

กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ

รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์* ศุภสิทธิ์ พรรณารุณทิว**ธนเสฏฐ์ กุลจิรมาคันต์***

บทคัดย่อ

การวิจัยการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความทุกข์ของประชาชนที่ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์จากการใช้บริการในภาครัฐและภาคเอกชน วิเคราะห์กลไกการให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และหลักเกณฑ์และกระบวนการในการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ศึกษาขอบเขตการชดเชยความเสียหาย และความเป็นไปได้ของแหล่งที่มาของเงินในการชดเชย เพื่อเสนอแนะร่างนโยบายและกฎหมายการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ของประเทศไทย

ผลการศึกษา พบว่า ความทุกข์ของประชาชนที่ได้รับความเสียหาย คือผู้ให้บริการทางการแพทย์หลักเสีย การชี้แจงพฤติกรรมและสาเหตุของความเสียหายต่อผู้เสียหายหรือญาติ การอนุมัติวงเงินที่ล่าช้าและไม่เป็นไปตามที่เงื่อนไข การขาดการชดเชยเยียวยาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้เสียหายหลังเกิดเหตุ บุคลากรในสถานพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่ถึงแนวคิด วิธีการ และขั้นตอนการชดเชยความเสียหายเบื้องต้น ผู้เสียหายขาดความรู้ความเข้าใจต่อกลไกการชดเชยทั้งในระดับก่อนศาลและศาล เวชระเบียนเข้าถึงยากรวมทั้งมีการแก้ไข ทำลาย หรือปกปิดเวชระเบียนรูปแบบและโครงสร้างตามข้อเสนอ ดังนี้ 1) ปรัชญา แนวคิด วัตถุประสงค์ ควรเป็นกลไกการชดเชยที่ดำเนินการโดยฝ่ายบริหารที่ไม่มีการพิสูจน์ผิด 2) ขอบเขตการบังคับ ควรครอบคลุมการบริการสาธารณสุขทุกประเภทรวมทั้งความเสียหายที่เกิดจากการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3) องค์กรและอำนาจหน้าที่ ควรเป็นหน่วยงานของรัฐ มีฐานะเป็นนิติบุคคล มีความเป็นอิสระ 4) แหล่งเงิน ควรมาจากหลายภาคส่วนของสังคม 5) เกณฑ์การจ่าย ควรจ่ายเงินครอบคลุมความเสียหายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนและจากความผิดพลาดของระบบบริการ 6) ขอบเขตการจ่าย ควรให้มีการจ่ายตามประเภทความเสียหายตามอัตราที่เหมาะสม 7) กระบวนการพิจารณา ขั้นตอนและวิธีการ ควรให้มีการเสนอคำร้องเป็นหนังสือต่อหน่วยงานในระดับจังหวัดทุกจังหวัด และในระดับอำเภอ คำร้องต้องได้รับการพิจารณาโดยเร็ว 8) สิทธิทางศาล ไม่ควรตัดสิทธิผู้เสียหายที่จะใช้สิทธิทางศาล 9) ควรมีมาตรการพัฒนาระบบความปลอดภัยผู้ป่วย 10) มาตรการเสริมร่างนโยบายและกฎหมายของกลไกหลัก(ก่อนศาล) ควรมีระบบอนุญาตตุลาการเพื่อทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยความเสียหาย

คำสำคัญ: ความผิดพลาดทางการแพทย์/ ทุรเวชปฏิบัติ/ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์/ การชดเชยไม่ต้องพิสูจน์ผิดทางการแพทย์/ กลไกการชดเชยทางการแพทย์

* อาจารย์ประจำหลักสูตรนิติศาสตรบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์ สำนักวิชารัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

** ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*** ผู้ช่วยนักวิจัยศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

The Compensation Mechanism of Adverse Event in Thai Healthcare

Rattanasit Thipwong*, Suphasit phanarunothai** Thanaseth kuljiramanakan**

Abstract

This research uses mixed method. The objectives were to gather the detection suffering of Thai' people who have been damaged by using the healthcare services in the public and private sectors; to analyze the basic compensation mechanism, including the criteria and procedures of the mechanism; to study the scope of compensation for damages from the healthcare services; to study the potential of the source of money in the mechanism; and to suggest a draft policy and law on compensation for damage from healthcare services in Thailand.

Results found that the healthcare service providers avoided clarifying the circumstances and causes of damage to the injured person or relatives. Approval of the amount of compensation was delayed and did not comply with the conditions. Lack of compensation to remedy the impact on the victims' families after the accident. Most health staff did not understand the concepts, methods and procedures for compensation mechanism of the damages. The victims lack knowledge and understanding of compensation mechanisms. Medical records were difficult for accessibility were and modified, destroyed or concealed. Recommendations: 1) Philosophy, concepts, objectives for no-fault compensation mechanisms should be implemented by the administration. 2) Scope of enforcement should cover all types of public health services 3) Organization and authority should be a government agency with an independence body 4) The source of funds should come from many sectors of society, 5) the criteria for payment should pay to cover damages caused by complications and from the healthcare service system faults 6) the scope of payment should be paid according to the type of damage 7) the process for consideration should be submitted in writing to the provincial level offices in every province or at the district level. The request must be considered promptly 8) The right to judicial system should not be deprived 9) There should be measures to develop patients' safety system. 10) Measures to supplement the drafted policy and law of the mechanism (before reaching judicial system), should have an arbitration system to mediate the damages.

Keywords: medical error/medical malpractice/ medical adverse event/no-fault compensation in healthcare/healthcare compensation mechanism

* Lecturer, Bachelor of Law Program Faculty of Law, Institute of Political Science and Law ,Walailak University, Corresponding Author: Rustanasit Tipwong <trustana@wu.ac.th>

** Director of the Center for Health Research and Monitoring, Faculty of Medicine, Naresuan University

** Research Assistant, Research Center and Health Fair Monitoring, Faculty of Medicine, Naresuan University

บทนำ (Introduction)

แนวคิดการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด (No fault liability) ได้นำมาใช้ในหลายประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลียมีหน่วยงานร้องทุกข์ที่เป็นอิสระ มีอำนาจในการเจรจา ประนีประนอมระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้บริโภค เพื่อให้มีการชดเชยกรณีที่มีการได้รับบาดเจ็บ หรือความทุกข์ทรมานเกิดขึ้น ในประเทศอินเดีย มีการจัดตั้งหน่วยงานหรือคณะกรรมการดำเนินการเพื่อการชดเชยให้ผู้บริโภค (Consumer Disputes Redressal Agencies or Commissions) ในลักษณะที่เป็นกลไกกึ่งศาล (quasi-judicial machinery) ทั่วประเทศ เพื่อทำหน้าที่ให้ความเห็นและให้มีอำนาจในการให้ความช่วยเหลือชดเชยตามคำร้องทุกข์ของผู้บริโภค (District Consumer Complaints Redressal Forum) ตั้งแต่ เรื่องความเสียหายของเครื่องใช้ในบ้าน ไปจนถึงการบริการการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์หลักที่ต้องการให้มีการชดเชยที่ง่ายและรวดเร็วขึ้น นอกจากนี้ ยังมีอำนาจในการลงโทษทางอาญาในคดีที่ไม่ซับซ้อนต่อนักธุรกิจหรือบุคคลใดๆ ที่พิสูจน์ได้ว่ากระทำผิดได้ด้วย อย่างไรก็ตามบุคคลนั้นสามารถใช้สิทธิในการอุทธรณ์ต่อศาลสูงได้ (Sirur, 2004) และในประเทศอังกฤษ การร้องทุกข์เล็กๆ น้อยๆ ที่เกี่ยวข้องกับการชดเชยในวงเงินไม่เกิน 3,000 ปอนด์ หรือต่ำกว่า ถือเป็นส่วนหนึ่งของศาลท้องถิ่นที่ไม่จำเป็นต้องมีการพิจารณาในศาลหรือใช้ทนายความ (Dute, Faure, and Koziol, 2004)

สำหรับประเทศไทยแนวคิดการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดปรากฏในกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยกำหนดให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นเฉพาะผู้รับบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเข้าไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายบริการของ สปสช. แล้วได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์นั้น (พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, มาตรา 41) แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องวงเงินในการให้ความช่วยเหลือและการขยายการชดเชยความเสียหายที่ได้รับจากบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาความทุกข์จากระบบบริการสุขภาพแก่ผู้เสียหายได้อย่างแท้จริง ข้อมูลปี 2547 พบว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับเงินรายหัวเพิ่มขึ้นเป็น 1,308.5 บาทต่อคนต่อปี แต่ได้กั้นเงินเพื่อการชดเชยเบื้องต้นไว้เพียง 5 บาทต่อคนต่อปี (สปสช. 2547 หน้า 20) แทนที่จะเป็นร้อยละ 1 หรือ 12 บาทต่อคนต่อปี ในขณะที่จ่ายเงินชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นของ สปสช. ตลอดปี 2547 มีเพียงร้อยละ 2.7 ของยอดเงิน 230 ล้านบาทที่กั้นไว้ (สปสช. 2547 หน้า 68) หากผู้เสียหายต้องการได้รับการชดเชยเพิ่มขึ้นมากกว่าการชดเชยเบื้องต้นก็ดำเนินการฟ้องต่อศาลยุติธรรม ทำให้มีกรณีความเสียหายที่เกิดขึ้นจากบริการทางแพทย์ปรากฏให้เห็นเป็นข่าวความขัดแย้งมากขึ้น และมีบางกรณีผู้เสียหายชนะคดีในชั้นศาล อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินคดีทางศาล พบกับข้อจำกัดในการใช้ระยะเวลาดำเนินคดีที่ยาวนาน เสียค่าใช้จ่ายมาก และผู้ป่วยส่วนน้อยที่ชนะคดี(สมหญิง สายธนู และคณะ, 2546) ความซับซ้อนยุ่งยากในการพิสูจน์ การไม่อนุญาตให้ใช้เวชระเบียนผู้ป่วย และข้อจำกัดในการหาพยานผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น ดังนั้น หากรัฐบาลไทยและสังคมยังคงละเลย

ต่อปรากฏการณ์ของระบบการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพดังกล่าว อาจกลายเป็นวิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้ที่ รวมทั้งเกิดผลกระทบต่อสังคมโดยรวม

ดังนั้น เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ จึงควรจะมีการกำหนดหลักเกณฑ์การชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ผูกมัด ก่อนดำเนินการทางศาลสถิตยุติธรรม หรือไม่ต้องใช้กระบวนการทางศาล ผ่านมุมมองของผู้เสียหาย ผู้ให้บริการ ประชาชนทั่วไป และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ ต่อการดำเนินการของกลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพที่มีอยู่(กลไกก่อนศาลและศาล) กอปรกับการทบทวนประสบการณ์ของต่างประเทศ

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1) เพื่อศึกษาและรวบรวมความทุกข์ของประชาชนที่ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์จากการใช้กระบวนการต่างๆ ในปัจจุบัน ทั้งจากการใช้บริการในภาครัฐและภาคเอกชน โดยกลุ่มผู้ให้บริการทางวิชาชีพด้านสุขภาพ ในระดับต่างๆ เช่น สถานพยาบาลตามกฎหมายสถานพยาบาล และสถานบริการสาธารณสุขของทางราชการ

2) เพื่อศึกษาและวิเคราะห์กลไกการให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ในปัจจุบัน ตลอดจนอุปสรรคต่อการให้ความช่วยเหลือและชดเชยความเสียหายนั้น

3) เพื่อศึกษาขอบเขตการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ และความเป็นไปได้ของแหล่งที่มาของเงินในการชดเชย ตลอดจนผลกระทบด้านภาระทางงบประมาณที่อาจเกิดขึ้น

4) เพื่อเสนอแนะร่างนโยบายและกฎหมายการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์

วิธีดำเนินการศึกษา (Methods)

การศึกษานี้ใช้ทั้งวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research Methodology) และวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research Methodology) กล่าวคือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) การวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case study) เกี่ยวกับความทุกข์อาสาศาสตร์ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือน สิงหาคม 2549 ถึง เดือนมีนาคม 2550โดยการสัมภาษณ์ (interview) กระจายไปตามจังหวัดเป้าหมายและระดับของการใกล้เคียง รวมจำนวน 50 ราย 2) การวิจัยเชิงปฏิบัติ (Action Research) โดยใช้เทคนิค Appreciative Inquiry (AI) และการสังเกต (Observation) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกระบวนการคิดในทางบวกจากเวทีประชาปรึกษา (Citizen's dialogue) กับผู้เข้าร่วม

วิจัยที่กระจายไปตามรายจังหวัดและกรุงเทพมหานครและระดับชาติ รวมจำนวนทั้งสิ้น 432 ราย 3) การวิเคราะห์เอกสาร(Documentary analysis) โดยทบทวนกลไกการชดเชยความเสียหายผ่านเอกสาร 4) การเข้าร่วมร่างกฎหมาย (Legal drafting ad-hoc team) เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสุขภาพที่แต่งตั้งโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขและการสมมนาที่เกี่ยวข้องกับการร่างกฎหมาย

สำหรับเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้การประมาณค่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อจำนวนเงินกองทุนในการศึกษาความเป็นไปได้ของแหล่งเงินและงบประมาณ เช่น จำนวนครั้งของผู้ป่วยใน จำนวนคนและเงินที่ต้องใช้ในระบบการชดเชย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย โดยใช้ข้อมูลส่วนหนึ่งที่เป็นข้อมูลทุติยภูมิที่มาจากผลการวิเคราะห์เอกสาร(Documentary analysis) ตามข้อ 3) ของวิธีวิจัยการวิจัยเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ทำการตรวจสอบความถูกต้องและตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน และ ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบและ ปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างนอกพื้นที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ใช้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เสียหาย การจัดเวทีประชาปรึกษา การร่วมร่างกฎหมายหรือการสมมนาที่เกี่ยวข้องกับการร่างมาบูรณาการกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยใช้กรอบการวิเคราะห์ด้วยการออกแบบระบบกลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยประกอบด้วย ปรัชญาแนวคิดและวัตถุประสงค์ของระบบ คุณลักษณะขององค์กรที่รับผิดชอบในการชดเชย แหล่งที่มาของเงินชดเชย บุคคลหรือองค์กร เกณฑ์การจ่ายเงินชดเชย กระบวนการพิจารณาตัดสิน สิทธิการฟ้องร้องผู้ให้บริการต่อศาล เป็นต้น สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2549

ผลการศึกษา (Results)

การศึกษาความทุกข์ของประชาชนที่ได้รับความเสียหายผ่านกลไกการชดเชยความเสียหายเบื้องต้นพบว่า ผู้ให้บริการทางการแพทย์พยายามหลีกเลี่ยงหรือประวิงเวลาในการเปิดเผยพฤติการณ์แห่งการกระทำและสาเหตุของความเสียหายต่อผู้เสียหายหรือญาติ การพิจารณาตรวจสอบและการอนุมัติวงเงินที่ล่าช้า การอนุมัติวงเงินชดเชยที่น้อยกว่าความเสียหาย การอนุมัติวงเงินที่ไม่ตรงกับเงื่อนไขที่กำหนดไว้โดยกฎระเบียบ การพิจารณาและอนุมัติวงเงินที่ยึดติดกับการอ้างอิงกับระบบการอุทธรณ์ตามรูปแบบที่ปฏิบัติโดยปกติ การขาดการชดเชยเยียวยาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้เสียหายและครอบครัวหลังเกิดเหตุทั้งการรักษา การขาดงาน และการดำรงชีวิต บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงหรือขาดความรู้ ความเข้าใจในแนวคิด วิธีการ และขั้นตอนในการชดเชยความเสียหายเบื้องต้น ส่งผลให้มีการแนะนำวิธีการและขั้นตอนเกี่ยวกับกลไกการชดเชยต่อผู้เสียหายและญาติที่ถูกต้อง ความรู้ความเข้าใจต่อกลไกการชดเชยของผู้เสียหายทั้งในระดับก่อนศาลและศาล(สำหรับผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ฟ้องศาล) ผู้เสียหายไม่สามารถขอเวาระเบียบได้ด้วยข้ออ้างกฎหมายข้อมูลข่าวสาร เมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถขอถ่ายสำเนาได้ รวมทั้งมีการแก้ไข ทำลาย หรือปกปิดซ่อนเร้นเวชระเบียน (สำหรับผู้มีประสบการณ์ฟ้องศาล) โดยมีข้อเสนอให้ผู้ให้บริการกล้าที่จะยอมรับความผิดพลาดและแสดงความจริงใจในการให้การแก้ไขเยียวยา การให้การช่วยเหลือแก่ผู้เสียหายตามที่เคยสัญญาไว้ การอนุมัติวงเงินชดเชยที่เพียงพอ การบอกกล่าววิธีการอุทธรณ์ต่อผู้เสียหาย และการชดเชยที่ครอบคลุมถึงการดูแลครอบครัวผู้เสียหาย (เช่น เงินรายเดือนหรือรายปีสำหรับบุตรหรือคนพิการ เงินค่าเลี้ยงดูเด็ก เช่น นม เงินช่วยเหลือทางการศึกษา เป็นต้น) ควรมีบทลงโทษทางอาญากรณีมีการแก้ไข ทำลาย หรือปกปิดซ่อนเร้นเวชระเบียน ควรนำความผิดพลาดที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว รวบรวมเป็นสถิติ แล้วนำไปเป็นบทเรียนสอนหมอ และให้ความรู้กับสังคมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดซ้ำ

ในขณะที่โดยมีข้อเสนอเกี่ยวกับแนวคิด หลักการและวิธีการต่อการร่างนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์กลไกการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดของประเทศไทย ควรมีรูปแบบและโครงสร้างที่ประกอบด้วย

ปรัชญา แนวคิด วัตถุประสงค์ ควรเป็นกลไกของฝ่ายบริหารโดยไม่มีการพิสูจน์ถูกผิด ที่เป็นข้อโต้แย้งเกี่ยวกับคุณภาพและมาตรฐานในการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชน ในขณะเดียวกัน เป็นการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ขอบเขตการบังคับ ควรครอบคลุมการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกประเภทรวมทั้งความเสียหายที่เกิดจากการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน

องค์กรและอำนาจหน้าที่ ควรเป็นหน่วยงานของของรัฐ ที่มีใช้ส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีฐานะเป็นนิติบุคคล มีความเป็นอิสระ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี เพื่อทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือชดเชยความเสียหายแก่ผู้เสียหาย และมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ

มีคณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย ที่มีองค์ประกอบ 5-7 คน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์จำนวนสามคน ผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการฝ่ายละเท่าๆกัน

มีคณะกรรมการประเมินค่าชดเชย ที่มีองค์ประกอบ 5-7 คน อย่างน้อยต้องประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์ ด้านคนพิการ ด้านการคุ้มครองสิทธิ

มีคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ ที่มีองค์ประกอบจำนวน 5-9 คน ประกอบด้วยผู้แทนคณะกรรมการคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขหนึ่งคน ผู้แทนสถานพยาบาลหนึ่งคน ผู้แทนผู้รับบริการหนึ่งคน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านสังคมศาสตร์ ด้านคนพิการ ด้านคุ้มครองสิทธิ ด้านละหนึ่งคน

ทั้งนี้ ในกรณีที่ต้องประกอบของคณะกรรมการต้องมีที่มาจากตัวแทนผู้ให้บริการและผู้รับบริการจำนวนตัวแทนทั้งสองฝ่ายต้องมีสัดส่วนที่มีความสมดุลซึ่งกันและกัน โดยให้มีการจัดตั้งสำนักงานคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเพื่อทำหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานของกลไกการชดเชย

แหล่งเงิน มีแหล่งเงินมาจากหลายภาคส่วนของสังคม ได้แก่ รัฐ ท้องถิ่น เอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพ ภาษีบุหรี่และสุรา ภาษีสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตยาและเครื่องมือแพทย์และจากกองทุนอื่นๆ ด้วย

