการฟ้องแพทย์ เพราะคนไข้ที่ได้รับความเสียหายได้รับการชดเชยจากความเสียหายที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้ที่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากกฎหมายฉบับนี้ คือคนไทยทั่วประเทศ 65 ล้านคน ซึ่งรวมทั้งแพทย์และผู้ป่วย การอภิปรายและให้ความเห็นข้อเสนอแนะ รวมทั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว สรุปได้ดังตารางวิเคราะห์ความเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนี้

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ....

| ประเด็น  | ความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย  | ผู้มีความเห็นแย้ง   |
|--|--|---|
| <p>เพิ่มภาระเรื่องงบประมาณให้กับสถานพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่อยู่นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> | <p>ผู้แทนคณะแพทยศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยต่างๆ มีความเห็นว่า นิยามคำว่า “สถานพยาบาล” ตามที่กำหนดในร่าง พ.ร.บ. มีความหมายครอบคลุมถึงสถานพยาบาลเอกชนและสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง ไม่ว่าจะเป็นสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือสถานพยาบาล ของทบวงมหาวิทยาลัย สังกัด กทม. และสังกัดอื่นๆ ซึ่งที่ประชุมเห็นว่า สถานพยาบาลส่วนใหญ่มีกลไกการช่วยเหลือเยียวยาเป็นการภายในอยู่แล้ว หากมีการบังคับใช้กับสถานพยาบาลทุกแห่งตามที่กฎหมายกำหนด อาจเป็นการเพิ่มภาระเรื่องงบประมาณให้กับสถานพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่อยู่นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>สมาชิกที่ประชุมหารือเรื่อง ผลกระทบของร่าง พ.ร.บ. ได้เสนอ ว่า ควรบังคับเฉพาะสถานพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมระบบ</p> | <p>นางสาวบุญยืน ศิริธรรม เครือข่ายผู้บริโภคภาคตะวันตก ให้ความเห็นว่าจะออกมาต่อต้าน”ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...” และขบวนการให้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนขณะนี้ เคลื่อนไหวเป็นระบบอย่างผิดปกติ นั้น มีความเกี่ยวข้องกับการหาเสียงเลือกตั้งแพทยสภาชุดใหม่ที่กำลังจะมีขึ้นในต้นปีหน้าหรือไม่</p> <p>อยากให้แพทยสภาออกมาเปิดเผยความจริงและอยากให้พวกเขาจับตาและตรวจสอบการคัดค้านการจ่ายเงินสมทบของโรงพยาบาลเอกชนนั้น เกี่ยวพันกับการที่โรงพยาบาลไม่ต้องการเปิดเผยรายได้ที่แท้จริงหรือไม่ อยากให้กฎหมายตัวนี้ออกมาโดยเร็ว</p>    |
| <p>หากมีการจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยาหรือได้รับเงินชดเชยไปแล้วควรมีการยุติการฟ้องคดีแพ่งและคดีอาญา</p>   | <p>ศ.นพ. สมศักดิ์ โฉ่หิเลขา นายกแพทยสภา ไม่เห็นด้วยในประเด็นที่จะเอาผิดกับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำการรักษา โดยเฉพาะหมวด 7 การฟ้องคดีอาญาและบทกำหนดโทษ มาตรา 45 ที่ระบุถึงกรณีให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขถูกฟ้องเป็นจำเลยในคดีอาญาฐานกระทำโดยประมาทเกี่ยวเนื่องกับการให้บริการสาธารณสุข หากศาลเห็นว่าจำเลยกระทำผิด ให้ศาลนำข้อเท็จจริงต่างๆ ของจำเลยเกี่ยวกับประวัติ พฤติการณ์แห่งคดีมาตรฐานทางวิชาชีพ การบรรเทาผลร้ายแห่งคดีการรู้สำนึกในความผิด การที่ได้มีการทำสัญญาประนีประนอมยอมความ ศาลจะลงโทษน้อยกว่าหรือจะไม่ลงโทษก็ได้</p>   | <p>นางสาวสุภัทรา นาคผิว ผอ.มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ แสดงความเห็น ว่า ปัญหาความกังวลในเรื่องการฟ้องอาญาแพทย์นั้น หากดูจากข้อเท็จจริงไม่พบว่า มีคนไข้ที่อยากฟ้องอาญาแพทย์การฟ้องส่วนใหญ่เป็นการฟ้องโรงพยาบาลหรือไม่ก็เป็นกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่การฟ้องหมอ ดังนั้น แพทยสภาควรเปิดเผยข้อมูลการร้องเรียนที่ชัดเจน ออกมาบอกเลยว่าตอนนี้มีหมอกี่รายที่ถูกคนไข้ฟ้อง และถูกฟ้องในข้อหาอะไร ไม่ใช่สร้างความตระหนกให้เกิดในหมู่แพทย์โดยไม่มีข้อมูลข้อเท็จจริง</p> <p>นางสาวสารี อ๋องสมหวัง เลขาธิการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า จาก</p> |



