

**การพัฒนาเกณฑ์การพิจารณาเพื่อการตัดสินใจ
และแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์
จากการให้บริการทางการแพทย์ที่สมควรได้รับการคุ้มครอง**

คณะนักวิจัย

ผศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์	เกษมบูรณ์
ผศ.ดร.ภญ.นุศราพร	เกษมบูรณ์
ศ.ดร.นพ.สุกสิทธิ์	พรรณารุโณทัย
รศ.นพ.อมร	เปรมกมล

**ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
31 สิงหาคม 2552**

บทคัดย่อ

การศึกษาเกณฑ์การพิจารณาเพื่อการตัดสินใจว่า เกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ที่สมควรได้รับการคุ้มครองหรือชดเชย และรูปแบบกระบวนการพิจารณาตัดสินใจ ตลอดจนแนวทางปฏิบัติอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพิจารณา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการทบทวนวรรณกรรมและสอบถามบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งดำเนินการตั้งแต่ 1 กันยายน 2551 ถึง 30 สิงหาคม 2552 ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. จากการทบทวนการทำงานภายใต้มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 พบว่าเหตุผลส่วนใหญ่ที่คณะกรรมการใช้ตัดสินใจ “จ่ายเงิน” คือ “เป็นเหตุสุดวิสัย” สำหรับเหตุผลส่วนใหญ่ที่คณะกรรมการใช้ตัดสินใจ “ไม่จ่ายเงิน” คือ “เป็นผลจากระบวนการของโรค” ซึ่งเป็นไปตามข้อบังคับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งระบุ “ช้อยกเว้น” ที่ไม่สามารถร้องขอเงินช่วยเหลือได้ นอกจากนี้ยังพบกรณีศึกษาที่แสดงถึงความไม่สอดคล้องในการตัดสินใจ

2. การพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์จากการรับบริการทางการแพทย์ที่สมควรได้รับการคุ้มครอง ผู้วิจัยได้พัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยขึ้นมาใหม่ โดยอิงจากการทบทวนประสบการณ์ของต่างประเทศและบทเรียนจากการดำเนินงานตาม มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และ “ลดความสำคัญ” ของประเด็นที่ว่า “กระบวนการรักษาพยาบาลไม่ได้มาตรฐาน บกพร่อง หรือละเลยไม่ทำสิ่งที่ควรทำ” ลง หลังจากนั้นให้แพทย์จำนวน 14 คน ทดลองนำเอาเกณฑ์ใหม่ไปใช้พิจารณาตัดสินกรณีผู้ป่วยที่ยื่นเรื่องขอรับการชดเชย จำนวน 85 ราย พบว่า ค่า Kappa = 0.42 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลางและยังไม่สูงเพียงพอตามเกณฑ์ของ Koch and Landis จึงสมควรมีการพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยต่อไป

3. ผลการสำรวจประสบการณ์การรับเรื่องร้องขอรับการชดเชยอันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาล ในปี 2551 ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป รวม 162 แห่ง พบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีโอกาสดูเรื่องมากกว่า โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยผู้ป่วยร้อยละ 43.10 เป็นหญิงตั้งครรภ์และคลอด ค่ามัธยฐานของจำนวนเงินที่เรียกร้องเท่ากับ 200,000 บาท ในขณะที่ค่ามัธยฐานของจำนวนเงินที่ได้รับเท่ากับ 100,000 บาท แหล่งเงินที่จ่ายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 49.0) คือ สปสช. รองลงมาคือ โรงพยาบาลที่เกิดเหตุ และพบว่ามีผู้ร้องร้อยละ 13.3 ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนมีการฟ้องศาลด้วย

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ควรเร่งปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัย และปรับปรุงองค์กรที่ทำหน้าที่พิจารณาตัดสิน

2. การพัฒนามาตรการดำเนินงานเพื่อบรรเทาปัญหา โดยให้ความสนใจเป็นพิเศษในเรื่องการดูแลผู้หญิงตั้งครรภ์และการคลอด และเร่งปรับปรุงระบบของ รพช. เพื่อรองรับปัญหา และกำหนดวงเงินการจ่ายชดเชยเป็นระบบมีเพดาน รวมทั้งจัดสรรเงินให้โรงพยาบาลจ่ายชดเชยเองในกรณีวงเงินน้อยกว่า 100,000 บาท นอกจากนี้ ควรศึกษารายละเอียดเหตุผลที่แท้จริงของการฟ้องศาล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือและสนับสนุนของบุคคลหลายฝ่าย ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สนับสนุนทุนวิจัย บุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูลทั้งในส่วนเอกสาร ผู้ป่วยและประชาชนที่เป็นเจ้าของข้อมูล