เกณฑ์การจ่าย มีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือตามสิทธิของผู้เสียหายที่ได้รับทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบคลุมความเสียหายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนและจากคามผิดพลาดของระบบบริการ เหตุสุดวิสัย ความเสียหายที่เกิดจากการใช้ยาหรือเครื่องมือแพทย์ ยกเว้น ความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามปกติของพยาธิสภาพของโรค หรือเป็นความเสียหายเล็กน้อยที่ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

ขอบเขตการจ่าย ควรให้มีการช่วยเหลือผู้รับบริการตามประเภทความเสียหายที่ได้รับ ได้แก่ ความเสียหายแก่ชีวิต การสูญเสียอวัยวะหรือพิการหรือทุพพลภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ การขาดงานและค่าขาดรายได้การะ และค่าเจ็บป่วยและทุกข์ทรมาน ตามอัตราที่เหมาะสมโดยไม่จำกัดขอบเขตหรือเพดานค่าชดเชยทั้งในส่วน of ค่าเสียหายทางเศรษฐกิจและไม่ใช่ว่าเศรษฐกิจ

กระบวนการพิจารณา ขั้นตอน และวิธีการ ควรให้มีการเสนอคำร้องเป็นหนังสือจากผู้ได้รับความเสียหายภายในกำหนด 3-5 ปี นับแต่วันที่รับทราบความเสียหาย ต่อหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับคำร้องในระดับจังหวัดทุกจังหวัด และอาจมีหน่วยย่อยที่จัดตั้งอยู่ประจำสถานพยาบาลในระดับอำเภอทุกอำเภออย่างน้อยหนึ่งแห่ง

คำร้องต้องได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยภายในเจ็ดวัน หากมีมูลเหตุแห่งความเสียหายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้เสียหายต้องได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับความร้อง ในกรณีที่ไม่แล้วเสร็จ อาจให้ขยายเวลาออกได้อีกไม่เกินสามสิบวัน และหากพ้นกำหนดเวลาที่ขยายแล้ว ให้ถือว่าผู้เสียหายได้รับความเสียหายเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุขและต้องได้รับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นภายในสามสิบวันนับแต่วันพ้นกำหนดเวลาที่ขยาย

หลังจากนั้นให้ส่งคำร้องและผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยไปยังคณะกรรมการประเมินค่าชดเชย นับแต่วันที่มีการวินิจฉัยให้มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อประเมินและวินิจฉัยความเสียหาย และกำหนดจำนวนเงินที่ผู้เสียหายควรได้รับภายในหกสิบวัน หากยังไม่แล้วเสร็จอาจขยายได้อีกไม่เกินสามสิบวัน

ในกรณีที่ผู้เสียหายไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะกรรมการประเมินค่าชดเชยให้มีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่รับอุทธรณ์ โดยให้ยื่นผ่านไปยังหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับคำร้อง เมื่อหน่วยงานดังกล่าวได้รับคำอุทธรณ์แล้ว ให้ส่งคำอุทธรณ์ดังกล่าวให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ภายในเจ็ดวัน และการพิจารณาของคณะกรรมการอุทธรณ์ต้องแล้วเสร็จภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่รับคำอุทธรณ์ หากยังไม่แล้วเสร็จให้ขยายเวลาได้ไม่เกินสามสิบวัน โดยคำวินิจฉัยชี้ขาดขององค์คณะกรรมการอุทธรณ์ให้เป็นที่สุด

สิทธิทางศาล การใช้สิทธิของผู้เสียหายต่อกลไกการชดเชยก่อนศาลไม่ควรตัดสิทธิผู้เสียหายที่จะใช้สิทธิทางศาลเพื่อฟ้องร้องดำเนินคดีแพ่งตามกฎหมายว่าด้วยละเมิด

ในกรณีที่ผู้เสียหายใช้สิทธิทางศาลพร้อมกับการเรียกร้องค่าชดเชยตามกลไกก่อนศาล ให้ชะลอการพิจารณาคำร้องหรือการจ่ายเงินชดเชยไว้ก่อนจนกว่าคดีจะถึงที่สุด

ในกรณีที่ผู้เสียหายใช้สิทธิฟ้องศาลภายหลังได้รับเงินค่าชดเชยเบื้องต้น ให้ผู้ฟ้องร้องมีหน้าที่ต้องนำเงินนั้นไปวางศาลเพื่อประกันการใช้สิทธิโดยไม่สุจริต และให้ถือเป็นหน้าที่ของสถานพยาบาลและผู้ให้บริการที่ตกเป็นจำเลยมีหน้าที่รายงานการดำเนินการเกี่ยวกับการฟ้องร้องของผู้เสียหายให้สำนักงานคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขทราบ และให้สำนักงานมีหน้าที่ยื่นคำร้องต่อศาลเพื่อแถลงเกี่ยวกับการรับเงินชดเชยเบื้องต้นของผู้เสียหายให้ศาลทราบ

ในกรณีที่ผู้เสียหายใช้สิทธิฟ้องศาลภายหลังได้รับเงินค่าชดเชยเบื้องต้น ค่าชดเชยที่ได้รับจากกลไกก่อนศาลถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของค่าชดเชยในชั้นศาลเพื่อป้องกันการรับค่าชดเชยซ้ำซ้อน

มาตรการพัฒนาระบบความปลอดภัยผู้ป่วย

ควรให้สถานพยาบาลที่เข้าอยู่ในกลไกการชดเชย ที่มีการพัฒนาระบบความปลอดภัยและการป้องกันความเสียหายที่ดี หรือได้ทำหน้าที่วิเคราะห์ความเสียหายรายงานแนวทางในการป้องกันความเสียหายที่สถานพยาบาลนั้นๆ แจ้งให้สำนักงานคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขทราบ หากการ

กระทำได้กล่าวก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการป้องกันแก้ไขความเสียหายแก่ผู้รับบริการโดยรวมแล้ว สถานพยาบาลนั้นอาจได้รับส่วนลดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนได้

ให้สำนักงานคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข สามารถอนุมัติเงินในการสนับสนุนให้สถานพยาบาล หน่วยงาน หรือองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยของผู้รับบริการ หรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบความปลอดภัยและการป้องกันความเสียหายของผู้ป่วย เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานได้

มาตรการเสริมร่างนโยบายและกฎหมายของกลไกหลัก (ก่อนศาล)

ควรกำหนดให้มีระบบอนุญาโตตุลาการกำหนดไว้เพื่อทำหน้าที่ไกล่เกลี่ย ความเสียหายที่เกิดจากมาตรฐานของยาหรือเครื่องมือแพทย์ และควรมีการจัดตั้งกองทุนเฉพาะแต่กลไกก่อนศาลควรจ่ายไปก่อนและได้สิทธิในการไล่เบี้ยจากกองทุนเฉพาะนั้น วงเงินที่ชดเชยควรมีมากพอหรือไม่มีความแตกต่างกับการใช้สิทธิทางศาลเพื่อลดการฟ้องศาล จำนวนค่าชดเชยจะมากขึ้นขึ้นอยู่กับข้อมูลเชิงลึก ค่าทนายความในคดีฟ้องแพ่งทางการแพทย์ควรจำกัดวงเงิน ควรเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการและการสื่อสารทั้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในลักษณะของการแก้ปัญหาหารือกันเพื่อให้มีความเข้าใจที่ดีต่อกันและลดการฟ้องร้องการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์ ควรมีระบบการป้อนกลับของข้อมูลไปยังหน่วยบริการอื่นเพื่อพัฒนาปรับปรุง

