

7th HA NATIONAL FORUM
นวัตกรรมตามรอยแฉะวัดพลคุณภาพ

สุนทรียะสนทนา

ผู้มีดวง กับ แพทย์

วิกฤตความสัมพันธ์ระหว่าง

สุนทรียะสนทนา วิกฤตความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วยกับแพทย์



ราคา 100 บาท

100.-





‘สุนทรียะสนทนา’
วิถิตความสัมพันธะระหว่าง
ผู้ป่วย กับ แพทย์

สุนทรียะสุนทนา
'วิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์'

เสวนาวิชาการเรื่อง 'วิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์'
วันที่ 13 มกราคม 2549 ณ ห้องประชุม 1 ชั้น 2 อาคาร 1
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ISBN 974-299-091-3

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

พิมพ์ครั้งที่ 1 มีนาคม 2549

ราคา 100 บาท

พิสูจน์อักษร ศิริบุญ วงษ์ชื่น

รูปเล่มและปก SpaceDesign 0-2907-6996

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์เดียนตุลา

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร (02) 9511286-93

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)

1168 ซอยพหลโยธิน 22 ถนนพหลโยธิน แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทรศัพท์ : 0-2511-5855 โทรสาร : 0-2939-2122

E-mail : thainhf@thainhf.org Website : www.thainhf.org

'สุนทรียะสุนทนา'
วิกฤตความสัมพันธ์ระหว่าง
ผู้ป่วย กับ แพทย์





บทนำ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ร่วมกับ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) จัดเสวนาวิชาการ ‘วิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์’ ขึ้นเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2549 ณ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เพื่อหาทางออกในเชิงสร้างสรรค์จากเหตุการณ์การฟ้องร้องแพทย์ที่เกิดขึ้นอยู่เนือง ๆ โดยมุ่งหวังให้ร่วมกันหาแนวทางป้องกันและการแก้ไขปัญหานี้อย่างทันเหตุการณ์

ผู้เข้าร่วมเสวนามีทั้งจากภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน องค์กรวิชาชีพ อาทิ แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัช สภาการพยาบาล เป็นต้น ตัวแทนองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค สื่อมวลชน สภาทนายความ รวมถึงผู้พิพากษาที่ได้เคยร่วมสัมมนา กับ สวรส. ในเรื่องการไกล่เกลี่ยระงับข้อพิพาท การฟ้องร้องแพทย์ด้วย นอกจากนี้ยังมีการเชิญกองทุนต่างๆ อาทิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม และธุรกิจเอกชนที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพ

สวรส. และ มสช. คาดหวังว่า การเสวนาจะสร้างความเข้าใจที่ดีต่อสังคม ญาติผู้ป่วย ตลอดจนสื่อมวลชน และสามารถหามาตรการในการพัฒนาคุณภาพ บริการและลดความผิดพลาดที่ป้องกันได้รวมถึงแนวทางในการตั้งกองทุนชดเชย ซึ่งทาง น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้รับไปผลักดันต่อ ขณะที่ทางสภาวิชาชีพ ก็จะมาให้ข้อมูลเรื่องกระบวนการของการตรวจสอบมาตรฐานการรักษาพยาบาล สวรส.ต้องขอขอบคุณ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ที่กรุณาสละเวลามาเป็นประธาน และผู้ดำเนินการครั้งนี้ รวมทั้งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (พินิจ จารุสมบัติ) ในการให้แนวนโยบายในการเสวนาเพื่อสร้างความสมานฉันท์ ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

การมาแลกเปลี่ยนกันในครั้งนี้
ภาษาอังกฤษเรียกว่า dialogue
ภาษาไทยมีคณบัญญัติว่า
‘สุนทรียะสนทนา’
ไม่ได้ทะเลาะกัน
แต่เน้นการฟังอย่างลึก
(Deep Listening)
ดังทฤษฎีรูปตัวยู ‘U’
ฝ่ายหนึ่งพูด อีกฝ่ายหนึ่งฟังอย่างลึก
เพื่อเป็นการเคารพผู้ที่กำลังพูด
ไม่เน้นการโต้เถียง
เพราะการโต้เถียงนั้นต้น
ไม่ได้ผ่านกระบวนการทางปัญญา

ศ.นพ.ประเวศ วะสี



ทุกคน
ผู้ป่วย และ แพทย์



“ขณะที่ปัญหามีที่ท้าวจะขยายเพิ่มขึ้นทุกที่จนกลายเป็นวิกฤต ดังที่ น.พ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ผู้อำนวยการ สวรส. ใช้คำว่า ‘วิกฤตความสัมพันธ์’ แท้จริงแล้ว วิกฤตนี้คือ ‘โอกาสที่จะได้แก้ไข’ หลายประเทศได้ใช้วิกฤตเป็นโอกาสแก้ปัญหาต่างๆ และกลับเจริญโดยรวดเร็วหลังจากได้แก้ไขวิกฤตแล้ว”

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี

การฟ้องร้องแพทย์ เป็นสภาพที่บีบคั้นทุกฝ่าย ทั้งฝ่ายญาติมิตรของคนไข้ ที่สูญเสียชีวิต และฝ่ายผู้ให้บริการที่นอกจากจะทำงานหนักแล้ว ยังต้องถูกฟ้อง หรือถูกกล่าวหาว่า โรงพยาบาลเป็นโรงฆ่าสัตว์

หากปล่อยให้เหตุการณ์เป็นเช่นนี้ต่อไป ก็จะมีสภาพเหมือนในอเมริกา ที่มีการฟ้องร้องสูงมากในทุกเรื่อง แพทย์ทุกคนในอเมริกาจึงต้องมีการถูกฟ้อง ซึ่งทำให้ค่าบริการทางการแพทย์สูงขึ้น

ตัวเลขที่ได้จากเพื่อนแพทย์ที่อเมริกันระบุว่า ขณะนี้ประมาณ 15% ของค่าใช้จ่ายเรื่องการแพทย์ไปอยู่ที่ทนายความเพื่อทำเอกสารต่างๆ ซึ่งแพทย์ในอเมริกาเองก็เสียใจว่า แทนที่ 15% จะไปใช้จ่ายเพื่อรักษาคนไข้ กลับต้องเอาไปเสียค่ากระบวนการทำประกันการถูกฟ้อง

หลายคนตระหนักกันมาหลายปีแล้วว่า เรื่องนี้ต้องเร่งแก้ไข ขณะนี้ น.พ.เกษม วัฒนชัย องคมนตรี กำลังนัดหารือกับผู้ใหญ่ในวงการแพทย์ จึงนับเป็นโอกาสอันดีที่หน่วยงาน 6 ฝ่ายใหญ่ๆ จะได้หารือร่วมกัน ได้แก่ 1.ฝ่ายผู้รับบริการ คนไข้ หรือองค์กรที่ดูแลผลประโยชน์ของผู้บริโภค 2.องค์กรทางวิชาชีพ

ผู้ให้บริการต่างๆ 3.ผู้ดูแลระบบสาธารณสุข 4.ฝ่ายกฎหมาย 5.สื่อมวลชน 6.รัฐมนตรีที่รับผิดชอบ

ขณะที่ปัญหามีที่ท้าวจะขยายเพิ่มขึ้นทุกที่จนกลายเป็นวิกฤต ดังที่ น.พ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ผู้อำนวยการ สวรส. ใช้คำว่า ‘วิกฤตความสัมพันธ์’ แท้จริงแล้ว วิกฤตนี้คือ ‘โอกาสที่จะได้แก้ไข’ หลายประเทศได้ใช้วิกฤตเป็นโอกาสแก้ปัญหาต่างๆ และกลับเจริญโดยรวดเร็วหลังจากได้แก้ไขวิกฤตแล้ว เช่น เยอรมนีญี่ปุ่นที่แพ้สงคราม แม้แต่ในภาษาจีน คำว่า ‘วิกฤต’ ก็มีตัวหนังสือคำว่า ‘โอกาส’ อยู่ในนั้นด้วย

ส่วนการมาแลกเปลี่ยนกันในครั้งนี้ ภาษาอังกฤษเรียกว่า dialogue ภาษาไทยมีคนบัญญัติว่า ‘สุนทรียะสนทนา’ ไม่ได้ทะเลาะกัน แต่เน้นการฟังอย่างลึก (Deep Listening) ดังทฤษฎี รูปตัวยู ‘U’ ฝ่ายหนึ่งพูด อีกฝ่ายหนึ่งฟังอย่างลึกเพื่อเป็นการเคารพผู้ที่กำลังพูด ไม่เน้นการโต้เถียง เพราะการโต้เถียงนั้นต้น ไม่ได้ผ่านกระบวนการทางปัญญา

ขณะนี้คุณสุภาวดี หาญเมธี กำลังทำเรื่องครอบครัวเข้มแข็งอยู่ใน 12 จังหวัด ที่มีกระบวนการน่าสนใจ เช่น ครอบครัวหนึ่ง ซึ่งปกติเถียงกันไปมาจนไม่รู้เรื่อง วันนี้จะให้ภรรยาเป็นผู้พูด สามฟังอย่างเดียว เพื่อให้ภรรยาพูดว่า ตั้งแต่อยู่ด้วยกันมา มีความทุกข์อะไรบ้าง สามฟังฟัง ประเดี๋ยวน้ำตาไหล เพราะไม่เคยรู้เลยว่า ตัวเองทำให้ภรรยา มีความทุกข์ถึงขนาดนี้ ขนาดอยู่บ้านเดียวกันยังไม่รู้จักกัน นับประสาอะไรกับคนต่างวิชาชีพ จนเมื่อได้รู้จริงแล้วจึงเกิดการเปลี่ยนแปลง

มีการทดลองทำเรื่องนี้กันมาก เช่นที่อาจารย์ปาริชาติ สุวรรณบุปผา จากมหาวิทยาลัยมหิดล ไปเริ่มนำที่ปัตตานี โดยให้ฝ่ายที่ทะเลาะกัน ทั้งนักศึกษา ตำรวจ ทหาร ครู มาทำสุนทรียะสนทนา จากนั้นจึงเกิดรักกันมากขึ้น นักศึกษา

กับทหาร เดิมที่ไม่เข้าใจกัน เมื่อผ่านกระบวนการนี้ก็สามารถทำอะไรร่วมกันได้

โดยหลักแล้วกระบวนการนี้จะทำให้เกิดความเข้าใจแง่มุมของอีกฝ่ายหนึ่ง เมื่อเข้าใจแล้วก็จะเห็นใจ เมื่อเห็นใจแล้วก็จะเกิดความร่วมมือกัน หากมีความเข้าใจ ความเห็นใจ และความร่วมมือ เราสามารถแก้ปัญหาได้ทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นปัญหาอะไรก็ตาม

สิ่งที่เราต้องการแก้ไขในวงการแพทย์ คือให้มีบริการที่ดี ทั้งทางเทคนิคทางจิตใจ ทางมนุษยสัมพันธ์ ซึ่งจะลดการฟ้องร้องลงไปให้มาก แต่หากยังมีการฟ้องร้องอยู่บ้าง เราจะมีกลไกอะไรเพื่อรับฟัง ดูแลไม่ไห้บานปลาย และเป็นที่พอใจของทุกฝ่าย

หวังว่า การพูดคุยหรือ ‘สุนทรียะสนทนา’ จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหา รวมทั้งการสร้างกลไกป้องกันปัญหา ลดการฟ้องร้องแพทย์ลง ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็ได้รับบริการดีขึ้น เป็นที่พอใจ และมีความรักกันมากขึ้นด้วย



“วิกฤตนี้จึงถือเป็นโอกาสที่จะบอกกับรัฐบาล หน่วยงานของรัฐ เอกชน และประชาชน ทุกคนได้รับทราบ ว่า สถานการณ์ทางการสาธารณสุขมีปัญหาอะไรบ้าง โดยหนึ่งในนั้นคือ ปัญหาการฟ้องร้อง หากวิเคราะห์ได้ว่ามันเกิดจากอะไร และหาทางยุติปัญหาเหล่านี้ได้ ก็จะสามารถแก้ปัญหาอื่น ๆ ที่ต่อเนื่องกันได้ด้วย”



พินิจ จารุสมบัติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

การหารือกันนี้สืบเนื่องมาจากทางแพทยสภาได้เสนอแนะหลายเรื่องมายังกระทรวงสาธารณสุข โดยที่เรื่องนี้เป็นเรื่องหนึ่งที่สำคัญและรีบด่วน

สำหรับปัญหาที่เราต้องทำให้ว่างเปล่าเป็นอันดับแรก โดยเฉพาะรัฐมนตรีนั้นต้องวางตัวเป็นกลาง ให้ความเป็นธรรม ให้ความถูกต้อง และพัฒนาการแก้ไขปัญหา ฉะนั้นจึงต้องฟังเหตุผลข้อเท็จจริงจากทุกฝ่าย หากรัฐมนตรีโน้มเอียงฝ่ายประชาชน มัวแต่หาเสียงกับชาวบ้านเพื่อหวังคะแนนนิยมโดยไม่ใส่ใจถึงความถูกต้อง หรือปัญหาของแพทย์ที่ถูกฟ้องร้องโดยระบบและไม่ใส่ใจแก้ปัญหาเชิงระบบ ก็จะไม่ส่งผลดี

การแก้ปัญหาโดยใช้ใจที่ว่างนั้น มีตัวอย่างจากการแก้ไขปัญหาหนี้สินของโรงพยาบาล คือ ขณะที่โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งมีผลกำไรดี เช่น โรงพยาบาลนครปฐมมีเงินเหลือ 200 ล้าน โรงพยาบาลศรีวิสัยกลับเป็นหนี้ 10 ล้าน โรงพยาบาลภูกระดึง เป็นหนี้ 8-9 ล้าน เมื่อผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อแก้ปัญหาทุกคนทำใจให้ว่างและเป็นธรรม ไม่คิดว่าโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่งเป็นของกระทรวงสาธารณสุข หากแต่ต้องดูภาพรวมของโรงพยาบาลทั้งหมดทั่ว

ประเทศและคิดว่าทุกคนเป็นเจ้าของโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลในประเทศไทย ในที่สุดปัญหาที่แก้ได้ และที่ประชุมพอใจมาก เพราะประชาชนได้ประโยชน์ ระบบได้รับการพัฒนา กระทรวงมีความก้าวหน้า หมอมีความสุข องค์กรมีชีวิตชีวา นี่คือ ความปรารถนาที่อยากจะเห็นในการแก้ปัญหาของแพทย์ที่ถูกฟ้องร้องด้วยเช่นกัน

ปัญหานี้เกิดขึ้นและสะสมมายาวนาน โดยตัวระบบเอง กฎหมาย หรือ แม้แต่วัฒนธรรมก็ตาม จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจ เพื่อวางระบบที่ดีท่ามกลางสังคมสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้นและช่องว่างระหว่างคนในสังคมที่มากขึ้นในปัจจุบัน โดยเฉพาะสังคมในเมือง คนใช้ในเมืองฯ ไม่มีทางจะรู้จักใกล้ชิดกับหมอ ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ห่างเหิน ในชนบทเองก็เริ่มเป็นเช่นนั้น

บทความของหมออำพล จินดาวัฒนะ สะท้อนความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้อย่างดี การประชุมเสวนาที่มีส่วนร่วมจากองค์กรต่างๆ จึงมีความสำคัญยิ่ง เพื่อที่จะค่อยๆ หาทางสรุปปัญหาให้ชัดเข้าไป จนในที่สุดพบว่า เราควรจะทำเนื่การอย่างไร โดยที่แพทย์ยังมีความมั่นคง มั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ เพราะหากแพทย์หมดกำลังใจหรือเกิดความไม่แน่ใจ ก็ะยังเกิดปัญหา และอันตรายมากต่อระบบการแพทย์และสาธารณสุข การปรับระบบ หรือมีหลักประกันให้แพทย์มีความสุขใจจึงเป็นเรื่องสำคัญ

ในทางตรงกันข้าม ประชาชนมีความคาดหวัง และเรียกร้องความต้องการสูง ดังนั้น เมื่อเกิดปัญหาจึงมีการร้องเรียนต่างๆ มากขึ้น กฎหมายรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันก็ยังพัฒนาให้มีระบบข้อมูลข่าวสาร โปร่งใสมากขึ้น เพราะฉะนั้น ทำอย่างไรจึงเกิดการพัฒนารั้วความมั่นคงมั่นใจให้ทั้งแพทย์ และประชาชน ส่วนเรื่องปลักย่อยอื่นๆ เช่น แพทย์ไม่พอ เครื่องมือไม่พอ เหล่านี้ก็ต้องมาหารือ

กัน โดยขณะนี้แพทยสภาได้หารือกับกระทรวงสาธารณสุข 2 - 3 ครั้งแล้ว เกี่ยวกับเมกะโปรเจกต์ที่อาจมีผลกับคุณภาพแพทย์ โดยมีอาจารย์แพทย์หลายคนแสดงความกังวลเรื่องการผลิตแพทย์ 1 อำเภอ 1 แพทย์

อย่างไรก็ตาม ต้องยอมรับว่าปัจจุบันนี้ การบริหารการบริการทางการแพทย์ยังมีอุปสรรคขวากหนามมาก ทั้งเรื่องการขาดแคลนงบประมาณ บุคลากรในอัตราที่สูงมาก รวมถึงขาดแคลนอุปกรณ์การแพทย์ ขาดแคลนการพัฒนา ระบบ การวิจัยและพัฒนางบประมาณด้านนี้ไม่ได้หรือหากได้น้อยมาก จากการวิเคราะห์ตัวอย่างของอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นพื้นที่ปฏิบัติการสาธิตการแก้ปัญหาความยากจนของ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี พบว่า อำเภอนี้มีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 8,000 คน และมีทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากร 40,000 คน ซึ่งนั่นหมายความว่าทั้งอำเภอมีทันตแพทย์คนเดียว เพราะอำเภออาจสามารถ มีประชากรอยู่ 40,000 กว่าคนเท่านั้น

ที่อำเภอศรีวิสัย แพทย์ใหม่ 2 คน ต้องตรวจผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 190 คน และยังมีคนป่วยในอีก 30 เตียง อัตราครองเตียง 98% อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี มีคนป่วยประมาณ 300 ขณะที่มีแพทย์อยู่ 4 คน ที่อำเภอด่านซ้าย อำเภอภูเรือ มีคนป่วย 100 กว่าคน มีแพทย์อยู่ 3 คน

แม้แต่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ อย่างโรงพยาบาลราชวิถี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ข้อมูลว่า มีคนป่วยนอกวันละประมาณ 4,300 คน หากมีวันหยุดยาว 3 วัน เปิดทำการมาจะมีคนไข้ประมาณ 5,000 คน เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี ก็คงไม่ต่างกัน นี่คืความหนักหน่วง

เพราะฉะนั้น ยุทธศาสตร์ในการดูแลด้านสาธารณสุข จึงต้องปรับเปลี่ยน โดยแผนและโครงการต่างๆ จะต้องนำไปสู่การป้องกันมากขึ้น เพื่อลดจำนวน

ผู้ป่วยที่สามารถลดได้ เช่น อุบัติเหตุ ไข้เลือดออก ซึ่งมีตัวอย่างของอำเภอบุงคำ ที่ทำมา 7 ปีในพื้นที่ 3 ตำบล ไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกเลย ทำให้สาธารณสุขอำเภอ นั้นได้รับการยกย่อง และเป็นต้นแบบอีกหลายอำเภอ

นอกจากนี้ยังได้ให้นโยบายเพิ่มเติมด้วยว่า โรคเอดส์ต้องลดลงเช่นกัน โดยกระทรวงสาธารณสุขจะทำการประชุมร่วมกับมหาวิทยาลัยทุกแห่ง เพื่อรณรงค์ลดการติดเชื้อเอดส์ในหมู่เยาวชน นักศึกษา อีกทั้งยังทำแผนลดการติดเชื้อเอดส์ซึ่งการทำงานเชิงรุกที่พื้ยา เกาะสมุย เกาะภูเก็ต และหลายจุดในกรุงเทพมหานคร เช่น พัฒน์พงษ์ ซอยนานา อันเป็นจุดต่อแหลมของการแพร่เชื้อต่างๆ

วิกฤตนี้จึงถือเป็นโอกาสที่จะบอกกับรัฐบาล หน่วยงานของรัฐ เอกชน และประชาชนทุกคนได้รับทราบ ว่า สถานการณ์ทางสาธารณสุขมีปัญหาอะไรบ้าง โดยหนึ่งในนั้นคือ ปัญหาการฟ้องร้อง หากวิเคราะห์ได้ว่ามันเกิดจากอะไร และหาทางยุติปัญหาเหล่านี้ได้ ก็จะสามารถแก้ปัญหาอื่นๆ ที่ต่อเนื่องกันได้ด้วย

ตัวอย่างของระบบที่มีปัญหานั้น หมออำพลเคยเขียนเล่าไว้ว่า เคยส่งคนไข้รายหนึ่งที่ถูกงูสามเหลี่ยมกัดไปโรงพยาบาลอื่น พร้อมกับส่งไปด้วย เพราะโรงพยาบาลของท่านไม่มีเซรุ่ม แต่ปรากฏว่าคนไข้ตาย เพราะหมอเวรที่โรงพยาบาลนั้นไม่สั่งฉีดเซรุ่มต่อ หรือกรณีของการสับเปลี่ยนลูกกันที่อำเภอ ยานตาขาว จังหวัดตรัง ซึ่งถือเป็นครั้งที่สองในประเทศไทย ครั้งแรกเกิดขึ้นที่โรงพยาบาลหัวเฉียว สลับฝาแฝดกันและเพิ่งมารู้เมื่ออายุ 18 ปี

อีกครั้งหนึ่งได้พบเหตุการณ์ด้วยตนเอง ซึ่งขณะนี้อยู่กับ น.พ.ปราชญ์ บุญยวิโรจน์ รักษาการแทนปลัดที่โรงพยาบาลพรเจริญ หมอเด็ก ๆ และพยาบาล ไม่มีประสบการณ์ ไม่รู้จะทำอะไรเมื่อมีผู้หญิงท้องกำลังจะคลอดลูกคนหนึ่ง

ที่ดันมาก จึงคิดจะมัดบนเตียง แต่ น.พ.ปราชญ์ มีประสบการณ์แนะนำว่าไม่ต้องมัด เพราะอาจตื่นจนตกเตียงทั้งแม่ทั้งลูก และบอกให้คลอดข้างล่างแทน ไม่ต้องขึ้นเตียง ซึ่งก็ผ่านไปด้วยดี หากพวกเราไม่อยู่ตรงนั้นแล้วเกิดอุบัติเหตุก็ต้องฟ้องร้องกันอีก

จากตัวอย่างที่กล่าวมาทั้งหมด เราจึงต้องเร่งปรับปรุงคุณภาพ และพัฒนาระบบที่ดีเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาด ไม่ว่าจะเกิดจากอะไรก็ตาม นอกจากนี้ในความพยายามแก้ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ ขณะนี้ได้สั่งการให้รองปลัดคมนาคม ธีระตันติกานนท์ จัดจ้างพนักงานราชการจำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะแพทย์ที่จบด้านกฎหมายด้วย เพื่อให้มาเป็นที่ปรึกษา ดูแลในเรื่องบุคลากรทางการแพทย์ที่ถูกฟ้องร้อง

หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีส่วนช่วยอย่างสำคัญ เมื่อครั้งไปตรวจงานที่อำเภอศรีวิไล เมื่อปีที่แล้วพบว่ามีการฉ้อโกงโรงเรียน 3 เรื่อง แต่หมอนั้นได้รับการดูแลจากท้องถิ่นเป็นอย่างดี พอมีปัญหารองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ก็จะทำความเข้าใจกับกำนัน หรือแม่กระทั่งพระ เพื่อให้ช่วยไปพูดคุย ทำความเข้าใจกับชาวบ้าน แล้วแต่ชาวบ้านน่าจะฟังใคร ซึ่งผลที่สุดก็สามารถจัดการปัญหาได้ทั้งหมด ขณะที่โรงพยาบาลพรเจริญ มีปัญหาร้องเรียน 5 ราย ก็ใช้ ส.ส. ในพื้นที่เป็นตัวประสานจัดการปัญหา

ขณะนี้จึงได้ออกนโยบายให้หมอต้องมีความสัมพันธ์กับท้องถิ่นให้มากขึ้น เพื่อให้ช่วยเป็นตัวประสาน หัวหน้าท้องถิ่นจะเข้าใจดีว่าไม่มีหมอคนไหนอยากแกล้งคนไข้ ความผิดพลาดอาจเกิดจากเรื่องรักษาพยาบาล เรื่องยา เรื่องระบบเรื่องผู้ป่วยเอง แต่ไม่ได้เกิดจากเจตนาของหมอแน่นอน

อย่างไรก็ตาม เป็นเรื่องดีที่สำนักงานประมาณเริ่มเข้าใจปัญหาเหล่านี้มากขึ้น หลังจากที่มีการเปิดอกคุยกัน ทาง ก.พ. เริ่มเข้าใจว่า กระทรวงสาธารณสุข

ต้องมีการปรับเปลี่ยน ด้าน กพร. ก็เข้าใจ โครงสร้างของกระทรวง ระบบการบริหารจัดการต้องมีการพัฒนาไปสู่การแก้ปัญหาด้านการแพทย์ ด้านสาธารณสุขของประชาชน

สรุปแล้วเราต้องสร้างสิ่งที่เป็นคุณ และแก้ไขในส่วนที่บกพร่อง ไม่ใช่แก้เพื่อแพทย์สภา เพื่อกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรัฐมนตรี เพื่อโรงพยาบาลปากน้ำ หรือเพื่อ สปสช. แต่แก้ไขเพื่อให้ประชาชนของเราสามารถฝากผีฝากไข้ได้ยามเจ็บป่วย และได้รับการบริการที่ยอดเยียมมีมาตรฐาน



ชุมชนนั้นสามารถมีบทบาท
เสริมช่วยโรงพยาบาลได้มาก
กรณีของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว
ชุมชนได้เข้ามาร่วมงานกับโรงพยาบาล
และต้องการทราบว่า
หมอ พยาบาลมีความสุขดีไหม
เงินเดือนพอใช้หรือไม่
ขาดเคสอะไร
เมื่อพบว่าห้องผู้ป่วยอำนวยความสะดวกไม่ได้เรื่อง
ชุมชนเขาก็สร้างให้
ขาดดีก็อุบตีเหตุ ชุมชนหาเงินมาให้

ศ.นพ.ประเวศ วะสี



“ไม่มีใครอยากฟ้องแพทย์ แม้กระทั่งคนที่กำลังฟ้องอยู่ในปัจจุบัน เพราะมีความลำบากแสนสาหัสในการฟ้อง โดยในระบกกฎหมายไทยไม่ได้กำหนดให้แพทย์เป็นผู้พิสูจน์ว่า ตัวเองทำถูกต้องอย่างไร จึงตกเป็นภาระทั้งหมดของผู้เสียหายที่ต้องพิสูจน์ว่า แพทย์ผิดอย่างไร”