ขอขอบคุณผู้ช่วยนักวิจัย คุณรัตนา เอิบกิ่ง คุณสงบ เสริมนา และคุณจินตนา คลับแก้ว ที่ช่วยในการประสานงาน รวบรวมและบันทึกข้อมูล

ท้ายสุดนี้ ขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านทั้งที่เอ่ยนามและไม่ได้เอ่ยนามที่ให้การสนับสนุนและให้ข้อมูลมา ณ ที่นี้

คณะผู้วิจัย

สิงหาคม 2552

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1	
บทนำ	1
1. หลักการและเหตุผล	1
2. วัตถุประสงค์	2
3. ระยะเวลาดำเนินการ	2
4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ	2
บทที่ 2	
ทบทวนวรรณกรรม	3
1. เกณฑ์และกระบวนการวินิจฉัยความเสียหายๆ ที่สมควรได้รับการชดเชย	3
2. โอกาสการเกิดความเสียหายจากการรักษาพยาบาล “ที่สมควรได้รับการชดเชย”	4
3. ประสิทธิภาพของการจ่ายเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	5
4. บทเรียนจากกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียและนิวซีแลนด์	6
บทที่ 3	
ระเบียบวิธีวิจัย	8
1. วิธีการศึกษา	8
2. ข้อพิจารณาทางจริยธรรม	9
บทที่ 4	
ผลการศึกษา	10
1. ทบทวนการทำงานภายใต้มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ 2545	10
2. การพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์จากการรับบริการทางการแพทย์ ที่สมควรได้รับการคุ้มครอง	14
3. การศึกษาประสิทธิภาพของโรงพยาบาล เรื่อง การร้องขอรับการชดเชยความเสียหาย	16

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5	
สรุปผลการศึกษาในภาพรวมและข้อเสนอแนะ	25
1. การทบทวนการทำงานภายใต้มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติ	25
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545	
2. การพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์จากการรับบริการ	25
ทางการแพทย์ที่สมควรได้รับการคุ้มครอง	
3. การศึกษาประสบการณ์ของโรงพยาบาล เรื่อง การร้องขอรับการ	26
ชดเชยความเสียหาย	
4. ข้อเสนอแนะจากการศึกษา	26
เอกสารอ้างอิง	27
ภาคผนวก	
ภาคผนวก 1	
ผลวิเคราะห์ การดำเนินงานตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติ	29
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
ภาคผนวก 2	
การสำรวจประสบการณ์ของโรงพยาบาล เรื่อง การร้องขอรับการชดเชย	39
ความเสียหาย	

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	ค่าความสอดคล้อง (Kappa) ของการตัดสินใจโดยแพทย์หลายคน	3
ตารางที่ 2	อัตราการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากการศึกษาของประเทศต่างๆ	4
ตารางที่ 3	จำนวนคนและวงเงินที่ควรได้รับการชดเชยต่อปี	6
ตารางที่ 4	จำนวนผู้ได้รับการชดเชยและจำนวนการจ่ายเงินชดเชยต่อหัวประชากร ของประเทศนิวซีแลนด์และกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียระหว่างปี ค.ศ. 1992 – 2003	6
ตารางที่ 5	เหตุผลประกอบการตัดสินใจ	10
ตารางที่ 6	เหตุผลประกอบการตัดสินใจ “ไม่จ่ายเงิน”	12
ตารางที่ 7	กรณีตัวอย่างที่ควรมีการจ่ายชดเชย	14
ตารางที่ 8	ผลความสอดคล้องคล่องการวินิจฉัย	16
ตารางที่ 9	จำนวนโรงพยาบาลที่มีการร้องฯ ในหนึ่งปีที่ผ่านมา	16
ตารางที่ 10	จำนวนโรงพยาบาลที่มีการร้องฯ แยกเป็นโรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	17
ตารางที่ 11	จำนวนผู้ร้องฯต่อปี	17
ตารางที่ 12	ประเภทการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	18
ตารางที่ 13	ช่วงอายุของผู้ป่วย	18
ตารางที่ 14	จำนวนเงินที่เรียกร้อง	19
ตารางที่ 15	ค่ากลางและการกระจายของจำนวนเงินที่เรียกร้อง	20
ตารางที่ 16	จำนวนเงินที่เรียกร้องจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล	20
ตารางที่ 17	ความถี่และร้อยละของจำนวนเงินที่ได้รับ	21
ตารางที่ 18	ค่าเฉลี่ยของจำนวนเงินที่ได้รับ	22
ตารางที่ 19	แหล่งเงินที่จ่ายให้ผู้ป่วย	22
ตารางที่ 20	จำนวนเงินที่จ่าย จำแนกตามประเภทแหล่งเงินที่จ่าย	22
ตารางที่ 21	จำนวนรายที่ฟ้องศาล จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล	23
ตารางที่ 22	สถานบริการแห่งแรก	29
ตารางที่ 23	สถานบริการแห่งที่สอง	30
ตารางที่ 24	สถานบริการแห่งที่สาม	31

