

การประกันภัยความรับผิดชอบทางการแพทย์ในประเทศไทย

เวชศาสตร์ เรื่องโสเภณี*

บทคัดย่อ

บทความนี้ ผู้เขียนมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการประกันภัยความรับผิดทางการแพทย์ในประเทศไทยซึ่งพบว่า การประกันภัยความรับผิดทางการแพทย์นี้ ก่อให้เกิดผลดีทั้งต่อตัวแพทย์เอง และผู้ป่วยด้วย กล่าวคือ เมื่อแพทย์ปฏิบัติงานบกพร่องหรือผิดพลาดอันก่อให้เกิดความรับผิด และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย ผู้ป่วยสามารถเยียวยาความเสียหายได้โดยวิธีการต่างๆ เช่น การร้องเรียนต่อแพทย์สภาตามกฎหมายที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพแพทย์ การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายต่อศาล วิธีทางอนุญาโตตุลาการ และการร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การเยียวยาความเสียหายด้วยวิธีต่างๆ ตามที่ได้กล่าวมานั้นยังมีปัญหาในเรื่องความเป็นธรรมและความรวดเร็ว ทำให้การประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์ภาคสมัครใจมีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากการประกันภัยชนิดนี้จะช่วยเยียวยาความเสียหายตามความเป็นจริงให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ หากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลปฏิบัติงานผิดพลาด บกพร่องหรือประมาทเลินเล่อ อย่างไรก็ตาม ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขจะเกิดขึ้นได้ต้องเกิดจากการเห็นด้วยของทุกฝ่าย และทุกฝ่ายสนับสนุนให้เกิดพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

คำสำคัญ : การร้องเรียน ความรับผิดชอบ การรักษาทางการแพทย์ ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย การประกันภัยความรับผิดชอบในวิชาชีพทางการแพทย์ภาคสมัครใจ

* ผู้จัดการส่วนพิจารณาประกัน ฝ่ายพิจารณาประกัน บมจ. ไทยสมุทรประกันชีวิต

Medical Indemnity Insurance in Thailand

Wejchasard Ruangsopit*

Abstract

This article aims to examine medical indemnity insurance in Thailand which could be both beneficial for physician and patient. When a physician is at fault, causing damage to patients, there are several ways to remedy the damage. Patients can seek remedy by various channels, such as putting forward complaints to the Medical Council as prescribed by laws that regulate the practice of medical profession, pursuing litigation in the court of law, seeking remedy through arbitration process, and requesting basic financial assistance through Universal Health Coverage Act, 2002 A.D., etc. However, there are issues of fairness and speed concerning different remedy channels as mentioned above. Voluntary medical indemnity insurance is more important at present because this type of insurance will help alleviating the damage after the fact for patients who have suffered damage from receiving medical services, if a physician or hospital staff is at fault. However, this voluntary medical indemnity insurance compensation system will become a reality through approval and supports of all parties involved, for Medical Treatment Compensation Act, B.E.

Keyword: indemnity, medical treatment, voluntary medical indemnity insurance in Thailand

* Medical Underwriting Manager, Underwriting Division, Ocean Life Insurance Public Company Limited.

บทนำ

ในอดีตที่ผ่านมาเรามารายงานเกี่ยวกับปัญหาที่จะนำไปสู่การฟ้องร้องหรือร้องเรียนแพทย์ ในกรณีที่มีความผิดพลาดอันเกิดจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical errors) มีน้อยมาก เนื่องจากผู้ป่วยให้ความเชื่อถือและไว้วางใจในการรักษาของแพทย์ ต่อมาเมื่อยุคสมัยแปรเปลี่ยนสภาพสังคมก็เปลี่ยนแปลงไป อาทิ 1) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย จากความสัมพันธ์ในแนวตั้ง ในลักษณะอุปถัมภ์เชิงอำนาจทางปัญญาที่นักสังคมวิทยาเรียกว่า “Patron-Client relationship” (พ่อกับลูก นายกับบ่าว ผู้มีพระคุณกับผู้ได้รับพระคุณ) เป็นความสัมพันธ์เชิงพันธสัญญา (Contractual relationship) ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการ เสมือนสินค้าและบริการต่างๆ ไป 2) ความคาดหวังต่อผลการรักษาพยาบาลและการบริการย่อมสูงขึ้นตามค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น ผู้บริโภคไม่คำนึงถึงข้อจำกัดต่างๆ ของแพทย์และโรงพยาบาล ว่าในความเป็นจริงนั้นจะสามารถให้การบริการแก่ตนได้ในระดับใด เมื่อผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวังเอาไว้หรือมีความเสียหายเกิดขึ้น ไม่ว่าเนื่องมาจากสาเหตุใดๆ ตาม ความเห็นอกเห็นใจหรือการให้อภัยจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยย่อมลดลง นำมาซึ่งกรณีฟ้องร้องหรือร้องเรียนแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น (สมหญิง สายชนู และคณะ 2546)

