

แนวทางจัดการแก้ไขปัญหาความเสียหายทางการแพทย์: ความปลอดภัยผู้ป่วย และระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ผิด

ปจรรย์ สำราญจิตต์*

บทคัดย่อ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ สถานพยาบาลต้องมีความตระหนักและปฏิบัติในทุกกระบวนการส่งมอบบริการให้ผู้มารับบริการทางการแพทย์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้กำหนดให้เป็น Patient Safety Goal โดยมุ่งประเด็นความปลอดภัย 6 ประเด็น ได้แก่ Safe Surgery, Infection Control, Medication Safety, Patient Care Process, Line, Tube & Catheter, Emergency Response ขณะเดียวกันการให้บริการรักษาพยาบาลต้องยอมรับว่ามีโอกาสที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ประกอบกับผู้มารับบริการมีความคาดหวังต่อผลการรักษา เมื่อไม่เป็นไปตามที่คาดหวังอาจนำไปสู่ความขัดแย้ง เกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรมนำไปสู่การฟ้องร้องทางการแพทย์ทั้งคดีแพ่งและคดีอาญา เพราะผลของการกระทำละเมิดและผิดสัญญา ก่อนที่จะมีการฟ้องร้องเป็นคดีความมีกลไกการชดเชยความเสียหายแก่ผู้รับบริการหรือครอบครัวที่ได้รับความเสียหายจากกระบวนการรักษาทางการแพทย์ ประเทศที่มีระบบดังกล่าว ได้แก่ ประเทศสวีเดน ประเทศเดนมาร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศแคนาดา ประเทศนิวซีแลนด์ รวมทั้งในประเทศไทยก็มีกลไกการช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อบรรเทาความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ผิด ซึ่งวิธีการพิจารณาการชดเชย ช่วยเหลือมีรายละเอียดที่แตกต่างกันออกไป บทความนี้จึงน่าจะทำความเข้าใจในแนวคิดความปลอดภัยผู้ป่วยและระบบช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับความเสียหายจากกระบวนการรักษาพยาบาลมากขึ้น

คำสำคัญ: ความปลอดภัยของผู้ป่วย/ ความเสียหายทางการแพทย์/ การชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ผิด

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามารามิบัติ

Solutions to Medical Malpractice Problems: Patient Safety and the No-fault Compensation System

Pajaree Sumranchit*

Abstract

Patient safety is an important issue for medical personnel. Nursing home must be aware of and responsible for all procedures of delivering services to medical service users. Hospital Accreditation Institute indicates that Patient Safety Goal emphasizes on Safety Surgery, Infection Control, Medication Safety, Patient Care Process, Line, Tube & Catheter, and Emergency Response. It is possible that undesired events may occur while providing medical services, together with the high expectation of patients for medical services, these will lead to patients' not satisfy to the medical service and conflict with medical services' providers. When the feeling of injustice occurred on the patients' part, this will lead to medical litigation, both civil and criminal cases, due to the effect of violation and breach of contract. Before a lawsuit is filed, there is a mechanism for damage compensation to the patients or the family, from the medical treatment process. Countries with such systems are Sweden, Denmark, United States of America, Canada, New Zealand, as well as Thailand. The mechanism for medical damage compensation provides basic relief to mitigate the damage without proving who is at fault. The method for compensation considerations has various details. This article will help to understand the concept of patient safety and the treatment of those who have been damaged by the medical process.

Keywords: Patient Safety, Medical Damage, Medical Damage, No-fault Compensation

* Registered Nurse at Section of the Customer Protection and Quality Control of Hospital Services, RamaThibordi Hospital

บทนำ

การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตโดยไม่จำเป็นหรือหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีสาเหตุมาจากความผิดพลาดทางการแพทย์ ในกระบวนการรักษา ความเสียหายอันเนื่องมาจากการรับการรักษาพยาบาลเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็น คือ คุณภาพของการบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Berman and Berwick 1996 cited in Mello 2003) จากรายงาน To Err is Human โดยสถาบันการแพทย์สหรัฐอเมริกา (US Institute of Medicine) ในปี 1999 พบว่าความผิดพลาดของการให้บริการทางการแพทย์ก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในสหรัฐอเมริกา คือ ในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุก ๆ 8 ราย จะมีผู้ป่วย 1 รายที่ได้รับความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดที่หลีกเลี่ยงได้ (ฉัตรสมุน พฤทธิบุญ 2555) ในประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถานพยาบาลพบว่ามีความไม่พึงประสงค์ (adverse event) จากการรักษาในสถานพยาบาลเกิดขึ้นกับผู้ป่วยร้อยละ 9.1 และในจำนวนนี้เป็นความไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ร้อยละ 71.4 (อนุชา กาศลลังกา, 2556)