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 25	สถานบริการแห่งที่สี่ 31
ตารางที่ 26	สถานบริการแห่งที่ห้า 32
ตารางที่ 27	สถานบริการแห่งที่หก 32
ตารางที่ 28	ประเภทการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง 32
ตารางที่ 29	ลักษณะความเสียหายที่เกิดกับกลุ่มตัวอย่าง 33
ตารางที่ 30	เหตุผลประกอบการตัดสินใจ 33
ตารางที่ 31	สถานบริการแห่งแรก 34
ตารางที่ 32	สถานบริการแห่งที่สอง 35
ตารางที่ 33	สถานบริการแห่งที่สาม 35
ตารางที่ 34	สถานบริการแห่งที่สี่ 36
ตารางที่ 35	สถานบริการแห่งที่ห้า 36
ตารางที่ 36	สถานบริการแห่งที่หก 36
ตารางที่ 37	สถานบริการแห่งที่เจ็ด 36
ตารางที่ 38	สถานบริการแห่งที่แปด 36
ตารางที่ 39	ประเภทการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง 37
ตารางที่ 40	ลักษณะความเสียหายที่เกิดกับกลุ่มตัวอย่าง 37
ตารางที่ 41	เหตุผลประกอบการตัดสินใจ 38
ตารางที่ 42	รายชื่อจังหวัดที่ตอบแบบสอบถามประสบการณ์ของโรงพยาบาล เรื่อง การร้องขอรับการชดเชยความเสียหาย 39

บทที่ 1

บทนำ

1. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันสังคมไทยมีความตื่นตัวในเรื่องปัญหาภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เพราะเริ่มมีการฟ้องศาลเพื่อเรียกร้องให้มีการชดเชยความเสียหาย และสื่อมวลชนเผยแพร่ข่าวนี้กันอย่างกว้างขวาง มีความตระหนักกันว่า ปัญหานี้อาจจะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ รุนแรง เช่น เกิดวิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การทำเวชปฏิบัติที่เน้นปกป้องตนเอง เป็นต้น

สังคมไทย จำเป็นต้องหาทางพัฒนากลไกต่างๆ เพื่อยับยั้งหรือผ่อนคลายความตึงเครียดเชิงระบบดังกล่าวอย่างเร่งด่วน กลไกอันหนึ่งกำลังมีการผลักดันให้เกิดขึ้นคือ การออกพระราชบัญญัติกองทุนชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ

แต่การพัฒนาของสังคมที่ใช้ได้ผลและไม่ก่อให้เกิดปัญหาใหม่ จำเป็นต้องสร้างความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ทั้งแนวคิดและแนวกว้าง มีการสังเคราะห์บทเรียนจากทั้งของต่างประเทศและประเทศไทยเอง

ระบบการชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วยของประเทศไทย สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงในการออกแบบ ได้แก่ 1. ประสิทธิภาพหรือคุณค่าพื้นฐานและวัตถุประสงค์หลักของระบบที่สอดคล้องกับปรัชญาพื้นฐาน 2. คุณลักษณะขององค์กรที่รับผิดชอบ 3. แหล่งที่มาของเงิน 4. เกณฑ์การจ่ายเงินชดเชย 5. กระบวนการพิจารณาตัดสิน 6. สิทธิการฟ้องร้องผู้ให้บริการต่อศาลของผู้ได้รับการชดเชย 7. ความจำเป็นของระบบการประเมินจากภายนอก ทั้งหมดนี้ต้องตอบสนองต่อวัตถุประสงค์โดยรวมของระบบสี่ประการ ได้แก่ ความเป็นธรรม คุณภาพ ประสิทธิภาพ และการรับผิดชอบต่อสังคมของระบบ สังคมไทยจึงควรมีระบบการชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วยที่ดีและครอบคลุมกว้างขวางมากขึ้น (ปีตพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2552)

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้เพื่อรองรับการร่างและออกพระราชบัญญัติกองทุนชดเชยผู้ป่วยที่ได้รับการชดเชยความเสียหายจากการรักษาพยาบาลดังกล่าว โดยเน้นศึกษาประเด็นสำคัญ คือ การพัฒนาเกณฑ์และกระบวนการวินิจฉัยความเสียหายจากการรักษาพยาบาลที่สมควรได้รับการชดเชย