| ประเด็น   | ความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย   | ผู้มีความเห็นแย้ง   |
|---|---|---|
|   |   | ข้อมูลมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคทั้งหมด 33 รายในปี 2552 ทั้ง 100% ไม่มีความประสงค์จะฟ้องอาญาแพทย์ และจากข้อมูลของเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ที่มีผู้เสียหายที่เข้ามาปรึกษากว่า 600 ราย มีเพียงไม่ถึง 10 รายที่จำเป็นต้องฟ้องอาญาเพราะการพิจารณาคดีโดยแพทยสภาล่าช้าจนทำให้เกิดปัญหาหมดอายุความ ผู้เสียหายอยู่ในภาวะจำยอมที่จะต้องเลือกฟ้องคดีอาญาเพื่อทำให้อายุความเพิ่มขึ้น   |
| คณะกรรมการ พิจารณา ตัดสินการรักษาพยาบาล จากผู้ที่มีใช้ผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ และ สาธารณสุขเป็นเสียงข้างมาก | พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา แสดงความเห็นว่าการที่ตั้งคณะกรรมการ พิจารณา ตัดสินการรักษาพยาบาลจากผู้ที่มีใช้ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ และสาธารณสุขเป็นเสียงข้างมาก(อัตราส่วนผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์เพียง 3 ใน 18 คน) มาตัดสินว่า ความเสียหายจากการรับบริการทางสาธารณสุขที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ใช่ความเสียหายใน 3 ข้อตามมาตรา 6) นั้น จะทำให้สภาวิชาชีพ ไม่สามารถจะเป็นผู้ชี้ขาดว่า การประกอบวิชาชีพทางการแพทย์นั้น ได้มาตรฐานหรือไม่ เพราะสิทธิเบ็ดเสร็จในการตัดสินเยียวยาความเสียหายของประชาชนนั้น เกิดจากคณะกรรมการที่ไม่มีความรู้ในมาตรฐานวิชาชีพ จะทำให้การพัฒนาทางการแพทย์เสียหาย เพราะสภาวิชาชีพไม่สามารถจะกำหนดมาตรฐานวิชาชีพที่ถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐาน ที่ดีที่สุดได้ | ผศ.ดร.ยุพดี ศิริสมสุข กรรมการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ซึ่งประเด็นว่า คณะกรรมการ กลาง และสำนักงานที่เป็นอิสระ โดย องค์ประกอบของคณะกรรมการ ให้มี องค์ประกอบจากผู้แทนสถานพยาบาล และผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงาน คู่คุ้มครองสิทธิด้านบริการสุขภาพ ในสัดส่วนที่เท่ากัน <u>ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้แทน จากสมาคมวิชาชีพหรือสภาวิชาชีพ</u> เพราะบทบาทที่สำคัญของคณะกรรมการ คือ การพิจารณาว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุขจริงหรือไม่ โดยไม่ได้พิสูจน์ถูกผิด และไม่เกี่ยวพันกับการสอบสวนหรือลงโทษโดย <u>สภาวิชาชีพ</u> เพื่อให้การชดเชยเป็นไปโดยรวดเร็วและเป็นธรรมและต้อง <u>ใช้หัวใจของความเป็นมนุษย์</u> |

## 7. อภิปรายและสรุป

ข้อเสนอสำหรับประเทศไทย ควรมีหลักการให้มีกองทุนที่มีลักษณะคล้ายกับสวัสดิการสังคม คือเป็น Social Safety Net ที่รัฐเป็นผู้จัดการ หน่วยบริหารกองทุนอาจเป็นองค์กรอิสระก็ได้ โดยความมุ่งหวังของกองทุน เป็นการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการชดเชยมากขึ้น และรวดเร็ว โดยการใช่วิธีไม่พิสูจน์ถูกผิด กรณีที่ไม่รับค่าชดเชยมีสิทธิฟ้องศาล แต่เมื่อรับค่าชดเชยแล้วตัดสิทธิฟ้องศาลเพื่อไม่ให้มีการยืดเยื้อ และบั่นทอนกำลังใจ ส่วนแหล่งการคลังจากการศึกษานี้ เสนอให้กองทุนสุขภาพที่ดูแลหลักประกันสุขภาพของผู้มีสิทธิ จ่ายแทนสถานพยาบาล ส่วนสถานพยาบาล เอกชนให้จ่ายเบี่ยงประกันเอง