ความเสียหายที่เกิดขึ้นดังกล่าวในประเทศตะวันตกมีกลไกเพื่อควบคุมและคงไว้ซึ่งคุณภาพของการบริการทางการแพทย์พร้อมกับการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยคือ ระบบกฎหมายการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทางศาล แต่ในทางปฏิบัติพบว่า การฟ้องร้องถูกมองว่าเป็นปัญหาที่ได้ไม่คุ้มเสียคือ เสียความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเกิดการเผชิญหน้า ขาดความจริงใจในการเผชิญกับปัญหาความผิดพลาดในการบริการของแพทย์ เสียสุขภาพจิต กระทบต่อการเงินการคลังระบบสุขภาพ และค่าชดเชยที่ผู้ป่วยได้รับมักน้อยกว่าที่ต้องจ่ายค่าดำเนินการฟ้อง

ในหลาย ๆ ประเทศมีแนวทางจัดการแก้ไขปัญหาค่าเสียหายทางการแพทย์ 4 แนวทาง คือ 1) การฟ้องร้องทางศาลเพื่อลงโทษคนผิด 2) การปฏิรูปกฎหมายการฟ้องร้อง การประกันทางการแพทย์ (Tort reform/medical liability reform) 3) การส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient safety) และ 4) การพัฒนาระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด (No-Fault Compensation) (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2553)

ในบทความฉบับนี้ผู้เขียนมีจุดมุ่งหมาย 2 ประเด็น คือ 1) เพื่อเสนอแนวคิดเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และ 2) เพื่อเสนอแนวคิดและระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด

1. แนวคิดเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

นิยามและนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

“To Err is Human” “เป็นมนุษย์ย่อมผิดพลาด” รายงานการศึกษาที่สร้างความตื่นตัวในเรื่องคุณภาพโดย Institute of Medicine (IOM) ได้ให้ความหมายของความผิดพลาด (Error) ว่าเป็นความล้มเหลวที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนได้สมบูรณ์อย่างที่ตั้งใจ หรือการใช้แผนที่ไม่ถูกต้องเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ และได้ให้ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ว่าเป็นการปลอดภัยจากการบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุ (Committee on Quality of Health Care in

America, Institute of Medicine, 1999) และได้มีองค์กรทั่วโลกได้ให้คำนิยามของความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้นิยามว่า “ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากภัยหรืออันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้นจากการบริการสุขภาพ ให้เกิดน้อยที่สุดเท่าที่สามารถยอมรับได้” (WHO, 2009) องค์กรพัฒนาการวิจัยและคุณภาพระบบบริการสุขภาพแห่งสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ) ให้นิยามว่า “ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นศาสตร์ด้านการดูแลสุขภาพที่นำไปใช้ในการดูแลด้านความปลอดภัย เพื่อให้บรรลุระบบการบริการสุขภาพที่เชื่อถือได้ รวมถึงการดำเนินการเพื่อลดอุบัติการณ์ ลดผลกระทบของความเสียหาย และฟื้นฟูความเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ” (Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L., nd) และสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศแคนาดา (Accreditation Canada) ให้นิยามว่า “ความปลอดภัยของผู้ป่วยคือการป้องกันและลดผลกระทบจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นภายในระบบบริการสุขภาพ” (Accreditation Canada, 2010)

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญและมีผลกระทบต่อการแพทย์ทั่วโลกแต่ละปี มีผู้ป่วยจำนวนมากที่เจ็บป่วยแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ความไม่ปลอดภัยมาจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นต้น องค์การอนามัยโลกได้ร่วมกำหนดประเด็นด้านความปลอดภัยกับผู้เชี่ยวชาญจากทั่วโลกในการพัฒนาด้านความปลอดภัย 6 หมวด (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) ได้แก่

S = Safe Surgery

I = Infection Control

M = Medication Safety

P = Patient Care Process

L = Line, Tube & Catheter

E = Emergency Response

ภายใต้ชื่อที่จดจำได้ง่าย ๆ ว่า **SIMPLE** ซึ่งประเทศไทยโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้เสนอ Patient Safety Goal และกำหนดแนวทางที่ชัดเจน เชิญชวนให้โรงพยาบาลต่าง ๆ นำไปปฏิบัติเพื่อสร้างความมั่นใจต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความปลอดภัยของผู้ป่วย

มีการศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) ในสหรัฐอเมริกา พบว่าโรงพยาบาลที่ใช้เป็นสถานศึกษามีแนวโน้มจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไป (Brennan TA Hebert LE, Laird NM, 1991) สถานที่เกิดภาวะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดในห้องผ่าตัด และพบว่าการผ่าตัดที่ซับซ้อน หากโรงพยาบาลมีจำนวนผู้ป่วยน้อยจะยังมีอันตรายจากการผ่าตัดที่สูงขึ้น ซึ่งสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 เกิดจากความผิดพลาดของมนุษย์ ดังนั้นในการป้องกันและแก้ไขเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จึง