ผลลัพธ์จากการศึกษาข้างต้นจะถูกนำไปใช้ในการศึกษาขั้นต่อมา คือ การประมาณการณ์โอกาสเกิดความเสียหายจากการรักษาพยาบาลที่สมควรได้รับการชดเชย ประเภทต่างๆ การคำนวณมูลค่าความเสียหาย การคำนวณขนาดของกองทุน การคำนวณอัตราการจ่ายสมทบของสถานพยาบาล และการนำผลการศึกษาทั้งหมดไปจัดกระบวนการปรึกษาหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อไป

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษา 1. เกณฑ์การพิจารณาเพื่อการตัดสินใจว่า เกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ที่สมควรได้รับการคุ้มครองหรือชดเชย

2. รูปแบบกระบวนการพิจารณาตัดสินใจ และแนวทางปฏิบัติอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพิจารณาดังกล่าว (เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติตามเนื้อหาของร่าง พรบ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ ในมาตราที่ 5, 6 และ 7)

3. ระยะเวลาดำเนินการ กันยายน 2551 - สิงหาคม 2552

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

รายงานการศึกษาวิจัย 1 ฉบับ ที่ตอบวัตถุประสงค์การศึกษา ได้แก่ เกณฑ์การพิจารณาที่เหมาะสม เพื่อการตัดสินใจว่า เกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ที่สมควรได้รับการคุ้มครองหรือชดเชย และกระบวนการวิธีการพิจารณาตัดสินใจ (เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติตามเนื้อหาของร่าง พรบ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ ในมาตราที่ 5, 6 และ 7)

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

1. เกณฑ์และกระบวนการวินิจฉัยความเสียหายฯ ที่สมควรได้รับการชดเชย

เกณฑ์และกระบวนการวินิจฉัยความเสียหายฯ ที่สมควรได้รับการชดเชย เป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบที่สำคัญ สมควรมีการทำความเข้าใจและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ประโยชน์ทั้งในการเฝ้าระวัง การป้องกันปัญหา และใช้ในกระบวนการพิจารณาชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วยหรือญาติ

บทเรียนในเรื่องนี้ของหลายประเทศพบว่า มีปัญหาในการวินิจฉัยค่อนข้างมาก

จากการศึกษาของปีตพงษ์ เกษสมบูรณ์และคณะ (2549) พบว่า การใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามนิยามที่พัฒนาโดยคณะนักวิจัยแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดⁱ มีค่าความเชื่อมั่น (วัดโดยค่าความสอดคล้องของการตัดสินใจโดยแพทย์หลายคน ที่ตัดเรื่องความสอดคล้องโดยบังเอิญออกแล้ว - kappa statistic) เพียงแค่ระดับต่ำถึงปานกลาง และการศึกษาโดยคณะนักวิจัยจากประเทศอื่นๆ และของประเทศไทยที่ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยเดียวกันนี้ ก็ได้ผลคล้ายกัน^{ii iii iv v vi vii} ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความสอดคล้อง (Kappa) ของการตัดสินใจโดยแพทย์หลายคน

	Kappa ของการวินิจฉัยว่า เกิดภาวะไม่พึงประสงค์	Kappa ของการวินิจฉัยว่า ภาวะ ไม่พึงประสงค์นั้น “ป้องกันได้”
คณะนักวิจัยฮาร์วาร์ด (Brenen TA et al.,1989 ; Thomas FJ et al.,2002)	0.41 – 0.57	0.19 – 0.24
องค์การทหารผ่านศึก (Hofer TP et al.,2000)	0.36 – 0.40	n.a.
คณะนักวิจัยออสเตรเลีย (Wilson RM et al.,1995)	0.55	0.33
คณะนักวิจัยแคนาดา (Forster AJ et al.,2004)	0.61	0.44
คณะนักวิจัยฝรั่งเศส (Michel P et al.,2004)	0.34 – 0.39	n.a.
คณะนักวิจัยประเทศไทย (Kessomboon et al., 2005)	0.34	0.27

ทั้งนี้ สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการกำหนดวัตถุประสงค์และค่านิยม ของการศึกษาดังกล่าว ไม่ได้ระบุอย่างชัดเจนว่า เพื่อศึกษาภาวะไม่พึงประสงค์หรือความเสียหายฯ “ที่สมควรได้รับการชดเชย” จึงทำให้ผู้ตัดสินใจให้คำวินิจฉัยว่า เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ขึ้นหรือไม่ แตกต่างกันไปตาม ดังจะได้ขยายความในเรื่องนี้ต่อไป

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยที่ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจำเพาะที่ ภาวะไม่พึงประสงค์หรือความเสียหายฯ “ที่สมควรได้รับการชดเชย”

2. โอกาสการเกิดความเสียหายจากการรักษาพยาบาล “ที่สมควรได้รับการชดเชย”