แพทย์เป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีความเสี่ยงอันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่โดยอาจเกิดจากความผิดพลาด บกพร่องหรือประมาทเลินเล่อ ซึ่งก่อให้เกิดความรับผิดชอบตามกฎหมาย ทำให้แนวโน้มที่จะมีการฟ้องร้องแพทย์สูงขึ้น (รจนสม ปรัชญาพิพัฒน์ 2555) ข้อมูลสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2556 เกี่ยวกับการร้องเรียนมายังแพทยสภาตั้งแต่ปี 2536-2556 พบว่ามี 7 กรณีที่ได้รับการร้องเรียนเข้ามาสูงสุดรวม 4,435 ราย แบ่งเป็น 1) กรณีไม่รักษามาตรฐาน 2,425 ราย แต่รับพิจารณา 548 ราย โดยยกข้อกล่าวหา 291 ราย ตักเตือน 158 ราย ภาคทัณฑ์ 56 ราย พักใช้ใบอนุญาต 35 ราย เพิกถอนใบอนุญาต 6 ราย 2) การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสถานพยาบาล อาทิ ตรวจวินิจฉัยโดยไม่ใช้แพทย์ ฯลฯ ร้องเรียนมา 772 ราย รับพิจารณาเพียง 285 ราย โดยยกข้อกล่าวหา 62 ราย ตักเตือน 207 ราย ภาคทัณฑ์ 9 ราย พักใช้ใบอนุญาต 7 ราย 3) โฆษณาการประกอบวิชาชีพของตน 342 ราย รับพิจารณา 220 ราย ยกข้อกล่าวหา 132 ราย ตักเตือน 82 ราย ภาคทัณฑ์ 3 ราย พักใช้ใบอนุญาต 3 ราย 4) ดำรงตนโดยไม่เคารพกฎหมาย 293 ราย รับพิจารณา 146 ราย ยกข้อกล่าวหา 38 ราย ตักเตือน 55 ราย ภาคทัณฑ์ 30 ราย พักใช้ใบอนุญาต 23 ราย 5) ไม่คำนึงถึงความปลอดภัยและทำให้ผู้ป่วยสิ้นเปลือง 247 ราย รับพิจารณา 118 ราย ยกข้อกล่าวหา 50 ราย ตักเตือน 42 ราย ภาคทัณฑ์ 12 ราย พักใช้ใบอนุญาต 14 ราย 6) เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์วิชาชีพ 201 ราย รับพิจารณาเพียง 95 ราย โดยยกข้อกล่าวหา 27 ราย ตักเตือน 30 ราย ภาคทัณฑ์ 19 ราย พักใช้ใบอนุญาต 17 ราย เพิกถอนใบอนุญาต 2 ราย และ 7) ออกใบรับรองเท็จ 155 ราย รับพิจารณา 42

ราย โดยยกข้อกล่าวหา 16 ราย ตักเตือน 6 ราย ภาคทัณฑ์ 10 ราย พักใช้ใบอนุญาต 10 รายเพิกถอนใบอนุญาต 9 ราย (ไทยรัฐ 2557)

ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพแพทยประกอบไปด้วยความรับผิดชอบตามกฎหมายที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพ ความรับผิดชอบในทางละเมิดไม่ว่าจะเป็นความรับผิดชอบในทางละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทยนั้นปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานภาคเอกชนหรือความรับผิดชอบในทางละเมิดตาม พ.ร.บ. ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทยนั้นปฏิบัติงานอยู่ภายใต้หน่วยงานภาครัฐ ความรับผิดชอบตามกฎหมายอาญาและความรับผิดชอบในทางสัญญา

เมื่อแพทย์ปฏิบัติงานบกพร่องหรือผิดพลาดอันก่อให้เกิดความรับผิด และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย ผู้ป่วยสามารถเยียวยาความเสียหายได้โดยวิธีการต่างๆ เช่น การร้องเรียนต่อแพทยสมาคมตามกฎหมายที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพแพทย การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายต่อศาล วิธีทางอนุญาโตตุลาการ และการร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 เป็นต้น อย่างไรก็ตามการเยียวยาความเสียหายด้วยวิธีต่างๆ ตามที่ได้กล่าวมานั้นยังมีปัญหาในเรื่องความเป็นธรรมและความรวดเร็ว ทำให้การประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์ภาคสมัครใจมีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากการประกันภัยชนิดนี้จะช่วยเยียวยาความเสียหายตามความเป็นจริงให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ หากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลปฏิบัติงานผิดพลาด รื้อปรมาทเลินเล่อ ซึ่งก่อให้เกิดผลดีทั้งต่อตัวแพทย์เองและผู้ป่วยด้วย (รจนคม ปรัชญาพิพัฒน์ 2555)

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพรรณนาถึง 1) กลไกในการจัดการความรับผิดจากการรักษาทางการแพทย์ในประเทศไทย 2) ทำไมประเทศไทยจำเป็นต้องมีระบบการชดเชยผู้ป่วยอย่างเป็นธรรม 3) การออกแบบของระบบการชดเชย 4) การประกันภัยความรับผิดทางการแพทย์ในประเทศไทย และ 5) ปัญหาเรื่องการประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์ในประเทศไทย

1. กลไกในการจัดการความรับผิดจากการรักษาทางการแพทย์ในประเทศไทย

กลไกในการจัดการความรับผิดจากการรักษาทางการแพทย์ในประเทศไทย แบ่งกลไกออกเป็น 3 ระบบ (สมหญิง สายธนู และคณะ 2546)