ควรจัดตั้งศาลชำนาญการพิเศษทางการแพทย์โดยมีผู้พิพากษาสมทบที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมเป็นองค์คณะ การจัดตั้งกองทุนค่าธรรมเนียมศาลเพื่อให้ศาลสามารถบริหารจัดการคดีทางการแพทย์ได้ดีขึ้นโดยอาจได้รับการสนับสนุนเงินมาจากกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ การใช้กระบวนการพิจารณาของศาลแบบระบบไต่สวนโดยผู้พิพากษาเป็นผู้แสวงหาพยานหลักฐาน เพื่อลดภาระพิสูจน์ถูกผิดโดยผู้เสียหายที่เป็นโจทก์ และควรมีการจัดตั้งกองทุนชดเชยความเสียหายที่ไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดขนาดเล็กเพื่อเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะเรื่องด้วย

สำหรับข้อเสนอจากการศึกษาความเป็นไปได้ของแหล่งเงินและงบประมาณ พบว่า แหล่งทุนของกลไกการชดเชยความเสียหายก่อนศาลควรเป็นระบบผสมโดยแนวคิดหลักอยู่ที่ Beveridge Model โดยให้รัฐ (รวมถึง อปท.) ยังคงบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทุนให้กองทุนชดเชย (การจัดสรรภาษีอากรผ่านกองทุนต่างๆ และการจัดเก็บค่าธรรมเนียมใบอนุญาต) ในขณะเดียวกันมีข้อเสนอให้ใช้ Bismarck Model กับสถานพยาบาลเอกชน องค์กรวิชาชีพ และผู้ประกอบการวิชาชีพที่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายตามความเหมาะสม

จากการศึกษาทบทวนข้อมูลเพื่อประมาณการวงเงินที่ใช้ในการจัดตั้งกองทุนชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ (ปัตพงษ์ เกษตสมบูรณ์และคณะ 2548, 2549; ศุภศิทธิ์ พรธนาโรทัยและคณะ 2547) พบว่า ประเทศไทยต้องใช้งบประมาณเพื่อดำเนินการชดเชยทั้งสิ้นระหว่าง 86.6 – 1,363.3 ล้านบาทต่อปี และหากต้องการให้รัฐ (รวมถึง อปท.) ยังคงบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทุนให้กองทุนชดเชย (รัฐจะจัดสรร

งบประมาณประจำปีและหรือรัฐการสร้างกลไกพิเศษที่เรียกว่า Earmark Fund) ตามด้วยการมีส่วนร่วมจ่ายของสถานพยาบาลเอกชน องค์กรวิชาชีพ และผู้ประกอบการวิชาชีพซึ่งเป็นภาคเอกชน ผู้วิจัยเห็นว่า สัดส่วนระหว่างรัฐกับเอกชน ควรอยู่ที่ 987 ล้านบาท(ไม่เกินอัตราร้อยละ 1 ของ งบประมาณ สปสช.) และ 376.3 ล้านบาทตามลำดับ (เทียบอัตราระหว่างรัฐและเอกชนเท่ากับร้อยละ 73.4 และ 27.6 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม สัดส่วนภาครัฐอาจเพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 85 หากให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนการจ่ายร้อยละ 11.6 ของงบประมาณกองทุนต่อปี ในที่นี้คือจำนวน 171.8 ล้านบาท ที่เหลือเอกชนร่วมจ่ายร้อยละ 15 ในที่นี้คือจำนวน 164.5 ล้านบาทต่อปี

อภิปรายผล (Discussion)

จากการศึกษาข้อมูลทั้งที่เป็นการศึกษาความเป็นไปได้ของแหล่งเงินและงบประมาณ การสัมภาษณ์การจัดเวทีประชาปรึกษา การสังเกต การทบทวนเอกสาร และการร่วมร่างกฎหมายและร่วมสัมมนาเกี่ยวกับการพัฒนากลไกการชดเชยของคณะผู้วิจัย พบว่า โดยพื้นฐานของกลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศต้นแบบ ถูกกำหนดขึ้นบนปรัชญาของการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วย ที่ต้องการให้มีการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขร่วมกันระหว่างคนในสังคมนั้นๆ โดยการปรับปรุงและขยายสิทธิผู้ป่วย การยกระดับการบริการสาธารณะให้มีคุณภาพ (โดยเฉพาะความปลอดภัยของผู้ป่วย) และหลีกเลี่ยงหรือจำกัดการฟ้องร้องบนพื้นฐานของกฎหมายละเมิด เนื่องจากการเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดจากการกระทำทางการแพทย์และสาธารณสุขผ่านกลไกศาลที่เป็นกลไกทั่วไป มีข้อจำกัดในการอำนวยความสะดวกให้กับผู้เสียหายในคดีทางการแพทย์ กลไกการชดเชยจึงถูกพัฒนามาสู่แนวคิด “การไม่พิสูจน์ถูกผิด” โดยใช้กลไกอื่นที่ไม่ใช่ศาลมาทำหน้าที่คู่ขนานร่วมกับศาล เช่น กลไกการชดเชยในปัญหาเฉพาะเรื่อง (ขนาดเล็ก) และกลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพในขอบเขตของปัญหาที่หลากหลายขึ้น (ขนาดกลาง) หรือพัฒนากลไกการชดเชยที่ไม่ใช่ศาลให้มีอำนาจหน้าที่อย่างกว้างขวางโดยการระงับสิทธิผู้เสียหายในการที่จะใช้สิทธิทางศาล (ขนาดใหญ่)

สำหรับประเทศไทย แนวคิดการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดถูกนำมาเผยแพร่ในกฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพตั้งแต่ปี 2545 แต่กลไกที่เป็นอยู่ได้ถูกประเมินจากผู้เสียหาย ผู้ให้บริการ นักวิชาการ ประชาชนทั่วไปแล้ว เห็นว่าก็ยังขาด คุณภาพ ประสิทธิภาพ การเข้าถึงได้และความเป็นธรรมในการให้ความช่วยเหลือผู้เสียหาย และแม้ว่าโดยพื้นฐานของแนวคิดจะเชื่อมโยงกับการช่วยเหลือทางด้านมนุษยธรรม แต่มีกรอบของการชดเชยเพียงเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหาย มิใช่เป็นการชดเชยตามคุณค่าและสิทธิที่เขาต้องเสียไปในฐานะบุคคลผู้ได้รับความเสียหายอย่างสมเหตุสมผล ทำให้กระบวนการชดเชยความเสียหายเบื้องต้น ถูกปรับเปลี่ยนไปในแต่ละสถานการณ์ มีการช่วยเหลือที่แตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่ความพร้อมของทรัพยากรของสถานบริการ ขนาดของสถานพยาบาล

ความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนกับภาคบริการ และบุคลิกลักษณะของหน่วยบริการ ผู้บริหาร และบุคลากรผู้ให้บริการ เช่น นโยบายและระบบการบริหารจัดการภายในองค์กร การสื่อสารสื่อ ความระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ตลอดจนคุณภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเยียวยาความเสียหาย โดยการให้บริการและการชดเชยในสถานพยาบาลนั้น เป็นต้น

การเปรียบเทียบภาพกลไกการชดเชยที่มีอยู่ซึ่งหมายรวมถึงกลไกการบริการดูแลผู้ป่วยภายหลังเกิดความเสียหาย เช่น การให้การรักษารักษาใหม่ การส่งต่อไปรับบริการในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และกลไกการชดเชยเบื้องต้นที่มีอยู่กับกลไกชดเชยที่ดีในมุมมองของผู้เสียหาย ภาคประชาชน และผู้ให้บริการที่ต้องการเห็น โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเทียบเคียงกับคุณสมบัติของระบบชดเชยตามมาตรฐานของต่างประเทศ พบว่า กลไกการชดเชยที่ควรจะเป็นในมุมมองของสามประชาคมและผู้มีส่วนได้เสีย มีความกว้างขวางลุ่มลึกมากกว่าสภาพของกลไกที่เป็นอยู่อย่างมาก ซึ่งอาจเทียบได้กับกลไกของประเทศฟินแลนด์ นอร์เวย์ สวีเดน หรือ เดนมาร์ก และบางประเด็นใกล้เคียงกับกลไกของนิวซีแลนด์ (ซึ่งอาจเป็นไปได้ยาก เนื่องจากปรัชญา แนวคิด สังคมทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองและวัฒนธรรมมีความแตกต่างกัน แต่อย่างน้อยประชาคมและผู้มีส่วนได้เสียต้องการให้มีการผสมผสานบทบาทในการจัดบริการชดเชยความเสียหายระหว่างกลไกใหม่กับกลไกเดิมๆที่มีอยู่หลากหลายให้สามารถเชื่อมประสานซึ่งกันและกันแล้วค่อยๆ พัฒนาให้เป็นระบบที่มีเอกภาพ) หรือกลไกการชดเชยความเสียหายที่ยังคงเน้นบทบาทของศาลของประเทศ สเปน ออสเตรีย สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฯ แต่มีการจัดตั้งกองทุนการชดเชยความเสียหายขนาดเล็กโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดในบางกรณี เช่น ความพิการทางสมองของเด็กแรกคลอด ฯ (ลือชัย ศรีเงินวง และคณะ 2548) ก็เป็นรูปแบบที่อาจเป็นทางเลือกหนึ่ง สำหรับปัญหาพิเศษเฉพาะเรื่องของไทย (จากการสัมภาษณ์ผู้เสียหายในพื้นที่ และการรับรู้ข้อมูลโดยไม่เป็นทางการจากเจ้าหน้าที่ที่จัดข้อมูลการชดเชยของ สปสช. พบว่า ความเสียหายจากสุติกรรมมีปริมาณค่อนข้างมากกว่าหัตถการอื่นๆ) นอกจากนั้น ผู้เสียหาย ภาคประชาชน และผู้ให้บริการเองได้สะท้อนความไม่สมบูรณ์ของระบบบริการ(ที่ไม่อาจแยกกันได้ดีขาดกับกลไกการชดเชย)ทั้งก่อนและหลังเกิดความเสียหายไว้อย่างครอบคลุมและหลากหลาย ได้แก่ ทัศนคติ ความเชื่อ พฤติกรรมสุขภาพและการบริการ คุณภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ คุณภาพบุคลากร ความไม่เป็นธรรมในองค์กร การเข้าถึงยากซึ่งข้อมูลของผู้รับบริการ ศูนย์สื่อสารประชาสัมพันธ์ ฯลฯ ซึ่งตัวแปรเหล่านี้แม้ว่าจะไม่ใช่หน้าที่ของกลไกการชดเชยโดยตรง แต่ผลของตัวแปรเหล่านี้อาจนำมาซึ่งการเพิ่มขึ้นของขนาดและความรุนแรงของความเสียหายในระบบบริการ จึงน่าจะเป็นตัวแปรที่มีส่วนสำคัญในการนำมาเป็นฐานคิดในการกำหนดคุณสมบัติของระบบเพิ่มเติมเพื่อเป็นหน่วยสนับสนุนการทำหน้าที่ของกลไกการชดเชยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น(มาตรการเสริมเหล่านี้บางส่วนถูกเสนอไว้ในร่างนโยบายและกฎหมาย) แต่การเสริมกลไกเหล่านี้ลงไปในระบบการชดเชยอาจซ้อนทับกับกลไกควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการสุขภาพที่ทำหน้าที่อยู่ (การประมาณการเงินกองทุนอาจยุ่งยากขึ้น)

ความตระหนักต่อความต้องการในการพัฒนาการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพตามของผู้เสียหาย ผู้ให้บริการ นักวิชาการ ประชาชนทั่วไปตามข้อเสนอเกี่ยวกับกลไกที่กล่าวมา ได้รับการยืนยันเจตนารมณ์ที่ค่อนข้างชัดเจนอีกครั้งจากเวทีประชาพิจารณ์ระดับชาติที่ต้องการให้มีกลไกการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิดดำเนินการคู่ขนานกับกลไกศาล(พร้อมกับการเสนอแนะให้มีการปรับปรุงโครงสร้างของระบบศาลในหลายประเด็น) เนื่องจากเห็นว่าเป็นรูปแบบที่มีความยืดหยุ่น รวดเร็วทันเวลา คณะกรรมการมีความหลากหลาย สามารถลดค่าใช้จ่าย และทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ มีความเป็นธรรมกับผู้เสียหาย

อย่างไรก็ตาม กลไกการชดเชยก่อนศาลโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดที่กำลังดำเนินการอยู่ในประเทศที่กล่าวมา ใช่ว่าจะมีแต่ในด้านของความสำเร็จแต่เพียงด้านเดียว มีข้อมูลการวิจัยและรายงานทางวิชาการหลายฉบับที่ยังคงโต้แย้งคัดค้านเกี่ยวกับ ความยุติธรรม ความเสมอภาค ความมีประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม หรือคุณภาพของการบริการที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้กลไกการโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่ยังคงใช้กลไกศาลเป็นหลัก(Henderson, 1979; Harris, 2006) ดังนั้น การประมวลจุดอ่อนและจุดแข็งจากประสบการณ์ของต่างประเทศ และข้อเสนอแนะและความเห็นของนักวิชาการและผู้ที่มีส่วนได้เสียอาจเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต

จุดแข็งของกลไกการไม่พิสูจน์ถูกผิดเมื่อเทียบกับกลไกศาล ได้แก่ ระบบความยุติธรรมของการชดเชยที่สามารถเข้าถึงระบบได้ง่าย ระบบที่เปิดเผยและมีความโปร่งใสขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายขึ้น มีช่องทางการใช้สิทธิในการที่จะดำเนินหรือแสดงความไม่พอใจ มีการชดเชยที่รวดเร็ว มีต้นทุนการบริหารที่ถูกกว่าแต่การได้รับเงินชดเชยของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บจะมากกว่า ระบบจึงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้เสียหายในการที่จะแสวงหาการชดเชยจากระบบเดิม สามารถกระจายความเสี่ยงจากผู้มีส่วนได้เสียทางสังคม ได้แก่ รัฐบาล ผู้ให้บริการ และสถานพยาบาล และผู้ป่วย หรือบริษัทฯและเครื่องมือแพทย์ ทำให้ปริมาณเงินทุนในการชดเชยมีความเพียงพอและมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาคุณภาพบริการ ผู้ให้บริการและสถานพยาบาลได้รับภูมิคุ้มกันความเสี่ยง เกิดแรงจูงใจในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานเพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยหรือชุมชนกับผู้ให้บริการ มีการแนะนำช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการเรียกร้องค่าชดเชยโดยผู้ให้บริการ ผู้ให้คำปรึกษาผู้ป่วย และผู้ทำงานด้านสังคม ผู้ให้บริการมีความเต็มใจที่จะบันทึกรายงานความผิดพลาดมากขึ้นทำให้การรายงานการบาดเจ็บให้มีความสมบูรณ์

ในทางกลับกัน จุดอ่อนของกลไกชดเชยดังกล่าว ได้แก่ กลไกการชดเชยก่อนศาลจะทำให้แนวโน้มการร้องเรียนในระยะแรกเพิ่มมากขึ้น มีเรื่องร้องเรียนวินัยแพทย์เพิ่มขึ้น และอาจจะไปเอื้อต่อการใช้สิทธิทางศาลเพิ่มขึ้นด้วย อาจเกิดผลกระทบทางลบต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ ทำให้ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลละเลยหรือไม่ตระหนักเรื่องคุณภาพและมาตรฐานในการบริการทางการแพทย์และก่อให้เกิดการละเมิดได้ง่ายขึ้น ในเชิงสังคม จะเกิดความไม่เสมอภาคจากการเลือกปฏิบัติระหว่างเหยื่อผู้ได้รับการบาดเจ็บจากการบริการ

ทางการแพทย์กับเหยื่อผู้ได้รับการบาดเจ็บจากการบริการอื่นๆ การชดเชยที่ครอบคลุมค่าเสียหายที่มีใช้ทางเศรษฐกิจโดยไม่กำหนดเพดานขั้นสูงไว้จะทำให้ระบบใหม่มีต้นทุนต่อหัวต่อรายได้ประชากรสูง และอาจสูงกว่าระบบศาล การชดเชยความเสียหายจากกรณีของภาวะแทรกซ้อน(ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้)และระบบ Mishap จะมีผลทำให้ต้นทุนการชดเชยในระบบสูงขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีระบบกฎหมายว่าด้วยละเมิดด้วยกันแล้ว ระบบใหม่ยังคงมีการให้บริการที่ต่ำกว่ามาตรฐานและมีอัตราการเกิดความผิดพลาดจากการรักษาไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ การเยียวยาการบาดเจ็บจะเกิดผลสัมฤทธิ์ได้ขึ้นอยู่กับพันธะในการจ่ายเงินสมทบของผู้ให้บริการและสถานพยาบาลหรือบริษัทยาหรือเครื่องมือแพทย์

การใช้กลไกการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดมีวัตถุประสงค์เพื่อเยียวยาผู้เสียหายในขณะเดียวกันเพื่อลดความทุกข์ร้อนของผู้ให้บริการที่อาจต้องเข้าไปมีความเสี่ยงต่อการต้องถูกฟ้องร้องที่ไม่ใช่มีสาเหตุมาจากศักยภาพของบุคคลหรือความประมาทเลินเล่อของผู้ให้บริการ แต่ประสบการณ์ของต่างประเทศพบว่า สาเหตุความเสียหายส่วนใหญ่มาจากความผิดพลาดของระบบหรือองค์กร ดังนั้น การแก้ไขหรือปรับปรุงระบบน่าจะเป็นทิศทางหลักของการป้องกันการเกิดความเสียหายได้ดีกว่า อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันความไม่มีประสิทธิภาพของระบบหลังใช้กลไกการชดเชย การสร้างกลการรายงานและเปิดเผยสาเหตุแห่งการกระทำที่ผิดพลาดที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวน่าจะเป็นมาตรการทางเลือกในการป้องกันการเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยที่ดีที่สุดในแนวคิด ความปลอดภัยของผู้ป่วย

สรุปการวิจัย (Conclusion)

หากประชาชนไทยคาดหวังและมุ่งมั่นที่จะสร้างกลไกการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดอย่างยั่งยืนภายใต้ความพร้อมและความเป็นไปได้ทางการเงินการคลังของไทย คณะผู้วิจัยเห็นว่า ควรเริ่มต้นหลักเกณฑ์และประสบการณ์ในลักษณะเดียวกับกลไกการชดเชยความเสียหายเบื้องต้นที่มีอยู่โดยการขยายความครอบคลุมไปยังประชาชนทุกคน โดยอาจต้องใช้วงเงินเพื่อการดำเนินชดเชยทั้งสิ้นระหว่าง 86.6 – 1,363.3 ล้านบาท แหล่งทุนหลักของกลไกอยู่ที่รัฐ (รวมถึง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)) จ่าย (โดยงบประมาณประจำปีจากการจัดเก็บภาษีและหรือสร้างกลไกการจัดสรรภาษีผ่านกองทุนสร้างเสริมสุขภาพตามสัดส่วน) และการร่วมจ่ายของภาคเอกชนตามความเหมาะสม ในสัดส่วนระหว่างรัฐกับเอกชนที่ 987 ล้านบาท และ 376.3 ล้านบาทตามลำดับ (เทียบอัตราระหว่างรัฐและเอกชนเท่ากับร้อยละ 73.4 และ 27.6 ตามลำดับ) หรือภาครัฐอาจเพิ่มขึ้นสัดส่วนได้ถึงร้อยละ 85 หากให้ อปท.มีส่วนในการจ่ายร้อยละ 11.6 ของงบประมาณกองทุน ในที่นี้คือจำนวน 171.8 ล้านบาท ที่เหลือเอกชนร่วมจ่ายร้อยละ 15 ในที่นี้คือจำนวน 164.5 ล้านบาทต่อปี ในขณะเดียวกันควรเร่งปรับปรุงแก้ไขสิ่งที่เป็นปัญหาของกลไกการชดเชยเบื้องต้นตามที่กล่าวมาและอาจมีการปรับปรุงโครงสร้างของระบบศาลตามข้อเสนอของประชาคม