ลารี อ๋องสมหวัง มูลนิธิผู้บริโภค

ก่อนอื่นคงต้องสารภาพว่า ความทุกข์ที่มูลนิธิผู้บริโภคได้รับนั้น ไม่สามารถเทียบได้กับคนที่รับทุกข์นั้นจริงๆ จึงขอเสนอ 4 ประเด็น เพื่อบอกเล่าสถานการณ์วิกฤต และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อหาทางออก

ประเด็นแรก เรื่องข้อเท็จจริงของความทุกข์ ความทุกข์ของผู้บริโภคที่มีปัญหาจากการรักษานั้น ได้ให้นักวิชาการรวบรวมและศึกษาข้อมูลการร้องเรียนที่ส่งมายังมูลนิธิผู้บริโภค ตั้งแต่ปี 2543 – 2547 สามารถแบ่งแยกทุกข์ได้หลายระดับ

กลุ่มความทุกข์ที่รุนแรงมาก ก็คือ ความทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของการเสียชีวิต เสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วยที่มากกว่าโรคที่ตัวเองเป็น พิกارเสียหาย หรือเสียโอกาสในการทำบางสิ่งบางอย่างไป รวมถึงการกระทำที่ผิดกฎหมายที่ได้รับ เช่น แอบอ้างเป็นแพทย์ แต่ไม่ได้เป็นแพทย์จริง หรือว่าแอบอ้างเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ส่วนที่สอง เป็นความทุกข์ที่มีความรุนแรงปานกลาง ตัวอย่างเช่น ไม่พอใจในบริการ เนื่องจากรู้สึกว่าการปฏิบัติไม่เท่าเทียมกัน เช่น ไม่ให้บริการด้วย

การเปลี่ยนวิธีการรักษา และส่วนสุดท้ายเป็นข้อร้องเรียนที่เป็นความทุกข์ที่มีความรุนแรงน้อย ส่วนใหญ่ที่เข้ามาถึงมูลนิธิ คือเรื่องบริการสุขภาพ

ข้อเท็จจริงเรื่องการเสียชีวิต ในเชิงปริมาณอาจจะไม่มากนัก คือ ในปี 2543 มีประมาณ 20 กรณี ปี 2544 มี 12 กรณี ปี 2545 มี 13 กรณี ปี 2546 มี 16 กรณี และปี 2547 มีเพียง 5 กรณี แต่การจัดการความทุกข์นั้น มีหลากหลายมาก และมีรูปแบบที่น่าสนใจเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ประเด็นที่สอง คือเรื่องของกลไกการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่เป็นกลาง และอาจทำให้เกิดความทุกข์มากขึ้น ความพยายามจะใช้กลไกที่มีอยู่เพื่อการบรรเทาความทุกข์ แต่เดิมผู้บริโภคจะใช้กลไกที่มีอยู่พอสมควร ไม่ว่าจะเป็นกลไกของแพทยสภา หรือกลไกของหน่วยงานต่างๆ แต่เมื่อเข้าไปใช้บริการจากกลไกเหล่านี้ กลับมีคำถามในการให้ความช่วยเหลือ จึงเป็นบทเรียนที่ทำให้เกิดการปรับตัวเรื่องการใช้สิทธิของผู้บริโภค

ตัวอย่างเช่น กรณีผู้หญิงตั้งครรภ์แต่คิดว่าตนเองไม่ได้ตั้งครรภ์ เนื่องจากใช้ยาคุมกำเนิดมาโดยตลอด และทางโรงพยาบาลก็คิดว่าคนไข้เป็นเนื้องอก แต่พอผ่าท้องปรากฏว่าพบเด็กแฝดอยู่ในท้อง โชคดีที่ไม่เกิดผลกระทบกับทารกผู้ป่วยซึ่งมีฐานะยากจนก็คิดว่าเขาได้รับความเสียหาย จึงพยายามร้องเรียนกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ชดเชยตามกฎหมาย แต่ปรากฏว่ากระทรวงสาธารณสุขตั้งเจ้าหน้าที่ขึ้นมาสอบสวนแล้วพบว่า ไม่มีความผิด เพราะการผ่าท้องถือว่าเป็นการวินิจฉัยโรค

ขณะนี้เรื่องนี้อยู่ที่ศาลปกครอง และกำลังรอฟังคำตัดสิน ถือว่าเป็นพัฒนาการที่มีการใช้อีกกลไกหนึ่งเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค ทำให้ผู้ป่วยหลายรายสูญเสียความเชื่อมั่น และเลิกใช้กลไกการตั้งคณะกรรมการฝ่ายเดียว

ของกระทรวงสาธารณสุขไปแล้ว ยกเว้นคนที่ยังไม่มีข้อมูล

ส่วนกลไกของแพทยสภา ข้อเท็จจริงในส่วนของผู้บริโภค พบว่า มีข้อร้องเรียนไปยังแพทยสภาหลายกรณีที่เมื่อออกมาแล้วทำให้ผู้บริโภคไม่ไว้วางใจ เพราะเชื่อว่าจะไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการวินิจฉัย จะไม่มีความเป็นกลาง ดังนั้น ขณะนี้ผู้บริโภคจึงหลีกเลี่ยงที่จะใช้กลไกการร้องเรียนกับแพทยสภา

พัฒนาการในเรื่องนี้ สะท้อนชัดในกรณีของคุณดอกรัก เพ็ชรประเสริฐ และคุณศิริมาศ แก้วคงจันทร์ ที่ใช้วิธีฟ้องกระทรวงสาธารณสุข แทนการร้องเรียนกระทรวงสาธารณสุขให้ตั้งคณะทำงาน

ที่ผ่านมามูลนิธิ เคยผลิตงานชิ้นหนึ่งชื่อว่า ‘15 กรณีจากทุกข์ผู้ป่วย’ ซึ่งจะช่วยให้เห็นว่าทำไมคนไข้จึงฟ้องแพทย์ บางครั้งดูเหมือนไม่มีเหตุผล เพราะเพียงรู้สึกว่ายากให้แพทย์เสียเวลามาดูแลบ้างเมื่อญาติตนเองเสียชีวิตแล้ว เพราะตอนที่มียาอยู่ที่แพทย์ไม่ได้มาดูแล หรือบางทีก็เป็นเรื่องของคุณค่าต่าง ๆ

อย่างไรก็ตาม เชื่อว่าจริง ๆ แล้วไม่มีใครอยากฟ้องแพทย์ แม้กระทั่งคนที่กำลังฟ้องอยู่ในปัจจุบัน เพราะมีความลำบากแสนสาหัสในการฟ้อง โดยในระบบกฎหมายไทยไม่ได้กำหนดให้แพทย์เป็นผู้พิสูจน์ว่า ตัวเองทำถูกต้องอย่างไร จึงตกเป็นภาระทั้งหมดของผู้เสียหายที่ต้องพิสูจน์ว่าแพทย์ผิดอย่างไร

แม้กระทั่งคนไข้ที่มีญาติเป็นแพทย์ ญาติคนไข้ก็ยังไม่กล้าไปเป็นพยานในชั้นศาล ซึ่งต้องถือว่าเป็นความเหนียวแน่นของแวดวงแพทย์ที่ยังไม่มีใครทลายได้แม้สายสัมพันธ์เครือญาติ นอกจากนี้การฟ้องร้องยังต้องใช้ระยะเวลา ยาวนาน ซึ่งมีคนเคยพูดเอาไว้ว่า ความเป็นธรรมที่ใช้เวลายาวนาน ก็ถือเป็นความยุติธรรมอย่างหนึ่ง

ขณะที่การใช้มาตรการทางกฎหมาย ช่วงหลังก็มีพัฒนาการมากขึ้น เนื่องจากมีคำวินิจฉัยของกรรมการข้อมูลข่าวสารออกมาในแนวทางที่น่าจะช่วยให้ปัญหาเรื่องการไม่เปิดเผยข้อมูลหมดไป

ที่ผ่านมาต้องยอมรับว่าปัญหาการปิดบังข้อมูลมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหามากขึ้น เช่น ปัญหาเรื่องการดูแลระเบียบที่ญาติคนไข้อยากทราบว่าเกิดความผิดพลาดอะไร หรือต้องการเปลี่ยนสถานที่รักษา แต่เมื่อไม่ได้รับความร่วมมือให้ดูระเบียบ ทำให้รู้สึกไม่ได้รับความเป็นกลาง หรือกลายเป็นการยั่วยุให้เขารู้สึกไปว่า ต้องเกิดความผิดพลาดขึ้นจริง จึงไม่ยอมให้ดูระเบียบ กระทั่งท้ายที่สุดนำไปสู่การฟ้องร้อง

ประเด็นที่สาม เราต้องมองเรื่องนี้เป็นพลวัตร ไม่ใช่มองจากจุดของหมอหรือคนไข้อย่างเดียวอย่างหนึ่ง เพราะการคุ้มครองผู้บริโภค ไม่ใช่เรื่องเฉพาะเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้เท่านั้น หมอเองก็อยากเห็นเรามีมาตรฐานเรื่องอื่นๆ เช่นเดียวกับประชาชนทุกคน จึงเป็นเรื่องที่ต้องยกระดับมาตรฐานการคุ้มครองผู้บริโภคในทุกๆ ด้าน เพราะคงไม่มีใครอยากได้รับการบริการที่ไม่มีความรับผิดชอบ หรือเมื่อเกิดปัญหาขึ้นมาแล้วไม่มีช่องทางในการแก้ไขปัญหา เรื่องนี้จึงเป็นเรื่องธรรมดาที่นานาประเทศ หรือประเทศที่เจริญแล้วควรจะทำ

ตัวอย่างหนึ่ง คือ กลไกในมาตรา 41 ซึ่งขณะนี้มีการชดเชยช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากบริการสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว โดยก่อนหน้านี้มีความกังวลกันว่า กลไกนี้จะทำให้เกิดการฟ้องร้องกันมากขึ้น แต่ปัจจุบันสถานการณ์กลับคลี่คลาย และกลไกนี้ก็ช่วยทำให้เกิดการช่วยเหลือเบื้องต้นได้

เรื่องวิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอาจจะมองได้หลายอย่าง จะเห็นเป็นเรื่องใหญ่มากก็ได้ หรือจะมองเป็นเรื่องเล็กมากก็ได้ แต่เป็นเรื่องที่เราควรหาทางออกร่วมกัน

อันที่จริงเรื่องนี้อาจเป็นเรื่องเล็กน้อยเท่านั้นเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่รัฐบาลไทยกำลังทำข้อตกลงเขตการค้าเสรี (เอฟทีเอ) กับรัฐบาลสหรัฐอเมริกา เพราะในอนาคต นักศึกษาแพทย์เพียงเปิดอินเทอร์เน็ตเข้าไปก็อปปีไฟล์มาใช้ในการเรียนก็ถือว่าผิดกฎหมายแล้ว และอาจต้องติดคุกด้วยเนื่องจากมีการระบุให้เป็นคดีอาญา ไม่ต่างกันกับที่คนไข้ฟ้องหมอ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมองเรื่องนี้ร่วมกัน แล้วพยายามผลักดันจากหลายๆ กลุ่ม

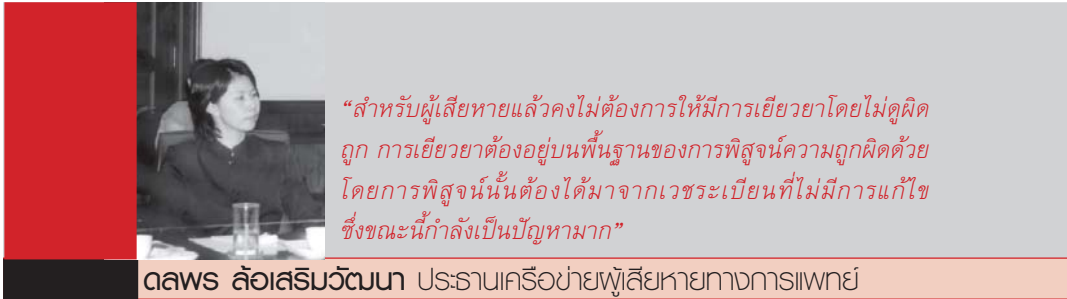
ประเด็นต่อมา การพยายามหาทางออกหรือสร้างกลไกจัดการปัญหา มีการริเริ่มอยู่บ้าง ในส่วนของเครือข่ายของผู้บริโภค สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวมทั้งในส่วนของผู้ป่วยเองด้วย โดยขณะนี้มีความคิดเห็นร่วมกันว่า น่าจะมีกองทุนเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการบริการทางการแพทย์ และไม่อยากให้เกิดเฉพาะ No fault liability ด้วย กองทุนนี้ต้องคิดใหม่ โดยไม่ใช่หลักเดิมที่ว่ากฎหมายไทยต้องคุ้มครอง ณ วันที่ออกกฎหมาย ไม่เช่นนั้นคนที่กำลังมีความทุกข์ขณะนี้ ซึ่งเรื่องราวของเขาเกิดมาแล้ว 14 ปี ก็จะเป็นปัญหาต่อไปไม่จบ

กฎหมายฉบับนี้ต้องรวมถึงความทุกข์ของคนที่มีในอดีตจนกระทั่งถึงปัจจุบัน และที่จะเกิดในอนาคตด้วยจึงจะถูกต้อง ส่วนคำถามเรื่องเงินมาจากไหนเป็นเรื่องเทคนิค และเป็นเรื่องเล็ก เพราะที่ผ่านมาเรามีเงินซื้อสิ่งต่างๆ มากมาย เช่น เครื่องบิน F16 หรือนำเงินที่มีการคอร์รัปชัน 3,300 ล้านบาทตั้งกองทุนก็ได้

ทุกคนอยากเห็นสังคมที่มีการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนที่ดี คุ้มครองคนที่ดี คุ้มครองคนให้ข้อมูลที่ดี การมองเรื่องนี้แบบสุนทรียะสนทนา อาจจะช่วยให้เห็นว่า ภายใต้วิกฤตเรื่องนี้ก็ยังมีโอกาสอยู่มากที่จะทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดี แม้ในขณะนี้เรายังไม่สามารถที่จะตั้งกองทุนหรือหามาตรการอื่นๆ ได้ก็ตาม

และประเด็นสุดท้ายคือ เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่มองว่าสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน ไม่ใช่เรื่องหมอ โรงพยาบาล ยา หรืออาหารเสริม ดังนั้นจึงต้องปฏิรูปทุกคน ไม่เฉพาะคนที่อยู่ในวงการสาธารณสุขเท่านั้น เชื่อว่าทิศทางทั่วโลกในขณะนี้ กำลังมองเรื่องสุขภาพ หรือบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานเป็นสินค้าที่เรียกว่า **‘สินค้ามนุษยธรรม’** ที่ไม่สามารถคิดเรื่องกำไรสูงสุดได้เพียงอย่างเดียว ซึ่งถือเป็นหลักการที่มีความสำคัญมากในโลกยุคนี้





เรื่องราวการต่อสู้ของตัวเองตลอดระยะเวลา 14 ปีนี้จะเป็นเพียงน้ำจิ้มที่ทำให้เห็นตัวอย่างความทุกข์ที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งวันนี้คีตความกับคุณหมอในแพทยสภาก็ยังไม่จบ

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ปัญหาหมกหมมมานานเช่นนี้ เนื่องจากแพทย์มักมีการปกปิดความผิดพลาดไว้ ทั้งที่จริงความผิดพลาดนั้นเป็นของคู่กันกับมนุษย์ อีกทั้งในวงการแพทย์ก็ให้ความช่วยเหลือกันเอง ดังนั้น ในเบื้องต้นทางออกที่จะแก้ปัญหาได้แท้จริงก็คือ ต้องมีการนำข้อมูลมาเปิดเผยว่า ในแต่ละปีมีการตายและบาดเจ็บโดยป้องกันได้เท่าไร แล้วนำมาเป็นบทเรียนสอนแพทย์ นักศึกษาแพทย์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดขึ้นอีก

ส่วนเรื่องกองทุนชดเชยความเสียหายที่หลายฝ่ายได้นำเสนอนั้น สำหรับผู้เสียหายแล้วคงไม่ต้องการให้มีการเยียวยาโดยไม่คู่ผิดถูก การเยียวยาต้องอยู่บนพื้นฐานของการพิสูจน์ความถูกต้องด้วยการพิสูจน์นั้นต้องได้มาจากเวชระเบียนที่ไม่มีการแก้ไข ซึ่งขณะนี้กำลังเป็นปัญหามาก เครือข่ายผู้ป่วยได้ต่อสู้

เรื่องนี้โดยเรียกร้องมาตรฐานเรื่องเวชระเบียนไปยังกรรมการข้อมูลข่าวสาร และทุกที่ที่สามารถจะเรียกร้องได้ ที่ผ่านมายังไม่ค่อยได้รับการแก้ไข ทั้งที่องค์การอนามัยโลกมีโครงการ Patient for patient safety แล้ว และประเทศไทยก็มีนโยบายมาตั้งแต่ปี 2545 แต่กลับไม่นำมาใช้ ยังคงปล่อยให้มีการปกปิดข้อมูลอยู่เช่นเดิม





“เวชระเบียนต้องเป็นเหมือนกับเอกสารสำคัญ เช่นเดียวกับผล
ชั้นสูตรศพในที่เกิดเหตุ หรือบันทึกการจับกุมในที่เกิดเหตุ เมื่อไร
มีการแต่งเติมย่อมสื่อถึงเจตนาในการก่ออาชญากรรม”

สัมภาษณ์ กุลศรีโรจน์ พุฒิชัย

ผมเป็นเจ้าของเรื่องร้องเรียนแพทยสภา หมายเลข 182/2547 และ
ปัจจุบันเป็นคณะกรรมการของเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ ดูแลเรื่อง
เกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศหรือทางไอที

บทความของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี เรื่อง นำเที่ยวอุลันบาตอ (เขียน
ประมาณปี 2536) ได้จุดประกายความคิดให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริม
ให้ประชาชนรู้จักดูแลตนเอง ซึ่งในสมัยโบราณนั้นจะมีกลไกของหมอพื้นบ้านที่
เป็นการดูแลกันเองก่อนจะถึงมือแพทย์ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขน่าจะส่งเสริม
อย่างยิ่ง โรงพยาบาลควรจะมีสิ่งที่เรียกกันว่า การคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่
จำเป็นต้องไปพบแพทย์ ซึ่งจะช่วยลดภาระของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนได้
มาก

สำหรับตัวผม ถูกวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช ซึ่งอยากให้ทางกรม
สุขภาพจิตหรือทางวิทยาลัยจิตแพทย์ช่วยลงมาดูแล โดยผมได้รับการวินิจฉัย
จากสถาบันทางการแพทย์ 2 แห่ง สรุปได้ดังนี้

จากการตรวจ ไซโคเทส สถาบันแรกบอกว่า “เมื่อทำการทดสอบที่เป็น
projective test แม้จะพยายามควบคุม ระมัดระวังตน ไม่กล้าแสดงความคิด
เห็นมาก แต่ยังพบชายน์ของชายน์โคติ อยู่ด้วย ประกอบกับเมื่อได้รวบรวมข้อมูล
ในขณะสัมภาษณ์ พบว่าขณะเล่ามี *fight of idea sort this order* และ
emoshanour instable อยู่ด้วย กลไกเช็คในการป้องกันตนเอง คือ *interlines*
sure section ด้านอารมณ์มี *diphase* ร่วมอยู่ด้วย และมีความพร้อมทาง
อารมณ์”

จากนั้นได้ไปทำการทดสอบอีกครั้งหนึ่งที่สถาบันกัลยาธนาครินทร์
ผลการตรวจออกมาว่า “คำพูด พูดจาโต้ตอบได้ใจความ ชัดเจน ต่อเนื่อง น้ำ
เสียงเป็นปกติ ความรู้สึก อารมณ์เหมาะสมกับความคิด คงที่ ไม่มีลักษณะ
อารมณ์เศร้าหรือแปรปรวน การรับรู้ไม่มีอาการประสาทหลอน หรือการแปล
สิ่งเร้าผิด แนวความคิด ไม่มีความคิดหลงผิด กระแสความคิดต่อเนื่องเป็นเหตุ
เป็นผลดี ความรู้สึกตัวเป็นปกติ ความจำเป็นปกติ การตัดสินใจต่อสถานการณ์
เฉพาะหน้าและสถานการณ์ทางสังคมดี สรุปการรักษาพบว่า ไม่มีอาการ
วิกลจริต”

เมื่อนำตำราการแพทย์มาทางดู พบว่าการวินิจฉัยครั้งแรกไม่ตรงกับ
criteria ของโรค แต่คณะกรรมการของสถาบันเวชศาสตร์การbinบอกว่า แม้
จะไม่เข้า criteria แพทย์ก็สามารถใช้วินิจฉัยในฐานะของแพทย์ได้

การประทับตราว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชมีผลอย่างไร เมื่อได้รับการติดป้าย
ว่าเป็น *mental patient* แล้วอยากจะร้องให้ก็ร้องไม่ได้ อยากจะหัวเราะก็
หัวเราะไม่ได้ หรือโกรธมากก็ไม่สามารถแสดงอารมณ์ได้ เพราะหากแสดง
อารมณ์ออกมาก็จะเป็นการยืนยันโรคนั้น อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช
หลายๆ ท่านจึงบอกว่าไม่ควรจะระบุโรคลงไปจนกว่าจะเห็นอาการอย่างชัดเจน

ปัญหาก็คือเมื่อมีการระบุโรคไปแล้ว เป็นโรคที่ Full Recovery Complete Remission แม้ผลการตรวจสอบภายหลังจะเป็นอย่างไรก็ไม่มีผล โดยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางราชวิทยาลัยจิตแพทย์ให้เหตุผลว่า ขึ้นอยู่กับประวัติเดิมอย่างเดียว นี่คือปัญหาประเด็น

ครั้นเมื่อสืบค้นไปถึงเวชระเบียนของผม กลับพบว่าถูกแต่งเติม มีการแก้ไขเพิ่ม criteria ของโรคเข้าไปอย่างชัดเจน จึงเป็นปัญหาว่า ควรจะห้ามแพทย์แก้ไขแต่งเติมเวชระเบียน หลังจากที่ได้ลงนามบันทึกไปแล้วหรือไม่เพราะนั่นคือการทำผิดกฎหมายอาญาบ้านเมือง แต่หากจะทำไปอีกฉบับหนึ่งก็น่าจะกระทำได้

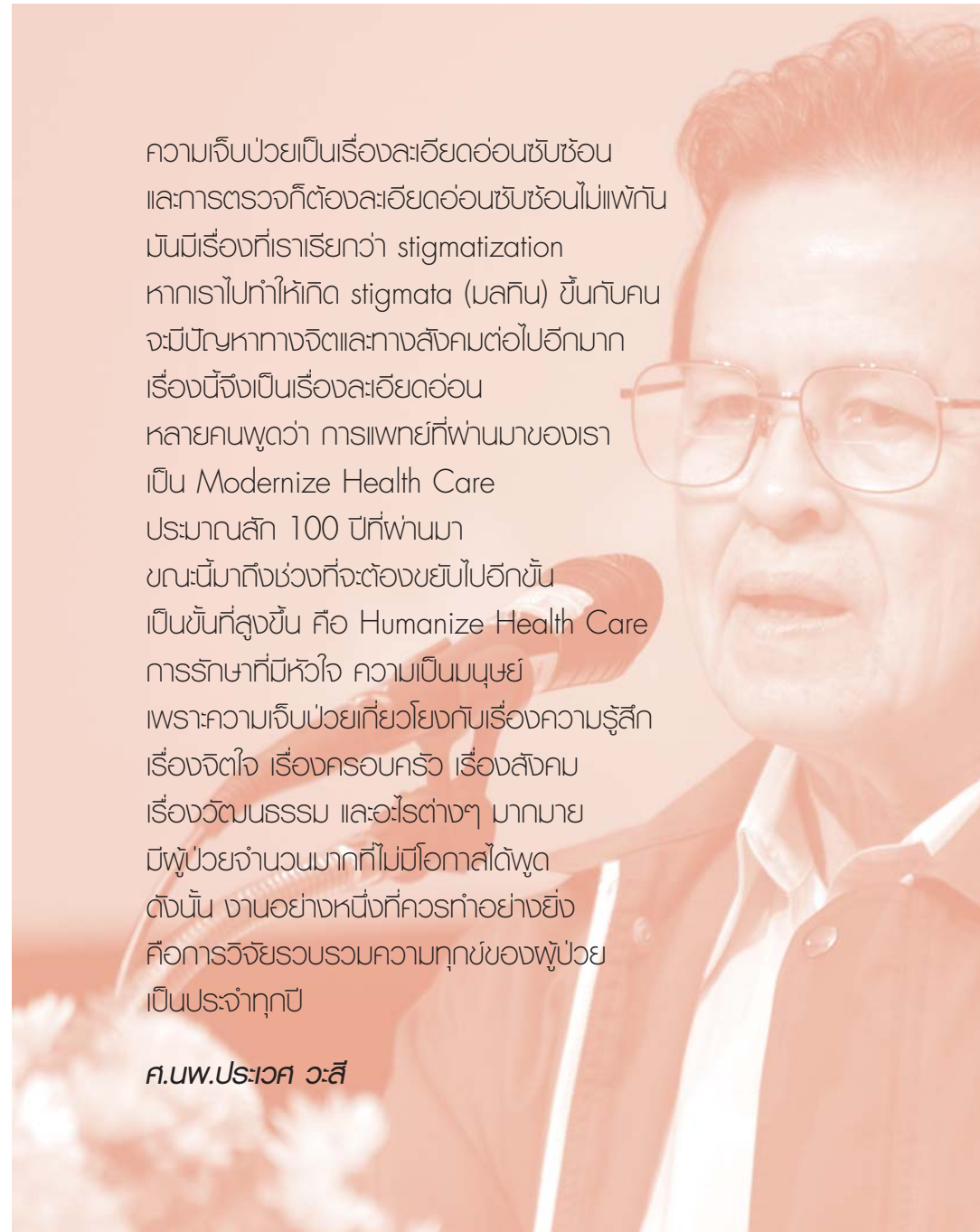
เวชระเบียนต้องเป็นเหมือนกับเอกสารสำคัญ เช่นเดียวกับผลชันสูตรศพในที่เกิดเหตุ หรือบันทึกการจับกุมในที่เกิดเหตุ เมื่อไรที่มีการแต่งเติมย่อมสื่อถึงเจตนาในการก่ออาชญากรรม