ระบบที่ 1 กลไกที่ไม่เป็นทางการ การตกลงประนีประนอมยอมความกัน (Informal settlement system) เป็นรูปแบบที่ใช้ปฏิบัติกันทั่วไป เมื่อผู้ป่วยหรือญาติไม่พอใจการรักษา จึงทำเรื่องร้องเรียนไปยังโรงพยาบาลที่ให้บริการเพื่อเจรจาทวงค่าชดเชย ตามปกติโรงพยาบาลพยายามที่จะให้เรื่องจบลงภายในโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด ด้วยการยื่นข้อเสนอที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย ใน

รูปแบบต่างๆ กัน เช่น การชดเชยค่าเสียหายในรูปตัวเงิน การยกเว้นหรือให้ส่วนลดค่ารักษาพยาบาล การให้ค่าเลี้ยงดูบุตรของผู้เสียชีวิต การร่วมงานศพเพื่อแสดงความเสียใจ ระดับความช่วยเหลือจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถในการเจรจาและความพอใจของทั้งสองฝ่าย ค่าชดเชยความเสียหายที่ได้รับเป็นเพียงส่วนหนึ่งของความสูญเสียทางกาย (physical losses) และเงินที่ได้จ่ายไปในการรักษาพยาบาล (financial losses) เท่านั้น การเจรจาหาข้อยุติจะสำเร็จลงได้ขึ้นอยู่กับตัวแปรหลายอย่าง เช่น โรงพยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนความสนใจและความเป็นผู้นำของผู้บริหารโรงพยาบาล คนกลางในการเจรจาใกล้เคียง เช่น ผู้นำชุมชน ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะผู้เป็นที่เคารพนับถือของชุมชน และสิ่งสำคัญที่สุดคือการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนชัดเจนแก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย (good and clear communication and information) เมื่อหาข้อยุติได้ ผู้ร้องเรียนมักจะต้องตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรที่จะยุติการฟ้องร้องต่อไป ตรงกันข้ามหากไม่สามารถหาข้อยุติได้ ผู้ร้องเรียนอาจจะดำเนินเรื่องร้องเรียนไปยังหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ไม่มีอำนาจทางกฎหมาย (formal non-legal system) และ/หรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่โดยตรงกับการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์ (formal legal system)

ระบบที่ 2 กลไกที่เป็นทางการ แต่ไม่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมาย องค์กรที่ไม่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวกับการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์ (Formal non-legal system) ได้แก่ สภานายความ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค หน่วยงานผู้ซื้อบริการ สื่อมวลชน ฯลฯ ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการเจรจาหาข้อยุติ และ/หรือส่งเรื่องร้องเรียนไปยังหน่วยงานที่มีหน้าที่โดยตรงในการจัดการความรับผิดชอบทางการแพทย์ เช่น แพทยสภา ศาลยุติธรรม เพื่อดำเนินการต่อไป ในกรณีที่เรื่องร้องเรียนถูกนำเสนอเป็นข่าวในสื่อสารมวลชน นอกจากจะเป็นที่สนใจของสาธารณชนแล้วเรื่องดังกล่าวจะเข้าสู่แพทยสภาโดยอัตโนมัติ โดยผู้เสียหายไม่ต้องร้องเรียนมาที่แพทยสภาอย่างเป็นทางการ

ระบบที่ 3 กลไกที่เป็นทางการ และมีอำนาจบังคับใช้กฎหมาย หน่วยงานที่มีอำนาจบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์โดยตรง เช่น แพทยสภา เป็นนิติบุคคลที่ตาม พ.ร.บ.ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพให้ได้มาตรฐานและถูกต้องตามหลักจริยธรรมตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. 2526 (วิฑูรย์ อั้งประพันธ์ 2544 และ อภิวรรณ อินทร์ 2545) มีคณะอนุกรรมการและคณะกรรมการชุดต่างๆ ทำหน้าที่แสวงหาข้อเท็จจริงและพิจารณาคดีเรื่องร้องเรียนทางด้านจริยธรรมทางการแพทย์ ระดับของการลงโทษมีตั้งแต่การว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ พักใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามระยะเวลาที่กำหนดแต่ไม่เกิน 2 ปี และเพิกถอนใบอนุญาต โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ถูกเพิกถอนอาจขอรับใบอนุญาตอีกได้เมื่อพ้นสองปีนับแต่วันที่ถูกเพิกถอน