การศึกษาเรื่องการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ (Adverse events, AE) ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยคณะวิจัยจากมหาวิทยาลัย ฮาร์วาร์ด^{viii ix} ได้ กระตุ้นให้มีการศึกษาแบบเดียวกันในประเทศต่างๆ อย่างกว้างขวาง เช่น ประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ ไทย ฝรั่งเศส แคนาดา และนิวซีแลนด์^{x xi xii xiii xiv xv}

จากการศึกษาข้างต้น พบว่าอัตราการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล มีพิสัยค่อนข้างกว้าง คือ เกิดขึ้นตั้งแต่ ร้อยละ 3.7 ไปจนถึงร้อยละ 16.6 ของการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อัตราการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากการศึกษาของประเทศต่างๆ

คณะนักวิจัย	AE (%)	AE เกิดจาก Error หรือ Negligent หรือ Preventable AE (% ของ AE)	ตายจาก AE (% ของ AE)
มหาวิทยาลัย ฮาร์วาร์ด, USA (Brennan TA, 1991)	3.7	27.6	13.6
ประเทศออสเตรเลีย (Wilson RM, 1995)	16.6	51	4.9
ประเทศสหราชอาณาจักร (Vincent C, 2001)	10.8	48	8
ประเทศไทย (การศึกษานำร่องโดย ปัดพงษ์ และคณะ, 2546)	9.1	71.4	11.4
ประเทศฝรั่งเศส (Michel P, 2004)	15.4	6.4	n.a.
ประเทศแคนาดา (หลัง discharge) (Foster AJ, 2004)	23	12	3

อาจจะอธิบายความแตกต่างดังกล่าวได้ว่า น่าจะเกิดจากความแตกต่างของคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ของแต่ละประเทศ หรือเป็นเพราะวิธีการวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์ที่แตกต่างกัน

การศึกษาเปรียบเทียบผลการศึกษาสองประเทศที่ใช้วิธีเดียวกันของคณะนักวิจัยแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด คือการศึกษาในประเทศออสเตรเลียกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า มีการตีความคำนิยามภาวะไม่พึงประสงค์แตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อลองวิเคราะห์ใหม่ กลับพบว่า อัตราการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ในประเทศออสเตรเลีย ลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 10.6 (จากเดิม ร้อยละ 16.6)^{xvi} แต่ก็ยังนับว่าสูง

ทั้งนี้ สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการกำหนดวัตถุประสงค์และคำนิยาม ของการศึกษาดังกล่าว ไม่ได้ระบุอย่างชัดเจนว่า เพื่อศึกษาภาวะไม่พึงประสงค์หรือความเสียหายฯ “ที่สมควรได้รับการชดเชย” จึงทำให้ผู้ตัดสินใจให้คำวินิจฉัยว่า เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ขึ้นหรือไม่ แตกต่างกันไปมาก

โดยคณะนักวิจัยแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด กำหนดคำนิยามไว้ว่า

ภาวะที่ไม่พึงประสงค์ หมายถึง “การบาดเจ็บหรือความพิการที่ไม่คาดหวังซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการให้บริการทางการแพทย์ โดยไม่ได้เกิดจากกระบวนการตามธรรมชาติของภาวะของโรคที่ผู้ป่วยเป็น และมีผลทำให้ยืดยาวระยะเวลาการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล”

การสามารถป้องกันได้ หมายถึง “ประเภทหรือคุณลักษณะของภาวะที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งสามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ หากปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการในขณะนั้น”

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยที่ชัดเจนขึ้นมาใหม่ โดยเน้นจำเพาะที่ภาวะไม่พึงประสงค์หรือความเสียหายฯ “ที่สมควรได้รับการชดเชย”

3. ประสิทธิภาพของการจ่ายเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แม้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 จะมีบทบัญญัติในมาตรา 41 ที่ให้ผู้ที่ได้รับความเสียหายอันเกิดจากการดูแลรักษา มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุนเพื่อเยียวยาความเสียหายเบื้องต้น^{xvi} ต้องถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี แต่ก็ยังไม่เพียงพอ ยังไม่สามารถสร้างระบบที่เป็นธรรมได้ เพราะคุ้มครองเฉพาะผู้ป่วยภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น วงเงินชดเชยก็ค่อนข้างน้อย เพื่อเปรียบเทียบกับความสูญเสียของผู้ป่วย สถิติจำนวนผู้ได้รับการชดเชยก็ยังน้อย มีเพียงจำนวนเฉลี่ย 270 รายต่อปี และมียอดการจ่ายชดเชยเฉลี่ยต่อรายเพียง 99,925 บาทเท่านั้น^{xvii}

รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์และคณะ^{xviii} ได้วิเคราะห์สถิติจำนวนผู้ได้รับการชดเชยใหม่ เพื่อคาดการณ์จำนวนผู้ที่ควรได้รับการชดเชยและวงเงินค่าชดเชยต่อปี โดยใช้วิธีการเฉลี่ยแบบขั้นบันได ตามประเภทความเสียหาย 3 ประเภท โดยยังคงใช้อัตราการจ่ายชดเชยแบบเดิม ได้ผลดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนคนและวงเงินที่ควรได้รับการชดเชยต่อปี

ผู้ได้รับความเสียหาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ	เฉลี่ย (บาทต่อคน)	รวม (ล้านบาท)
1. บาดเจ็บ/ เจ็บป่วยต่อเนื่อง	112	25	40,660	4.6
2. สูญเสียอวัยวะ/ พิการ	80	18	98,000	7.8
3. เสียชีวิต/ ทุพพลภาพถาวร	254	57	162,800	41.2
รวม	446	100	120,504	53.6

อย่างไรก็ตาม อัตราการเกิดความเสียหายและอัตราการได้รับการชดเชยข้างต้น น่าจะยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็นอีกมาก เมื่อพิจารณาถึงสถิติของประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวีย และจากการศึกษาระบาดวิทยาภาวะไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ของประเทศต่างๆ

และเชื่อได้ว่า หากมีกองทุนชดเชยความเสียหายเกิดขึ้น วงเงินจ่ายชดเชยที่สูงขึ้น และไม่มีอุปสรรคหรือต้นทุนการร้องขอชดเชย ย่อมทำให้อัตราการเรียกร้องขอเงินชดเชยจะเพิ่มสูงขึ้นกว่านี้อย่างมาก

4. บทเรียนจากกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียและนิวซีแลนด์

ประเทศนิวซีแลนด์และกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย มีการดำเนินงานในเรื่องกองทุนชดเชยความเสียหายจากการรักษาพยาบาลมานาน บทเรียนเกี่ยวกับจำนวนผู้ที่ได้รับการชดเชยและอัตราค่าชดเชยต่อหัวประชากร เป็นดังนี้

ตาราง 4 จำนวนผู้ได้รับการชดเชยและจำนวนการจ่ายเงินชดเชยต่อหัวประชากรของประเทศนิวซีแลนด์และกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียระหว่างปี ค.ศ. 1992 – 2003

	นิวซีแลนด์	นอร์เวย์	สวีเดน	ฟินแลนด์	เดนมาร์ก
จำนวนรายที่ได้รับการชดเชยต่อปี	1,750	2,332	9,156	7,548	3,414
อัตราการได้รับการชดเชยต่อประชากร	0.05%	0.05%	0.1%	0.1%	0.06%
ค่าชดเชยเฉลี่ยต่อประชากร (ยูโรต่อล้าน)	2	7.2	3.9	4.6	4.7

ที่มา : Dute, et al.2004 อ้างใน^{xix}

จะสังเกตได้ว่าประเทศนอร์เวย์จ่ายต่อหัวประชากรมากกว่าประเทศอื่น หรือเท่ากับ 7.2 ยูโรต่อหัวประชากร หรือคิดเป็นร้อยละ 3 ของค่าใช้จ่ายรวมด้านบริการสุขภาพ^{xix} เนื่องจากมีการคำนวณตามความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จริงของบุคคล และไม่มีเพดานของวงเงินการจ่าย

ข้อสังเกตอีกประการที่น่าสนใจ คือ ประเทศนอร์เวย์ เดนมาร์ก และนิวซีแลนด์ พบว่ามีจำนวนคนที่ได้รับการชดเชย คิดจากอัตราการได้รับการชดเชย เพียงประมาณครึ่งเดียวเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราของประเทศสวีเดนและฟินแลนด์ (ร้อยละ 0.05 กับ 0.1) มีสมมติฐานว่าส่วนหนึ่งน่าจะสัมพันธ์กับโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุข ที่สามประเทศแรกมีระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งกว่าสองประเทศหลัง^{xx}

แต่หากใช้ตัวเลขของ 5 ประเทศข้างต้น มาคำนวณใหม่โดยคิดเป็นค่าเฉลี่ย จะได้ว่า อัตราการได้รับการชดเชย เท่ากับ ร้อยละ 0.072 ต่อประชากร ต่อปี และค่าชดเชย เท่ากับ 4.48 ยูโรคอลลาร์ต่อประชากร ต่อปี

และถ้านำอัตรานี้มาใช้กับประเทศไทย ซึ่งมีประชากร 64 ล้านคน จะได้ว่า มีจำนวนผู้ที่ควรจะได้รับชดเชย เท่ากับประมาณ 46,080 รายต่อปี และเงินค่าชดเชยจะมีค่าประมาณ 13,760 ล้านบาทต่อปี (คิดที่อัตราแลกเปลี่ยน ณ ปัจจุบันปี 2551 ที่ 1 ยูโรเท่ากับ 48 บาท)