นอกจากเวชระเบียนแต่งเติมแล้ว ยังมีปัญหาเกี่ยวกับเอกสารย้อนหลังอีก ร้องเรียนไป 1 ปีแล้วก็ยังไม่ผลว่ามีมูลหรือไม่มีมูล นี่คือตัวอย่างความทุกข์ของคนคนหนึ่งที่ยากเล่าสู่กันฟัง



ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องละเอียดอ่อนซับซ้อน และการตรวจก็ต้องละเอียดอ่อนซับซ้อนไม่แพ้กัน มันมีเรื่องที่เราเรียกว่า stigmatization หากเราไปทำให้เกิด stigma (มลทิน) ขึ้นกับคน จะมีปัญหาทางจิตและทางสังคมต่อไปอีกมาก เรื่องนี้จึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อน หลายคนพูดว่า การแพทย์ที่ผ่านมาของเรา เป็น Modernize Health Care ประมาณสัก 100 ปีที่ผ่านมา ขณะนี้มาถึงช่วงที่จะต้องขยับไปอีกขั้น เป็นขั้นที่สูงขึ้น คือ Humanize Health Care การรักษาที่มีหัวใจ ความเป็นมนุษย์ เพราะความเจ็บป่วยเกี่ยวโยงกับเรื่องความรู้สึก เรื่องจิตใจ เรื่องครอบครัว เรื่องสังคม เรื่องวัฒนธรรม และอะไรต่างๆ มากมาย มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่มีโอกาสได้พูด ดังนั้น งานอย่างหนึ่งที่เราควรทำอย่างยิ่ง คือการวิจัยรวบรวมความทุกข์ของผู้ป่วยเป็นประจำทุกปี

ศ.นพ.ประเวศ วะสี





“จำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมดูแลคุณภาพแพทย์ ต้องออกกฎระเบียบและนำมาบังคับใช้ เพื่อให้เป็นบรรทัดฐานของคนรุ่นหลัง”

ระวีวรรณ เสตรัตน์ พุฒิสหาย

ปัญหาที่สำคัญของแพทยสภา คือ ความล่าช้าในการทำงาน กรณีของดิฉันมีการร้องเรียนมากกว่า 2 ปีแล้วก็ยังไม่มีความคืบหน้า

กรณีของดิฉัน เกิดจากการไปทำศัลยกรรมใบหน้า แล้วเกิดความเสียหายจากการฉีดสารพลาสติกที่ทำขึ้นมาเอง โดยไม่ได้รับการรับรองความปลอดภัยจากองค์การอาหารและยา (อย.) แต่คุณหมอที่ทำหน้าโฆษณาว่า สารตัวนี้ได้รับการรับรองจากทางอเมริกา เนเธอร์แลนด์ และทางยุโรปอีกหลายประเทศ

เมื่อเกิดปัญหาขึ้นมา จึงกลับไปปรึกษาคุณหมอต่านนั้นว่าใบหน้ามีปัญหาและขอไปรักษาที่อื่นโดยที่ให้หมอรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นด้วย คำตอบที่ได้จากคุณหมอก็คือ “ไม่” ซึ่งตอนนั้นก็ถอดแล้วว่าไม่เป็นไร จนเมื่อกลับไปขอประวัติเพื่อไปรักษาที่อื่น คุณหมอคนเดิมก็ยืนยันว่า ต้องให้แพทย์คนใหม่ที่จะทำการรักษามาขอระเบียบตนเอง ไม่สามารถให้กับคนไข้ได้ เรื่องนี้เป็นเรื่องเข้าใจไม่ได้ว่าทำไมคนไข้จึงไม่สามารถขอประวัติการรักษาของตนเองได้ กรณีเช่นนี้ยังรอเวลาได้ แต่หากเป็นอุบัติเหตุ เลือดคั่งอยู่ในสมองต้องรับการรักษาโดยด่วน จะมัวมาต่อรองหรือรอคอยได้อย่างไร

หลังจากนั้นได้ไปแจ้งความไว้ และประสานไปยังแพทยสภา ซึ่งทางแพทยสภาได้เรียกหมอคนดังกล่าวมาทำบันทึกข้อตกลงกันว่าจะยอมรับผิดชอบการรักษาจนกว่าจะเป็นที่พอใจ หน้าของดิฉันจึงได้รับการรักษามาครั้งแล้วครั้งเล่าราว 20 ครั้ง เตี้ยผ่า เตี้ยแก่ เตี้ยดูด หากเป็นผ่าเลาะแล้วเลาะอีก เช่นนี้คงฉีกขาดไปถึงไหนต่อไหน

จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมดูแลคุณภาพแพทย์ ต้องออกกฎระเบียบและนำมาบังคับใช้ เพื่อให้เป็นบรรทัดฐานของคนรุ่นหลัง มิใช่อย่างแพทยสภาที่ออกกฎต่าง ๆ นานาเพื่อให้การรักษามาตรฐาน แต่ในกรณีของดิฉันกลับอ้างว่าการทำงานต้องใช้ระยะเวลา ดิฉันผ่าตัดตามา 3 ครั้งแล้วขณะนี้ยังกลับตาไม่ได้

คุณหมอที่ทำการศัลยกรรมให้ก็มีปัญหาไร้จรรยาบรรณอย่างชัดเจน เพราะมีการแอบอัดเทปวิดีโอระหว่างทำการรักษาดิฉันไว้ แล้วทำทนายให้เอาเปิดในรายการถึงลูกถึงคน มีการพูดก้าวล่วงถึงหม่อีกท่านหนึ่งที่เคยฉีดขมับให้ดิฉัน นอกจากนี้ยังกระทำความผิดข้อบังคับของแพทยสภาในหลายข้อด้วยกัน ซึ่งทั้งหมดนี้ดิฉันยังไม่ทันได้ฟ้องคุณหมอเลย แต่กลับโดนคุณหมอต่านนี้ฟ้องมา 4 คดี

เมื่อไม่สามารถฟ้องแพทยสภาได้ จึงต้องไปฟ้องสื่อมวลชน กระนั้นก็ตามคุณหมอสมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา ได้ออกมาแก้ตัวว่า เรื่องนี้ไม่มีการประสานมายังแพทยสภาก่อนที่จะไปออกรายการคม ชัด ลึก ทั้งที่ในสัญญายอมความนั้นมีลายเซ็นของ น.พ.พินิจ กุลวินิจ เลขาธิการแพทยสภา และมีลายเซ็นของคุณหมอสมศักดิ์ อยู่ด้วย เมื่อสอบถามข้อเท็จจริงกลับไป คุณหมอสมศักดิ์ให้คำตอบว่า ลืม หากนายกแพทยสภาเลอะเลือนเช่นนี้ คงมีปัญหาคำแนะนำเชื่อถืออย่างมาก





“ผมไม่ได้ต้องการฟ้องร้องหมอ และเชื่อว่าไม่มีใครที่อยากฟ้องหมอ เพราะหมอเป็นทรัพยากรบุคคลของมวลมนุษยชาติ ไม่มีหมอคนใดในโลกนี้ที่จะจงใจแกล้งผู้ป่วย นอกเสียจากผิดพลาดจากความประมาทเลินเล่อ”

สำราญ บุณรักษ์ พิสูจน์หาย

คงจะจำเรื่อง ๆ หนึ่งที่เคยเป็นข่าวเกรียวกราวกันได้ มีผู้หญิงคนหนึ่งตอบว่า ดิฉันดีใจค่ะ วันที่ที่คุณหมอบอกว่าเธอเป็นมะเร็ง และผู้หญิงคนนั้นต้องเสียกระเพาะไป ต้องตัดต่อลำไส้ใหม่ทั้งหมด รวมทั้งตัดม้ามอีก 1 ข้าง ทั้งที่ผู้หญิงคนนั้นไปหาหมอในโรงพยาบาลซึ่งติดอันดับ 1 ใน 5 ของโรงพยาบาลเอกชนที่แพงที่สุด มีการตรวจทางเดินอาหารทุกเดือนเนื่องจากอาการอ้วกเป็นน้ำดี แต่หมอที่รักษาเธอกลับบอกว่า เธอเป็นโรคริด ซึ่งมีความเสี่ยงเป็นเอกสารที่ส่งไปให้บริษัทประกันชีวิตเอไอเอ ด้วยว่า ผู้หญิงคนนั้นไม่ได้รับการรักษาทางยาสิ่งที่ให้คือ แวร์เลียม กับยาทางประสาท

ตอนนี้ผู้หญิงคนนั้นคือภรรยาของผมได้เสียชีวิตไปแล้ว สิ่งที่เหลือคือความอัดอั้นใจ แต่ผมไม่ได้ต้องการฟ้องร้องหมอ และเชื่อว่าไม่มีใครที่อยากฟ้องหมอ เพราะหมอเป็นทรัพยากรบุคคลของมวลมนุษยชาติ ไม่มีหมอคนใดในโลกนี้ที่จะจงใจแกล้งผู้ป่วย นอกเสียจากผิดพลาดจากความประมาทเลินเล่อ การฟ้องร้องเป็นความขมขื่นของทุกฝ่าย โดยเฉพาะเมื่อต้องมาฟ้องคนที่รักษา

เราทุกเดือน แต่ที่ผ่านมาผู้หญิงคนหนึ่งหาหมอสัปดาห์ละ 4 ครั้ง และได้รับการต่อว่าว่า เป็นโรคริด เป็นบ้า หาว่าอยากได้มะเร็ง ไหลตาย หรืออัมพาต

เราเพียงอยากให้องค์กรที่เกี่ยวข้องตัดสินเรื่องนี้ด้วยความรวดเร็วลัดขั้นตอน ทำความจริงให้กระจ่าง เพราะกรณีนี้มีหลักฐานเอกสารยืนยัน ทางโรงพยาบาลเองก็ยอมรับ ทั้งหมดนี้เพื่อให้เกิดการยอมรับความจริงกันเสียที แล้วนำกรณีนี้ไปเป็นกรณีศึกษา เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำรอยอีก

แต่ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาผมได้รับการกดดันและทรมานใจอย่างหนัก คนไข้นอนอยู่บนเตียง โดยที่หมอระบุว่า คนไข้กำลังจะสิ้นใจ เหลืออายุไม่ถึง 1 เดือน และชี้ต่อหน้าคนไข้เลยว่า “คุณจะต้องไม่ไปสบาย คุณจะต้องไม่ไปดี” มันทำให้ผมนึกถึงสิ่งที่เขียนในหนังสือข้อตกลงฝากภรรยา ขอให้ภรรยาจากไปอย่างดี อย่าเจ็บปวด แต่แล้วกลับได้รับคำนี้จากหมอ

ก่อนหน้านั้นภรรยาของผมเป็นมะเร็งขั้นที่ 4 โดยที่ไปพบหมอ อยู่ในกำมือหมอทุกเดือนๆ แต่หมอกลับไม่มีการตรวจรักษา ไม่รู้ว่าเป็นมะเร็ง สิ่งที่เกิดขึ้นจึงเหมือนกับไปร้านขายยาเพื่อเอายากลับมากิน ซึ่งตามประวัติที่โรงพยาบาลให้มาภายหลังนั้น ได้เขียนชัดเจนว่า คนไข้มีอาการอ้วกน้ำดีอยู่เป็นแรมเดือน แต่กลับไม่มีการส่งกล้อง ทั้งยังมีคำวินิจฉัยโรคไปให้บริษัทเอไอเอว่า ภรรยาผมเป็นโรคริด และสิ่งที่เจ็บปวดอย่างยิ่งคือ การชมเชยไม่ระบุที่มา ทั้งหมดนี้เป็นสิ่งที่ไม่น่าเกิดขึ้นในสังคมยุคนี้

ที่ผ่านมาไม่เคยต้องการฟ้องหมอ เพียงแต่อยากให้มีการพิสูจน์เรื่องนี้โดยเร็ว สิ่งที่ผมต้องการ คือ คำขอโทษเพียงคำเดียวเท่านั้นเอง





คำขอโทษเป็นสิ่งที่ดี
เพราะเป็นกระบวนการ
ที่ทำให้ความทุกข์ลดลง
อย่างไรก็ตาม เรื่องคำขอโทษ
ก็เป็นประเด็นทางกฎหมายด้วย
เพราะเมื่อเอ่ยคำขอโทษแล้ว
จะถือเป็นการยอมรับผิด
ในแง่กฎหมายหรือไม่
เรื่องนี้มีรายละเอียด
ที่นักกฎหมายต้องตอบ

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

“อยากจะเสนอว่า แพทยสภาควรจะต้องตั้งคนนอกเข้าไปเป็น
กรรมการร่วมเพื่อพิจารณากรณีร้องเรียนต่างๆ ด้วย เพื่อความ
โปร่งใส และความเชื่อถือของประชาชน”



ศิริมารภักดิ์ แก้วคงจันทร์ พุทธิสหาย

แม่ของหนูเสียชีวิตจากการผ่าตัดไส้ติ่ง หนูได้ร้องเรียนแพทยสภา เมื่อ
วันที่ 6 มิถุนายน 2545 คดีหมายเลขที่ 119/2545 และผลสรุปออกมาเมื่อ
วันที่ 9 ธันวาคม 2547 ว่า คดีนี้ไม่มีมูล ดังนั้น หนูจึงต้องฟ้องคดีอาญา กับ
แพทย์โรงพยาบาลประจำอำเภอ ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ทำการ
รักษาแม่ ทำยาสีฟันสุดศาลพิพากษาให้หนูชนะคดี โดยระบุว่า หมอได้กระทำการ
ประมาทเลินเล่อ ทำให้แม่เสียชีวิต อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ยังคงค้างคาใจมาจนปัจจุบัน
ก็คือ ความสงสัยที่ว่าทำไมแพทยสภาจึงบอกว่าคดีไม่มีมูล!

อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่เชื่อในสิ่งที่แพทยสภาระบุ แต่ก็ยังมีความเคารพ
และอยากจะเสนอว่าควรจะต้องตั้งคนนอกเข้าไปเป็นกรรมการร่วมเพื่อพิจารณา
กรณีร้องเรียนต่างๆ ด้วย เพื่อความโปร่งใส และความเชื่อถือของประชาชน

การฟ้องร้องหมอครั้งนี้ไม่มีใครรู้ สิ่งที่ทำให้ต้องตัดสินใจฟ้องหมอ
เพราะก็หมอเองเป็นผู้ทำให้ฟ้อง และไม่ยอมพูดคุยชี้แจงใดๆ พร้อมกับปรามาส
ว่าหนูไม่มีน้ำยา ไม่สามารถฟ้องได้ เพราะขณะนั้นอายุเพียง 19 ปี เป็นลูกคนที่
2 ในบรรดาพี่น้อง 5 คน หนูจึงไปแจ้งความตำรวจ แต่สิ่งที่ได้รับคือ ตำรวจ
เทศน์ธรรมะให้ฟังโดยไม่ยอมรับเรื่อง

หนูรอจนกระทั่งอายุ 20 ปี จึงไปแจ้งความอีกครั้ง โดยใส่ชื่อหาเองว่า แพทย์กระทำการประมาทเลินเล่อ ทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย แม่ตำรวจจะทักว่าเป็นข้อหาหนัก และพยายามเกลี้ยกล่อมต่างๆ นานา และมีบางครั้งที่ยื่น แพทย์คู่กรณีมาพบด้วย แต่ก็ไม่มีผลให้จุดยืนของหนูเปลี่ยนไป ในเมื่อเขาไม่ยอมรับผิดชอบ และไม่ขอโทษ

แต่ผลสุดท้ายตำรวจก็มีมติไม่สั่งฟ้อง ซึ่งจากที่เห็นพฤติกรรมหลายอย่าง ทำให้ต้องร้องเรียนตำรวจอีก จนตำรวจนายนั้นถูกย้าย เมื่อตำรวจส่งเรื่องให้อัยการ มาถึงขั้นนี้ก็ยิ่งดูไม่ชอบมาพากล จึงทำการร้องเรียนอัยการสูงสุด จนกระทั่งอัยการจังหวัดมีมติสั่งฟ้อง จากนั้นด้วยเหตุอะไรก็ไม่ทราบ อัยการเขต ขอตัวสำนวนอีกครั้งหนึ่งจึงยังไม่ได้ขึ้นศาล จนกระทั่งในส่วนคดีแพ่งนั้นชนะไปแล้วนั่นเอง อัยการเขตจึงสั่งฟ้องและได้นำเรื่องเข้าสู่ศาล

ตอนนั้นคิดเพียงต้องสู้จนถึงที่สุด และเพิ่งมารู้อีกทีเมื่อไม่นานมานี้โดยอ่านพบในเว็บไซต์ว่า แพทย์คนนั้นติดคุก แม้ว่าตอนนั้นส่งสารเขา แต่เวลานั้น หนูส่งสารเขาไม่ได้ เพราะเขาเป็นคนทำทนายเอง และไม่ยอมออกมาพูดคุยด้วย เรียกหนูว่า “ไอ้เด็กแสบ” คนทั้งหมู่บ้านก็นามสกุลเขา และมีการมาข่มขู่ด้วยว่า ในกระทรวงลั่นแล้วแต่พรรคพวกของเขา แม้จะหวั่นไหวแต่สุดท้ายก็ต้องตัดใจว่า ให้มันรู้ไปว่าประเทศนี้ไม่มีความยุติธรรม!

อีกเหตุผลหนึ่งที่สำคัญที่สุดในการตัดสินใจฟ้อง ก็คือ การมองพ้นไปจากตัวเอง หากเราไม่ทำวันนี้ จะมีคนที่อยู่ข้างหลังต้องตายอีกกี่คน เพราะตามประวัติของหมอคนนี้เคยเกิดเหตุการณ์ทำนองเดียวกันกับแม่มาหลายกรณี และท้ายที่สุดเหตุการณ์เลวร้ายเช่นนี้อาจเวียนมาพาดคนที่เรารักไปอีก

ปัจจุบันหนูตกลงใจเรียนกฎหมาย ไม่ใช่เพราะปักใจจะเอาหมอเข้าคุกให้ได้ จนถึงตอนนี้หนูก็ไม่รู้เหมือนกันว่าหมอนั้นน่ารังเกียจแล้วหรือยัง หาก

เขาสำนึกแล้วหนูก็อยากจบ แต่มันเป็นอาญาแผ่นดิน ทำให้ยอมความกันไม่ได้เสียแล้ว

ทางคุณหมอสมศักดิ์ก็ให้ข้อมูลว่า ที่ผ่านมามีใครฟ้องคดีอาญากับหมอ แต่จะทำอย่างไรได้ในเมื่ออัยการสั่งฟ้องไปแล้ว หนูจึงขอเข้าไปเป็นโจทก์ร่วมด้วยกับอัยการปัจจุบัน ตอนนี้แม้ว่าทุกคนจะห้ามหมัดในเรื่องการฟ้องคดีอาญา แต่หนูยังคงติดต่อไป เพราะไม่อยากเห็นใครตายอีก ชีวิตคนไม่ใช่ผักปลา และแม้ว่าหมอที่ดีจะมีอีกมาก แต่ต้องยอมรับว่าปัจจุบันหมอมันมีจรรยาบรรณ มีคุณธรรมนั้นลดน้อยลง ดังนั้น จึงอยากให้มีการปลูกฝังเรื่องนี้อย่างจริงจัง และหากเกิดความผิดพลาดอันใดก็ขอให้หมอใช้ความกล้าหาญออกมาพูดคุยอธิบายให้ผู้ป่วยฟัง

สำหรับความคืบหน้าล่าสุด ศาลพิพากษาให้ทางกระทรวงสาธารณสุขชดเชยค่าเสียหาย 600,000 บาท ซึ่งหนูไม่ติดตามว่าจะได้เงินหรือไม่ได้เงิน และหมอจะอุทธรณ์หรือไม่ เพียงแค่ชนะคดีและได้รู้ความจริงว่าแม่เสียชีวิตเพราะอะไรก็พอใจแล้ว หลังจากที่ต้องร้องเรียนกับแพทยสภา 2 ปี และหน่วยงานต่างๆ อีก 15 หน่วยงาน โดยสิ่งที่ได้กลับมามีเพียงความว่างเปล่า





เราพบว่ามีความทุกข์
ความบั่นทอนต่างๆ ที่เกิดขึ้นมาก
เราต้องช่วยกันคิดว่า
จะแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยอย่างไร
รวมถึงจะมีกลไกอะไร
ที่จะป้องกันโรงพยาบาลด้วย
เพราะโรงพยาบาล
อาจถูกกล่าวหาว่าเข้าข้างกันเอง

ศ.ดร.ประเวศ วะสี

“คณะกรรมการแพทยสภาที่มีมติลงโทษแพทย์อยู่เป็นประจำ แต่เมื่อเทียบกับแพทย์ 30,000 คนในประเทศไทย จำนวนนี้อาจมองดูน้อยนิด และเป็นจำนวนที่อยู่บนยอดภูเขาน้ำแข็ง กระนั้นก็ดี จำนวนนี้ก็มีผลไปส่งคลื่นขวัญกำลังใจของบุคคลที่อยู่ในห้องที่ต่างๆพอสมควร”



ร.ศ.ดร.ประสพศรี อังदार กรรมการบริหารแพทยสภา

ในปัจจุบันนี้วิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้มีเพิ่มขึ้นมา จึงเป็นโอกาสดีที่ทั้งสองฝ่ายจะได้มาปรับความเข้าใจและเดินสายกลางในการแก้ปัญหา เพราะเราคงไม่อาจปฏิเสธได้ว่า คู่นี้คือคู่ที่จะต้องอยู่ด้วยกันเป็นปาต่องโก๋ตราฟ้าดินสลาย

หากเราคิดว่า ทั้งแพทย์และผู้ป่วยต่างก็เป็นเหยื่อของสังคม เราก็จะหาทางเดินไปข้างหน้าได้ ไม่ใช่ให้ล้มความหลัง แต่บางครั้งการลืมนั่นไปบ้างอาจเป็นประโยชน์ทำให้เราก้าวไปข้างหน้าด้วยกันอย่างเข้มแข็งยิ่งขึ้น

คงต้องเริ่มต้นด้วยการอธิบายว่าแพทยสภาคืออะไร และมีโครงสร้างอย่างไร เพราะหลายคนอาจเข้าใจว่า องค์กรนี้เพียงแค่ควบคุมจริยธรรมหรือความประพฤติของแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งความจริงนั้นเป็นเพียงงานหนึ่ง

งานใหญ่ของเราคือ งานดูแลมาตรฐานการผลิตแพทย์ออกสู่สังคม โดยขณะนี้มีการผลิตแพทย์ปีละกว่า 1,000 ราย กระจายอยู่ทั่วประเทศ ซึ่งแพทย์-

สภาจะต้องดูแลให้คณะแพทยศาสตร์ทั้งหลายร่วมกันผลิตแพทย์ให้ออกมามีคุณภาพ ตามความคาดหวังของประชาชน ซึ่งเป็นเรื่องที่ท้าทายมาก เพราะในเวลาเดียวกันแพทยสภาก็ต้องมาเป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยด้วย ซึ่งขณะนี้มียุ 30,000 รายที่ทำงานอยู่ และกำลังเสียขวัญ กำลังใจกับวิกฤตการถูกฟ้องเช่นนี้

โดยโครงสร้างของแพทยสภา จะมีกรรมการแพทยสภาถึง 38 คน ครึ่งหนึ่งมาจากคณบดีและผู้อำนวยการสถาบันต่างๆ ที่ผลิตแพทย์ทั่วราชอาณาจักร อีก 19 คน มาจากการเลือกตั้ง ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งคือ กลุ่มตำแหน่ง เป็นกลุ่มซึ่งนำแพทย์เหล่านั้นไปใช้ในที่ต่างๆ

นอกจากนี้ยังมีคณะกรรมการอีกหลายคณะ มีกรรมการบริหาร กรรมการวิชาการ มีกรรมการด้านต่างๆ มากมาย รวมทั้งด้านจริยธรรมด้วย คณะกรรมการเหล่านี้ไม่ได้มีอคติ หรือไม่ได้มีข้อขัดแย้งอะไรกับใคร เพราะไม่ใช่เพียงคณะกรรมการแพทยสภาชุดนี้เท่านั้นที่เป็นผู้ที่ดูแลเรื่องคดีจริยธรรม หากแต่ยังมีคณะกรรมการอีก 140 คน แบ่งเป็นกรรมการ 9 คณะในปัจจุบัน จากเดิมที่เคยมีอยู่เพียง 4 คณะ และทำให้เสียเวลาหลายปีกว่าจะพิจารณาแต่ละเรื่องเสร็จสิ้น

ปัญหาสำคัญที่สร้างความลำบากใจให้แพทยสภาตลอดมา คือ ความคาดหวังที่จะให้มีการพิจารณาอย่างรวดเร็ว หรือจะต้องเสร็จภายใน 1 ปี 2 ปี ทั้งที่การทำงานของคณะอนุกรรมการแต่ละชุดวิชาชีพ ต้องใช้เวลาในการหา และพิสูจน์หลักฐาน

อย่างไรก็ตาม ทางแพทยสภาก็พยายามอย่างที่สุด โดยเพิ่มคณะอนุกรรมการด้านจริยธรรมขึ้นมาอีกเป็น 9 คณะ และอนุกรรมการสอบสวนอีก

9 คณะ กำหนดเวลาประมาณ 4 เดือน - 3 ปี และพยายามที่จะเร่งรัดให้มีการดำเนินการโดยเร็วที่สุด

ส่วนในคดีที่เป็นที่สนใจของสังคม จะมีการตั้งกรรมการเฉพาะกิจเพื่อเร่งรัดการทำงานให้เร็วขึ้น แต่การทำงานก็ไม่ได้อยู่ที่คณะกรรมการเท่านั้น เมื่อได้รับเรื่องร้องเรียนมาจะต้องส่งไปที่คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อจะไปหาข้อมูล ซึ่งจะต้องมาจากผู้ที่ร้องเรียน ผู้ที่ถูกร้องเรียน และพยานซึ่งจะต้องมาจากราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง เพราะคณะกรรมการแพทยสภาไม่อาจตัดสินคดีต่างๆ ซึ่งไม่มีความเห็นทางวิชาการจากผู้เชี่ยวชาญด้านนั้นๆ ได้ โดยจะต้องขอความเป็นป็นองค์คณะไม่ใช่บุคคล

หลังจากที่คดีมีมูลแล้ว ก็ต้องไปสอบสวนต่อ เมื่อสอบสวนเสร็จแล้วก็ต้องกลับมาที่คณะกรรมการแพทยสภาแต่ละชุดๆ ซึ่งกระบวนการต่างๆ ทำให้ต้องใช้เวลายาวนาน 1 ปีทั้งสิ้น

ส่วนเรื่องสถิติความผิดนั้น ในอดีตที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ความผิดที่เข้าสู่การพิจารณามากที่สุดคือ เรื่องมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพ

ในคณะกรรมการแพทยสภาประจำปี 2547 มีคดีที่ตัดสินลงโทษแพทย์ 72 ราย แบ่งเป็นไม่รักษามาตรฐาน 25 ราย โฆษณาการประกอบวิชาชีพของตนเองและผู้อื่น 18 ราย ทำให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์วิชาชีพ 15 ราย ดำรงตนโดยไม่เคารพกฎหมาย 8 ราย สนับสนุนการประกอบวิชาชีพที่ผิดกฎหมาย 4 ราย กรณีนี้คือ เมื่อเปิดคลินิกแล้ว คุณหมอต้องเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หากมีผู้อื่นประกอบวิชาชีพเวชกรรมแทน คุณหมอนั้นจะต้องผิดในหมวดนี้ นอกจากนี้ยังมีโทษจากการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยไม่สุภาพ 1 ราย และการไม่คำนึงถึงความปลอดภัย - ลิ่นเปลืองอีก 1 ราย

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการแพทยสมาคมมีมติลงโทษแพทย์อยู่เป็นประจำ แต่เมื่อเทียบกับแพทย์ 30,000 คนในประเทศไทย จำนวนนี้อาจมองดูน้อยนิด และเป็นจำนวนที่อยู่บนยอดภูเขาน้ำแข็ง กระนั้นก็ดี จำนวนนี้ก็มีผลไปสั่นคลอนขวัญกำลังใจของบุคคลที่อยู่ในท้องที่ต่าง ๆ พอสมควรว่าเราจะต้องเข้าสู่กระบวนการนี้หากมีการฟ้องร้อง หรือรู้สึกถึงความคาดหวังของประชาชนนั้นมันไม่ตรงกันกับสิ่งที่สามารถจะให้ได้

ในการพิจารณานั้นมีตั้งแต่ยกข้อกล่าวโทษ ว่ากล่าวดักเตือน ภาคทัณฑ์พักใช้ใบอนุญาตแล้วก็ส่งเรื่องให้ไปสอบสวนต่อ บางครั้งกระบวนการก็กลับไปกลับมาจนนาน แต่เพื่อความเป็นธรรมกับผู้ได้รับการร้องเรียน และผู้ร้องเรียน เราจึงต้องใช้เวลาในการตรวจสอบให้รัดกุม

นอกจากนี้ยังมีความจริงทางการแพทย์ ที่ต้องการนำเสนอจากหัวใจเลยทีเดียว ประการแรก ความซับซ้อนและดำเนินการของโรค เนื่องจากเมื่อหมอเห็นอาการโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ แล้วไม่สามารถบอกได้ทันทีว่าเป็นอะไร ราวกับเอาหนึ่งมาบวกหนึ่งกลายเป็นสอง เพราะมันขึ้นอยู่กับอาการดำเนินการของโรค การที่คนหนึ่งหาย อีกคนหนึ่งตาย ขึ้นอยู่กับเชื้อโรคตัวนั้น ขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันของคนนั้น ๆ และขึ้นอยู่กับวิธีดูแลรักษาพยาบาลของเขาเอง รวมทั้งการรักษาพยาบาลของแพทย์ ทั้งหมดนี้ส่งผลให้ผลการรักษาออกมาไม่เหมือนกัน

ประการที่สอง เรื่องดุลยพินิจในการตัดสินใจ เรื่องนี้ถือเป็นเรื่องสำคัญมากสำหรับแพทย์ทุกคน เพราะในแต่ละวัน แต่ละสถานการณ์ และในคนไข้แต่ละคนจะมีอาการที่มาแสดงไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นเหตุที่ทำให้หมอต้องเรียนนาน ทำงานหนัก และใช้เวลามากในการที่จะดูแลคนไข้ ดังนั้น ดุลยพินิจในการตัดสินใจจะเป็นดุลยพินิจทางด้านวิชาชีพ ซึ่งแพทยสมาคมจะให้ผู้เชี่ยวชาญด้านนั้น ๆ ทำการตรวจสอบในกรณีที่มีการร้องเรียน โดยดูว่าในสถานการณ์นั้น

โรงพยาบาลนั้นหรือหมอคนนั้นกระทำการเหมาะสมหรือไม่อย่างไร

ประการที่สาม คือทุกอย่างไปลงที่หมอ จะเห็นได้ว่า ตั้งแต่คนไข้เดินเข้ามาในโรงพยาบาลจนกระทั่งเดินออกจากโรงพยาบาล ทุกคนจะต้องเรียกผู้ให้บริการทางการแพทย์ว่าคุณหมอ ไม่ว่าหมอใหญ่ หมอน้อย หรือแม้กระทั่งพยาบาล นั่นคือ ทีมของการรักษาพยาบาลโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีแพทย์เป็นหัวหน้าหรือเป็นผู้รับปรึกษา แต่เมื่อมีอะไรเกิดขึ้น ทุกอย่างมาลงหมอใหญ่หมดเลย กลายเป็นความผิดของหมอ ทั้งที่บางครั้งเป็นเรื่องของระบบ หรือของโรงพยาบาล

การนำเสนอข้อมูลส่วนนี้ เนื่องจากอยากจะชี้ให้เห็นว่าสภาพการณ์ปัจจุบันนั้น กระทรวงสาธารณสุขมีบุคลากรน้อย ทำให้เกิดความกดดันในการทำงานมาก เป็นข้อจำกัดของโครงสร้างระบบบริการทางการแพทย์ จึงอยากขอความเห็นใจให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

อย่างไรก็ตาม แพทยสมาคมได้จัดสัมมนาพร้อมกับกระทรวงสาธารณสุข และทำรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมาหลายครั้ง โดยเสนอให้มีการปรับระบบการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์เสียใหม่ เพราะในขณะที่เราสร้างความคาดหวังให้กับประชาชนว่า คุณภาพจะต้องเป็นระดับสากล แต่การบริการทำได้ในระดับชุมชน

ฉะนั้น จึงต้องปรับระบบเพื่อก้าวไปสู่ระดับสากลให้ได้ โดยปรับระบบการบริการใหม่ให้สอดคล้องกันว่าเมื่อไรจะใช้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เมื่อไรให้ประชาชนดูแลสุขภาพตัวเอง เพราะการดูแลสุขภาพ ดูแลความเจ็บป่วย ไม่ใช่หน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นหน้าที่ของประชาชนที่ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองด้วย

จากนั้นจึงไปจัดระดับของโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งหากต้องการแพทย์ผู้

เชี่ยวชาญ แพทย์สภากีฬายามจะผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้ ซึ่งจะต้องจัดระบบให้แพทย์มีเวลาพักผ่อนหลับนอนบ้าง มิใช่ให้อยู่เวรวันเว้นวันท่ามกลางงานปกติที่หนักมากอยู่แล้วดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เรื่องนี้เป็นปัญหาฉุกเฉินที่ทางกระทรวงสาธารณสุขเองน่าจะเข้าใจและกำลังจะแก้ไขโดยเร็ว

สุดท้ายคือ อุบัติการณ์การผิดพลาดทางการแพทย์ หรือ medical error เรื่องนี้ไม่ได้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลไทยเท่านั้น แม้แต่ประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกา ก็มีปัญหारेื่อง medical error มากมาย ในช่วงของปี 2001 สหรัฐอเมริกามีความผิดพลาดทางการแพทย์เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 20 และมีผู้เสียชีวิตจำนวนไม่น้อย แต่ความผิดพลาดบางครั้งก็สามารถป้องกันได้ เรื่อง medical error เป็นเรื่องใหญ่ ที่จะต้องนำมาหารือกันอย่างจริงจังเพื่อพัฒนาแก้ไขระบบการบริการให้ดีขึ้น ซึ่งที่ผ่านมาก็มีการแลกเปลี่ยนกันอยู่ภายในวงการแพทย์ โดยเฉพาะในวารสารทางการแพทย์ หรือในการประชุมวิชาการของกระทรวง หน่วยงานทางการแพทย์ นอกจากนี้คณะกรรมการแพทยสภาที่เป็นคนปกติ ก็นำกรณีศึกษาที่เกิดขึ้น กลับไปทำเป็นการเรียนการสอน ให้นักเรียนแพทย์เข้าใจว่าต้องทำอะไร ต้องสื่อสาร ดูแลคนไข้อย่างไรให้ดีขึ้น ที่สำคัญ ต้องพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองให้เหมาะสมกับโรคภัยไข้เจ็บที่เปลี่ยนแปลงไป

สำหรับวงจรชีวิตของหมอคนที่เขาเป็นอยู่ในปัจจุบันการจะเป็นหมอต้องใช้เวลาเรียน 6 ปี ซึ่ง 3 ปีแรกหมดไปกับการเรียนพื้นฐาน อีก 2 ปี เรียนคลินิก ศัลย์ สูตินารี กุมารเวช ซึ่งให้ทำได้เพียงตามประวัติตรวจร่างกาย เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องของทักษะการเก็บข้อมูล แล้วนำข้อมูลไปประเมินว่าผู้ป่วยนั้นน่าจะเป็นโรคอะไร จะได้รับการรักษาคนไข้จริงก็เพียงปีสุดท้าย หรือที่เรียกกันว่า นิสิตแพทย์ฝึกหัด แต่กระนั้นก็ยังสั่งยาไม่ได้ และต้องมีอาจารย์คอยประกบทุก

ขั้นตอน ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ประสบการณ์การดูแลคนไข้ในช่วงเป็นนักเรียนแพทย์ไม่ได้มีมากมาย

หลังจากเรียนจบ ก็ยังต้องไปเพิ่มพูนทักษะ โดยจะส่งไปเพิ่มพูนทักษะในกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด จากนั้นต้องใช้ทุน 2 ปี ซึ่งจะบังคับให้หมอไปอยู่ต่างจังหวัดทั้งหมด 3 ปี โรงพยาบาลชุมชนในต่างจังหวัดจึงเป็นหมอที่อยู่ในระดับนี้เป็นส่วนใหญ่

3 ปีผ่าน ก็เป็นแค่หมอธรรมดา หรืออาจกลับมาอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง บ้างไปเมืองนอก บ้างอยู่เมืองไทย และตลอดชีวิตของหมอยังต้องมีการศึกษาต่อเนื่องตลอดไปด้วย จึงไม่แปลกที่แพทย์ทุกคนในประเทศไทยจะมีความรู้ไม่เท่าเทียมกัน ดังนั้น ประชาชนผู้ใช้บริการ หรือกระทรวงสาธารณสุข ก็ต้องทำให้การดูแลรักษาพยาบาลนั้นเป็นไปตามขั้นตอนที่เหมาะสมเป็นลำดับขั้นไปเพื่อไม่ให้ภาระงานของหมอมากเกินไป

ภาระของหมอหนักหนาขนาดไหน อันที่จริงนับตั้งแต่ สปสช. สร้างการประกันสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมา ทำให้คนไข้รู้สึกไม่อยากจะรักษาตัวเองและวิ่งมาหาหมอหมดแม้จะเพียงปวดหัวตัวร้อนนิดๆ หน่อยๆ ภาระงานเพิ่มขึ้นมากจนไม่สมดุลกับจำนวนหมอที่ให้บริการในปัจจุบัน

เมื่อเร็ว ๆ นี้หนังสือกรุงเทพธุรกิจก็รายงานว่า แพทย์โรงพยาบาลชุมชนลาออกไปครึ่งหนึ่งแล้ว เพราะมีภาระตรวจคนไข้เป็นร้อยคน กับงานระดับนี้ การคาดหวังให้หมออธิบายกับคนไข้โดยละเอียดนั้นจึงเป็นเรื่องยาก

มันไม่เพียงไม่มีเวลาจะอธิบายเท่านั้น แม้แต่เวลาพักผ่อนดูเหมือนหมอก็ยังหาได้ยาก เรียกว่าเป็นชีวิตที่น่าสงสารมาก หมอจบใหม่คนหนึ่ง อายุ 26 ตัวผอมผอมคนเดียวต้องไปอยู่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ซึ่งมีหมอรุ่นเดียวกันอีก 2 คน รวมเป็น 3 คนทั้งหมดเป็นผู้หญิง ทั้งที่มีโควตา 5 ตำแหน่งแต่

ลาออกไป 2 คน นอกนั้นก็ยังมีผู้อำนวยการอีก 1 คน แล้วเขาจะทำงานกันอย่างไร
วันเวลาราชการทุกคนต้องทำงานตั้งแต่เช้า ตรวจคนไข้นอกวันหนึ่ง
ประมาณ 150 – 200 คน ตั้งแต่เช้ายันค่ำ ส่วนคนไข้ในซึ่งมี 60 เตียง ก็แบ่งกัน
ไปคนละ 15 – 20 เตียง ผู้อำนวยการมาแบ่งไปนิดหน่อยเพราะต้องทำงาน
บริหาร ตอนเช้าหมอสาววิ่งไปดูคนไข้ที่วอร์ด ดูเสร็จฝากพยาบาลดูต่อ แล้ววิ่ง
แจ้นไปออก OPD ซึ่งมีคนไข้คอยอยู่ 150 – 200 คนต่อวัน แล้วยังมี extended
opd เพราะปัจจุบันนี้คนทำงานกลางวัน และว่างตอนเย็น หมอจึงต้องดูตอน
เย็นอีกถึง 20.00 น. จากนั้นไปอยู่เวรห้องฉุกเฉิน คนเดียวต้องดูทั้งโรงพยาบาล
60 เตียง บวกกับคนไข้ฉุกเฉินที่มาตอนกลางคืนอีก พอเช้าก็วิ่งไปดูคนไข้ใน
วอร์ดของตัวเอง แล้วจึงไป OPD วันอยู่อย่างนี้คือชีวิตหมอ ซึ่งหากไม่ส่งสาร
ก็ไม่ว่าจะอย่างไร

หมอพวกนี้ส่วนใหญ่เป็นหมอผู้หญิง จบใหม่ๆ มีแฟนก็ไม่ได้ เพราะ
ต้องทำงานทั้งวันทั้งคืน ไม่ได้หยุด สุดท้ายเมื่อคุณแม่ไปเยี่ยม ก็จะต้องบอก โอ!
ลูกใช้ทุนด้วยเงินดีกว่า แต่คนพวกนี้ก็ยังไม่ยอมอยู่ ด้วยสิ่งเดียว คือ ปณิธาน
ประจำใจที่เขาอยากมาเป็นแพทย์นั่นเอง

อีกเรื่องที่สำคัญไม่แพ้กัน คือ เรื่องสภาพแวดล้อม บรรยากาศการทำงาน
ของหมอนั้นเครียดเหลือเกินในปัจจุบัน หากโชคดีเจอผู้อำนวยการเครียดน้อย
ก็ดีหน่อย แต่หากผู้อำนวยการประชุมมากๆ แล้วหางานอย่างอื่นมาให้หมอ
มากมาย ความเครียดก็จะเพิ่มมากขึ้น เพราะเฉพาะในหน้าที่ที่ไม่ใช่เพียงงาน
ที่ต้องดูแลคนไข้อย่างเดียว ยังมีงาน HA งานเวชระเบียน แล้วก็ต้องไปเป็น
กรรมการชุมชนหรือร่วมกิจกรรมอะไรอีกไม่น้อย

ฉะนั้น คนอายุ 26 ปี ทำงานเหมือนคนอายุ 50 ปี หากไม่แก่วันนั้นก็ไม่ว่า
จะแก่วันไหนแล้ว ตรงนี้เป็นเรื่องที่กระทรวงสาธารณสุขต้องจัดการ แต่จะจัดการ

อย่างไร บางทีอาจจะต้องยุบโรงพยาบาลบางแห่งทำเป็น OPD

เมื่อสัมผัสกับหมอใหม่พวกนี้แบบเจาะลึก จะพบว่าช่วงวันหยุดยาวนั้น
หมดไปกับการนอนอย่างเดียว ไม่ได้ไปเที่ยวไหน ซึ่งก็ดีเพราะเป็นการพักผ่อน
เพื่อมีแรงไปทำงานใหม่ แต่ก็มีความที่นอนไม่ตื่น เพราะหมอมือเป็นโรคหัวใจ
ปัจจุบันนี้อายุขัยเฉลี่ยของหมอสั้นลงไปมาก ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากโรคหัวใจ
และอุบัติเหตุ เพราะทำงานหนักและต้องขับรถ ทำให้สูญเสียหมอหนุ่มๆ สาวๆ
ไปไม่น้อย สุดท้ายแม้แต่การฆ่าตัวตายเพราะความเครียดก็มี

นี่คือชีวิตหมอในระบบของกระทรวงสาธารณสุขและของรัฐบาลที่แสน
ทุลักทุเล แต่ในส่วนของคุณหมอเองนั้น อย่างน้อยยังมีการตรวจสอบกันอยู่ เพราะ
คนไข้ไม่ยอม จึงต้องมีเวลาดูมากขึ้น ซึ่งคนไข้ก็จะมีความเข้าใจ อยากรู้ก็ตาม หมอ
ของรัฐบาลนั้นไม่สามารถปฏิเสธคนไข้ได้ หากท่านรัฐมนตรีไม่เข้าใจ มีคำสั่งไม่
ให้ปล่อยให้คนไข้รอเกินเท่านั้นเท่านี้ ก็จะต้องเพิ่มแรงกดดันให้หมอทั้งที่มีมาก
อยู่แล้ว แต่ดีที่ดูเหมือนรัฐมนตรีจะมีความเข้าใจหมอเป็นอย่างดี

สำหรับความคาดหวังของผู้ป่วย ญาติและสังคม เป็นเรื่องธรรมดาที่
เข้าใจ แต่ปัญหาคือ ขณะนี้สังคมมีความคาดหวังสูงขึ้นจากระบบที่รัฐพยายาม
จะบอกว่ามีมาตรฐานการบริการดีที่สุดซึ่งไม่สอดคล้องกับความจริงที่เป็นอยู่
ดังนั้น เราคงต้องยอมรับว่าความจริงมีแค่ไหน และทำดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

แรงกดดันจากทุกทิศทางนี้ ทำให้สุขภาพโดยรวมของแพทย์แย่ลง
เรื่อย ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพจิต แต่แพทย์ทั้งหลายที่อยู่วันนี้ เขาอยู่ด้วย
พระราชบิดาที่ให้อำนาจเข้ามาเรียนแพทย์ เพราะอยากเป็นแพทย์ทำประโยชน์
ให้กับประเทศชาติ และมีความสุขจากการที่เห็นคนเจ็บป่วยพ้นทุกข์ ท่านพูด
เสมอว่าขอให้ถือประโยชน์ตัวเองเป็นที่ 2 ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่ 1
สุดท้าย ในฐานะที่เป็นแพทย์ ขอขอบคุณคนไข้ทุกคนที่มาเป็นคนไข้ให้เรา

ได้เรียนรู้ คนไข้เป็นคุณครูของเรา เพราะฉะนั้นเราต้องเคารพคนไข้เสมอ คนไข้เป็นคุณครูเล็กๆ ไม่ใช่คุณครูใหญ่ แต่เป็นครูเล็กที่เราต้องเรียนรู้ไปตลอดชีวิต และหวังว่าความสัมพันธ์ของแพทย์กับคนไข้จะกลับมาเป็นปาต่องโก่เหมือนเดิม



วิกฤต หรือ โอกาส



“ในช่วง 3 – 4 ปี ที่ผ่านมา จากสถิติพบว่า คนไข้ไปโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นหลายล้านคน ถือว่ามีจำนวนมากเกินกำลังของแพทย์ที่มีอยู่ นี่เป็นปัญหาจากนโยบายของรัฐที่ไปกระตุ้น ไปหาเสียง จนสุดท้ายแล้วดูแลไม่ไหว เรื่องนี้เป็นเรื่องสลบซับซ้อนที่ต้องช่วยกันคิด ลำพังกระทรวงสาธารณสุขคิดเองคงหาทางออกยาก”

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี

เมื่อฟังคนไข้ก็ได้เห็นความทุกข์มาก ในขณะที่ความทุกข์ของแพทย์ก็มากเช่นกัน

จากสถิติแพทย์จะอายุสั้นกว่าคนทั่วไป ในประเทศอินโดนีเซีย พบสถิติว่าแพทย์จะอายุสั้น และตายเนื่องจากโรค 2 โรค ซึ่งเป็นผลจากการทำงานหนักได้แก่ เส้นเลือดในสมองแตก และโรคหัวใจ นอกจากนี้ ยังมีแพทย์จำนวนไม่น้อยเป็นโรคนอนไม่หลับ และต้องอาศัยยานอนหลับ ซึ่งก็ส่งผลต่อสุขภาพเช่นกัน

ในอเมริกามีคนไข้ที่ตายจากการไปหาแพทย์ประมาณปีละ 100,000 คน ขณะที่รายงานชิ้นหนึ่งระบุว่า มีคนไข้ในอเมริกาตายจากการไปพบแพทย์ถึง 700,000 คน ซึ่งต้องพิจารณาในรายละเอียดว่า สาเหตุที่ตายเกิดจากอะไร เช่น ป่วยหนักแล้วจึงมาพบแพทย์หรือไม่ หรือตายเพราะความผิดพลาดในการรักษา

ตัวเลขผู้เสียชีวิตจากการไปพบแพทย์ในสหรัฐอเมริกาเป็นเครื่องยืนยันอย่างหนึ่งว่า แม้แต่อเมริกาซึ่งลงทุนทุกสิ่งทุกอย่าง ใช้เทคโนโลยี และบ-

ประมาณมากมาย ก็ยังมีผู้ป่วยที่ตายไปหลังการพบแพทย์เป็นจำนวนมาก

ปัจจัยที่เป็นปัญหาอีกประการหนึ่งคือ จำนวนคนไข้ของไทยที่เพิ่มมากขึ้นในช่วง 3 – 4 ปี ที่ผ่านมา จากสถิติพบว่า คนไข้ไปโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นหลายล้านคน ถือว่ามีจำนวนมากเกินกำลังของแพทย์ที่มีอยู่ นี่เป็นปัญหาจากนโยบายของรัฐที่ไปกระตุ้น ไปหาเสียง จนสุดท้ายแล้วดูแลไม่ไหว เรื่องนี้เป็นเรื่องสลบซับซ้อนที่ต้องช่วยกันคิด ลำพังกระทรวงสาธารณสุขคิดเองคงหาทางออกยาก

จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้ไม่สามารถจะดำเนินต่อไปได้ เพราะจะเกิดการร้องเรียนกันมากขึ้น และเมื่อมีการร้องเรียนมากขึ้นก็ต้องมีการตั้งคณะกรรมการแพทย์ขึ้นมาพิจารณาข้อร้องเรียน กลายเป็นว่าแพทย์จำนวนมากจะต้องเข้ามาทำหน้าที่วินิจฉัยสอบสวนข้อร้องเรียน แทนที่จะทำหน้าที่ตรวจรักษาคนไข้ ซึ่งก็จะส่งผลให้แพทย์ที่จะรักษาคนไข้มีจำนวนลดลงอีกเป็นห่วงโซ่ต่อไป ดังนั้นแล้ว วิธีการแก้ไขก็ต้องจัดการระบบการบริการทางการแพทย์ให้ดี ลดการร้องเรียนลง

เรื่องระบบการรักษานั้น จึงต้องพัฒนาการศึกษาให้ดีขึ้น และต้องระมัดระวังเรื่องการสื่อสาร และมนุษยสัมพันธ์ แต่จะแก้ปัญหาที่จุดนี้เพียงอย่างเดียวโดยไม่แก้ระบบบริการที่แบกรับผู้ป่วยมากเกินไปก็คงไม่ได้

ขณะนี้ผมกำลังร่วมทำโครงการโรงพยาบาลของชุมชน โดยความร่วมมือของโรงพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดยส่งคนเข้ามาศึกษาที่คณะพยาบาลศาสตร์ เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วก็ไปบรรจุเป็นบุคลากรของ อบต. เพื่อทำงานในชุมชนซึ่งจะสามารถแบ่งเบาคนไข้ที่เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดหัว ตัวร้อน ปวดท้อง กลากเกลื่อน เป็นการลดปริมาณคนไข้ที่จะมาโรงพยาบาล และจะช่วยให้โรงพยาบาลทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เป้าหมายในการผลิตบุคลากรนั้น คาดว่าจะผลิตบุคลากรประมาณ 70,000 – 100,000 คน โดยจะต้องประสานความร่วมมือไปยังคณะพยาบาลศาสตร์ที่มีอยู่ทั้งหมด 50 กว่าแห่งทั่วประเทศ ในด้านงบประมาณนั้นจะเป็นงบประมาณของ อบต. โดยกระทรวงสาธารณสุขไม่ต้องเสียงบประมาณในส่วนนี้ และในเบื้องต้น สสส. ได้ให้งบประมาณอุดหนุนการประสานงานเป็นจำนวน 10 ล้าน

ขณะนี้โครงการดังกล่าวได้ดำเนินการไปแล้ว โดยเริ่มต้นที่โรงพยาบาลน้ำพองร่วมมือกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเป็นแห่งแรก



“มีคนถามว่า มีคนไข้ของคุณตายบ้างหรือเปล่า เราก็บอกว่า ตายก็มีไม่ตายก็มี แต่คนที่ตายเขาพร้อมที่จะตาย เพราะเราให้ข้อมูลทุกประการ ซึ่งเรื่องนี้สำคัญมาก”



พญ.อนงค์ เพียรกิจกรรณ กสสบการพยาบาล

จากประสบการณ์ที่เคยผ่านมา มีคนขอร้องให้ช่วยว่า เมื่อถูกฟ้องจะทำอย่างไร จึงบอกไปว่า ที่ถูกต้อนั้นต้องเขียนว่า “ทำอย่างไรไม่ถูกฟ้อง”

ดิฉันมีเกร็ด 2 – 3 เรื่องจะแลกเปลี่ยน เรื่องแรก จากประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ นั้น แพทย์ Resident เคยถามดิฉันว่า ทำไม 6 โมงเย็นถึง 1 ทุ่มเรายังต้องทำงานอยู่ ดิฉันก็ตอบว่า ชาวบ้านเขามาพึ่งเรา เขาลำบาก เขาต้องขายควาย 1 ตัว ขึ้นรถเหมารถข้ามจังหวัดมาหาเรา

อีกเรื่องหนึ่ง ในสมัยก่อนมีคนซื้อยากินเองจากร้านขายของชำ เราพบว่า คนไข้แพ้ยาประมาณวันละไม่ต่ำกว่า 100,000 ราย

แม้จะพยายามอย่างยิ่งในการบริการคนไข้ ในฐานะแพทย์ ไม่มีแพทย์คนใดที่กล้าบอกว่า ฉันรักษาถูกทุกครั้ง หรือรักษาคนไข้ให้หายป่วยได้ทุกคน