2. ทำไมประเทศไทยจำเป็นต้องมีระบบการชดเชยผู้ป่วยอย่างเป็นธรรม

ปัญหาเรื่องผู้ป่วยได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานาน และเกิดขึ้นทั่วโลก คณะนักวิจัยแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดศึกษาพบว่า ในสหรัฐอเมริกาเกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือความเสียหายจากการรักษาพยาบาลเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน ถึงร้อยละ 3.7 มีผู้เสียชีวิตจากเรื่องนี้ คิดเป็นจำนวนประมาณ 44,000 ถึง 98,000 รายต่อปี ใกล้เคียงกับจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์และมะเร็งเต้านมต่อปีรวมกัน หรือเท่ากับการเสียชีวิตจากเครื่องบิน 2 ลำตกทุกวันเป็นเวลาหนึ่งปี (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2549) จากปัญหามาภาวะไม่พึงประสงค์หรือความเสียหายจากการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้นักวิจัยทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยสนใจทำตามและพบอุบัติการณ์ของภาวะไม่พึงประสงค์ใกล้เคียงกันหรือแม้กระทั่งสูงกว่าที่พบในประเทศสหรัฐอเมริกา (Vincent C, et al 2001 and Wilson RM, et al 1995) เมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ขึ้น มีผลกระทบที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ การฟ้องร้องต่อศาล หรือหน่วยงานต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อเรียกร้องให้มีการชดเชยความเสียหาย หรือการขอโทษจากผู้ให้บริการสุขภาพ (Homhuan P 1999) ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เกิดความตึงเครียดเพิ่มมากขึ้น เหตุการณ์เช่นนี้กดดันทำให้แพทย์หมดกำลังใจลาออกจากราชการ บางส่วนเลือกใช้วิธีทำประกันเพื่อลดความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้องเรียกค่าชดเชยจำนวนมาก เพิ่มบริการตรวจวินิจฉัยโดยไม่จำเป็น และมีพฤติกรรมอื่นๆ เช่นการแก้ไขข้อมูลในเวชระเบียน รวมทั้งการฟ้องกลับ เพื่อปกป้องตนเองจากการถูกฟ้องร้อง (defensive medicine) เป็นต้น เหตุการณ์เช่นนี้นับวันจะยิ่งเลวร้ายลง (ปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ 2550)

ประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในเรื่องนี้พบว่า การที่ผู้ป่วยฟ้องร้องต่อศาลเพื่อเรียกร้องค่าชดเชยมีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยยิ่งเลวร้ายลง แต่ผู้ป่วยที่ควรได้รับการชดเชยกลับไม่ได้รับ ผลประโยชน์ส่วนใหญ่ตกอยู่ที่บริษัทประกันและทนายที่เชี่ยวชาญด้านการฟ้องร้องแพทย์ ในขณะที่แพทย์บางสาขาตัดสินใจเลิกประกอบอาชีพแพทย์เพราะแบกรับค่าเบี้ยประกันที่ยิ่งเพิ่มสูงขึ้นทุกปีไม่ไหว หากประเทศไทยปล่อยให้ระบบปรับเปลี่ยนไปตามยถากรรม คนไข้ที่เสียหายไร้ที่พึ่งที่มีความเป็นธรรมก็จะพยายามหาทางออกที่เราไม่อยากเผชิญ นั่นคือการฟ้องร้องไปยังสื่อมวลชน แม้จะมีตัวแทนจากแพทยสภาไปร่วมอภิปรายชี้แจง แต่ผลสะท้อนกลับที่ได้รับคือสังคมยิ่งลดความไว้วางใจต่อวิชาชีพแพทย์ลงและเห็นวามุ่งปกป้องพวกเดียวกันเอง มีความพยายามที่จะเสนอให้มีการสร้างทางเลือกแบบใหม่ๆ ในการจัดการกับเรื่องนี้ เช่น การป้องกันโรคให้ได้ผล เพื่อลดจำนวนผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อลดปัญหาความผิดพลาดเสียหายจากการรักษาพยาบาล และการสร้างระบบการชดเชยผู้เสียหายจากการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องหาผู้รับผิดชอบ (Homhuan P 1999 และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2549)

กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียและประเทศนิวซีแลนด์ จัดได้ว่ามีความก้าวหน้าในเรื่องการสร้างระบบการชดเชยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบ่งชี้ว่าใครผิดหรือไม่ แต่เน้นที่การชดเชยผู้ป่วยที่เสียหายให้ได้รับความเป็นธรรม มีสิ่งทั้งหลายคนอาจจะคาดไม่ถึง ที่พบว่า แม้กระทั่งแพทย์เองก็ยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการชดเชยหากเกิดความเสียหายจากการรักษาพยาบาลจริง แบบฟอร์มเพื่อใช้ยื่นเรื่องขอรับการชดเชยมีวางไว้ทั่วไปในโรงพยาบาลและในเว็บไซต์ ปัญหาการฟ้องร้องต่อศาลก็น้อย(Homhuan, 1999; Ungprapan, et al 2000)

แม้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จะมีบทบัญญัติที่ให้ผู้ที่ได้รับความเสียหายอันเกิดจากการดูแลรักษา มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุนเพื่อเยียวยาความเสียหายเบื้องต้นต้องถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี แต่ก็ยังไม่เพียงพอ ยังไม่สามารถสร้างระบบที่เป็นธรรมได้ เพราะคุ้มครองเฉพาะผู้ป่วยภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น วงเงินชดเชยก็ค่อนข้างน้อย เพื่อเปรียบเทียบกับความสูญเสียของผู้ป่วย สถิติจำนวนผู้ได้รับการชดเชยก็ยังน้อย มีเพียงจำนวน 738 รายเท่านั้น ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา และมียอดการจ่ายชดเชยเฉลี่ยต่อรายเพียง 91,000 กว่าบาทเท่านั้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2549)

ขณะนี้จึงมีการเคลื่อนไหวพยายามให้ออกพระราชบัญญัติอีกฉบับที่คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขทุกกลุ่ม โดยมีคณะกรรมการในระดับประเทศที่ดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะ ไม่ใช่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกต่อไป คำถามสำคัญตอนนี้คือหลักการและเนื้อหาของพระราชบัญญัติฉบับนี้ควรเป็นอย่างไร เป็นคำถามที่วงการแพทย์ควรมีส่วนร่วมหาคำตอบเพื่อสร้างระบบที่มีประโยชน์สูงสุดแก่ทุกฝ่ายและควรมีส่วนช่วยแก้ไขป้องกันปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง (ปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ 2550)