ในระยะยาว อาจขยายหลักเกณฑ์และขอบเขตการครอบคลุมเพิ่มเติม (ถ้าจำเป็นและมีความเป็นไปได้ทางการเงิน) โดยกำหนดเพดานตามประเภทความเสียหายหรืออาจเพิ่มเติมประเภทความเสียหายตามความเหมาะสมของสถานการณ์ที่อาจเปลี่ยนแปลงไป พร้อมกับการเร่งสร้างและปรับปรุงนโยบายเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ(สังคม)ที่กระจายอยู่ตามหน่วยงานต่างๆ ให้มีการบูรณาการอย่างเป็นเอกภาพในการบริหาร(ซึ่งปัจจุบันได้มีการออกกฎหมายมาบังคับใช้อยู่หลายฉบับ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนสวัสดิการราชการ กองทุนประกันการเจ็บป่วยจากบริษัทเอกชน กองทุนประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน และกองทุนผู้ประสบภัยจากโรค ซึ่งกองทุนบางส่วนอย่างน้อยได้มีแนวคิดที่จะรวมกันในอนาคต) หลังจากนั้น จึงสร้างกลไกการชดเชยก่อนศาลให้สอดคล้องกับทัศนคติของสามประชาคมภายใต้ความพร้อมของสังคมไทย

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ควรศึกษาวิจัยความเป็นไปได้ทางการเงินการคลังในเชิงลึก ได้แก่ การศึกษาวิธีการในการเก็บค่า Premium จากแหล่งที่มาของเงินกองทุน (พร้อมกับการศึกษาคุณลักษณะประชากรในคดีแพ่งที่เกี่ยวกับความเสียหายจากบริการสุขภาพผ่านคำพิพากษาของศาลและการศึกษาคุณลักษณะประชากรของผู้ร้องขอค่าเสียหายจากบริการสุขภาพที่ได้รับการอนุมัติให้การชดเชยเบื้องต้นตามมาตรา 41 ผ่านข้อมูลที่เป็นคำวินิจฉัยของคณะกรรมการชดเชยความเสียหายเบื้องต้น) การสำรวจความเห็นเกี่ยวกับกลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน (เช่น สิทธิในการฟ้องคดีแพ่งของผู้เสียหายกรณีที่เป็นการกระทำโดยความประมาท สิทธิของผู้เสียหายในการเข้าถึงเวชระเบียน เกณฑ์การชดเชยความเสียหายที่ไม่ใช่ทางเศรษฐกิจ บทบาทของบริษัทประกัน ฯ) และการศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งศาลชำนาญพิเศษและหรือวิธีพิจารณาความในคดีทางสุขภาพ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง (References)

- ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2548) “ทางเลือกเพื่อออกแบบระบบชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วย” วารสารวิชาการสาธารณสุข 14 ฉบับที่ 6 พฤษภาคม -ธันวาคม 2548 หน้า 941-954.
- ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ และประดิษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล, (2549) การพัฒนาเครื่องมือและกระบวนการวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล: บทสังเคราะห์ทางนโยบาย เรื่องทางเลือกเพื่อการออกแบบระบบการชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วย, ภาคผนวก 6, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ พุทธศักราช (2468) ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 169/ตอนที่ 42/หน้า 1/8 เมษายน 2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
- พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 111/ตอนที่ 28 ก/หน้า 3/30 มิถุนายน 2537; ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119/ตอนที่ 102 ก/หน้า 66/8 ตุลาคม 2545

พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 113/ตอนที่ 60 ก/หน้า 25/14
พฤศจิกายน 2539

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119/ตอนที่ 116 ก/หน้า 1/18 พฤศจิกายน
2545

พระราชบัญญัติอนุญาโตตุลาการ พ.ศ. 2545, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119/ตอนที่ 39 ก/หน้า 1/29 เมษายน 2545

ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ ภักดี และ และ จิราภร ชมศรี, (2548) “การชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์โดยไม่
ต้องรับผิด: การทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ, คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, (2548) “การศึกษาติดตามและประเมินผลกระทบของนโยบายและการดำเนินการจ่ายเงิน
ช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41” ศูนย์วิจัยสังคมคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ศุภศิทธิ์ พรหมานโรทัย, ดิเรก ปัทมวิวัฒน์ และสมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์, (2547) “ความเป็นไปได้และทางเลือกของระบบการ
คลังเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย รายงานวิจัยของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการ
สาธารณสุข. สปสช.

สมหญิง สายธนู รัชตะ ตั้งศิริพัฒน์ วงเดือน จินดาวัฒนะ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2546). การจัดการความรับผิดจากการรักษา
ทางการแพทย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 12:876-88.

B. von Eyben, (2002). Alternative compensation mechanisms for damages. The Nordic countries Denmark, Finalnd, Norway, Sweden. Common report and national reports, AIDA XIth World congress. New York 22-25 October

Bismark M, Paterson R, (2006). No-Fault Compensation in New Zealand:Harmonizing Injury Health Affairs
January/February 25(1):278–83 Full text is available at:
<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/25/1/278?ijkey=E13G6melb5wfu&keytype=ref&siteid=healthaff>

Denzon, Patricia, M.Tort Reform: The Case of Medical Malpractice. Oxford Review of Economic Policy. 1994
Mar; 10 (1):84-99.

Dute J, Faure GM, and Koziol H, Comparative. No-Fault Compensation in the Health Care Sector :
Comparative Reports and Conclusions, Tort and Insurance Law Vol.8. Year,2004.

Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donalds, (2000) To Err Is Human: Building a Safer Health
System Washington, D.C.: NATIONAL ACADEMY ; 40 (available at
<http://www.nap.edu/catalog/9728.html>)

Rolph E, Moller E, Rolph JE. Arbitration Agreements in Health Care: Myths and Reality. Law and
Contemporary Problems. Winter/Spring 1997; 60:153-186.

Sirur SP. Consumer courts. Indian J Dermatol Venereol Leprol [serial online] 2004 [cited 2007 Oct 15];70:52-
53. Available from: <http://www.ijdv.com/text.asp?2004/70/1/52/6825>

Studdert, D.M. and Brennan, T.A No-fault compensation for medicine injuries: the prospect for error
prevention. JAMA.2001 Jul 11; 286(2):217-23.