คนไข้มีอยู่ 3 กลุ่ม กลุ่มที่หนึ่ง ไม่รักษาก็หาย กลุ่มที่สอง ต้องรักษาจึงหาย และกลุ่มที่สาม รักษาอย่างไรก็ตาย คนไข้ที่มาวันแรกแพทย์อาจยังไม่รู้ว่าเขาเป็นโรคอะไร มาดูอีกทีเมื่อผ่านไป 5 ปี อย่างนี้ก็มี นี่คือความยากลำบาก

เราเข้าใจความเจ็บไข้ได้ป่วย เคยสัมผัสความทุกข์ของแพทย์ ของนักเรียนแพทย์ คนไข้ ญาติ อย่างดีมาตลอด เคยมีคนถามว่า มีคนไข้ของคุณตายบ้างหรือเปล่า เราก็บอกว่า ตายก็มี ไม่ตายก็มี แต่คนที่ตายเขาพร้อมที่จะตาย เพราะเราให้ข้อมูลทุกประการ ซึ่งเรื่องนี้สำคัญมาก

การทำงานแพทยสภาในฐานะกรรมการสอบสวนตั้งแต่ปี 2526 มีคดีเข้ามาเป็นพันคดี หลายครั้งที่เห็นข่าวว่า ‘แพทยสภาบอก ไม่ผิด’ แต่สังคมก็มักจะคิดว่าแพทยสภาตัดสินผิด แล้วเป็นข่าวในสื่อมวลชนทันที แพทย์คือจำเลยที่ 1 แพทยสภาคือจำเลยที่ 2 นั้นหมายความว่า เมื่อแพทยสภาตัดสินแล้ว ก็เป็นจำเลยของทั้งคนไข้และแพทย์ทันที

สำหรับปัจจุบันนี้ มีกระบวนการฟ้องศาลปกครอง ทุกครั้งทุกคดี ไม่ว่าแพทย์จะผิดหรือไม่ล้วนต้องผ่านศาลปกครองทั้งสิ้น โดยค่าใช้จ่ายในคดีนั้นคดีหนึ่งใช้เงินประมาณ 20,000 – 30,000 บาท คดีที่ค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือ 300,000 บาท

เดิมนั้นแพทยสภาได้งบจากรัฐบาล 400,000 บาท ต่อมาท่านอวยชัยให้เงินงบประมาณเพิ่มเป็น 5 ล้านบาท โดยระบุว่า ต้องเร่งทำคดีให้เสร็จ ความจริงนั้น แต่ละคดีเร่งไม่ได้เพราะมีคนหลายคนที่ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องกับส่วนนี้ จึงมีความล่าช้าเกิดขึ้น

เพื่อให้ง่ายขึ้น ขอให้ข้อมูล ข้อเท็จจริงทางการแพทย์ 2 – 3 โรค ได้แก่ โรคไข้เลือดออก ซึ่งสังคมคิดว่าแพทย์ไม่น่าวินิจฉัยผิดพลาด แต่ทำไมแพทย์ถึงให้การวินิจฉัยไม่ได้ ข้อเท็จจริงคือ โรคไข้เลือดออกเป็นไวรัสแอ็คซัน ซึ่งเชื้อไวรัสหรือโรคที่เป็นเชื้อไวรัสแทบทุกโรค ปัจจุบันนี้จะแยกไม่ออกเลยในวันแรก ไม่ว่าจะเป็นไข้เลือดออก ไข้สมองอักเสบ ไข้อยา ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก เมื่อผ่านไป 2 – 3 วัน จึงมีอาการเฉพาะโรคเกิดขึ้น

โรงพยาบาลศิริราชเคยรับคนที่สงสัยว่าเป็นไข้หวัดนกมา แต่ผลออกมากลายเป็นแค่ไข้เลือดออก กรณีอย่างนี้มีอยู่หลายราย

ไข้เลือดออกมีโรคที่ต้องแยกมากกว่า 20 กว่าโรค ไข้เลือดออกก็มีอาการเหมือนท้องนอกลมดลูก ซึ่งกลุ่มอาการอย่างเดียวกันอาจจะเป็นไข้เลือดออกก็ได้ ตับวายก็ได้ มีโรคอยู่สักประมาณ 27 โรคที่มีลักษณะอาการใกล้เคียงกัน

ไล่ตั้งอีกเสบก็เป็นอีกโรคหนึ่งที่มีอาการใกล้เคียงโรคอื่นๆ อีกเป็นจำนวนมาก คนทั้งหลายคิดว่า การวินิจฉัยว่าเป็นโรคไล่ตั้งนั้นง่าย แต่เหตุใดจึงเกิดการรักษาแล้วตาย ดิฉันขอเรียนว่า การวินิจฉัยโรคไล่ตั้งอีกเสบไม่ง่ายอย่างที่คิดเพราะอาการเดียวกันอาจจะเป็นโรคอื่นได้

ยังมีหลายโรคที่ป่วยมาถึง 5 ปีแล้วแพทย์เพิ่งจะทราบว่าเป็นอะไร เช่น เมื่อ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คนไข้เป็นโรคปลายประสาทอักเสบมา 3 ปี หมอสงสัยว่าจะเป็นโรคนี้ตั้งแต่ปี 2545 ให้ยาราคาล้านบาทไป 6 ครั้ง แต่ปรากฏว่าไม่ใช่โรคทางประสาทเลย

ความยากของโรคนั้นมีมาก เพราะฉะนั้นจึงต้องการผู้เชี่ยวชาญ แต่การผลิตผู้เชี่ยวชาญได้แล้วก็หายไป เมื่อปี 2536 คุณหมอสุรพงษ์เป็นประธานโรงพยาบาลเอกชน บอกว่า อาจารย์ต้องผลิตผู้เชี่ยวชาญเพื่อผมนะ ไม่อย่างนั้นผมจะช่วงชิงเอา เพราะผมมีกำลังซื้อ ซึ่งขณะนี้กำลังซื้อสูงมากกว่าสมัยก่อนมากมาย จึงเกิดสมองไหลในประเทศและต่างประเทศ โดยเฉพาะสมองไหลไปต่างประเทศนั้นเป็นการดึงเอาคนที่มีคุณภาพ เอาหัวกะทิของเราไป นี่เป็นประเด็นที่ต้องจัดการแก้ปัญหา

ดิฉันมีโอกาสไปจัดงานวิชาการสัญจรที่จังหวัดกระบี่ เมื่อเดือนตุลาคมปีที่ผ่านมามีความหวังว่าแพทย์ใช้ทุนน่าจะเข้ามาเรียนได้ แต่ทว่า ทุกๆ ที่ผลิต

ของการแพทย์ลงไปชุมชนค่อนข้างมาก แต่ข้อเท็จจริงกลับปรากฏว่า มีแพทย์เข้ามาเรียน 6 คน และเจ้าหน้าที่ 45 คน นอกจากนั้นแล้วมาร่วมงานไม่ได้ เพราะต้องเข้าเวร บางคนเข้าเวรถึง 48 ชั่วโมง ยังไม่ได้หยุด นี่คือ ภาระงาน

ปัญหากระบวนการรักษาผิดพลาดนั้น นอกจากตัวแพทย์แล้ว ต้องไม่ลืมว่ายังมีกระบวนการอื่นๆ ด้วยเช่น lab ซึ่งอาจมีแพทย์ทำงานด้วย แต่ก็มีส่วนที่ส่วนอื่นเข้ามามีส่วนร่วมมาก เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่

นอกจากนี้แล้ว การที่คนไข้เสียชีวิตก็อาจจะไปด้วยสาเหตุอื่น เช่น คนไข้ถูกงูกัดตาย แต่ไม่ได้ตายเพราะพิษงู คนชอบคิดว่า ต้องฉีดเซรุ่มถึงจะหาย แต่ก็มีการพิเศษคือคนไข้ถูกงูกัดแต่ไม่ตายด้วยพิษงู แต่ตายเพราะเชื้อโรค เนื่องจากปากงูสกปรก ตัวอย่างเรื่องงูกัด ทุกคนคิดว่าต้องฉีดเซรุ่ม แพทย์สภาได้ทำไต่สวนเรื่องนี้ว่า ต้องมีอาการของพิษงูจึงจะฉีดเซรุ่มได้ ประเด็นเช่นนี้ หากไม่นั่งอยู่ในแพทย์สภา ก็ไม่มีทางทราบ

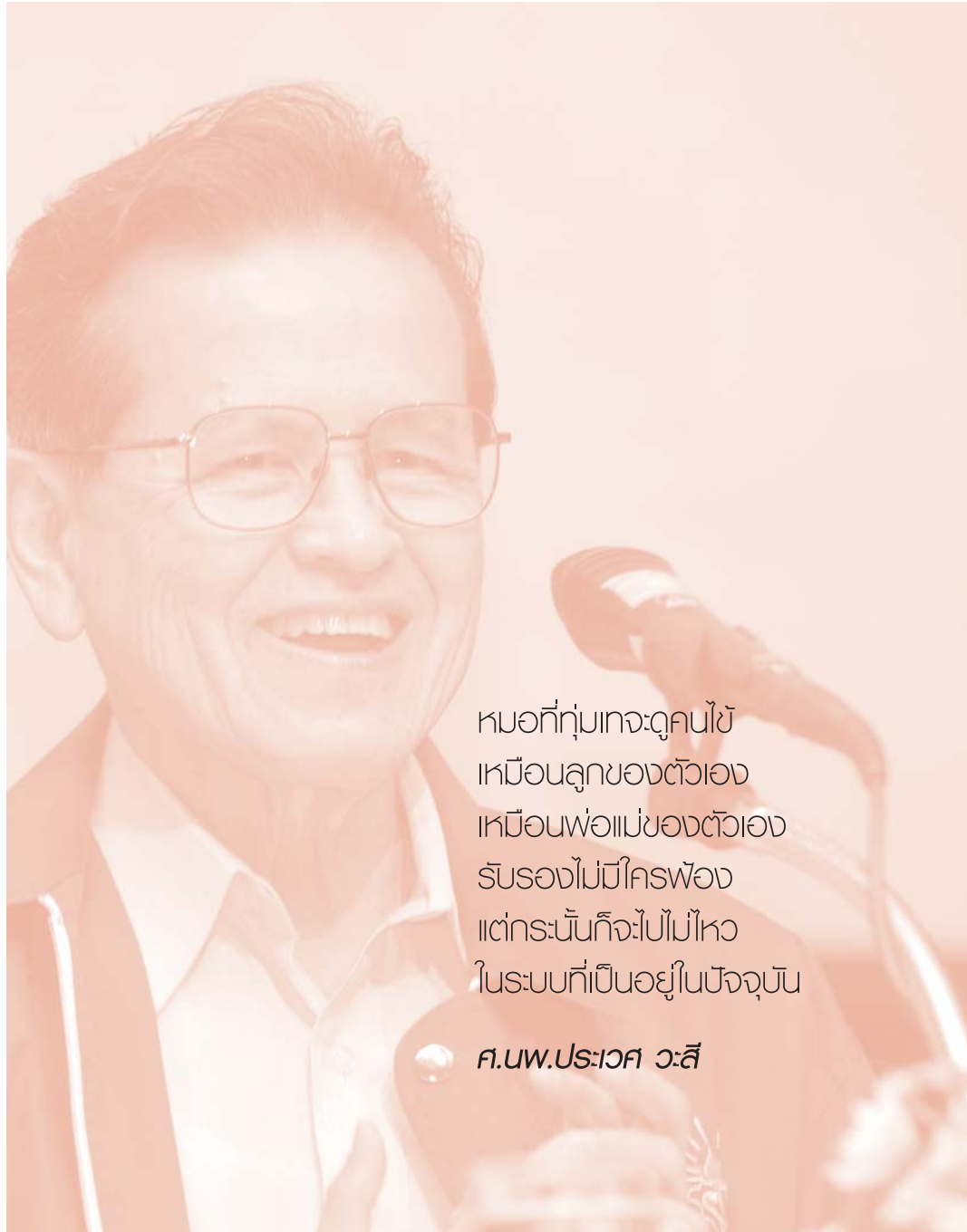
เพราะฉะนั้น การที่เห็นแพทย์กระทำความผิดทั้งหลายนั้น ต้องเข้าใจว่า ไม่มีแพทย์คนใดอยากเป็นหมอที่ไม่มีคุณภาพ เรารู้ว่าคนไข้มีความทุกข์ เราอยากช่วยเหลือ นี่เป็นเรื่องสำคัญมากกว่า เราต้องมาช่วยกัน ทั้งนักเรียนแพทย์ ตัวแพทย์เอง ผู้ผลิต คนไข้ รวมทั้งสื่อมวลชนด้วย ซึ่งมีหลายกรณีที่สื่อไม่เคยกลั่นกรองเลย

ดิฉันรู้สึกยินดีอย่างยิ่งที่มีการหารือกันนี้ เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่าง แพทย์สภาและกระทรวงสาธารณสุข และเคยมีโอกาสพบท่านรัฐมนตรีพิณิจ จารุสมบัติ 1 ครั้ง เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน ก็เสนอท่านว่า ‘โอดอท’ หรือแพทย์เพื่อชนบทของท่านมีปัญหาแน่ มหาวิทยาลัยมหิดลเริ่มโครงการครั้งแรก ในปี 2518 มีปัญหามากมาย เนื่องจากขาดแคลนครูอย่างมาก แต่รัฐบาลก็ผลักดันให้เพิ่มนักเรียน 750 คนในแต่ละปี เราทำได้ประมาณ 1,300 คนเท่านั้น

เราไม่ใช่โรงเรียนชั้นมัธยม แล้วไม่ใช่ว่าจะเปิดโรงเรียนแพทย์ได้ทันทีทันใด

ขณะนี้ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์จะเปิดโรงเรียนแพทย์ แต่ก็ยังไม่มีอะไรในมือ มหาวิทยาลัยมหาสารคามก็อยากจะเปิดเช่นกัน เหล่านี้จะสะท้อนให้เห็นปัญหาเรื่องมาตรฐาน ความรู้ความสามารถของแพทย์ ณ บัดนี้ต้องยอมรับ เราขาดทั้งจำนวน ทักษะความสามารถ ระบบบริหารจัดการ เพราะฉะนั้นจึงฝากไปถึงผู้ที่เกี่ยวข้องต้องพิจารณาเพื่อแก้ปัญหาด้วย





หมอกี้ทุ่มเทจะดูคนไข้
เหมือนลูกของตัวเอง
เหมือนพ่อแม่ของตัวเอง
รับรองไม่มีใครฟ้อง
แต่กระนั้นก็จะไปไม่ไหว
ในระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ศ.อุท.ประเวศ วะสี

“ในคณะวิศวกรรมอาจจะลงทุนน้อยกว่าคณะแพทยศาสตร์ แต่คณะวิศวกรรมไม่เคยสร้างตึกให้รัฐบาล ไม่เคยสร้างรถถัง ไม่เคยสร้างอะไรให้รัฐบาล ขณะที่โรงเรียนแพทย์ได้รักษาผู้ป่วยให้รัฐบาล ปีละมากมายหลายแสนหลายล้านคน”



พณ.แพทย์หญิงเบญจ อริยะศรีวัฒนา กรรมการสภามหาวิทยาลัย

ดิฉันเป็นข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขมา 30 ปี เกษียณอายุราชการแล้ว เคยทำงานในโรงพยาบาลต่างจังหวัด แม้จะไม่ใช่วิทยาบาลชุมชน แต่ก็ซาบซึ้งถึงชีวิตอันลำเค็ญของหมอว่าต้องอยู่เวร ทั้งเวรนอก เวรในหมายความว่าต้องอยู่เวรนอกในเวลาที่มีผู้ป่วยเข้ามาโรงพยาบาลนอกเวลา และต้องอยู่เวรในเวลาที่มีผู้ป่วยหนัก

สมัยก่อนนี้ใช้เลือดออกกระบาดมาก ดิฉันซึ่งเป็นกุมารแพทย์ต้องอยู่ทั้งเวรนอกและเวรใน ไม่ได้กินไม่ได้นอน กลับถึงบ้านก็เพลียมาก จนต้องบอกลูกสาวว่า จำเอาไว้ละ อย่าเรียนหมอ ซึ่งลูกสาวก็ทำตามแม่สอน ทำให้อดคิดไม่ได้ว่าในอนาคต คงจะหาคนที่มีความรู้ความสามารถ และมีความพร้อมที่จะเสียสละเพื่อจะมาเป็นหมอได้ยากขึ้นทุกวัน

ดิฉันเห็นด้วยกับแพทย์หญิงประสพศรีที่ว่า กระทรวงสาธารณสุขนั้นมักคิดว่าได้ให้ทุนแก่นักศึกษาแพทย์มาเรียน แต่ในความเป็นจริงแล้วต้องบอกว่ารัฐบาลไม่ได้เคยให้ทุนแก่เราเลย กระทรวงสาธารณสุขหรือรัฐบาลคิดว่า ต้องลงทุนในคณะแพทยศาสตร์เป็นเงินแพงกว่าคณะอื่น แต่ดิฉันจะเปรียบเทียบให้

ฟังว่า ในคณะวิศวกรรมอาจจะลงทุนน้อยกว่าคณะแพทยศาสตร์ แต่คณะวิศวกรรมไม่เคยสร้างตึกให้รัฐบาล ไม่เคยสร้างรถถัง ไม่เคยสร้างอะไรให้รัฐบาล ขณะที่โรงเรียนแพทย์ได้รักษาผู้ป่วยให้รัฐบาล ปีละมากมายหลายแสนหลายล้านคน นอกจากรักษาผู้ป่วยธรรมดาแล้ว ยังรักษาผู้ป่วยต่างประเทศ อีกทั้งถวายการรักษา พระราชาธิบดี พระราชินีจากต่างประเทศ ได้ทั้งเงิน ทั้งเกียรติยศ ได้ทั้งความสัมพันธ์อันดีระหว่างประเทศ

นอกจากนี้ การเรียนของนักศึกษาแพทย์ก็ไม่ใช่เพียงการฟังบรรยาย นักศึกษาแพทย์ต้องเป็นลูกไล่ของอาจารย์ ไปตรวจร่างกาย ไปซักประวัติ ไปเจาะเลือด ไปตรวจอุจจาระปัสสาวะ ตรวจเสร็จแล้วมารายงาน ยังถูกอาจารย์ดุว่าว่ากล่าว ประจานให้ได้อับอาย เพราะฉะนั้นการเป็นนักเรียนแพทย์ไม่ใช่งานสบาย

นักเรียนแพทย์ได้รับการอบรมสั่งสอนว่า ให้ความสำคัญกรุณาปรานี เมื่อเห็นคนไข้มา ไม่ว่าจะมากมายมหาศาลแค่ไหนก็ต้องรักษา และผลจากการตรวจรักษาคนไข้จำนวนมากอย่างไม่ลืมหูลืมตาก็ต้องบอกว่า ซวย แต่เป็นความซวยจากความปรารถนาดีไม่ยอมให้คนไข้ต้องนอนค้างอยู่ในห้องตรวจแล้วไม่ได้รับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนไข้ที่มาจากระบบ ‘30 บาท’

ระบบ ‘30 บาท’ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทุกคนมารับการรักษา ทุกที่ ทุกเวลา ทุกโรค ด้วยเงิน 30 บาท ซึ่งมีผลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนไข้จากที่ก่อนหน้านี้ ซื้อยาแก้ปวด ยาลดไข้กินเอง แต่ปัจจุบันนี้ แม้ว่าจะเจ็บป่วยเล็กน้อย ก็เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล และส่งผลให้แพทย์ต้องทำงานหนักขึ้นมาก

ทั้งนี้ ในกระบวนการรักษานั้น แพทย์ไม่สามารถระบุโรคได้โดยอัตโนมัติ แต่ต้องผ่านการซักประวัติคนไข้ สืบค้นประวัติ ตรวจร่างกาย

คำถามที่แพทย์ถามจึงอาจจะต้องก้าวล่วงความเป็นส่วนตัวบ้าง เช่น กรณีที่เป็นคนไข้หญิงมีอาการปวดท้อง แพทย์ต้องซักประวัติว่าเคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ เพราะแพทย์ย่อมไม่สามารถแยกแยะได้เองว่าคนไข้ปวดท้องจากไส้ติ่งหรือปวดท้องเนื่องจากการท้องนอกมดลูก

อีกทั้งอาการของโรคหลายโรคในเบื้องต้นก็มีลักษณะใกล้เคียงกัน และแพทย์ได้รับการอบรมว่า เมื่อคนไข้มาพบด้วยอาการอย่างหนึ่ง ต้องมีสมมุติฐานของโรคไม่ต่ำกว่า 5 – 10 โรค ดังนั้น กว่าที่แพทย์จะรู้อาการของโรคที่แน่ชัดก็ต้องใช้ระยะเวลาจนกว่าโรคจะแสดงอาการเฉพาะโรคที่ชัดเจนออกมา ซึ่งคนไข้ก็อาจจะสงสัยว่าทำไมหมอจึงซุ่ม เป็นโรคง่าย ๆ เช่น ไส้ติ่งก็วินิจฉัยไม่ได้ ในความเป็นจริงแล้วอาการไส้ติ่งอักเสบก็ไม่ใช่อาการที่จะวินิจฉัยได้ง่าย เพราะมีลักษณะที่ใกล้เคียงกับโรคอื่น ๆ อีกหลายโรค จนกว่าอาการอักเสบลามมาถึงเยื่อหุ้มท้อง แพทย์จึงจะสามารถแยกแยะได้

และเมื่อวินิจฉัยได้แล้วว่าคนไข้เป็นโรคอะไร ก็ต้องคิดวิธีการรักษา และยาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับคนไข้ นั้น ๆ และเมื่อลองรักษาแล้วจึงติดตามผลว่าวิธีการนั้นเหมาะสมกับคนไข้คนนั้นหรือไม่

เพราะฉะนั้นการรักษาของหมอ จึงเป็นการใช้วิจารณญาณ ใช้ดุลยพินิจ ไม่สามารถฟันธงว่าผิดหรือถูก แต่เมื่อคนไข้มีจำนวนมาก เวลาคิดน้อย ก็เกิดความผิดพลาด แต่เป็นความผิดพลาดที่เกิดจากความปรารถนาดี ความเมตตา กรุณา ความสงสาร และความรับผิดชอบต่อหน้าที่ซึ่งต้องทำการรักษาให้เสร็จ ดินเนอร์เปรียบเทียบกับต่างประเทศซึ่งกำหนดว่า ใน 1 ชั่วโมง หมอไม่ควรรักษาคนไข้เกิน 6 คน เพราะจะผิดพลาด เปรียบเหมือนการล้างแก้ว 6 ใบต่อ 1 ชั่วโมง โอกาสที่แก้วจะแตก คือคนไข้ตายก็น้อย และโอกาสที่หมอมองแก้วบาดก็น้อย หมอมองแก้วก็พองก้นน้อย

แต่ในระบบ ‘30 บาท’ ของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ใน 1 ชั่วโมง หมอต้องตรวจรักษาคนไข้อย่างน้อย 30 คนหรือ 50 คน ย่อมต้องมีแก้วแตกและหมอก็กถูกแก้วบาดอย่างไม่ต้องสงสัย

เวลาดูเ็นของเราเสีย ช่างดูเ็นไปที่บ้าน ดูอาการเฉยๆ คิดค่าตรวจสอบดูเ็น 500 บาท แต่หมอตตรวจอาการ วินิจฉัย รักษาและติดตามอาการคนไข้มาจ่ายเงิน 30 บาท แต่เมื่อคนไข้ตาย ฟ้องหมอ 30 ล้านบาท ดินันไม่ทราบว่ระบบการรักษานั้นเป็นระบบรับประกันคินเงินหรือไม่ หมายถึงถ้ารักษาแล้วไม่พอใจก็ยินดีคินเงิน แต่คินมากกว่าหลายร้อยเท่า

เมื่อคนไข้ตาย ญาติอาจจะฟ้องร้องโดยบรรยายว่า ถ้ามีชีวิตอยู่ จะหาเงินได้เดือนละ 15,000 บาท คุณด้วย 30 ปี เป็นเงินเท่าไร หมอต้องชดใช้ แต่ในกรณีทีหมอรักษาคนไข้หาย ไม่เคยมีการคิดในทางกลับกัน เคยเอาเงินเดือนคุณจำนวนปีทีจะมีชีวิตอยู่มาจ่ายให้หมอหรือไม่ ดินันขอถือโอกาสนี้ตั้งคำถามกลับ

เมื่อผู้ป่วยมาพบหมอ ต้องทำความเข้าใจประการหนึ่งว่า จะหายหรือตายนั้นขึ้นกับเงื่อนไขหลายประการ ได้แก่อาการเกินเยียวยาหรือไม่ เพราะหมอไม่ใช่เทวดา ประการที่ 2 ร่างกายของคนไข้ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ประการที่ 3 คือ แพ้ยา และประการที่ 4 คือ โรคแทรกซ้อน

นอกจากนี้ต้องพิจารณาเรื่องเครื่องมือของแพทย์ทีจะทำการรักษาด้วย เช่น กรณีการฟ้องร้องโรงพยาบาลชุมชน เพราะไม่มีวิสัญญีแพทย์ (หมอดมยา) ไม่มีศัลยแพทย์ เป็นเหตุให้โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งไม่กล้าดำเนินการผ่าตัด เพราะเกรงว่จะทำให้คนไข้ตาย และถูกฟ้องร้อง

ในโรงพยาบาลชุมชนก็เพิงถูกฟ้องร้องไปเนื่องจากผ่าตัดแล้วคนไข้ตายเนื่องจาก หนึ่ง ไม่มีหมอดมยา สอง ไม่มีหมอผ่าตัด ปัจจุบันนี้โรงพยาบาล

ชุมชนหลายแห่งจึงไม่ค่อยกล้าจะผ่าตัดคนไข้ เพราะกลัวการถูกฟ้องร้อง ซึ่งเมื่อฟ้องร้องแล้วศาลก็จะพิพากษาให้ชดใช้ จึงมีระบบส่งต่อคนไข้ซึ่งหากใช้ระยะเวลาเนิ่นไป คนไข้ก็พ้นเวลาวิกฤติทีจะช่วยเหลือได้

แต่กรณีการส่งต่อคนไข้ก็เป็นประเด็นขึ้นม่อีกว่ การปฏิเสธรับคนไข้ไว้จะเป็นปัญหาเชิงจริยธรรมหรือไม่ นอกจากนี้ยังมีกรณีทีคนไข้ไม่ไว้วางใจขอส่งตัวไปยังโรงพยาบาลใหญ่ๆ เอง ซึ่งไม่ใช่ประเด็นเรื่องหมอไม่ยอมรักษาแต่เป็นประเด็นทีหมอกลัวผลกระทบจากการรักษา

ปัญหาทีสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ แพทย์มีเวลาทีจะสื่อสารกับคนไข่น้อยอยู่แล้ว เมื่อเกิดความสูญเสียขึ้นก็ยังมีปัญหาในการสื่อสาร โดยหลักทั่วไปแล้ว เมื่อเกิดความสูญเสียขึ้นกับคนไข้หรือญาติคนไข้ ปฏิกริยาแรกก็คือปฏิเสธความจริง ไม่ยอมรับว่ว่คนไข้มีอาการหนักแล้ว แต่ต้องการโยนความผิดไปให้สิ่งอื่น และหมอก็เป็นคนแรกๆ ทีญาติคนไข้โยนความผิดให้ กลายเป็นประเด็นหมอรักษาไม่ดี อธิบายอย่างไรก็ไม่เข้าใจ จากนั้นก็เรียกร้องให้หมอชดใช้

สิ่งทีอยากจะสื่อสารให้เข้าใจคือ ปัจจุบันนี้หมอต้องทำงานสัปดาห์ละกว่ 100 ชั่วโมงโดยได้เงินเดือนเพียง 8,000 กว่าบาท และค่าอยู่แหวเพียงชั่วโมงละ 100 บาท เท่านั้น ไม่ได้มีเงินเป็นจำนวนมากทีจะชดใช้ให้คนไข้

ประเด็นการทำงานสัปดาห์ละ 100 ชั่วโมงก็เป็นสิ่งทีจะต้องพัฒนา และควรพัฒนาการให้บริการของโรงพยาบาลให้ดีขึ้น โดยมีระบบการดูแลเบื้องต้น (primary care) เหมือนการดูแลแบบครอบครัว จากนั้นจึงเป็นการดูแลแบบโรงพยาบาลทั่วไป (secondary care) ซึ่งจะต้องมีบุคลากรให้เพียงพอ เช่น หมอสูตินารีแพทย์ ศัลยแพทย์ กุมารแพทย์ ซึ่งควรจะมีอย่างน้อยแผนกละ 3 – 4 คน เพื่อจะได้ชดเชย และผลัดเวรกัน เพราะปัจจุบันนี้ หมอทำงานเกือบวันละ 24 ชั่วโมง

มีหมอเป็นจำนวนมากที่ลาออกเพราะทนความเหนื่อยและความกดดัน
ไม่ไหว สถิติระหว่างปี 2544 – 2547 หมอที่ได้จบใหม่ ได้รับการจัดสรรเข้าสู่
กระทรวง 3,823 คน ลาออก 2,012 คน จะเห็นได้ว่า หมอจบใหม่ที่เข้าสู่ระบบ
น้อย ขณะที่คนเก่าก็ลาออกเป็นจำนวนมาก จึงเกิดปัญหาเรื่องสัดส่วนระหว่าง
คนไข้และหมอ



“เรื่องราวเหล่านี้กำลังโกลาหล แพทย์หลายคนกำลังจะรับเงิน
เดือนโดยอาจจะไม่ต้องทำหน้าที่ เพียงแต่เขียนใบส่งตัวคนไข้
แล้วก็จบ สุดท้ายปัญหาถูกใช้จะเข้ามาที่โรงพยาบาลศูนย์ และ
โรงพยาบาลทั่วไป”



นายแพทย์พินิจ ศิริชัยโต

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม-แพทย์ออร์โธปิดิกส์

ประเด็นที่หนึ่ง ความทุกข์ของหมอก็คือ ความศักดิ์สิทธิ์ของกฎหมายซึ่ง
บัญญัติว่า สิ่งที่เรากระทำต่อร่างกายและชีวิตจนเกิดความเสียหาย คืออันตราย
ที่เกิดกับร่างกายและจิต เป็นอันตรายจนเกิดบาดเจ็บสาหัส และหรือถึงแก่ชีวิต
ซึ่งการกระทำอันนั้น อาจเกิดจากมีเจตนา ประมาทเลินเล่อ หรือเหตุสุดวิสัย

แต่โดยสันดานของแพทย์นั้น เหตุเจตนาจะฆ่าใคร คงไม่มี อย่างมากที่สุด
ก็คือประมาท และเหตุสุดวิสัย แต่เมื่อคนไข้ตาย หมอก็กลายเป็นฆาตกร

ผมมี 3 กรณีที่ได้พบด้วยตัวเองที่หมอกลายเป็นจำเลย

กรณีแรก เป็นการวินิจฉัยผิด เกิดความประมาท ขาดความระมัดระวังใน
การวินิจฉัย และการให้ยาเกิน จนเกิด Stephen Johnson syndrome กรณี
นี้ต้องชดเชย 800,000 บาท ไม่มีการอุทธรณ์เพราะไม่มีมาตรฐานในการรักษา
กรณีนี้ต้องจ่าย

กรณีที่สอง คนไข้มาด้วยอาการเจ็บท้องและมีไข้ หมอไม่สามารถให้การ
วินิจฉัยได้ รับเป็นคนไข้ในวอร์ดอายุรกรรม หมอคนที่หนึ่งก็ตรวจอาการแล้ว

ระบุว่า มีไข้และปวดท้อง หมอคนที่สองยืนยันว่าเป็นไข้กับปวดท้องให้ยาฆ่าเชื้อ จากนั้น 23.00 น. แพทย์รุ่นพี่ดูแลการรักษาของน้องๆ ที่นอนมากับมือ แล้วสั่งเปลี่ยนยาฆ่าเชื้อ นิดยาไป 15 นาที คนไข้ตาย เหตุผลในการตายยังไม่ระบุ แต่เหตุที่ใกล้ที่สุดคือนิดยาแล้วตาย เหตุใกล้ก็ถือเป็นไข้ บวกปวดท้อง วินิจฉัยไม่ได้ว่าเป็นอะไร กรณีนี้หมอเฝ้าระวังตลอดเวลาและมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อไปผ่าศพ แพทย์นิติเวชระบุว่า ซีสต์ ติดเชื้ออย่างรุนแรงจากไส้ติ่งอักเสบ

จากนั้นญาติคนไข้ฟ้องร้อง เราก็ดูจากการผลชันสูตรศพพบว่า เด็ก 16 ปี เป็นผู้หญิง มีเยื่อหุ้มกระเพาะ เยื่อหุ้มลำไส้ไปจุกตรงไส้ติ่ง อาการแสดงไม่ชัด ซึ่งก็พบบ่อยที่คนไข้อาการไม่ชัด คนไข้มีอาการปวดท้องจะไปผ่าตัดไส้ติ่งทุกรายไม่ได้ เพราะถ้าไม่ไขอาการไส้ติ่ง แพทย์ก็แย้ ถ้าไข ก็รอดไป

และในกรณีที่ เป็นไส้ติ่งอักเสบนั้นไม่ผ่าแต่ให้ยา กินก็หายได้ มีกรณีที่คนไข้เป็นไส้ติ่งอักเสบเรื้อรัง ไส้ติ่งอักเสบหายด้วยตัวมันเองก็มี

สำหรับกรณีที่ 2 นี้ สิ่งที่น่าประหลาดใจในเด็กอายุ 16 ปี คนนี้ก็คือ ประการแรก เป็นคนแข็งแรง ประการที่สอง มีเยื่อหุ้มลำไส้ไปจุกอยู่ อาการแสดงไว้มืด แต่การซักถามไม่ปรากฏ แพทย์ถูกจับ ถ้าเป็นฟ้องทางแพ่ง พ.ร.บ. ละเมิดเจ้าหน้าที่ของรัฐ ถูกฟ้องเป็นร้อยล้านพันล้านก็ต้องจ่าย ไล่เบี้ยตามมาตรา 8 ว่าด้วยการเจตนาหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

หลังจากฟ้องแพ่งแล้ว อีก 3 เดือนต่อมา ฟ้องอาญา คือฟ้องข้อหาร่วมกันประมาทเลินเล่อเป็นเหตุให้เสียชีวิต อัยการระบุว่าศาลได้สวนมูลฟ้องและประทับรับฟ้องแล้ว ฟร่งนี้ประกันอย่างเดียว น้อง 3 คน หาเจอ 1 คน อีก 2 คน ไปใช้ทุนอยู่จังหวัดไหนก็ไม่รู้ ต้องวางแผนในการประกันตัว สุดท้ายศาลก็เมตตาเจราจาความ พบว่ารายนี้เสียไป 250,000 เงินอาจารย์สงวน อีก 150,000 เป็นเงินคุณหมอมือ 3 คน หารกันคนละ 50,000 เรื่องก็จบ แต่ถ้าวางจากรัฐบาล

เพราะเกี่ยวข้องกับ พ.ร.บ. ละเมิด ก็ไม่รู้จริงจะได้ชดเชย ซึ่งความเสียหายมันต้องชดเชย

กรณีที่ 3 เป็นกรณีที่ถูกระบุว่าประมาทเลินเล่อ เนื่องจากขาดวิสัยทัศน์-แพทย์ ขาดพยาบาลวิสัยทัศน์ ขาดเครื่องมือผ่าตัด แม้ว่าผ่าตัดมายาวนานสามารถ ผ่าไส้ติ่งโดยการบล็อกสันหลัง กรณีนี้ประมาท เนื่องจากควรส่งตัวคนไข้ต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีบุคลากรและเครื่องมือพร้อมกว่าแต่กลับไม่ส่งพยาบาลผู้เชี่ยวชาญให้การต่อศาลว่าจำเลยต้องมีผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ หรือเภสัชที่เชี่ยวชาญ แต่กรณีดังกล่าวมีเพียงตำราวิสัยทัศน์ของจุฬาฯ เท่านั้น ฝ่ายโจทก์มีหมอ 2 คน มาเป็นพยาน ศาลพิพากษาว่าเป็นความผิดฐานประมาทต้องชดใช้ เป็นคดีแพ่ง

จากนั้น ถูกฟ้องอาญาโดยอัยการ หมอมีความไม่รู้ 2 ประการ ประการแรกไม่รู้เรื่องประกันตัวว่า ประกันด้วยตำแหน่งหน้าที่มีเงินจำกัด ประการที่สอง ไม่รู้ว่าในกระบวนการทางอาญาคือต้องถูกจับ กฎหมายคดีลี้ภัย ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นใครเมื่อรอการประกันตัว เจ้าหน้าที่ตำรวจของศาลต้องจับใส่กุญแจมือและต้องใส่ในห้องขัง

กรณีนี้หมอมือประกันตัว สุดท้าย เจ้าหน้าที่ศาลต้องใส่กุญแจมือ นำตามันก็วิ่ง จำเลยคือแพทย์เสริมทักษะเป็นผู้หญิง พอสุดท้าย ลูกพี่บอกว่าไปบอกทนายอย่าจับเลย ท่านก็กรุณา ไม่ใส่กุญแจมือ แต่ก็ต้องอยู่ในห้องขัง จะกินข้าวก็ต้องให้คนไปซื้อ จะไปห้องน้ำต้องมีคนไปคุม เมื่อถึงเวลาประกันตัว ศาลระบุว่า ใช้ตำแหน่งหน้าที่ประกันได้เพียงแสนเดียว แต่กรณีนี้ต้องประกันตัวด้วยวงเงิน 2 แสนต้องหาเพิ่มอีกหนึ่งแสน

สุดท้ายก็ได้ประกันตัวออกมา แต่ปัญหาตามมาก็คือ ถูกฟ้องเป็นคดีแพ่งนั้นกระทรวงรับรู้ แต่กระทรวงกลับมีท่าทีแบบตัวใครตัวมัน

ค่าใช้จ่ายในคดีอาญานั้น เฉพาะค่าจ้างทนายความ 200,000 บาทและ
ทุกครั้งที่ยื่นศาลต้องจ่าย 10,000 บาท หากเป็นการสืบคดีที่จังหวัดนนทบุรีซึ่ง
เป็นที่เกิดเหตุ ต้องเสียค่าใช้จ่าย 30,000 บาท จากกรณีดังกล่าวผมคิดว่านิติกร
ของกระทรวงฯ ขาดกลไกในการดูแลแพทย์ที่ต้องคดี ซึ่งประมาณ 90% สังกัด
กระทรวงสาธารณสุข

ผมขอเรียนว่า กระทรวงสาธารณสุขต้องดูแลลูกศิษย์ของท่าน และเรื่อง
คดีนั้นมีชั้นเชิงในการต่อสู้ ความไม่รู้คดีก็แพ้คดีได้ ดังนั้นในการแก้ไขเรื่องนี้
ปัจจุบันนี้คนไข้ไม่ได้รับเรียนแพทยสภาเพียงคนเดียวแล้ว นี่คือภาวะที่หมอโดน
เขย่าโดยการใส่ห้องขัง แม้เรื่องถูกฟ้องร้องอาจจะจำนวนไม่มาก แต่ก็ส่งผล
กระทบกับหมอส่วนมาก

ปัจจุบันนี้ผมก็เริ่มจะกลัว จะรักษาต้องระวังว่า 1.ประมาณหรือไม่
2.เรื่องเครื่องมือเครื่องมือพร้อมหรือไม่ ซึ่งที่จริงแล้วกระทรวงสาธารณสุขต้อง
รับผิดชอบด้วย เพราะถือเป็นประมาทร่วม แต่ก็ไม่มียกบังคับเช่นนี้ 3.การรีบ
ไปวิชาชีพ กระทรวงฯ บังคับให้แพทย์ไปใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเรียกว่า
แพทย์ชนบท แต่กลับไม่มีเครื่องมือให้ เช่น กรณีหมอที่ไปบล็อกหลังคนไข้เพื่อ
ผ่าตัดไส้ติ่งนั้นไม่มีเครื่องมือ แต่เมื่อถูกฟ้องร้องกลับเขาจะรีบไปประกอบวิชาชีพ

เรื่องราวเหล่านี้กำลังโกลาหล แพทย์หลายคนกำลังจะรับเงินเดือนโดย
อาจจะไม่ต้องทำหน้าที่ เพียงแต่เขียนใบส่งตัวคนไข้แล้วก็จบ สุดท้ายปัญหา
ลูกโซ่จะเข้ามาที่โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งก็มีหมออยู่จำนวน
น้อย รักษาคนไข้ได้ 5 – 10 คน เมื่อคนไข้เกิน 10 คน ส่วนที่เกินก็เกิดปัญหา

โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขนั้นก็ประหลาด น่าเห็นใจ เตี้ยเตี้ย
ไม่ได้ จะบอกคนไข้ว่าเตี้ยเตี้ยไม่ได้ นอน 30 เตี้ยๆ ผ้าใบอีก 20 ปูเสื่อนอนอีก
10 รวมเป็น 70 โรงพยาบาลต้องประกาศขอภัยในความไม่สะดวก เพราะ

กลัวผิดกฎหมายของอาจารย์สงวน ตามมาตรา 59

ดังนั้นบทสรุปประการแรก แพทย์ทุกคนจะต้องรักษาในสิ่งที่ตัวเองรู้ ให้
เกิดความปลอดภัยของประชาชน ประการที่ 2 ต้องรู้ถึงความผิดพลาดจาก
การรักษาขณะนี้ เป็นเรื่องราวถึงขั้นติดคุกติดตาราง และโทษทางอาญาส่วน
ใหญ่จะส่งผลให้แพ้คดีแพ่งด้วย ประการที่ 3 การสำรวจเครื่องมือแพทย์ว่า
พร้อมหรือไม่ ถ้าไม่พร้อมอย่าทำการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การผ่าตัด ด้าน
กระทรวงสาธารณสุขกรุณาจัดงบประมาณให้ด้วย

ผมเรียนว่า ต่อไปนี้หมอมองต้องรู้เรื่องกฎหมาย และต้องใจบริสุทธิ์ ผมเคย
ถามหมอที่ถูกฟ้องว่าคดีเป็นอย่างไร เขาตอบว่า “คำฟ้องไม่เคยอ่านเลยพี่”
“ไม่มีพี่ แล้วแต่เขาจะทำ” สุดท้ายก็ติดคุก





“มีหมอจำนวนไม่น้อย เปลี่ยนอาชีพไปแล้ว ไปเป็นผู้พิพากษาไปเรียนกฎหมาย บางคนไปเรียนเสริมด้านเศรษฐศาสตร์ มีหมอรุ่นน้องที่จบใหม่ๆ 2 คน เป็นสูตินารีแพทย์กับวิสัญญีแพทย์ ไปขายแอมเวย์แล้ว ให้เหตุผลว่า กลัวถูกฟ้อง ไปดีกว่า”

นายแพทย์อำนาจ กุศลนันท์ กรรมการแพทยสภา

ผมมีความเป็นห่วงกรณีที่คะแนนสอบเข้านักเรียนแพทย์ต่ำลงอย่างน่าใจหาย เพราะว่าคนสมัครมาเรียนแพทย์น้อยและเมื่อเรียนแล้ว เรียนไม่จบก็มี ทั้งนี้ นักศึกษาแพทย์จบใหม่ต้องอยู่ต่างจังหวัด ใช้เวลา 10 ปีก็ยังไม่ได้เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ขณะนี้หมอจำนวนไม่น้อย เปลี่ยนอาชีพไปแล้ว ไปเป็นผู้พิพากษาก็มีไปเรียนกฎหมาย บางคนไปเรียนเสริมด้านเศรษฐศาสตร์ มีหมอรุ่นน้องที่จบใหม่ๆ 2 คน เป็นสูตินารีแพทย์กับวิสัญญีแพทย์ ไปขายแอมเวย์แล้ว ให้เหตุผลว่า กลัวถูกฟ้อง ไปดีกว่า หลายคนหนีจากระบบไปจริงๆ ยิ่งสถานการณ์เกิดขึ้นมากๆ ก็สร้างความวิตกกังวลให้หมอมาก และเลือกที่จะหนีออกจากระบบ

ผมเห็นใจทุกฝ่าย แต่อยากให้ทุกคนช่วยกัน ร่วมกันสร้างสรรค์ เช่นที่อาจารย์ประเวศกล่าวว่า ทำอย่างไรให้แพทย์อยู่ในระบบได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นนักศึกษาแพทย์ที่มาเรียนให้เป็นเกรตหนึ่งเหมือนเดิม เขาจะได้เรียนจบ เพราะมันไม่่ง่ายนัก



ผู้ป่วย และแพทย์ เป็นเหยื่อด้วยกันทั้งคู่
อาจารย์รัชวัฒน์ สภาอานันท์
ซึ่งเป็นนักวิชาการด้านสันติภาพ
เคยกล่าวว่า เมื่อคนถูกยิง
ทั้งคนที่ปลายปากกระบอกกับคนที่ต้นด้าม
เป็นเหยื่อทั้งคู่ เป็นเหยื่อของระบบ
เป็นเหยื่อของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
ในอเมริกาซึ่งใช้ทรัพยากร 12-14%
ของ GDP ไปในเรื่องสุขภาพ
แต่คนประมาณ 40 ล้านคน
ยังไม่มีประกันสุขภาพ
ประธานาธิบดีคลินตันเคยหาเสียงว่า
ถ้าได้รับเลือกตั้งจะปฏิรูประบบบริการ
สุขภาพของอเมริกัน
แต่เมื่อได้เป็นประธานาธิบดีแล้วก็ยังไม่สำเร็จ
นี่คือสิ่งที่สะท้อนว่าปัญหาระบบบริการ
สุขภาพไม่ใช่เรื่องง่าย

ศ.นพ.ประเวศ วะสี



“ในเบื้องต้นจะมีทีม 12 ทีมที่อยู่ทุกเขต จะมีนิติกรประจำจังหวัด นอกจากนี้จะมีทีมที่เราสร้างขึ้นมาอีกส่วนหนึ่งเพื่อสร้างระบบใกล้เคียง เพื่อที่จะลดการฟ้องร้อง เพราะเชื่อว่าในหลายกรณีไม่ต้องฟ้อง ถ้าพูดกันรู้เรื่องหรือมีคนไปช่วยพูด”

นายแพทย์มานิต ธีระตันติกานนท์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แม้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจะเป็นความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ แต่กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานที่มีแพทย์ให้บริการประชาชนมากถึงประมาณ 70 – 80% ก็ต้องเป็นทุกข์ด้วย

กระทรวงสาธารณสุขขาดแคลน ทั้งบุคลากร และงบประมาณ และเป็นทุกข์เพราะหมดปัญญาที่จะหาмаได้ให้ทันเวลาที่ รัฐมนตรีก็เป็นทุกข์ การขออัตรามาบรรจุแพทย์และพยาบาลที่ยังเป็นลูกจ้าง ขณะนี้ก็ยังบรรจุไม่ได้

ผมแทบไม่เชื่อตากับหูตัวเองว่าบรรยากาศระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์จะเป็นได้ถึงเพียงนี้ คิดว่าเป็นเพราะสังคมที่เปลี่ยนไป เมื่อกลับไปเยี่ยมโรงพยาบาลที่เคยอยู่ และโรงพยาบาลอื่นๆ แทบจะไม่เชื่อสายตาตัวเองว่าจะ Modernize ขนาดนี้ แต่ก็ยังไม่ทันกับความต้องการที่ถูกสร้างขึ้นโดยระบบไม่ว่าจะเป็นระบบ ‘30 บาท’ ระบบสังคม ระบบสื่อสารมวลชน ซึ่งทำให้เกิดปัญหา

ขณะนี้โรงพยาบาลชุมชนมีปัญหาเหมือนกันหมดทุกแห่งคือ มีหมอ 1-2 คน คนไข้ 200 – 300 คน เป็นการทำงานท่ามกลางความขาดแคลน จึงอยากจะฝากให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาพที่เป็นอยู่ด้วย

ในส่วนของการทรวงสาธารณสุข จากเหตุที่มีการฟ้องร้องกันมาก ซึ่งมาจากหลายสาเหตุมีทั้งส่วนมาจากความไม่เข้าใจ อาจจะมาจากไม่ได้อธิบาย เพราะงานหนัก เป็นทั้งความบกพร่อง จริงๆ หรือเป็นเหตุสุดวิสัยก็ตาม แต่ณ วันนี้ก็ทราบว่า แพทย์เกิดความตื่นตระหนก โรงพยาบาลหลายแห่งก็ไม่อยากทำอะไร เพราะว่ากแล้ว ฉะนั้น กระทรวงสาธารณสุข นอกจากมาคอยรับผิดชอบแล้ว ก็ต้องพยายามหาวิธีว่าจะทำอย่างไรที่จะสร้างระบบเพื่อให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจ

ในส่วนของคดีความนั้น ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการเตรียมตำแหน่งพนักงานราชการ 12 ตำแหน่งเพื่อดูแลกรณีฟ้องร้อง โดยจะจ้างเขตละ 1 คน นี้ไม่ใช่การตั้งขึ้นมาเพื่อสู้กับทางฝ่ายผู้ป่วย แต่เป็นการสร้างระบบเพื่อให้แพทย์เกิดความมั่นใจว่า หากทำงานไปแล้วเกิดปัญหา จะมีคนคอยดูแลให้ ส่วนแพทย์จะถูกหรือผิดนั้นก็เป็นเรื่องที่จะต้องว่ากันไปตามข้อเท็จจริง

ในเบื้องต้นจะมีทีม 12 ทีมที่อยู่ทุกเขต จะมีนิติกรประจำจังหวัด นอกจากนี้จะมีทีมอีกส่วนหนึ่งเพื่อสร้างระบบใกล้เคียง เพื่อที่จะลดการฟ้องร้อง เพราะเชื่อว่าในหลายกรณีไม่ต้องฟ้อง ถ้าพูดกันรู้เรื่อง หรือมีคนไปช่วยพูด ตรงนี้จึงมีการอบรมคนที่จะมาประกอภกับทีมทนาย ซึ่งภายในเดือนนี้น่าจะสามารถทำเป็นทีมขึ้นมาได้

ส่วนของแพทย์ สำนักปลัดได้ทำโครงการ กฎหมายพิเลียงทางการแพทย์ แล้วจะไปจัดอบรม 75 จังหวัด สำหรับแพทย์ที่สนใจ เพื่อให้มีความรู้เบื้องต้น เพื่อจัดการกับปัญหา

ในเรื่องของการบริการ จะมีการจัดระบบบริการของโรงพยาบาลต่างๆ ให้มีมาตรฐาน มีเครื่องมือเครื่องมือ อยู่ในโครงการเมกะโปรเจกต์ เราเรียกว่าใช้ระบบ GIS จะมีระบบคำนวณว่า ในพื้นที่หนึ่ง ควรมีแพทย์อะไร จะต้องมีผู้

เชี่ยวชาญก็คน ถ้าไม่มีแพทย์ในเรื่องใดก็ให้การรักษาเรื่องนั้นไม่ได้ ผมคิดว่า
จะเป็นมาตรฐานอย่างหนึ่งที่จะช่วยแพทย์เมื่อเกิดกรณีความขัดแย้ง ซึ่งจะ
สามารถหยิบยกไปชี้แจงได้

เรื่องค่าเสียหายนั้น ทางฝ่ายกฎหมายของกระทรวง ได้เสนอท่านปลัด
ในเรื่องของการเสนอแก้ไขกฎหมายต่างๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใช้ระยะเวลา
ยาวในการดำเนินการ ซึ่งอาจจะต้องมีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ
อีกมาก



“การรักษาเปรียบเหมือนการพิพากษาคดี เมื่อศาลอุทธรณ์
ตัดสินคดีโดยกลับคำพิพากษาศาลชั้นต้น ไม่มีใครกลับไปเอาผิด
ศาลชั้นต้น ซึ่งการวินิจฉัยของแพทย์ก็เช่นกัน”



นายแพทย์วีระพงษ์ เพ็งพานิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลละโว้

ประชาชนอาจจะไม่เข้าใจกระบวนการวินิจฉัยโรคหรือการรักษา การ
รักษาเปรียบเหมือนการพิพากษาคดี เมื่อศาลอุทธรณ์ตัดสินคดีโดยกลับคำ
พิพากษาศาลชั้นต้น ไม่มีใครกลับไปเอาผิดศาลชั้นต้น ซึ่งการวินิจฉัยของ
แพทย์ก็เช่นกัน แพทย์ต้องวินิจฉัยจากข้อมูลและเครื่องมือที่มีอยู่ในขณะนั้น
และทำการรักษาเท่าที่รักษาได้ จึงไม่ควรเอาผิด

การจะฟ้องร้องแพทย์จึงไม่ควรฟ้องเป็นคดีอาญา เพราะไม่มีแพทย์คน
ไหนตั้งใจทำร้ายคนไข้ ถ้าไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าเป็นคดีรู้กันมาก่อน สำหรับ
การฟ้องแพ่งนั้น ยังมีโอกาสที่จะช่วยกันได้ มีโอกาสที่จะไม่ถึงกับเอาหมอไป
ใส่กุญแจมือแล้วเข้าคุก เพราะถ้าจะเอาเข้าคุกด้วยเหตุว่า วินิจฉัยเบื้องต้นไม่ถูก
มันดูจะเกินไป