3. การออกแบบของระบบการชดเชย

กลไกที่เป็นอยู่ได้ถูกประเมินจากผู้เสียหาย ผู้ให้บริการ นักวิชาการ ประชาชนทั่วไปแล้ว เห็นว่าก็ยังขาด คุณภาพประสิทธิภาพ การเข้าถึงได้และความเป็นธรรมในการให้ความช่วยเหลือผู้เสียหายและแม้ว่าโดยพื้นฐานของแนวคิดจะเชื่อมโยงกับการช่วยเหลือทางด้านมนุษยธรรม แต่มีกรอบของการชดเชยเพียงเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหาย มิใช่เป็นการชดเชยตามคุณค่าและสิทธิที่เขาต้องเสียไปในฐานะบุคคลผู้ได้รับความเสียหายอย่างสมเหตุสมผล ทำให้กระบวนการชดเชยความเสียหายเบื้องต้น ถูกปรับเปลี่ยนไปในแต่ละสถานการณ์ มีการช่วยเหลือที่แตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่ความพร้อมของทรัพยากรของสถานบริการ ขนาดของสถานพยาบาล ความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนกับภาคบริการ และบุคลิกลักษณะของหน่วยบริการผู้บริหาร และบุคลากรผู้ให้บริการ เช่น นโยบายและระบบการบริหารจัดการภายในองค์กร การสื่อสารสื่อความระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ตลอดจน

คุณภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเยียวยาความเสียหายโดยการให้บริการและการชดเชยในสถานพยาบาลนั้น เป็นต้น (ฉัตรสุมน พงศ์นิญโญ 2558)

การเปรียบเทียบภาพกลไกการชดเชยที่มีอยู่ซึ่งหมายรวมถึงกลไกการบริการดูแลผู้ป่วยภายหลังเกิดความเสียหาย เช่น การให้การรักษาใหม่ การส่งต่อไปรับบริการในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และกลไกการชดเชยเบื้องต้นที่มีอยู่กับกลไกชดเชยที่ดีในมุมมองของผู้เสียหายภาคประชาชน และผู้ให้บริการที่ต้องการเห็น อาจเทียบได้กับกลไกของประเทศฟินแลนด์ นอร์เวย์ สวีเดน หรือ เดนมาร์ก และบางประเด็นใกล้เคียงกับกลไกของนิวซีแลนด์ (ซึ่งอาจเป็นไปได้ยาก เนื่องจากปรัชญาแนวคิด สังคม เศรษฐกิจ การเมืองและวัฒนธรรมมีความแตกต่างกัน แต่อย่างน้อยประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียต้องการให้มีการผสมผสานบทบาทในการจัดบริการชดเชยความเสียหายระหว่างกลไกใหม่กับกลไกเดิมๆ ที่มีอยู่หลากหลายให้สามารถเชื่อมประสานซึ่งกันและกันแล้วค่อยๆ พัฒนาให้เป็นระบบที่มีเอกภาพ) หรือกลไกการชดเชยความเสียหายที่ยังคงเน้นบทบาทของศาลของประเทศสเปน ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา อังกฤษ เป็นต้น แต่มีการจัดตั้งกองทุนการชดเชยความเสียหายขนาดเล็กโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดในบางกรณี เช่น ความพิการทางสมองของเด็กแรกคลอด ฯ ก็เป็นรูปแบบที่อาจเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับปัญหาพิเศษเฉพาะเรื่องของไทยจากข้อมูลการชดเชยของ สปสช. พบว่า ความเสียหายจากสุติกรรมมีปริมาณค่อนข้างมากกว่าเหตุการณ์อื่นๆ) นอกจากนั้น ผู้เสียหายภาคประชาชน และผู้ให้บริการเองได้สะท้อนให้เห็นถึงความไม่สมบูรณ์ของระบบบริการ (ฉัตรสุมน พงศ์นิญโญ 2558)

การพัฒนาการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพของผู้รับบริการควรเป็นรูปแบบที่มีความยืดหยุ่นรวดเร็วทันเวลา คณะกรรมการมีความหลากหลาย สามารถลดค่าใช้จ่าย และทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ มีความเป็นธรรมกับผู้เสียหาย อย่างไรก็ตาม การออกแบบกลไกการพัฒนาการชดเชยความเสียหายที่สำคัญ ได้แก่ กลไกทางการเงิน ลักษณะและที่มาของกลไกทางการเงิน หรือการออกแบบการจัดการกองทุนต้องได้ความร่วมมือทั้งจากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน

ส่วนการป้องกันความไม่มีประสิทธิภาพของระบบหลังใช้กลไกการชดเชย การสร้างกลไกการรายงานและเปิดเผยสาเหตุแห่งการกระทำที่ผิดพลาดที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวน่าจะเป็นมาตรการทางเลือกในการป้องกันการเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยที่ดีที่สุดตามแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วย หากประชาชนไทยคาดหวังและมุ่งมั่นที่จะสร้างกลไกการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดอย่างยั่งยืนภายใต้ความพร้อมและความเป็นไปได้ทางการเงินการคลังของไทย ควรเริ่มต้นหลักเกณฑ์และประสบการณ์ในลักษณะเดียวกับกลไกการชดเชยความเสียหายเบื้องต้นที่มีอยู่ โดยเริ่มขยายความครอบคลุมไปบางกลุ่มโรค และกลุ่มประชากร โดยแหล่งทุนหลักของกลไกอยู่ที่รัฐ (รวมถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) จ่าย (โดยงบประมาณประจำปีจากการจัดเก็บภาษี และหรือ

สร้างกลไกการจัดสรรภาษีผ่านกองทุนสร้างเสริมสุขภาพตามสัดส่วน) และการร่วมจ่ายของภาคเอกชนตามความเหมาะสม ในสัดส่วนระหว่างรัฐกับเอกชน(ฉัตรสมุน พุฒิกัญญา 2558)

ระบบการชดเชยความเสียหายนี้นำมาเป็นมาตรการความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patientsafety) ภายใต้ระบบการชดเชยนี้จะมีการดำเนินการสองส่วนควบคู่กัน ส่วนแรก คือ “การช่วยเหลือเยียวยาความเสียหาย” โดยการจัดตั้งกองทุนชดเชยขึ้นมา และจัดกระบวนการพิจารณาให้รวดเร็ว มีการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นทันทีจำนวนหนึ่ง หลังจากนั้นจึงพิจารณารายละเอียดขนาดความรุนแรงของความเสียหาย แล้วชดเชยเพิ่มเติมตามกรณี การช่วยเหลือผู้เสียหายให้ทันทั่วทั้งที่และอย่างเหมาะสม จะลดแรงกดดันแก่ทุกฝ่ายและช่วยบรรเทาความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ส่วนที่สอง คือ การสร้างระบบที่จะกระตุ้นให้มีการจัดการความรู้เกี่ยวกับความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงป้องกัน หรือการจัดการกับความเสี่ยงได้ถูกที่ ส่วนที่สองนี้จะเข้ามาช่วยสนับสนุนให้ข้อมูลที่ปิดลับกลับกลายเป็น “ความรู้” หรือบทเรียนสำหรับระบบสาธารณสุข เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดอีกโดยใช้มาตรการเชิงบวก เช่น กำหนดให้มีการจัดทำรายงานความเสียหายที่เกิดขึ้นโดยไม่ระบุถึงผู้กระทำความผิด ผู้ให้บริการสามารถให้ข้อมูลตามความจริง โดยไม่ต้องวิตกกังวลว่าจะมีผลกระทบต่อการประกอบวิชาชีพของตนเอง ข้อมูลที่ตรงไปตรงมาจะมีประโยชน์อย่างมากในการที่จะพัฒนามาตรการการป้องกัน และพัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะยาวได้ มีการจัดรายงานหรือการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องและนำเสนอต่อสาธารณะอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ระหว่างสถานพยาบาลกับประชาชนในการที่จะลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย นอกจากนี้ จะมีมาตรการจูงใจที่จะให้สถานพยาบาลมีระบบการจัดการความเสี่ยงที่ดี มีโอกาสได้รับการลดหย่อนเงินสมทบที่จะเข้าสู่กองทุนด้วย (โครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป 2550)

4. การประกันภัยความรับผิดทางการแพทย์ในประเทศไทย

ในประเทศไทยการประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์ยังไม่แพร่หลายมากนัก รูปแบบกรรมธรรม์ประกันภัยความรับผิดประเภทนี้ยังมีน้อย อีกทั้งลักษณะการประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์ยังมีลักษณะเดียวคือ การประกันภัยกับบริษัทประกันภัยเอกชน ต่างจากในต่างประเทศที่มีทั้งการประกันภัยกับบริษัทประกันภัยเอกชน และการที่แพทย์รวมตัวกันเป็นสมาคมเพื่อประกันภัยตนเองซึ่งจะเป็นการส่งเสริมความร่วมมือกันในระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงในลักษณะเดียวกันนอกจากนั้นในปัจจุบันประเทศไทยก็ยังไม่มีความหมายเฉพาะในเรื่องการประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์ แตกต่างจากในต่างประเทศที่มีการประกันภัยชนิดนี้เป็นการประกันภัยที่มีความสำคัญอย่างมากและมีการพัฒนากฎหมายกฎหมายประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์โดยเฉพาะขึ้นมา ไม่ว่าจะเป็นประเทศออสเตรเลีย

ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศฝรั่งเศส และประเทศสวีเดน เป็นต้น แต่ในประเทศไทยได้นำกฎหมายประกันภัยค้าเงินไปปรับใช้กับเรื่องดังกล่าว ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้ได้ แต่ยังคงขาดรายละเอียดบางอย่างที่สำคัญ ก่อให้เกิดความไม่ชัดเจนและเกิดปัญหาในการตีความ หากนำระบบประกันภัยความรับผิดชอบทางวิชาชีพทางการแพทย์ภาคสมัครใจที่เหมาะสมมาใช้กับประเทศไทย และบัญญัติกฎหมายที่ใช้บังคับกับการประกันภัยความรับผิดชอบในวิชาชีพทางการแพทย์เฉพาะ จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์ในประเทศไทยเป็นอย่างมาก เพราะทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์ประกอบวิชาชีพด้วยความมั่นใจและพร้อมที่จะให้ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ในขณะที่ผู้ป่วยเองก็จะได้รับประโยชน์จากการที่ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์ทำการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่นั้น รวมทั้งหากเกิดปัญหาก็จะได้รับการเยียวยาอย่างเหมาะสม (รจนศม ปรัชญาพิพัฒน์ 2555)