จำเป็นต้องทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องความผิดพลาดของมนุษย์เป็นประเด็นสำคัญ (สรธวัช อัสวเรืองชัย, 2546) ประเด็นที่พบได้แก่ ความล้มเหลวในทางปฏิบัติ ความล้มเหลวในการตัดสินใจ และการส่งตรวจหรือการปรึกษาที่ผิดพลาด เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น นั้นแสดงว่าผู้ป่วยเกิดความไม่ปลอดภัย การวิเคราะห์ความปลอดภัยของผู้ป่วยมีแนวคิดที่สำคัญเพื่อพัฒนาระบบความปลอดภัย คือ “Swiss cheese model” โดยศาสตราจารย์เจมส์ รีสัน อธิบายการนำมาใช้วิเคราะห์เชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบช่วยกลั่นกรองและตรวจจับความผิดพลาดที่ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ซึ่งมีความสำคัญในการเพิ่มระดับความปลอดภัยสามารถช่วยป้องกัน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาดหรือเฝ้าระวังได้ขณะให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความผิดพลาดของมนุษย์ (Human Error) ช่องโหว่ของระบบต่าง ๆ เปรียบเสมือนความผิดพลาดของมนุษย์ที่หลุดรอดช่องโหว่ของระบบป้องกันหรือระบบของผู้ปฏิบัติงาน เช่น แนวป้องกัน ระบบเตือนภัย การเฝ้าระวังที่มีอยู่ซึ่งอาจเป็นการนำเอาเทคโนโลยีขั้นสูง บุคลากรผู้เชี่ยวชาญ ที่เป็นการป้องกันความสูญเสียจากความผิดพลาด ซึ่งเปรียบเสมือนรูพรุนของอากาศของก้อนเนยแข็ง (Swiss cheese) ปัจจัยที่ทำให้เกิดช่องโหว่ของระบบซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย มี 2 ปัจจัย ได้แก่ ความล้มเหลวจริง (Active Failure) และความล้มเหลวแฝง (Latent Failure)

ความล้มเหลวจริง (Active Failure) ได้แก่ การกระทำที่ไม่ปลอดภัยโดยผู้ให้บริการโดยตรง เช่น ความผิดพลาด พลังเพลอ การฝ่าฝืนกฎระเบียบ

ความล้มเหลวแฝง (Latent Failure) ได้แก่ ความผิดพลาดจากระบบที่วางไว้ซึ่งมองเห็นได้ยาก หากไม่มีการวิเคราะห์ เช่น เวลาที่จำกัด จำนวนบุคลากรที่ทำงาน อุปกรณ์ที่ใช้ไม่เพียงพอ การขาดประสบการณ์ ระเบียบปฏิบัติที่ใช้ไม่สามารถปฏิบัติจริงได้หรือปฏิบัติตามได้ยาก เป็นต้น

อาจจะสรุปได้ว่าองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความล้มเหลวนำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ผู้นำองค์กรหรือนโยบาย (organizational leadership) 2) ระบบจัดการ (management) 3) สิ่งแวดล้อมหรือบริบทส่งเสริมความปลอดภัย (situation for safe practice) 4) ศักยภาพผู้ให้บริการ (provider performance) 5) ศักยภาพผู้รับบริการหรือผู้ป่วย (patient performance) (รัศมี ตันศิริสิทธิกุล และ คณะ, 2555)

ความปลอดภัยของผู้ป่วยในต่างประเทศและประเทศไทย

สหรัฐอเมริกา: Institute of Medicine (IOM) ได้รายงานการศึกษาโดยยกประเด็นความผิดพลาด

มาเป็นจุดเริ่มต้นในการออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัย โดยมีข้อเสนอแนะ 4 เรื่อง ได้แก่

1) จัดตั้ง Center for Patient Safety ขึ้นใน Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) เพื่อเป็นศูนย์กลางระดับชาติในการนำและวิจัยด้านคุณภาพ

2) จัดให้มีระบบรายงานเพื่อค้นหาและเรียนรู้จากความผิดพลาดครอบคลุมทั้งประเทศ และส่งเสริมให้มีการรายงานด้วยความสมัครใจ

3) กำหนดมาตรฐานสำหรับความปลอดภัยโดยผ่านแรงขับเคลื่อนด้านการตลาดและข้อบังคับ

4) ดำเนินการระบบความปลอดภัยในองค์กรบริการสุขภาพ

อังกฤษ: การดำเนินงานด้านคุณภาพโดย NHS มีระบบที่จะเรียนรู้จากความบกพร่องให้ดีขึ้น 4 ประการ ได้แก่