แต่เนื่องจากค่าครองชีพในยุโรปสูงกว่าประเทศไทย หากคำนวณใหม่ โดยใช้ค่า Purchasing Power parity (PPP) เท่ากับประมาณ ร้อยละ 15 (ค่าอาหารต่อมื้อของยุโรปประมาณ 400 – 600 บาท) ดังนั้นวงเงินค่าชดเชยของไทยทั้งหมดจะเท่ากับ 2,064 ล้านบาท (ร้อยละ 15 ของ 13,760) หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 2 ของงบประมาณ UC ซึ่งนับว่าสูงกว่าที่จ่ายอยู่ตาม มาตรา 41 ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพฯ ในปัจจุบันมาก เพราะจ่ายเพียง ปีละประมาณ 54 ล้านบาท (ยังใช้น้อยกว่าวงเงินที่กำหนดไว้ตาม ม.41 เท่ากับร้อยละ 1 ของงบ UC ทั้งหมดมาก)

แต่หากคำนวณจากอัตราการได้รับการชดเชยต่ำสุด ที่ร้อยละ 0.05 ของประชากรและเงินชดเชยต่ำสุด เท่ากับ 2 ยูโรต่อประชากร (นิวซีแลนด์) จะได้ว่า จะมีจำนวนผู้ที่ควรจะได้รับชดเชย เท่ากับประมาณ 32,000 รายต่อปี และเงินค่าชดเชย (ที่ปรับค่าครองชีพเป็นร้อยละ 15 แล้ว) จะมีค่าประมาณ 920 ล้านบาทต่อปีหรือคิดเป็นร้อยละ 0.9 ของงบประมาณ UC

การศึกษาเพื่อ คำนวณให้แม่นยำ จึงมีความจำเป็นมาก เพื่อวางแผนการจัดหางบประมาณของกองทุนที่เพียงพอ

การศึกษาโอกาสการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือความเสียหายฯ “ที่สมควรได้รับการชดเชย” เมื่อใช้เกณฑ์การวินิจฉัยดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อใช้เป็นเกณฑ์พื้นฐานสำหรับการศึกษาในขั้นต่อไป คือ อัตราการชดเชยที่เหมาะสม อัตราการเก็บเบี้ยประกัน ขนาดของกองทุนการชดเชยที่เหมาะสม การจัดองค์กรที่สามารถพิจารณาคำร้องขอการชดเชย ประมาณมากกว่า 60,000 รายต่อปี (ประมาณสองเท่าของคนที่จะได้รับการชดเชย) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

1. วิธีการศึกษา

1. การศึกษาเกณฑ์การพิจารณาเพื่อการตัดสินใจว่า เกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ที่สมควรได้รับการคุ้มครองหรือชดเชย

- 1.1 ทบทวนองค์ความรู้และประสบการณ์ของต่างประเทศและของไทย ได้แก่ กรณีที่ได้รับและไม่ได้ รับการชดเชย ตาม มาตรา 41 ของไทย กรณีที่ได้รับและไม่ได้ รับ ตามเกณฑ์ของ ต่างประเทศ
- 1.2 ร่างต้นแบบ เกณฑ์ที่ควรใช้ในประเทศไทย พร้อมกรณีตัวอย่างกรณีผู้ป่วย
- 1.3 จัดประชุมตัวแทนผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 1 รอบ เพื่อพิจารณาเกณฑ์ ในข้อ 1.2 (กิจกรรมนี้ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากค่า Kappa ที่ได้จากการทดลองใช้เกณฑ์เบื้องต้นมี ค่าเพียง 0.42 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลางและยังไม่สูงเพียงพอตามเกณฑ์ของ Koch and Landis)
- 1.4 ศึกษาประสบการณ์ของโรงพยาบาล เรื่อง การร้องขอรับการชดเชยความเสียหาย โดยการสำรวจ ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยและการ ตัดสินใจของคณะกรรมการฯที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (กิจกรรมนี้ไม่ได้ระบุใน TOR) ดำเนิน การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 170 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 20 ของโรงพยาบาล ชุมชนทั้งหมด และ โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ จำนวน 60 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60 ของโรงพยาบาล ทั่วไป/ศูนย์ ทั้งหมด คณะผู้วิจัยได้รับการตอบกลับจากกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 111 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ จำนวน 51 แห่ง คิดเป็นสัดส่วนการตอบกลับ เท่ากับ ร้อย ละ 70 โดยประมาณ

2. ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ ไม่ได้นำเสนอข้อมูลที่จะบ่งชี้เป็นรายบุคคล หรือ รายสถานบริการ โดยมีการ ป้องกันปัญหาทางจริยธรรมที่อาจจะเกิดขึ้น ดังนี้