หลักการสำคัญของการประกันภัยความรับผิดชอบในวิชาชีพทางการแพทย์ ได้แก่ (สิทธิโชค ศรีเจริญ 2528) ดังนี้

1) หลักส่วนได้เสียอันอาจเอาประกันภัยได้ (Principle of Insurable Interest) 2) หลักสุจริตอย่างยิ่ง (Principle of Utmost Good Faith) 3) หลักการชดเชยค่าสินไหมทดแทนตามความเป็นจริง (Principle of Indemnities) 4) หลักการเฉลี่ยความเสียหาย (Principle of Contribution) และ 5) หลักการรับช่วงสิทธิ (Principle of Subrogation) (ไชยยศ เหมรัชตะ 2540) ระบบประกันภัยความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ทั่วโลก สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระบบ คือระบบการประกันภัยภาคบังคับ (Compulsory Insurance) และระบบการประกันภัย ภาคสมัครใจ (Voluntary Insurance) ระบบประกันภัยภาคสมัครใจเป็นการที่ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์สมัครใจที่จะทำประกันภัยด้วยตนเองเนื่องจากเล็งเห็นว่ามีสำคัญต่อการประกอบอาชีพของตน โดยที่ไม่มีกฎหมายบังคับให้แพทย์ต้องทำประกันภัย แพทย์มีอิสระที่จะทำประกันภัยความรับผิดชอบหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์เองการประกันภัยความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ภาคสมัครใจไม่ว่าจะเป็นการทำประกันภัยกับบริษัทประกันภัยหรือกับสมาคม ก็มีหลักการเดียวกันคือเพื่อรวบรวมจำนวนเงินที่ได้จาก ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ซึ่งอยู่ในสถานะเสี่ยงภัยคล้ายๆ กัน มาไว้เป็นเงินกองทุน เพื่อชดเชยให้แก่ผู้เสียหายกรณีเกิดความผิดพลาด บกพร่องหรือประมาทเลินเล่อจากการประกอบวิชาชีพ แต่จะมีความแตกต่างกันในรายละเอียด ในประเทศไทยการประกันภัยความรับผิดชอบทางการแพทย์ก็มีลักษณะเป็นการประกันภัยภาคสมัครใจเช่นกัน แต่ที่ผ่านมายังไม่ค่อยแพร่หลาย เนื่องจากจำนวนเงินการฟ้องร้องมีอัตราที่สูงซึ่งบริษัทประกันภัยไม่สามารถรับภาระดังกล่าวได้และผู้เอาประกันภัยก็ยังคงมีจำนวนน้อยและยังไม่มีการจัดตั้งสมาคมประกันตนเองของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ (รจนศม ปรัชญาพิพัฒน์ 2555)

5.ปัญหาเรื่องการประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์ในประเทศไทย

ปัญหาเรื่องการประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์ในประเทศไทย มีอยู่ 2 ประเด็น คือ(รจนสม ปรัชญาพิพัฒน์ 2555)

5.1 ปัญหาการนำระบบประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์ภาคสมัครใจมาใช้ในประเทศไทย ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายบังคับให้แพทย์ทุกคนต้องทำประกันภัย ดังนั้นจึงยังถือว่าเป็นระบบประกันภัยภาคสมัครใจ และเนื่องจากการประกันภัยในลักษณะนี้ค่อนข้างจะเป็นการประกันภัยในรูปแบบใหม่ ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ยังไม่นิยมทำประกันภัยความรับผิด เนื่องจากไม่ไว้วางใจบริษัทประกันภัยว่าเมื่อเกิดภัยแล้วจะยินยอมชดเชยค่าสินไหมทดแทนให้หรือไม่ หรือหากยินยอมชดเชยจะชดเชยให้มากน้อยเพียงใด เนื่องจากข้อยกเว้นของการประกันภัยความรับผิดของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์มีค่อนข้างมาก แพทย์อาจจะคิดว่าโอกาสที่จะเกิดการฟ้องร้องมีน้อยจึงเลือกที่จะไม่ทำประกันภัยความรับผิด ส่งผลให้ไม่เป็นไปตามกฎหมายจำนวนมาก และทำให้เบี้ยประกันภัยสูง นอกจากนี้การนำระบบประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์ภาคสมัครใจมาใช้ยังอาจทำให้เกิดปัญหาเรื่องการประกันภัยต่อและคำรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่จะต้องแก้ไขต่อไป

5.2 ปัญหากฎหมายและกรรมธรรม์ประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์ภาคสมัครใจเมื่อการประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์ภาคสมัครใจมีความสำคัญ ประเด็นต่อไปที่จะต้องพิจารณาคือขณะนี้ระบบการประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์ในประเทศไทยมีความเหมาะสมแล้วหรือไม่ ควรมีการพัฒนาอย่างไร