- 1) จัดให้มีระบบรายงานและวิเคราะห์เมื่อเกิดความผิดพลาดที่เป็นเอกภาพ
- 2) วัฒนธรรมที่ส่งเสริมให้มีการรายงานและพูดคุยเมื่อเกิดความผิดพลาด
- 3) กลไกที่เป็นหลักประกันว่าเมื่อเกิดบทเรียนขึ้นจะมีการนำการเปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติ

4) ความตระหนักในคุณภาพของการใช้วิธีการเชิงระบบในการป้องกัน วิเคราะห์ และเรียนรู้จากความผิดพลาด

ออสเตรเลีย: มีการจัดตั้งสภา Australian Council for Safety and Quality in Health Care เพื่อเป็นผู้นำระดับชาติในการผลักดันที่จะปรับปรุงระบบความปลอดภัยและคุณภาพของบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการลดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดและผลกระทบ ทิศทางการดำเนินงานมีดังนี้

- 1) สนับสนุนผู้ที่ทำงานในระบบสุขภาพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น
- 2) ปรับปรุงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น
- 3) ร่วมมือกับผู้บริโภคในการปรับปรุงความปลอดภัยของบริการสุขภาพ
- 4) การออกแบบระบบใหม่เพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย

5) การสร้างความตระหนักและความเข้าใจเรื่องความปลอดภัยของบริการสุขภาพ

ไทย: มีกลไกเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ การควบคุมมาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์ และการควบคุมส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ดังนี้

1) การควบคุมมาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์ โดยสภาวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม และสภาเทคนิคการแพทย์ มีบทบาทในการกำกับมาตรฐานการศึกษาฝึกอบรมและควบคุมมาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ ภายใต้การใช้กฎหมายของแต่ละวิชาชีพ

2) การควบคุมส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ด้านกระบวนการทางเทคนิคใช้กลไกองค์กรวิชาชีพ ในด้านการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพบริการสุขภาพโดยตรง คือ ระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) มีเป้าหมาย คือ การนำมาตรฐานโรงพยาบาลผ่านกลไกการกระตุ้นและการรับรองการปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าว เพื่อให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีทิศทาง นำไปสู่คุณภาพบริการที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยมีการบริหารความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ

ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการติดตาม
เฝ้าระวังความเสี่ยง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546)

2. แนวคิดการฟ้องร้องทางการแพทย์และระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด

ผลที่ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการรักษาพยาบาลก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย
ปัจจัยร่วมที่จูงใจให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวตัดสินใจฟ้องร้อง เป็นสาเหตุของการฟ้องร้องทางการแพทย์
ผลไม่พึงประสงค์ดังกล่าวได้แก่ ผลตามจากการรักษาพยาบาล (consequence) โรคแทรกซ้อน
(complication) อุบัติเหตุ ความผิดพลาด (medical error) อันตรายจากการรักษาพยาบาล
(Medical injury) โรคหมอกทำ (Lactogenic diseases) การฟ้องร้องมีทั้งเป็นคดีความทางแพ่งและ
อาญา ฟ้องต่อสภาวิชาชีพ ฟ้องต่อองค์กร หน่วยงานต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์
ของแพทย์กับผู้ป่วยลดลง การเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้รับบริการสุขภาพส่วน
ใหญ่มาจากความคาดหวังต่อการรักษาพยาบาล การไม่รู้ข้อเท็จจริง ไม่เข้าใจกระบวนการรักษา
ความเสี่ยงการรักษา รวมทั้งความผิดพลาดของบุคลากรทางการแพทย์ หากมีการทำความเข้าใจและ
การช่วยเหลือเยียวยาตามความเหมาะสม ทันเวลา ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกได้รับความ
เป็นธรรม ความขัดแย้งก็จะระงับหรือลดความรุนแรงลง ประกอบกับผู้ป่วยซึ่งในฐานะผู้รับบริการมี
สิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายตามรัฐธรรมนูญแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 46
บัญญัติไว้ว่า สิทธิของผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครอง และมาตรา 47 บัญญัติไว้ว่า บุคคลย่อมมี
สิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ สิทธิตามกฎหมายจะได้รับความคุ้มครองและการบังคับให้
เป็นไปตามสิทธิในกรณีที่มีการละเมิดด้วย

แนวคิดการฟ้องร้องทางการแพทย์

การฟ้องร้องทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่คล้ายกัน (แสง บุญเฉลิม
วิภาส, 2555) ดังต่อไปนี้

1) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

เป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างมากซึ่งในงานวิจัยต่าง ๆ พบว่าสาเหตุการฟ้องร้องเกิดจาก
ความสัมพันธ์ที่ไม่ดี อาจเป็นกรณีความไม่ไว้วางใจ การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ความสัมพันธ์
เปลี่ยนจากการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยความรู้สึกที่นับถือไว้วางใจ (Fiduciary Relationship) มา
เป็นความรู้สึกที่มาโรงพยาบาลเพื่อมาใช้บริการ ความสัมพันธ์เป็นไปในเชิงสัญญา (Contractual
Relationship) เมื่อไม่ได้รับการบริการตามที่คาดหวังจึงเกิดการฟ้องร้องตามมา