ค่าใช้จ่ายของกองทุนมีค่าอยู่ระหว่าง 332 - 659 ล้านบาท ต่อปี เบี่ยงประกันเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5-10 บาท/ประชากรต่อปี แต่ถ้าคำนวณหารด้วยจำนวน ผู้ป่วยในทั้งหมด จะอยู่ระหว่าง 80 - 159 บาท / admission ทั้งนี้ยังไม่ได้นำจำนวนผู้ป่วยนอกมาคิด

ถ้าเก็บเบี่ยงจากกองทุนประกันสุขภาพ ตามจำนวนผู้มีสิทธิ 5-10 บาท/ประชากร กองทุนหลักประกันสุขภาพต้องจ่ายสมทบระหว่าง 247-492 ล้านบาทต่อปี ที่เหลือ รัฐสมทบ 85-167 ล้านบาทต่อปี และเก็บจากสถานพยาบาลเอกชน เฉพาะบริการที่อยู่นอกหลักประกันสุขภาพของรัฐ

การถกเถียงในประเด็นต่างๆ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จะช่วยให้มีการนำข้อมูลมาเปิดเผยต่อสาธารณะมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการศึกษาให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะสามารถแสดงให้เห็นทุกฝ่ายได้ รับทราบข้อมูลอย่างเท่าเทียมกัน จะช่วยให้สังคมมีส่วนในการตัดสินใจเชิงนโยบายร่วมด้วยมากยิ่งขึ้น นอกเหนือจากการแทรกแซงของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเท่านั้น

นอกจากนี้ การดำเนินงานของกระบวนการชดเชยในระบบไม่พิสูจน์ผู้กระทำผิด ต้องปกป้องชื่อเสียงของผู้ให้บริการ เพื่อไม่ให้บั่นทอนกำลังใจในการให้บริการ แต่มีระบบข้อมูลย้อนกลับให้สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

## บรรณานุกรม

ความไม่ชัดเจนที่ชัดเจน เอกสารประกอบการจัดการสุนทรียเสวนา เรื่อง ทางออกเชิงระบบ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ 11 กุมภาพันธ์ 2551

ปัญหาความสัมพันธ์ผู้ป่วยกับแพทย์ ต้องแก้เชิงระบบ เอกสารประกอบการจัดการสุนทรียเสวนา เรื่อง ทางออกเชิงระบบ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ 11 กุมภาพันธ์ 2551

มติชน สุดสัปดาห์ ฉบับประจำวันที 23-29 มกราคม พ.ศ.2552 ปีที่ 29 ฉบับที่ 1484

รัตนลธิธิ ทิพย์วงศ์และคณะ. กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ. ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2550.

รัตนลธิธิ ทิพย์วงศ์, ศุภลธิธิ พวรรณารุโณทัยและธนเสฎฐ์ กุลจิรมากันต์.กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ.ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ชุดที่ 2,2550

ลือชัย ศรีเงินยวง นฤพงศ์ ภัคดี และจิราภร ชมศรี เรื่อง“การชดเชยกรณีผิดพลาดจากการรักษาทางคลินิก: Compensation for Clinical Negligence in England” เพื่อทบทวนสถานการณ์ระบบการชดเชยกรณีความผิดพลาดจากการรักษาทางคลินิกในระบบสุขภาพของประเทศสหราชอาณาจักร

ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ ภัคดี และ จิราภร ชมศรี, “การชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องรับผิด (NO-Fault Compensation Schemes):การทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ, คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคณะ, การศึกษาปัญหาการฟ้องร้องคดีเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย, กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์, 2544

หมอ-คนไข้ บนโลกคนละใบเดียวกัน วารสาร ฟ้าเดียวกัน ปีที่1 ฉบับที่3 มกราคม-กุมภาพันธ์ 2551

อารยา ชูผกา. “ จากบทเรียนสู่กฎหมาย:คุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข”. ทำไมคนไข้ไม่ฟ้องหมอ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550