“ในต่างประเทศ มาตรการแก้ไข คือใช้ความเกือบลูกกัน การเอาใจใส่ซึ่งกันและกันในทันทีที่เกิดปัญหา แล้วมาไกล่เกลี่ยกัน มีกองทุนชดเชยถ้าจำเป็น การเจรจาไกล่เกลี่ยแก้ไข มิได้ตั้งบนพื้นฐานว่า เจรจาไกล่เกลี่ยแก้ไขโดยไม่มีทางออก ถ้าจำเป็นก็ต้องชดเชยทั้งนี้จะเนื่องจากเกิดความผิด หรือไม่ผิดก็ตาม”

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ไม่ว่าคนไข้ที่เป็นพ่อเป็นแม่ของใครก็ตามเสียชีวิต ถ้าแพทย์กับผู้รับบริการไม่มีความเชื่อมั่นต่อกัน อธิบายอย่างไรก็คงไม่สามารถทำให้เข้าใจได้

ในทางตรงข้าม ถ้าลูกเราเป็นหมอ ใครจะเคยคิดว่า คนที่ทำอาชีพหมอจะต้องถูกใส่กุญแจมือเข้าคุก และขณะนี้ความทุกข์ของเรา อาจจะไปถึงจุดที่น่าจะถือเอาวิกฤตอันนี้เป็นโอกาสในการแก้ไข

ผมคิดถึงข้อเขียนของอาจารย์ประเวศ ซึ่ง Quote สิ่งที่ท่านเจ้าคุณประยุทธ์ ปยุตโต พูดว่า เราเหมือนไก่อยู่ในขัง ต่างคนต่างจิกกันไปมา สุดท้ายก็ถูกจับไปฆ่าที่ละตัวจนหมด แต่ถ้าไก่ทุกตัวเริ่มคุยกัน กระพือปีกพร้อมกัน ก็สามารถจะยกขังทั้งขังไปได้ เช่นเดียวกับที่เราอยู่ในระบบและกำลังถูกระบบทำร้าย เพราะฉะนั้นผมคิดว่า ถ้าวันนี้นี้ความทุกข์มันทวีถึงขนาดนี้แล้ว ก็เป็นโอกาส หากไม่แก้ไข ก็จะเป็นวิกฤตที่ส่งผลต่อระบบ

เราพูดกันมากกว่า ขณะนี้แพทย์เริ่มหนีกันแล้ว แต่สิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปคือ เราอาจจะเห็นค่าใช้จ่ายโดยรวมเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในกระบวนการศาลของทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การบันทึกจิตใจกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการจะมีแนวโน้มไม่ต้องการให้แฟ้มประวัติหรือเปิดเผยข้อมูลการรักษา ซึ่งจะเกิดผลเสียต่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ต่อไปผู้ให้บริการต้องซื้อประกันคุ้มครองความเสียหาย ซึ่งสุดท้ายค่าเบี้ยประกันจะสูงมาก ผลรวมต่อค่าใช้จ่ายทั้งระบบก็เป็นปัญหา

ขณะนี้เราเข้ามาสู่วงจรความหายนะของระบบ ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงหรือคุณภาพการรักษาไม่ดีหรือไม่แน่ใจว่าดี ผู้ป่วยมีความหวาดระแวงว่าจ่ายเงินน้อยได้บริการไม่ดี หรือมีแพทย์น้อยจะบริการไม่ดี เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น แพทย์ก็เกิดความหวาดระแวง ก็จะมีการทำประกันภัยป้องกันความผิดพลาด หรือไม่ก็หนีจากระบบ ผลสุดท้ายก็เกิดค่าใช้จ่ายสูงหรือจำนวนแพทย์น้อย มันก็กลายเป็นวงจรแห่งความหายนะของระบบ

ขอยกตัวอย่างต่างประเทศสักนิด เพื่อให้เห็นว่าความทุกข์เหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในสังคมไทย มันเกิดขึ้นที่อื่นด้วย และเขามีวิธีแก้ไขกันอย่างไร

ในอเมริกาอาจารย์ประเวศบอกว่ามีการใช้จ่ายเงินเป็นสัดส่วนถึง 14% ของ GDP ของประเทศ ซึ่ง 25% ของจำนวนนั้น หรือประมาณ 4% ของ GDP ถูกใช้ไปกับการแพทย์ในลักษณะป้องกันตัวเองที่เรียกว่า Defensive Medicine ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่มาก มากกว่างบประมาณสุขทั้งประเทศของเราเสียอีก

Professor David บอกว่า ที่อังกฤษ เวลาเฉลี่ยที่แพทย์พบผู้ป่วยแต่ละครั้ง 15 นาที ที่อเมริกา 20 นาที ของไทยผลการศึกษากลับมาบอกว่า 3 นาที แต่เอาเข้าจริงแพทย์ของเราทำงานหนักมาก เพราะเรามีแพทย์จำนวนน้อยมาก ปัญหาจึงเกิดขึ้น

ที่นิวซีแลนด์ เขาต้องการให้ประชาชนที่ได้รับความเสียหายได้รับการดูแลอย่างเป็นธรรม ซึ่งก็ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหา ความสัมพันธ์

ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่ดีขึ้น จนสหรัฐอเมริกาอยากจะทำตามแบบ แต่เมื่อลองเปรียบเทียบตารางการฟ้องร้องทางศาล จึงรู้ว่าอเมริกาทำไม่ได้แล้ว เพราะได้มาถึงจุดที่ล้มละลายแล้ว ที่อเมริกาปีหนึ่งแพทย์ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันประมาณ 10 ล้านบาท ลำดับของแพทย์ที่จะถูกฟ้อง อันดับหนึ่งคือ สูตินารีแพทย์ อันดับสองคือ หมอออโรบิติก

เดนมาร์ก ผู้ให้บริการเรียกร้องให้รัฐบาลช่วย เพราะต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันในเรื่องนี้สูงมาก

ฟินแลนด์ ไม่ต้องการที่จะเป็นแบบอเมริกา ต้องการฟื้นฟูความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เขาได้ทำมาหลายปีแล้ว และประกาศด้วยความภูมิใจว่าตอนนี้ระบบของเขาดีแล้ว ไม่มีทางจะเป็นแบบอเมริกัน

นอร์เวย์ มีการพยายามปรับค่าชดเชยให้เป็นธรรมแก่ผู้เสียหาย แล้วต้องการให้ได้ข้อมูล เพราะพบว่าเริ่มมีการปิดข้อมูลหรือหมอไม่ยอมเขียนประวัติคนไข้ เขาต้องการกลับมาสู่ระบบเดิม คือ ได้ข้อมูลเพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพบริการให้ดีขึ้น

ถ้าไล่ดู 5 ประเทศนี้ จะเห็นว่า ทุกประเทศเกิดปัญหาหมด ไม่ใช่เฉพาะประเทศไทยที่เกิดปัญหาแต่ประเทศเหล่านี้พยายามเรียนรู้จากอเมริกาว่า ระบบที่หายเยี่ยงในอเมริกาไม่ควรเกิดขึ้นที่ประเทศของเขา

ถ้าดู นิวซีแลนด์ นอร์เวย์ สวีเดน ฟินแลนด์ เดนมาร์ก อัตราการฟ้องร้องของเราเทียบกับเขายังต่ำกว่าประมาณ 10 เท่า แต่ถ้าดูอัตราที่รับชดเชย ประเทศไทยจ่ายไปตั้ง 81% ขณะที่ประเทศอื่นๆ จ่ายค่าชดเชยไม่ถึง 50% เพราะกระแสปัจจุบัน ทำให้คณะกรรมการแต่ละชุดไม่อยากมีปัญหา ก็เลยทำให้มีการจ่ายค่าชดเชยไปมาก ซึ่งถ้าระบบเป็นอย่างนี้ สุดท้ายรัฐบาลก็เจ๊งเหมือนกัน

เราเคยมีระบบที่แพทย์กับคนไข้เกือกรูล มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ผมอยากเรียนว่า ที่พูดถึงต่างประเทศ ก็เพราะว่ามีประสบการณ์คล้ายๆ กัน ก็คือเมื่อกระแสของเงินไหลมาตามกระแสโลกาภิวัตน์ สิ่งเหมือนกันขณะนี้คนไทยมีความเชื่อว่า ถ้าจ่ายเงินมากได้รับบริการดี ฉะนั้นจึงทำให้เกิดวงจรแห่งหายเยี่ยงแบบนี้ และมันคงจะเกิดไปตลอด แล้วก็แก้ไขไม่ได้ถ้าเราไม่ช่วยกันจริงๆ ประสบการณ์ในต่างประเทศแก้ไขปัญหากันอย่างไร ที่สวีเดน เขาคิดว่าแทนที่จะให้เกิดการฟ้องร้องกันเองในศาล ก็ให้มาช่วยกัน ด้วยความต้องการฟื้นฟูความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เขาก็เพิ่มการชดเชยให้ผู้เสียหายเมื่อเวลาที่เกิดปัญหา

เพราะฉะนั้น ทำอย่างไรถึงจะมาช่วยกัน ในต่างประเทศทันทีที่เกิดเรื่องขึ้น แทนที่จะปล่อยให้เรื่องเข้าสู่กระบวนการศาล หรือให้เป็นข่าวในหนังสือพิมพ์แล้วเป็นปฏิกิริยา กัน คณะกรรมการที่มีอยู่ในท้องถิ่นจะเข้ามาทันที มีการเจรจาไกล่เกลี่ย ก็ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยดีขึ้นทันที

ในต่างประเทศ มาตรการแก้ไข คือใช้ความเกือกรูลกัน การเอาใจใส่ซึ่งกันและกันในทันทีที่เกิดปัญหา แล้วมาไกล่เกลี่ยกัน มีกองทุนชดเชยถ้าจำเป็น เพื่อที่จะให้ปัญหานั้นลุล่วงลงไป

การเจรจาไกล่เกลี่ยแก้ไข มิได้ตั้งบนพื้นฐานว่า เจรจาไกล่เกลี่ยแก้ไขโดยไม่มีการฟ้อง ถ้าจำเป็นต้องชดเชยเนื่องจากเกิดความผิด หรือแม้ไม่ผิดก็ตาม เขาใช้คำว่า No-fault เขาก็จะชดเชย อย่างที่อาจารย์ประเวศพูดว่า คนเสียแม่เสียพ่อไป เขาอยู่ในอารมณ์ที่มีความรู้สึกว่า ระบบกระทำต่อเขา หรือกระทำผิดต่อเขา มันยากที่จะเจรจา สมมุติคนที่แก่ตาย หรือคนที่รู้ว่าตัวเองเป็นโรคแล้วตาย ญาติคงไม่กล้ามาฟ้อง แต่ถ้าคนปกติที่เดินเข้าไปพบแพทย์ แล้วกลับออกมาขาหัก ขาเป๋ เดินไม่ได้จนเดี๋ยวนี้ ก็น่าจะต้องทำอะไร และต้องเป็นกรณี

ที่คนไข้มีมูลระดับหนึ่ง เขาถึงจะฟ้อง แล้วถ้าเรามีการชดเชยทันที มันก็แก้ไข ปัญหาได้เลยทันที

สำหรับเรื่องจำนวนหรือค่าใช้จ่ายโดยรวมขึ้นกับประสบการณ์แต่ละพื้นที่ ขณะเดียวกันผู้ให้บริการก็ยินดีให้ความร่วมมือเมื่อมีกระบวนการแก้ไข และ ยินดีในการเปิดเผยข้อมูล เพราะรู้ว่าการเปิดเผยข้อมูลไม่ใช่การถูกจับผิด ซึ่ง ต่างกับระบบที่ทำงานอยู่ตอนนี้คือ การส่งต่อคนไข้ บางทีคนไข้ก็ไปตายกลางทาง แทนที่จะช่วยคนไข้ก่อนส่งตัวไปที่อื่น ฉะนั้นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการส่งต่อ จะเป็นปัญหาต่อระบบ

ตามสมมุติฐานของเรา คงมีแพทย์บางส่วนที่ไม่ได้เรื่องจริง ๆ แต่ส่วนใหญ่คงไม่มีใครอยากทำให้ผู้ป่วยมีปัญหา เพราะนั่นหมายถึงชื่อเสียงของตัวเอง ด้วย เพราะฉะนั้น ควรจะต้องพิสูจน์ความผิดถูกก่อน ไม่ต้องให้เป็นข่าวใน หนังสือพิมพ์ หรือไม่ต้องขึ้นศาลอาญาแล้วฟ้องกัน แต่มาเยียวยาด้วยกันวิธี สมานฉันท์ ทางวิชาชีพจะต้องมีการพิสูจน์ความผิดถูก ทางผู้จ่ายเงินชดเชยก็ พิสูจน์ความผิดถูก ก็จะเป็นทางเลือกหนึ่งเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และเป็น กระบวนการที่ดีกว่ากระบวนการทางการศาลด้วย ฉะนั้นจึงมีข้อเสนอที่สรุปอยู่ 3 ประเด็นด้วยกัน

ประเด็นที่หนึ่ง ต้องมีกระบวนการสมานฉันท์เยียวยาผู้ที่เกิดความเสียหายทันที สร้างระบบที่เกื้อกูลกันและกัน โดยที่มีกองทุนเป็นทางออกให้กับ กระบวนการชดเชย โดยไม่ต้องรอ กรณีของมาตรา 41 (พ.ร.บ.หลักประกัน สุขภาพ) ที่บอกว่าภายใน 15 วัน ซึ่งที่จริงต้องทันที เพื่อจะได้มีปัญหาลดน้อย ที่สุดถ้าปัญหายังออกสู่สาธารณะน้อย ความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วยก็จะดี แล้วจะไม่มีใครความรู้สึกที่ระแวงต่อกัน เราไม่ได้กลัวว่าชาวจะออกไปสู่สาธารณะ แต่สิ่งที่เกิดขึ้นตามมาคือ ความระแวงต่อกัน ซึ่งถ้าเกิดความระแวงขึ้นก็จะมี

ปัญหาจรรยาบรรณความเสียหายอย่างที่เกิดขึ้นในต่างประเทศมาแล้ว

ประเด็นที่สอง การปฏิรูประบบบริการและกำลังคน ต้องทำอย่างจริงจัง แล้วไม่อยากให้หลงทาง เราพูดถึงเรื่องบริการปฐมภูมิกันมาก เราต้องทำอย่าง จริงจัง เพราะทำอะไรจำนวนแพทย์ในชนบทก็ไม่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะใน ระยะยาว โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ก็รับภาระไปเรื่อย ๆ สุดท้ายก็ ตาย เพราะจะเกิดการฟ้องร้องกันมาก เป็นวงจรแห่งความเสียหาย ซึ่งไม่ได้ หมายความว่าสิ่งที่เกิดขึ้นตอนนี้จะไม่เกิดขึ้นกับภาคเอกชนในอนาคต สุดท้าย โรงพยาบาลเอกชน ก็จะมีปัญหาเช่นกัน เพียงแต่จะช้าหรือเร็วเท่านั้น

ประเด็นสุดท้าย ต้องเสนอให้มี พ.ร.บ. ทางด้านนี้โดยเฉพาะ ปัจจุบันมี มาตรา 41 ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ครอบคลุมเรื่องนี้เท่านั้นเอง วันก่อนมีพยาบาลท่านหนึ่งมาฟ้องเนื่องจากตาบอดเพราะพยาบาลด้วยกัน คือเขาถูกเข็ดด้วยแอลกอฮอล์ แล้วทำให้ตาบอด ก็มาถามว่า เขาจะได้รับการ ชดเชยจากมาตรา 41 ได้ไหม คำตอบก็คือ ไม่ได้ เพราะพยาบาลผู้นี้มีสวัสดิการ ข้าราชการ กฎหมายไปไม่ถึง เขาถามว่า ฟ้องหมอดีไหม ฟ้องพยาบาลดีไหม ผมบอกคิดดูเอาเองสิ สุดท้ายเขาก็บอกว่า เอ้า! คิดว่าเป็นแวรเป็นกรรมก็แล้วกัน ซึ่งแสดงว่า คนไข้เขาก็ไม่อยากฟ้องหมอ

ควรมี พ.ร.บ. เรื่องนี้ ที่จะแก้ไขปัญหาโดยใช้ประสบการณ์จากต่าง ประเทศ โดยขณะนี้กำลังพยายามขอจากฟินแลนด์ นอร์เวย์ สวีเดน เพื่อนำมา ให้ทุกฝ่ายทั้งฝ่ายนักวิชาการ ฝ่ายวิชาชีพ ฝ่ายประชาชน ช่วยกันยกร่าง ซึ่งหากมี พ.ร.บ. ฉบับหนึ่งที่ครอบคลุมทุกเรื่อง ทั้งผู้ป่วย ผู้ให้บริการและประชาชน อย่างน้อยก็จะทำให้มีทางออกส่วนหนึ่ง หรืออย่างน้อยก็ยังสามารถคำนวณ ระบบเกื้อกูลกันที่ยังมีอยู่ในสังคมไทยให้ยืนยาวต่อไป ไม่ถูกทำลายโดยโลกาภิวัตน์ที่เข้ามา





“ยังไม่มีระบบไหนที่สมบูรณ์แบบในโลกนี้ จึงอยากจะเสนอว่าที่
สุดแล้วรากแก้วของประเทศไทยก็คือ ความสัมพันธ์ระหว่าง
แพทย์กับคนไข้เป็นไปด้วยดีมาโดยตลอด ทำอย่างไรจึงจะให้การ
รักษามีคุณภาพ ในขณะที่ความสัมพันธ์นี้ไม่ได้ถูกบั่นทอนลง
แพทย์มีความสุขที่จะทำงาน คนไข้มีความเชื่อมั่นไว้วางใจ สิทธิ
ผู้บริโภคได้รับการคุ้มครอง”

นายแพทย์วิฑูรย์ ตริสุนทรธำ กลุ่มประสานงานสาธารณสุขภูมิภาค

บทเรียนกรณีของอำเภอร่อนพิบูลย์ ถือเป็นกรณีศึกษา หอมอาจจะต้อง
เสี่ยงต่อการถูกชั่ง หรือควบคุมตัว พนักงานสอบสวนหรืออัยการเขาเรียกควบคุมตัว
กรณีที่ยอการเป็นโจทก์ฟ้อง ศาลจะไม่ได้สวนมูลฟ้อง ศาลจะประทับ
รับฟ้อง ซึ่งผลการประทับรับฟ้อง ก็คือ หอมจะตกเป็นจำเลยทันที ผลจากการ
ตกเป็นจำเลยคือการถูกชั่ง เว้นแต่จะได้รับการประกันตัว ถ้าตามระเบียบก็คือ
ต้องถูกใส่กุญแจมือติดตรวนอยู่ในห้องขัง

การที่หอมถูกปฏิบัติเช่นนี้จะก่อให้เกิดผลกระทบ เพราะการรักษาคนไข้
นั้น ถ้าฟังดูจะเห็นว่าแม้ปราศจากเจตนาชั่ว แต่ก็ยังต้องถูกติดตรวนหรือถูกชั่ง
ซึ่งกระทบต่อภาวะจิตใจเขามาก

ในการดำเนินคดีกับผู้ปฏิบัติงานด้านเวชปฏิบัติ นั้น พบว่ามีช่องโหว่ทาง
กฎหมาย 3 ประการ

ประการแรก คือ ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากอัยการที่เป็นทนายแผ่นดิน
ในการแก้ต่าง กรณีที่ข้าราชการของกระทรวงอื่นถูกฟ้อง เช่น เจ้าพนักงาน
ที่ดินถูกฟ้องว่า ออกที่ดินมิชอบ อัยการจะเข้ามาแก้ต่างให้ แต่กรณีที่แพทย์

พยาบาล เกสัชกร ทันตแพทย์ นอกจากอัยการจะไม่ได้มาเป็นทนายแก้ต่างให้
แล้ว ยังจะเป็นโจทก์ฟ้องแพทย์เสียเองด้วย ความหมายก็คือ ดูเหมือนไม่เป็น
ธรรมสำหรับผู้ประกอบเวชปฏิบัติที่ไม่ได้มีอัยการมาให้ความช่วยเหลือ

ประการที่สอง โดยหลักกฎหมายปัจจุบัน เริ่มมีมาตรฐานขึ้นจากคำ
พิพากษาฎีกาที่ 142/2542 ที่ใช้หลัก RES IPSA LOQUITUR (Thing
speaks for itself) หมายความว่า หากมีกรณีผิดพลาดในกระบวนการหรือ
จากการรักษา หรืออะไรก็ตามทำให้คนไข้เสียชีวิต คนไข้ติดเชื่อ นั้นแปลว่า
หากเป็นคดีความ ผู้ใดกล่าวอ้าง ผู้นั้นนำสืบ โจทก์จะต้องรวบรวมพยานหลัก
ฐานฟ้องกับศาลเพื่อชี้แจงน้ำหนักพยาน แต่โดยหลักนี้ หน้าที่การพิสูจน์จะถูก
ผลักไปอยู่ฝ่ายจำเลยทันที นั่นคือ แพทย์ พยาบาลทั้งหลาย จะต้องรวบรวม
พยานหลักฐานเพื่อแสดงให้ศาลเชื่อว่า ตนไม่ประมาทอย่างไร

ประการที่สาม เรื่องของระเบียบการช่วยเหลือ ระเบียบกระทรวงการ-
คลัง ในชั้นต้นนั้น ปกติถ้าข้าราชการถูกฟ้องคดีอาญา จะมีระเบียบกระทรวง
การคลังว่าด้วยการให้ความช่วยเหลือข้าราชการ ลูกจ้างทั้งหลาย แต่ให้ใช้กรณี
ที่ยอการมิได้เป็นโจทก์ฟ้อง เพราะฉะนั้น นำเห็นใจในฝ่ายผู้ให้บริการเวชปฏิบัติ
อย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุที่ว่าการศึกษาพยาบาล เรากระทำกับเลือดเนื้อ
ของชีวิต จึงมีความอ่อนไหวยิ่ง แต่ข้อบกพร่องในการปฏิบัตินั้นคงต้องยอมรับ
กันว่า มีทั่วโลก และนั่นหมายถึงการฟ้องร้องหรือร้องเรียน

ยกตัวอย่างข้อเท็จจริงในเรื่องสถิติการฟ้องร้องของแพทยสภาว่า เรื่อง
ร้องเรียนนั้นมีเข้ามาประมาณเกือบ 300 เรื่องใน 5 ปีที่ผ่านมา แต่ยังมีอีก
ส่วนหนึ่งที่ฟ้องร้องโดยตรง ไม่ได้ผ่านแพทยสภา เป็นเรื่องที่ฟ้องพยาบาล ฟ้อง
หน่วยงานโรงพยาบาลโดยตรง ฟ้องเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ส่วนคดีความที่ต้องขึ้นศาล
มีอยู่ประมาณ 400 – 500 ราย

ขณะที่การรักษาคนไข้ในปีนั้น มีประมาณ 6.7 ล้านครั้งไม่รวมกรุงเทพมหานคร นั้นหมายความว่า จะตกประมาณ 1/10,000 หากพิจารณาในข้อเท็จจริงเช่นนี้ พอสันนิษฐานได้ว่า ในอนาคตปัญหาการฟ้องร้องจะรุนแรงยิ่งขึ้น เพราะว่า ประการแรก มีการขยายเตียง ประการที่สอง ประชากรเพิ่มขึ้น ประการที่สาม มีการรับรู้และการตื่นตัวในการพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค เพราะฉะนั้นในอนาคตอัตราส่วนการฟ้องร้องต่อการรักษาจะต้องมากกว่า 1/10,000 ซึ่งไม่ว่าจะเพิ่มเป็นอัตราเท่าไรก็ตามแต่ นั่นก็คือ 100% ฝ่ายคนไข้เขา

วิถีไทยในอดีตนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก เป็นลักษณะเหมือนเกือบจะเป็นเครือญาติ แต่ปัจจุบันสิ่งนี้เปลี่ยนไปแล้ว และมีผลกระทบในภาพรวม ปัญหาดังกล่าวหากไม่บรรเทาลง เชื่อว่าผลกระทบจะมีตามมา อย่างน้อยๆ ที่เห็น ก็คือ

ประการหนึ่ง ระบบส่งตัวคนไข้จะพังทลายลงทั้งระบบ นั้นหมายความว่า ไม่ต้องมีแนวทางกำหนดเลยว่า จะเลือกส่งต่อหรือไม่ เพราะคำตอบมีเพียงประการเดียวคือ ส่งต่อ นั่นเอง

ประการที่สอง ก็คือ ระบบ GIS ที่พยายามกระจายทรัพยากรบุคคล ก็จะพังทลายลงทั้งระบบเช่นกัน

ประการที่สาม ศักยภาพของโรงพยาบาล การลงทุนของรัฐบาล ไม่ได้เอามาใช้ประโยชน์เลย อันนี้เป็นผลเสียต่อแพทย์ผู้รักษา และต่อระบบเศรษฐกิจ

ประการที่สี่ คนไข้อาจจะไม่ได้รับบริการที่ดีขึ้น เพราะสิ่งเหล่านี้จะผลักดันให้มีกระบวนการปกป้องตัวเอง (defensive practice) ขึ้น คือส่งตรวจครบจักรวาล มีการทำประกันแบบในระบบของอเมริกา หรือใช้ระบบ no-fault liability คือเมื่อเกิดข้อบกพร่อง ก็ถือเสมือนว่าเป็นอุบัติเหตุ แล้วไม่ต้องมา

พิสูจน์ผิดถูก มีกองทุนเข้ามาช่วย ซึ่งต้องยอมรับว่าสิ่งเหล่านี้ถ้าจะต้องมี แต่ก็มีคำถามว่า จะเหมาะสมกับแต่ละประเทศหรือไม่ ส่วนในระบบของฟินแลนด์ ในระบบของอังกฤษ เขามีสมาคมปกป้องแพทย์โดยเก็บเบี้ยประกันจากแพทย์ ซึ่งนั่นก็อาจไม่เป็นผลดีมากนัก

สรุปก็คือยังไม่มีระบบไหนที่สมบูรณ์แบบในโลกนี้ จึงอยากจะเสนอว่า ที่สุดแล้วรากแก้วของประเทศไทยก็คือ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ เป็นไปด้วยดีมาโดยตลอด ทำอย่างไรจึงจะทำให้การรักษามีคุณภาพ ในขณะที่ความสัมพันธ์ไม่ได้ถูกบั่นทอนลง แพทย์มีความสุขที่จะทำงาน คนไข้มีความเชื่อมั่นไว้วางใจ สิทธิผู้บริโภคได้รับการคุ้มครอง ในขั้นต้นนี้จึงขอเสนอใน 3 - 4 เรื่อง