2) ความรู้และการรับรู้สิทธิของประชาชน

ปัจจุบันเป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ ทำให้ประชาชน ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลทาง
การแพทย์ ข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลสิทธิของตนเองมากยิ่งขึ้น การให้คำอธิบายเกี่ยวกับโรค
แผนการรักษา และผลการรักษาทั้งด้านบวกและลบจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งข้อมูลที่

จำเป็นต้องอธิบายจึงเป็นข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ การบันทึกข้อมูลการรักษาในเวชระเบียนก็เป็นเรื่อง
ที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญเพราะเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะเข้าถึงและขอได้

3) ความเข้าใจในบทบาทขององค์กรวิชาชีพ

วิชาชีพทางการแพทย์เป็นศาสตร์ที่เป็นความรู้เฉพาะ สิ่งที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยนั้นถูกต้องตาม
หลักวิชาหรือถูกต้องตามจริยธรรม ผู้ที่จะรู้และควบคุมให้มีการปฏิบัติเป็นไปอย่างถูกต้องคือ วิชาชีพ
เดียวกัน ดังนั้นจึงมีองค์กรวิชาชีพซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการควบคุมดูแลความประพฤติของเพื่อนร่วม
วิชาชีพ ในส่วนนี้ผู้ประกอบวิชาชีพต้องเข้าใจและปฏิบัติตาม

4) ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ย่อมมาด้วยความคาดหวังว่าจะหายจากโรคหรืออย่างน้อย ๆ อาการ
จะดีขึ้น เมื่อเหตุการณ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ความผิดหวังจึงเกิดขึ้นทำให้การสื่อสารระหว่าง
แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ไม่ราบรื่น ผู้ป่วยไม่ยอมรับฟังคำอธิบาย ไม่เชื่อในสิ่งที่แพทย์อ้าง

5) ความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรม

ความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรม เช่น การไม่ได้รับรู้ข้อเท็จจริง การไม่ได้รับการอธิบาย
ชี้แจงที่ตรงไปตรงมา หรือให้ข้อมูลไม่เพียงพอทั้งก่อนการรักษา ระหว่างการรักษาและหลังการรักษา
ที่ไม่พึงประสงค์ การไม่ได้รับความเอาใจใส่ดูแลในระหว่างการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือ
ค่าเสียหายหรือการแสดงความเสียใจ การขอโทษต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว (อนุชา กาศ
ลังกา, 2556)

- การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทางการแพทย์ (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2546; ฉัตรสุน
พฤตมิญญ 2555)

1) คดีแพ่ง

กฎหมายแพ่งเป็นกฎหมายที่บัญญัติถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กำหนดสิทธิหน้าที่ที่
บุคคลพึงมีต่อกัน ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยกลายเป็นความสัมพันธ์ในทางกฎหมาย
ได้แก่ความสัมพันธ์ในทางสัญญา (Contractual Relationship) และความสัมพันธ์ต่อความรับผิด
จากการละเมิด (Liability for Malpractice) ในส่วนของความสัมพันธ์ในทางสัญญานั้น สัญญา
เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยแสดงเจตนารักษากับแพทย์เมื่อเข้ามารักษาในสถานพยาบาลซึ่งไม่จำเป็นต้องทำ
สัญญาเป็นลายลักษณ์อักษร กรณีนี้มักเกิดจากการที่แพทย์ได้ให้สัญญากับผู้ป่วยว่าจะรักษาด้วยวิธี
ต่าง ๆ เมื่อผลการรักษาไม่เกิดผลตามที่ได้ตกลงหรือสัญญาไว้ ผู้ป่วยมักจะดำเนินการฟ้องร้อง อีก
ส่วนคือความรับผิดจากการละเมิด คำว่า “ละเมิด” (Tort liability) หมายถึงการกระทำที่ก่อให้เกิด
ความเสียหายต่อผู้อื่นโดยประมาทเลินเล่อ และรวมถึงการกระทำโดยจงใจที่ผิดกฎหมาย เช่น การ
ผ่าตัดที่ไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย การรักษาที่ฝ่าฝืนข้อบ่งชี้โดยตั้งใจ เป็นต้น การกระทำที่เป็น
การละเมิดต้องประกอบด้วย “ต้องมีการกระทำ” รวมถึง “การงดเว้นการกระทำที่เป็นหน้าที่ต้อง
กระทำ” และต้องมีการกระทำโดย “จงใจ” หรือ “ประมาทเลินเล่อ” “ผิดกฎหมาย” และ
“ก่อให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น” ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 บัญญัติ
ไว้ว่า “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อกระทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายแก่ชีวิตก็ดี

ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ผู้ที่กระทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

การเรียกค่าเสียหายหรือสินไหมทดแทนขึ้นอยู่กับ การพิสูจน์ความเสียหายของแต่ละกรณี เช่น กรณีเกิดอันตรายต่อร่างกาย การเรียกค่าเสียหายได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าขาดรายได้จากการไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เป็นต้น หากเป็นกรณีเสียชีวิต การเรียกค่าเสียหายได้แก่ ค่าปลงศพ ค่าเสียหายจากการขาดอุปการะจากบุคคลที่เสียชีวิต รายได้ที่บุคคลนั้นพึงหาได้หากไม่เสียชีวิต ทั้งนี้ ศาลจะเป็นผู้พิจารณา

2) คดีอาญา

กฎหมายอาญาเป็นกฎหมายที่ว่าด้วยความผิดและโทษ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการวินิจฉัย ความรับผิดชอบทางอาญาอยู่ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 วรรคแรก บัญญัติไว้ว่า “บุคคล จะต้องรับผิดชอบในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนา เว้นแต่จะได้กระทำโดยประมาทในกรณี ที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดชอบเมื่อได้กระทำโดยประมาท” ซึ่งคดีความที่เกิดขึ้นจากการฟ้องร้อง แพทย์ ส่วนใหญ่จะเกิดจากการกล่าวหาว่ากระทำโดยประมาทเป็นผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกายหรือเสรีภาพของบุคคล การพิสูจน์ต้องวินิจฉัยว่าการกระทำนั้นเป็นการประกอบวิชาชีพโดย ประมาทหรือไม่ องค์ประกอบของความผิดอาญา ได้แก่ ต้องมีบทบัญญัติว่า การกระทำใดเป็น ความผิด การกระทำความผิดเพื่อให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้น และสภาพจิตใจและเจตนาของผู้กระทำ เป็นหลักเกณฑ์ความรับผิดชอบทางอาญาก่อนการกระทำโดยประมาท หากขาดองค์ประกอบใดเพียง หนึ่งองค์ประกอบ ความผิดทางอาญาก็จะไม่เกิดขึ้น

ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด

ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดในการแพทย์มุ่งการพิสูจน์หาสาเหตุของความ ผิดพลาดของการบริการทางการแพทย์มากกว่าการพิสูจน์ความผิด มีฐานความเชื่อว่าความผิดพลาด ของคนเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงได้ยาก แนวคิดการชดเชยความเสียหายดังกล่าวได้นำมาใช้ในหลาย ประเทศ ได้แก่ ประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศออสเตรเลีย เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือต้องการ ให้มีการชดเชยที่ง่ายและรวดเร็ว ไม่จำเป็นต้องมีทนายความ และค่าธรรมเนียมใด ๆ (รัตนสิทธิ์ ทิพย์ วงศ์ และคณะ, 2552)

ความเสียหายหรือการบาดเจ็บที่เข้าข่ายการคุ้มครองมีลักษณะดังนี้ (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2553)

- Avoidable/Preventable: ความเสียหายนั้นอาจจะสามารถหลีกเลี่ยงได้ถ้าหาก รักษาด้วยวิธีอื่นหรือการกระทำที่แตกต่างออกไป
- Related to Equipment: ความเสียหายเกิดจากความบกพร่องของตัวเครื่องมือหรือ การทำงานผิดพลาดของเครื่องมือจากการใช้เครื่องมือ
- Accidental: เป็นอุบัติเหตุที่เกิดเนื่องกับกระบวนการรักษา
- Incorrect Supply of Pharmaceuticals: ความเสียหายเกิดเกี่ยวข้องกับการให้ยาที่ ไม่ถูกต้อง

- Unreasonable: ความเสียหายเกิดโดยขาดความสมเหตุสมผล คือปัญหาการบาดเจ็บรุนแรงที่ไม่ใช่สิ่งที่ป้องกันไม่ได้หรือไม่ใช่สิ่งที่ตามปกติคาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ระบบการบริหารจัดการเพื่อชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดมีการศึกษาและวิเคราะห์เพื่อให้มองเห็นกรอบแนวคิดในแต่ละประเทศ ได้แก่ ประเทศสวีเดนและเดนมาร์ก ประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศอเมริกา และประเทศแคนาดา (ลือชัย ศรีเงินวงษ์, 2553) ดังนี้