5.2.1 ปัญหาเกี่ยวกับกฎหมายเฉพาะเรื่องการประกันภัยความรับผิดทางการแพทย์ในประเทศไทยประเทศไทยไม่ได้มีกฎหมายประกันภัยความรับผิดทางการแพทย์เฉพาะ แต่นำกฎหมายในเรื่องการประกันภัยคำจูนหรือการประกันภัยความรับผิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์บรรพ 3 ลักษณะ 20 หมวด 2 ส่วนที่ 3 มาปรับใช้ ในบางประเทศเช่นประเทศฝรั่งเศส และประเทศสหรัฐอเมริกา มีการบัญญัติ เรื่อง การประกันภัยความรับผิดทางการแพทย์ไว้เป็นหมวดหนึ่งในประมวลกฎหมายประกันภัยซึ่งก็ทำให้เกิดความชัดเจนและสามารถนำไปปรับใช้กับเรื่องดังกล่าวได้อย่างเต็มที่ทำให้ทั้งผู้เอาประกันภัยและผู้รับประกันภัยมีความมั่นใจในการตัดสินใจทำประกันภัย

5.2.2 ปัญหาเกี่ยวกับเนื้อหาของกฎหมายประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์ของประเทศไทย เนื่องจากประเทศไทยไม่ได้มีกฎหมายประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์โดยเฉพาะ ดังนั้นจึงขาดรายละเอียดในเรื่องต่อไปนี้

- 1) คำนียามของผู้รับประกันภัย และผู้เอาประกันภัยความรับผิดทางการแพทย์
- 2) คำนียามของความสูญเสีย หลักส่วนได้เสีย และหลักสุจริตทางการแพทย์
- 3) การเรียกร้องค่าเสียหาย (Claim)และการชดเชยค่าสินไหมทดแทน

(Compensation)

4) การควบคุมอัตราเบี้ยประกันภัย

ดังนั้นประเทศไทยจึงควรมีการบัญญัติกฎหมายเฉพาะในเรื่องการประกันภัย ความรับผิดชอบในวิชาชีพทางการแพทย์และมีการบัญญัติเนื้อหาในเรื่องดังกล่าวไว้ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและช่วยลดปัญหาในการตีความ

5.2.3 ปัญหาเกี่ยวกับรูปแบบกรรมธรรม์และการควบคุมกรรมธรรม์ประกันภัยความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์กฎหมายไทยไม่ได้กำหนดแนวทางหรือขอบเขตให้แก่นายทะเบียนในการให้ความเห็นชอบในการกำหนดกรรมธรรม์ประกันภัย แต่ให้เป็นดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ที่จะพิจารณาเป็นกรณีๆ ไป จึงไม่มีมาตรฐานที่แน่นอน เนื่องจากดุลยพินิจของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันได้ การบัญญัติกฎหมายที่ชัดเจนจะช่วยให้ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่มีมาตรฐานที่น่าเชื่อถือมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- โครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป. (2550). ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. เอกสารเพื่อทำความเข้าใจและใช้ประกอบการร่วมแสดงความเห็น. เอกสารอัดสำเนา.
- ฉัตรสุนัน พงศ์ปิฎก. (2558). ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ความผิด. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 1(1) มกราคม-เมษายน.
- ไชยยศ เหมรัชตะ. (2540). กฎหมายว่าด้วยประกันภัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติธรรม.
- ไทยรัฐ. (2557). 'แพทย์สภา' เผยปัญหาโรงเรียน 'คำรักษา' ยังอื้อ! สำนักพิมพ์ไทยรัฐ.
- ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, นุศราพร เกษสมบูรณ์. (2550). กองทุนชดเชยผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล : อีกองค์ประกอบหนึ่งของบริการทางการแพทย์ที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์. Srinagarind Med J.
- รจนสม ปรัชญาพิพัฒน์. (2555). ประกันภัยความรับผิดในวิชาชีพทางการแพทย์ : ศึกษากรณีการประกันภัยภาคสมัครใจ. วารสารนิติศาสตร์ ปีที่ 3 AULJ Vol. III
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2544). งานวิจัยคดีแพทยบุคลากรแพทย์ถูกฟ้อง. เรือนแก้วการพิมพ์.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2549). วิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย. โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สมหญิง สายธนู, รัชตะ ตั้งศิริพัฒน์, วงเดือน จินดาวัฒนะ และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2546). การจัดการความรับผิดจากการรักษาทางการแพทย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 12 (6).
- สิทธิโชค ศรีเจริญ. (2528). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการประกันภัย. ประชุมทอง การพิมพ์.
- อภิวรรณ อินศร. (2545). กระบวนการยุติธรรมเกี่ยวกับคดีทุรเวชปฏิบัติในประเทศไทย – ศึกษาเฉพาะการดำเนินคดีแพ่งแพทยสภาสาร.
- Homhuan P. (1999). Malpractice complaints appeared in newspaper during 1990-1997. A master degree dissertation. Mahidol University.

- Ungprapan V, Boonchalermvipart S, Yomjinda A, et al. (2000). Problems of malpractice litigation in Thailand. A report of the subcommittee on measures to alleviate sufferings of the medical injured. Thai Medical Council.
- Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. (2001). Adverse events in British hospitals. preliminary retrospective record review. BMJ.
- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. (1995). The quality in Australian health care study. Med J Aust.