ข้อเสนอแรก คือ ทำอย่างไรจะคุ้มครองผู้บริโภค เพราะผู้ป่วยนั้นมีสิทธิที่จะได้รับการบริการที่ดีที่สุด ได้รับความโปร่งใส ซึ่งขอเสนอระบบการรายงานผล adverse event โดยสมัครใจ หรือการแสดงความจริงใจของแพทย์ หากพบหรือเชื่อว่าตัวเองประกอบเวชปฏิบัติแล้วมีข้อบกพร่องใดๆ เกิดขึ้น ซึ่งต้องเรียนว่าตัวเลข adverse event ในแต่ละประเทศ ของอเมริกามีรายงานมาแล้วเกือบ 30% แล้วมีคนตายจาก adverse event รวม 100,000 ราย/ปี ในบางประเทศก็มีจำนวนใกล้เคียงกัน ในประเทศไต้หวันมีอัตรา 20% แล้วสถิติของประเทศไทยมีจำนวนเท่าไร เคยมีผู้พยายามศึกษาอยู่ ซึ่งเป็นตัวเลขที่ไม่น้อย

ความหมายก็คือ หากผู้ประกอบเวชปฏิบัติผู้นั้น คิดว่าเกิดข้อบกพร่องแล้ว ต้องแสดงความบริสุทธิ์ใจ รายงานต่อผู้บังคับบัญชาภายใน 7 วัน และจะต้องมีกระบวนการตรวจสอบ 2 ประการว่า เขาเจตนา หรือประมาทร้ายแรงหรือไม่ เกณฑ์พอที่จะใช้บอกว่า เจตนา หรือประมาทร้ายแรงหรือไม่ คือพิจารณา

จากภาวะวิสัยและพฤติกรรม ซึ่งหมายความว่า กระทำการประมาทโดยอยู่ใน ภาวะวิสัยเช่นนั้น แต่หาได้ใช้ความระมัดระวังให้เพียงพอไม่ ภาวะก็คือ เงื่อนไข เช่น อยู่ในป่า อยู่ในโรงพยาบาล ในเมือง วิสัย คือถ้าอยู่สถานื่อนามัยเป็น พยาบาล แต่ถ้าอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ เป็นผู้เชี่ยวชาญ วิสัยต่างกัน พฤติการณ์ ก็คือว่า มีเครื่องมือหลาย ๆ ชิ้น ทำไม่มีผ้าก๊อต มีสำลี ทำไม่ใช้ผ้าก๊อต ทั้ง ๆ ที่ มีอยู่ตรงหน้าแต่ไปใช้สำลี เช่นนี้ครับที่จะบอกว่า ประมาทหรือประมาทร้ายแรง อย่างยิ่ง หรือเจตนาหรือไม่

เพราะฉะนั้นคนที่บอกสิ่งนี้ได้ จะต้องไม่ใช่ฝ่ายแพทย์เท่านั้น เพราะ ว่าหากมีฝ่ายแพทย์อย่างเดียว คนไข้จะไม่เชื่อถือ และไม่ได้แสดงถึงความจริงใจ ในขั้นต้นนี้จึงเสนอเป็นองค์กรกลาง อย่างน้อยต้องไตรภาคี ส่วนหนึ่งต้องมีฝ่าย คนไข้เข้ามา ส่วนหนึ่งต้องเป็นฝ่ายตัวแพทย์เอง และอีกส่วนหนึ่งจะต้องเป็น คนกลางจริง ๆ ผู้บังคับบัญชาไม่ได้

โดยระบบการรายงานตัว adverse event โดยสมัครใจภายใน 7 วัน อย่างน้อยแสดงถึงเจตนาที่ปราศจากเจตนาชั่วของแพทย์ผู้นั้น ที่เขาเรียก MENS REA หากองค์กรกลางวินิจฉัยออกมาว่า ไม่มีเจตนา ไม่ประมาทอย่าง ร้ายแรงแล้ว อาจจะต้องมีกฎหมายรองรับให้แพทย์ผู้นั้นพ้นจากความรับผิด ทางอาญาไปในทันที

อย่างไรก็ตามจะต้องคุ้มครองผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยยังมีสิทธิที่จะได้ รับการเยียวยาทางแพ่ง ซึ่งการเยียวยาในทางแพ่งก็จะมี พ.ร.บ.ว่าด้วยความ รับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ที่เข้ามารองรับ โดยคร่าว ๆ ก็คือ ฟ้องเจ้าหน้าที่ ไม่ได้ ต้องฟ้องหน่วยงาน ซึ่งเรื่องนี้ต้องเรียนทางเครือข่ายผู้บริโภคก่อนว่า หาก หมอเจตนา หรือประมาทอย่างร้ายแรงแล้ว กลไกนี้จะไม่เข้าไปควบคุมหรือ คุ้มครองเลย ไม่มีใครช่วยได้ แต่หากปราศจากเจตนาชั่ว ไม่ได้มีเจตนา ไม่ได้

ประมาทอย่างร้ายแรง เขาไม่ได้เป็นคนพูดเอง มีองค์กรกลางพูด โปร่งใส ตรวจสอบได้ ต้องมีรายงาน จะต้องมีการรายงานผล เป็นเครือข่ายระดับชาติ ถึง กระนั้น คนไข้ยังจะมีสิทธิเรียกร้องทางแพ่งได้ตามที่มี พ.ร.บ.ความรับผิดทาง ละเมิดของเจ้าหน้าที่มารองรับ แต่ฟ้องหน่วยงาน ถึงขั้นนี้ถ้าการจะสามารถเข้า มาเป็นทนายแผ่นดินช่วยแก้ต่างคดีให้กับหน่วยงานได้

ข้อเสนอที่สอง มาตรการแก้ไขความขัดแย้งนอกศาลเชิงสมานฉันท์ เรา มีศูนย์สันติวิธีอยู่แล้ว ซึ่งเป็นสิ่งดี โดยหลักแล้ว มีกลไกอยู่ประมาณ 4 ขั้นตอน เช่น 1.การเจรจา 2. การไกล่เกลี่ย หรือสุดท้ายระบบอนุญาโตตุลาการ แล้ว แต่ความรุนแรงของกรณี ในบางกรณีอาจใช้เพียงการเจรจาก็ได้ บางกรณีใช้ ผู้ใหญ่ที่ 2 ฝ่ายนับถือ สิ่งที่เสนอนี้ อาจจะต้องมีการแก้กฎหมายในเรื่องนี้ให้ จริงจัง วัตถุประสงค์คือผดุงความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยให้คงอยู่ เพราะกระบวนการฟ้องร้อง มีข้อเสียมากมาย หนึ่ง ค่าใช้จ่ายสูง สอง ทุกข์ ภาย ทุกข์ใจ สาม ยิ่งจะเพิ่มความเป็นปฏิปักษ์ซึ่งกันและกัน และข้อที่สี่ ไม่สิ้นสุด แพ้ชนะคดี ก็ยังมีอุทธรณ์ มีฎีกาต่อไปอีก

ระบบการแก้ไขความขัดแย้งนอกศาลเชิงสมานฉันท์ อาจจะต้องมีการ ศึกษา ซึ่งจริง ๆ แล้วมีเค้าโครงอยู่บ้างในขณะนี้

ข้อเสนอที่สาม ทำอย่างไรให้แพทย์หลุดพ้นความรับผิดทางอาญา ซึ่ง ดูเหมือนว่าจะเป็นประโยชน์ต่อฝ่ายแพทย์ ข้อเสนอมาตรการข้อย่อยคือ มาตรการชะลอฟ้องในคดีอาญาสำหรับงานเวชปฏิบัติ คือไม่ใช่แพทย์เท่านั้น แต่รวมถึงหมด การฟ้องแพทย์เป็นคดีอาญาในเวชปฏิบัติ ซึ่งมักจะโดนบ่อย ๆ ใน 2 ข้อหา คือ ความผิดในฐานะประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย หรือ ประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นบาดเจ็บร้ายแรง

มาตรการชะลอฟ้องนี้มีหลักคิดอยู่ว่า น่าจะไม่ได้สัดส่วนในการลงโทษ

เขา ไม่ได้สัดส่วนกับการกระทำของเขา ประการที่ 2 เป็นหลักคิดที่ว่า ในความคิดทางทฤษฎีทาง มุ่งจะใช้กระบวนการอาญาเพื่อลงโทษคนผิด ความหมายก็คือ จะไม่ได้ผลในการแก้ไขพฤติกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพผู้ นั้น หากเขาไม่ได้มีเจตนาชั่วอย่างที่ว่า ก็ไม่ได้ผลในทางทฤษฎีทาง เพราะฉะนั้น เป็นไปได้ว่า หากฟ้องร้องต่อไป ผลร้ายจะมากกว่าผลดี เกณฑ์ที่จะใช้จึงต้องมี เกณฑ์เฉพาะ

ในขั้นต้นจึงขอเสนอว่า มาตรการชะลอฟ้องในคดีอาญาสำหรับงาน วิชาชีพที่ จะนำมาใช้ ควรมีลักษณะประการที่หนึ่งคือ ตัวแพทย์พยาบาลผู้ นั้น ดูจากภาวะวิสัยและพฤติกรรม ที่เรียนไปตอนต้น เช่นเป็นการกระทำครั้งแรกหรือไม่ ประการต่อมา หากจะใช้มาตรการชะลอฟ้อง ต้องเห็นว่าเขาประมาท เท่านั้น ไม่ใช่เจตนา ต่อมาก็ต้องดูที่ผลต่อตัวคนไข้ เราต้องให้ความเป็นธรรม กับคนไข้ด้วย ถ้าผลร้ายแรง บางทีมาตรการนี้อาจใช้ไม่ได้ อาจจะต้องดูผลที่ ตกกับเขา เขาตายลงไปเลยหรือไม่ ประการที่สามก็คือผลต่อสังคม หรือ คำว่า คุณธรรมทางกฎหมาย

เชื่อว่ามาตรการที่เสนอไปนั้น นอกจากได้ประโยชน์ในแง่ที่เพิ่มความ สัมพันธ์ที่ดี เยียวยาความสัมพันธ์ที่ดีให้คงอยู่แล้ว จะลดปริมาณคดีสู่ศาลด้วย ลดค่าใช้จ่ายของทั้งระบบ ทั้งแพทย์และผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการมีมลทินหรือ Stigmata ที่จะตกต่อคนไข้คนนั้น

ในทางกฎหมายแล้ว แพทย์มีความรับผิดชอบถึง 3 ทาง คือ กฎหมายแพ่ง กฎหมายอาญา กฎหมายวิชาชีพ ถ้าหมอคนนั้นมีมลทิน หรือแม้กระทั่งถูกฟ้อง จะมีผลกระทบคือ หนึ่ง นอกจากเขาจะกินไม่ได้ นอนไม่หลับแล้ว สอง ลูก หรือเมียของเขาก็กินไม่ได้ นอนไม่หลับ สาม ระยะเวลาที่ยาวนานนักกว่าคดี จะสิ้นสุด ประการที่สี่ แม้ว่าเขาจะได้รับการพิพากษาพินิจ แต่ก็เชื่อว่าเขาจะ

ไม่สามารถอยู่ในชุมชนนั้นได้อีกต่อไป เพราะถูกปราชญ์แล้วว่า หมอคนนั้นเคย ผ่าคนไข้ตาย กระทั่งทั้งระบบ แล้วเชื่อว่าจะเป็นความรู้สึกผิดบาป เป็นมลทิน อยู่ในใจเขาไปตลอด

ผมคิดว่าสิ่งที่นำเสนอที่น่าจะสอดคล้องกับวิถีสังคมไทย และผมเชื่อใน หลักวิชาชีพ (profession) มากกว่า อาชีพ (occupation) แพทย์ พยาบาล คือวิชาชีพ ไม่มีคนไหนที่จะรู้เรื่องนี้ได้ดีกว่าคนที่ประกอบวิชาชีพในเรื่องนี้ เพราะฉะนั้นดีหรือไม่ดี พวกเราเองจะต้องพิทักษ์ไม่ต้องรอให้คนอื่นมาบอกว่า เราทำดี ไม่ดี อย่างไร เพราะเราไม่ใช่ occupation เราเป็น profession

ข้อเสนอประการสุดท้าย คือสถาบันอนุญาโตตุลาการสาธารณสุข (judicial review committee) ซึ่งเป็นระบบกึ่งตุลาการ ถ้าจะใช้มาตรการ ชะลอฟ้อง ใช้ว่าจะมีองค์กรกลางหรือว่าจะอะไรมาทำแล้วเพียงพอ ยังจะต้องมี ระบบตรวจสอบด้วย เช่น จะต้องมีการบันทึกคำตัดสินไม่ฟ้อง ที่จะต้องแสดง ถึงเหตุผลไม่ฟ้อง และมาตรการเยียวยาต่อผู้เสียหายด้วย

สถาบันอนุญาโตตุลาการสาธารณสุข เป็นมาตรการเพิ่มเติมในฐาน ความผิดที่ยอมความได้ในคดีอาญา ในงานวิชาชีพ หลักคิดก็คือ ความผิด ฐานประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นตาย ประมาททำให้ผู้อื่นบาดเจ็บสาหัส ในงาน บริการสุขภาพ ผมคิดว่ามีลักษณะความผิดต่อส่วนตัวมากกว่าความผิดอาญา แผ่นดิน เพราะว่าเขาปราศจากเจตนาชั่ว ไม่ได้กระหน่ำต่อคุณธรรมทาง กฎหมายของสังคม

นอกจากนี้ โดยหลักการรักษาแล้ว ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ เรามีหลักหนึ่งว่า ถ้าคนไข้เขาไม่ยอม ไปฉีดยาเขา หมอผิด แต่โดยหลักทาง กฎหมายเขาเรียก Volenti Nonfit Injuria ความยินยอมทำให้ไม่เป็นละเมิด หลักนี้มีการบัญญัติรองรับอยู่ในกฎหมายแพ่ง แต่โดยหลักของ Volenti Nonfit

Injuria หมายความว่า คนไข้มีความเชื่อถือในชั้นต้นที่จะทำให้หมอคนนั้นรักษาแล้วมิใช่อยู่ว่า เขาไปเสนอตัวที่จะทำและเกิดผลเสียหายตามมา นั้นแปลว่าเขาปราศจากเจตนาตั้งแต่ต้น นี่เป็นเหตุผลหลักชนิดหนึ่งที่เสริม หากจะใช้มาตรการนี้

เหตุผลต่อมา คือ การฟ้องแพทย์เป็นคดีอาญาในงานเวชปฏิบัติ มิได้เป็นการเข้าไปแก้ไขผู้กระทำผิดเลย หรือลงโทษผู้กระทำผิดตามหลักทันทวิทยาเลย และโดยมาตรการเช่นนี้ ควรจะทำให้การแก้ไขความขัดแย้งนอกศาล ก้าวเข้ามามีบทบาทได้เพิ่มขึ้นอีก

สำหรับการจะนำอนุญาโตตุลาการสาธารณสุขมาใช้ ก็จะต้องให้สิทธิต่อผู้เสียหาย กรณีที่จะให้ความผิดฐานประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ประมาททำให้ผู้อื่นบาดเจ็บสาหัส หากเป็นงานเวชปฏิบัติแล้ว ความผิดนี้ยอมความได้ เพื่อให้สอดคล้องว่า ไม่ใช่ความผิดอาญาแผ่นดิน เป็นความผิดต่อส่วนตัวมากกว่า ก็จะทำให้กระบวนการความขัดแย้งนอกศาลเป็นไปได้ง่าย

อย่างไรก็ตามจะต้องให้สิทธิแก่ผู้เสียหาย ให้ความเป็นธรรมทางสังคมที่จะให้ผู้เสียหาย การที่จะระงับคดีอาญาทำได้หลายวิธีขึ้น เช่น การถอนคำร้องทุกข์ การถอนฟ้อง การยอมความ ก่อนที่คดีจะถึงที่สุดตามวิอาญา มาตรา 39

สิ่งสำคัญในเรื่องนี้ มีหลักคิดว่า แพทย์ คนไข้ มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน วิถีไทยจะเหมือนคนในครอบครัวเดียวกัน หากมาตรการยอมความนี้ยังเกิดผลแล้ว ให้เป็นคดีที่ยอมความได้ จะทำให้แพทย์กับผู้ป่วยค่อยๆ ประสานความสัมพันธ์ที่ดีได้ มาตรการยอมความในคดีอาญา โปรดสังเกตว่า มักจะใช้ในคดีเกี่ยวกับครอบครัว เช่น สามีลักทรัพย์ภรรยา พ่อ ทะเลาะตีกันแล้วลูกหัวแตก แพทย์กับคนไข้ ที่จริงก็คือครอบครัวเดียวกัน ทะเลาะไปไม่มีใครดีเลย ถ้าหากมีกลไกที่จะยอมความกันได้ น่าจะเป็นประโยชน์ จึงเสนอมาตรการฐานเพิ่มเติมความผิดที่ยอมความในคดีอาญา

โดยสรุปแล้ว จึงมีข้อเสนอทั้ง 4 ขั้นตอน คือ ต้องมีการแก้ไขกฎหมาย การศึกษาวิจัย เกี่ยวกับระบบรายงานผลโดยสมัครใจ, มาตรการชะลอฟ้องในคดีอาญา, มาตรการเพิ่มเติมฐานความผิดที่ยอมความได้ในคดีอาญา และสถาบันอนุญาโตตุลาการสาธารณสุข



สรุปท้ายการประชุม

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี

ผมมีข้อสรุป 3 ประการ คือ

ประการแรก การแลกเปลี่ยนระหว่างแพทย์และคนไข้ ครั้งนี้เป็นครั้งแรกที่มีการเอาความทุกข์ของทุกฝ่ายมาถ่ายทอดให้กันและกัน และพยายามหาวิธีการแก้ไข ซึ่งผมคิดว่ายังไม่เคยเกิดกระบวนการนี้มาก่อน

ประการที่สอง ในการเสวนาและแลกเปลี่ยนกันครั้งนี้ ได้แสดงให้เห็นขั้นตอนธรรมของทุกฝ่าย มีการรับฟังความทุกข์ ซึ่งมีอยู่จริงของทุกฝ่าย ฉะนั้น การที่ได้รับฟังจริง ๆ โดยไม่เข้าไปเถียง เข้าไปต่อว่าหรือทะเลาะกันนั้น จะช่วยให้เกิดการตั้งต้นแก้ปัญหา เพราะการแก้ปัญหาทุกอย่างต้องเริ่มต้นจากการยอมรับความจริง

ใครจะคิดว่า แพทย์มีความทุกข์ขนาดนี้ เพราะประชาชนทั่วไปมักจะคิดว่า แพทย์มีเกียรติ ร่ำรวย สบาย ในขณะที่ฝ่ายคนไข้นั้น แน่نونว่า พ่อเขาตาย แม่เขาตาย ลูกเขาตาย ภรรยาตาย มันคือเรื่องใหญ่ ซึ่งแพทย์ไม่อาจจะอ้างสถิติไม่ว่าจะเป็น 1 ใน 10,000 หรืออะไรก็ตามแต่ เพราะเมื่อความสูญเสียเกิดขึ้น นั่นคือความสูญเสีย 100 เปอร์เซ็นต์ของญาติ

ประการที่สาม จากการแลกเปลี่ยนกัน ทำให้เห็นร่วมกันได้ว่า ประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้นั้น เป็นปัญหาที่ซับซ้อน ยาก และไม่มีใครสามารถแก้ปัญหานี้ได้ นอกจากจะต้องเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความมีเมตตาต่อกัน มีความเปิดเผยจริงใจ เชื่อถือได้

การสนทนาในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าทั้งแพทย์และคนไข้ ล้วนเผชิญปัญหาร่วมกันจากระบบที่ซับซ้อนซึ่งเกิดขึ้นทั่วโลก

แนวทางในการแก้ปัญหา 5 ประการ ได้แก่

ประการแรก ความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ป่วย ญาติ ผู้ให้บริการ ไม่มีคนไข้ที่โหดอยากฟ้องหมอ นอกเสียจากในกระบวนการรักษานั้นก่อความรู้สึกเจ็บใจ เจ็บแค้น แต่ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้เป็นไปด้วยความเห็นใจกัน แพทย์ปฏิบัติต่อคนไข้ดี แม้ทำพลาดไปทางเทคนิค คนไข้ก็จะไม่เอาเรื่อง ประเด็นสำคัญคือ คนไข้ฟ้องร้องแพทย์ไม่ใช่เพราะอยากได้เงินทอง แต่เป็นเพราะความเจ็บแค้นใจจากกระบวนการรักษา

ศาสตราจารย์แพทย์ของเยอรมันเคยมาทำวิจัยขึ้นหนึ่งในประเทศไทย เมื่อประมาณ 30 ปีที่ผ่านมา พบว่า แพทย์และคนไข้ของไทยขาดการสื่อสารกัน นี่เป็นประเด็นที่ผมพูดมานานแล้ว แพทย์ต้องเรียนเรื่องทักษะการสื่อสาร ต้องเรียนรู้จากคนเป็น ๆ ไม่ใช่เรียนรู้จากศพ เพราะคนมีชีวิตจิตใจ หลักของการสื่อสารก็คือ แพทย์ต้องเคารพผู้ป่วย และญาติ เพราะเขาเป็นคน ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสาร

ขณะนี้ สปสช. ได้ริเริ่มดำเนินการเรื่องความสัมพันธ์เพื่อนให้เพื่อน มิตรภาพบำบัด โดยไปสร้างแรงจูงใจให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ดำเนินการเรื่องมิตรภาพบำบัด อาสาสมัคร

ขณะเดียวกัน แพทยสภาในฐานะที่ดูแลหลักสูตรโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ ควรช่วยทบทวนเรื่องทักษะการสื่อสารของแพทย์ หลักสูตรแพทย์ควรจะเรียนกับคนเป็น ๆ ก่อน เรียนกับคนที่เขามีชีวิตจิตใจ มีความรู้สึก เรียนรู้วิธีว่าจะสร้างความสัมพันธ์อย่างไร จะสื่อสารอย่างไร แล้วรวมทั้งการอบรมแพทย์ที่จบไปแล้วด้วย

ผมคิดว่าเรื่องการสื่อสารเป็นเรื่องใหญ่ ถ้ามีความเห็นใจกัน คนไข้ย่อมไม่ฟ้องร้องแพทย์

ประการที่สอง การปฏิรูประบบบริการและกำลังคนเพราะปัจจุบันนี้ บัณฑิตเรื่องกำลังคนไม่เพียงพอ และไม่สามารถดำเนินต่อไปได้ เป็นภาระที่ท่วมทับ

การปฏิรูประบบบริการและระบบกำลังคนเป็นเรื่องใหญ่ ในขณะที่กระทรวงเองก็ทำงานวันต่อวัน ไม่มีเวลามาคิดในประเด็นนี้ ผมคิดว่าสถาบันวิจัยต้องรับผิดชอบในการหาคำตอบว่าจะปรับปรุงอย่างไร

นอกจากนี้ ต้องลดการพึ่งพาโรงพยาบาลและแพทย์ลง ซึ่งแนวโน้มเดิมเป็นเช่นนั้น แต่เมื่อรัฐบาลมีนโยบาย ‘30 บาท’ ทำให้ภาระกลับมาที่แพทย์และโรงพยาบาล ทำให้คนไข้มากขึ้น

เพราะฉะนั้น คนไข้เองก็ต้องพยายามไม่ไปหาหมอโดยไม่จำเป็น ต้องมีกระบวนการดูแลตัวเอง มีโครงการชุมชนบำบัด ฯลฯ

ทั้งนี้ ความจำเป็นทางการแพทย์นั้นแยกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ ฉุกเฉิน (Emergency) กับ ไม่ฉุกเฉิน (non-Emergency) กรณีฉุกเฉินนั้นไม่มีทางเลือก เป็นเรื่องความเป็นความตาย แพทย์ต้องทำหน้าที่นั้นให้ดีที่สุด แต่กรณีไม่ฉุกเฉินนั้น มีทางเลือกมากมาย เช่น แพทย์แผนไทย ไบรอนน์ นามันต์ ฯลฯ เป็นสิ่งที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขต้องคิดค้น ซึ่งรัฐมนตรีก็ได้มอบหมายแล้ว

ประการที่สาม การเยียวยาและสมานฉันท์ ในเบื้องต้น แพทย์ไม่ควรต่อสู้ว่า ตนเองได้ทำการรักษาดีที่สุดแล้ว เพราะเมื่อการสูญเสียเกิดขึ้นแล้ว จะเอาหลักวิชาการอะไรไปอธิบายย่อมไม่เกิดประโยชน์ ต้องเยียวยาและสมานฉันท์ก่อน เพราะเขากำลังทุกข์อย่างหนัก กำลังเสียใจอย่างหนัก

ขณะนี้ก็มีศูนย์สันติวิธีและสมานฉันท์ ซึ่ง น.พ.บรรพต ทำงานอยู่ด้วย ผึก

อบรมคนไปหลายพันคน ต้องให้ความสำคัญกับงานในส่วนนี้มากขึ้น และกระทรวงสาธารณสุขต้องให้งบประมาณ

ก่อนหน้านี้ ศูนย์สันติวิธีฯ ได้งบประมาณจาก สปสช. โดยดำเนินการมาเป็นเวลานาน ไม่ได้รับการสนับสนุน ไม่มีชื่อเสียงอะไร กระทรวงต้องให้ความสำคัญมากขึ้น

ประการที่สี่ ต้องมีองค์กรกลางเพื่อความโปร่งใสและเป็นธรรม ซึ่งต้องพิจารณาว่าองค์กรนี้จะประกอบไปด้วยหน่วยงานใดบ้าง และประกอบไปด้วยใครบ้าง เช่น กระทรวงสาธารณสุข แพทยสภา หรือองค์กรผู้บริโภค

ประการที่ห้า ควรหาแนวทางและความร่วมมือจากกระบวนการยุติธรรมสมานฉันท์ ซึ่ง ดร.กิตติพงษ์ กิตติยารักษ์ รองปลัดกระทรวงยุติธรรมได้ริเริ่มเรื่องกระบวนการยุติธรรมสมานฉันท์ ตั้งแต่ขณะดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมคุมประพฤติ เพราะกระบวนการยุติธรรมก็มีปัญหาเรื่องคดีค้างจำนวนมาก

สุดท้าย ผมเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขตั้งคณะกรรมการขึ้นมาดูแลเรื่องทั้งหมด และต้องทำงานอย่างต่อเนื่อง เอาจริง เป็นทั้งกระบวนการสังคมและสถาบันทางวิชาการ ผมเสนอให้มานิต รับเป็นเจ้าภาพ ส่วนคณะกรรมการอาจจะประกอบไปด้วย ตัวแทนผู้ป่วย องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค แพทยสภา กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม สมาคมนักข่าว นักหนังสือพิมพ์ อาจจะเข้ามาช่วยเรื่องการสื่อสาร แล้วมาพิจารณากันต่อว่า กลไกที่สร้างขึ้นนี้จะดำเนินการอย่างไร หากเป็นการทำงานร่วมกันได้ ปัญหาของทุกฝ่ายก็จะดีขึ้น