ประเทศสวีเดนและเดนมาร์ก: ผู้ป่วยที่สงสัยหรือเชื่อว่าได้รับความเสียหายจากการรับบริการสามารถดำเนินการยื่นเรื่องขอรับการชดเชยโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย กรณีเสียชีวิต สมาชิกในครอบครัวสามารถดำเนินการดังกล่าวได้ ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่พิจารณาเรื่องขอรับการชดเชย เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์หรือด้านกฎหมาย ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้เสียหาย หรือร้องขอข้อมูลทางการแพทย์และเวชระเบียนได้โดยตรงจากผู้ให้บริการและสถานพยาบาล และดำเนินการพิจารณาว่าเข้าเกณฑ์ควรได้รับการชดเชยหรือไม่ ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวสองประเทศมีกรอบที่แตกต่างกัน คือ **ประเทศสวีเดน** ใช้กรอบ “ความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้” แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ความเสียหายจากการรักษา 2) ความเสียหายจากการวินิจฉัย 3) ความเสียหายจากสาร วัสดุ 4) ความเสียหายจากการติดเชื้อ 5) ความเสียหายจากอุบัติเหตุ **ประเทศเดนมาร์ก** ใช้กรอบที่ครอบคลุมกว้างกว่าสวีเดน คือ ครอบคลุมความเสียหายที่รุนแรงแม้ว่าจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งสะท้อนการใช้ความเป็นธรรมมาใช้ในการตัดสินเพื่อชดเชยให้ผู้เสียหาย การชดเชยของทั้งสองประเทศแบ่งเป็นสองส่วน คือ การชดเชยความเสียหายที่เกี่ยวข้องด้านการเงิน ได้แก่ รายได้ที่สูญเสีย ค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ที่ไม่ได้ครอบคลุมภายใต้สิทธิการรักษาในระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ และการชดเชยความเสียหายที่ไม่ได้เกี่ยวข้องด้านการเงิน ได้แก่ ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจ

ประเทศนิวซีแลนด์: ผู้ป่วยต้องดำเนินการยื่นเรื่องไปที่แพทย์หรือหน่วยงานด้านการแพทย์ที่ทำหน้าที่รับเรื่องขอรับการชดเชย การพิจารณาใช้หลักเกณฑ์ “ความเสียหายจากการรับบริการ” (Treatment Injury) ค่าใช้จ่ายที่สามารถได้รับการชดเชย ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการฟื้นฟู ค่าสูญเสียรายได้ รวมถึงความเจ็บปวดทรมานทางกายและใจ จะจ่ายทั้งก้อนในครั้งเดียวซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความพิการ ความเจ็บป่วย

ประเทศสหรัฐอเมริกา: ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด อยู่ในรูปแบบโปรแกรม ได้แก่ โปรแกรมชดเชยจากการทำงานของลูกจ้าง โปรแกรมชดเชยความเสียหายกรณีอุบัติเหตุทางรถยนต์ โปรแกรมชดเชยความเสียหายจากการรับวัคซีน ซึ่งระบบชดเชยจากการทำงานและความเสียหายกรณีอุบัติเหตุทางรถยนต์มีระบบการฟ้องศาลเป็นระบบเสริม คือ หากมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้น ซึ่งควรจะได้การชดเชยสูงกว่าเพดานที่กำหนดไว้ ผู้เสียหายสามารถไปฟ้องศาลเพื่อพิสูจน์ถูกผิด หากชนะคดีจะได้รับการชดเชยเพิ่มเติมจากเพดานที่กำหนดไว้ ส่วนระบบชดเชยความเสียหายจากการรับวัคซีน ซึ่งมีชื่อว่า National Vaccine Injury Compensation Program (NVICP) ผู้เสียหายจะต้องร้องขอรับการชดเชยไปที่ศาลชดเชยรัฐบาลกลาง (US Court of Federal Claims) โดยพิจารณาตัดสินตามเกณฑ์ คือ วัคซีนที่ได้รับต้องเป็นวัคซีนที่กำหนดจากนโยบายและสัมพันธ์กับความเสียหายที่เกิดขึ้น

ประเทศแคนาดา: ใช้โปรแกรมการชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดแล้วติดเชื้อ ผู้เสียหายจากการรับบริการจะได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดทั้งที่หลีกเลี่ยงได้และไม่ได้ แต่ยังคงพบว่าผู้เสียหายยังต้องการการชดเชยที่นอกเหนือจากนั้น ได้แก่ ค่ายา ค่าบริการผู้ดูแลที่บ้าน ค่าสูญเสียรายได้ เป็นต้น

ในประเทศไทย แนวคิดเรื่องการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดนั้น มีการกำหนดให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นเฉพาะผู้รับบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนไว้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเข้ารับบริการในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการในเครือข่าย สปสช. ซึ่งกลุ่มนี้คือกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพ กฎหมายกำหนดเรื่องการช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล คือ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ซึ่งกำหนดเกณฑ์การพิจารณาให้การช่วยเหลือ ได้แก่ ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล แต่มิใช่ความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพหรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้น ซึ่งโรคนั้นได้รับการวินิจฉัยและรักษาตามมาตรฐานทั่วไป และได้กำหนดประเภทความเสียหายเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร 2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ 3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง ซึ่งมีการกำหนดอัตราจ่ายเงินเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนหรือเป็นการช่วยเหลือทางด้านมนุษยธรรม มิใช่เป็นการชดเชยความเสียหาย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

โดยสรุปความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เป็นประเด็นสำคัญและมีการกำหนดนโยบาย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งในระดับสากลและประเทศไทย เพื่อให้ผู้รับบริการทางการแพทย์เกิดความปลอดภัย 6 ประเด็น ได้แก่ SIMPLE (S: Safe Surgery, I: Infection Control, M: Medication Safety, P: Patient Care Process, L: Line, Tube & Catheter, E: Emergency Response) ผ่านกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) การรักษาพยาบาลเป็นการกระทำโดยมนุษย์ผู้ซึ่งประกอบวิชาชีพและยอมรับว่ามนุษย์ย่อมเกิดความผิดพลาดได้ ก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่ได้ตั้งใจหรืออยากให้เกิดขึ้น แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วผู้ให้บริการและผู้รับบริการเข้าใจ ยอมรับ สิ่งที่เกิดขึ้นแล้วย่อมเป็นสิ่งที่ดี แต่หากเกิดความขัดแย้งกันนำไปสู่การฟ้องร้องเป็นคดีความทั้งทางแพ่งและอาญาย่อมเป็นสิ่งที่จะเกิดผลกระทบทั้ง 2 ฝ่าย กระบวนการช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับความเสียหายทางการแพทย์เป็นกลไกหนึ่งที่จะทำให้ความขัดแย้งลดลง หากผู้เสียหายได้รับความเป็นธรรมการนำเรื่องเข้าสู่กระบวนการศาลก็จะน้อยลง ผู้เขียนขอเสนอแนะประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยและการช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

1) กำหนดให้มีระบบบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อให้มีการจัดการให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย โดยมีกระบวนการการมีส่วนร่วมกับประชาชน

2) ให้มีกระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยและช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลรับรู้ เข้าช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้เร็ว ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกได้รับความเป็นธรรม ลดการฟ้องร้องต่อศาลหรือองค์กรภายนอก

เอกสารอ้างอิง

- ฉัตรสุนัน พงษ์นิญโญ (2555). *กฎหมายสุขภาพ และการรักษาพยาบาล: กฎหมายว่าด้วยสารบัญญัติและวิธีพิจารณาความ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนสิทธิ์ ทิพวงศ์ และคณะ (2552). ระบบชดเชยภาวะไม่พึงประสงค์จากการบริการสุขภาพของประเทศไทยที่ควรจะเป็น: กรณีศึกษาจากปรากฏการณ์ของโรงพยาบาลร่อนพิบูล รายงานวิจัย. นนทบุรี: สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข.
- รัศมี ดันศิริสิทธิกุล และคณะ (2555). รายงานทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety). [Online], available from <http://www.shi.or.th/> เข้าถึงวันที่ 25 กันยายน, 2560.
- ลือชัย ศรีเงินยวง (2553). *ประสบการณ์ต่างแดน : ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข : บทวิเคราะห์และผลการทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2546). *ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: วิทยุชน.
- สรธวัช อัศวเรืองชัย (2546). *บทความทบทวนทางวิชาการ: ความปลอดภัยของผู้ป่วย ใน Patient Safety : Concept and Practices*. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2546). *ยุทธศาสตร์เรื่องความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ใน Patient Safety : Concept and Practices*. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551). *Patient Safety Goals : SIMPLE*. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2555). เอกสารประกอบการบรรยายสัมมนาการป้องกันความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้องวิธีการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทและร่าง พ.ร.บ.คุ้มครอง ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2546). *กฎหมายและข้อควรระวังของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และพยาบาล*. กรุงเทพฯ: วิทยุชน.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550). คู่มือการดำเนินงานจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- อนุชา กาศลังกา (2556). การศึกษาปัญหาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถูกฟ้องเนื่องจากการรักษาพยาบาล. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2555 - มกราคม 2556 เล่มที่ 32: 57-69.

Accreditation Canada. Patient Safety. [cited 2010 Jan 5]; Available from: URL:

<http://www.accreditation.ca/knowledge-exchange/patient-safety>

Brennan TA Hebert LE, Laird NM, et al. (1991). Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. JAMA; 265: 3265-9.

Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (1999). To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academy Press: Available from: www.books.nap.edu/html/to_err_is_human/

Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L. What exactly is patient safety? [cited 2011 July 30]; Available from:

URL:http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol1/advanceemanuel-berwick_110.pdf

WHO. (2009). Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1 : Technical Report. Geneva.