1. การป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยหรือครอบครัว

1.1 การปกปิดในขั้นตอนการวิจัย จะมีการปกปิดชื่อ นามสกุล ที่อยู่ และหมายเลขประจำตัว ผู้ป่วย และญาติ ที่อาจปรากฏในบันทึก

1.2 การปกปิดในขั้นตอนการวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย กระทำโดยการเสนอผล การศึกษาเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุหรือแสดงผลที่เจาะจงเป็นรายบุคคล

2. การป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นต่อผู้ให้บริการและสถานบริการ

2.1 การปกปิดในขั้นตอนการวิจัย จะมีการปกปิดชื่อ นามสกุล รหัสประจำตัวของผู้ให้บริการ ชื่อและที่อยู่ของสถานบริการ ที่ปรากฏในบันทึก

2.2 การปกปิดในขั้นตอนการวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย กระทำโดยการเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุหรือแสดงผลที่เจาะจงเป็นรายบุคคล หรือ รายสถานบริการ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

จากการศึกษาการพัฒนาเกณฑ์การพิจารณาเพื่อการตัดสินใจ และแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์จากการรับบริการทางการแพทย์ที่สมควรได้รับการคุ้มครอง ผลการศึกษานำเสนอตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ทบทวนกระบวนการทำงานภายใต้มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545

ตอนที่ 2 การพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์จากการรับบริการทางการแพทย์ที่สมควรได้รับการคุ้มครอง

ตอนที่ 3 การศึกษาประสบการณ์ของโรงพยาบาล เรื่อง การร้องขอรับการชดเชยความเสียหาย

ตอนที่ 1 ทบทวนการทำงานภายใต้มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลผลการพิจารณาของคณะกรรมการตัดสินใจ ให้ “จ่ายเงิน” และ “ไม่จ่าย” ตามมาตรา 41 จำนวนรวม 1,276 ราย แยกเป็น ตัดสิน “จ่ายเงิน” 1,049 ราย และ “ไม่จ่าย” 227 ราย ได้ผลดังนี้

1. เหตุผลส่วนใหญ่ที่คณะกรรมการใช้ตัดสิน “จ่ายเงิน” คือ “เป็นเหตุสุดวิสัย”

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการพิจารณาของคณะกรรมการฯ ให้ “จ่ายเงิน” จำนวน 1,049 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เกิดขึ้นเนื่องจาก “เป็นเหตุสุดวิสัย” คิดเป็นร้อยละ 76.5 (803 จาก 1049 ราย) รองลงมาคือ เป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 41.1 เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน แบ่งเบาความทุกข์ยากลำบากของผู้ป่วยหรือครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 38.6 เป็นผลจากความบกพร่อง/ผิดพลาด/ไม่ได้มาตรฐานของการดูแลรักษา คิดเป็นร้อยละ 27.1 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 5 เหตุผลประกอบการตัดสินใจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เหตุผลประกอบการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ (แต่ละเหตุผลคำนวณจากจำนวนรวม 1049 ราย)
เป็นเหตุสุดวิสัย	803	76.5
เป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล	431	41.1
เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน แบ่งเบาความทุกข์ยากลำบากของผู้ป่วยหรือครอบครัว	405	38.6

เป็นผลจากความบกพร่อง/ผิดพลาด/ ไม่ได้มาตรฐานของการดูแลรักษา	284	27.1
---	-----	------

อภิปราย

เหตุผลที่คณะกรรมการตัดสินข้างต้น มีการใช้เหตุผลที่มีความคลุมเครือและมีความเป็นไทย ก่อนข้างสูง สังเกตได้จาก เหตุผลสองข้อที่ระบุว่า “เป็นเหตุสุดวิสัย” และ “เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน แบ่งเบาความทุกข์ยากลำบากของผู้ป่วยหรือครอบครัว” ซึ่งมีทั้งเป็น “เหตุผลเดียว” หรือ “เหตุผลประกอบเหตุผลอื่นๆ” ในการวินิจฉัยแต่ละครั้ง

“เป็นเหตุสุดวิสัย” ให้ความหมายไปในทางที่ว่า เหตุการณ์นั้นไม่น่าจะหลีกเลี่ยงได้ พยายาม เต็มที่แล้วแต่ความเสียหายก็อาจจะเกิดขึ้น มีปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้

แต่ถ้าใช้เหตุผลนี้ ตามความหมายข้างต้น น่าจะใช้เป็นเหตุผลเพื่อการตัดสินว่า “ไม่จ่าย” น่าจะ เหมาะสมกว่า

“เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน แบ่งเบาความทุกข์ยากลำบากของผู้ป่วยหรือครอบครัว” แสดงถึง คุณค่าเรื่องความเมตตากรุณาที่สังคมไทยยึดถือตามหลักพุทธศาสนา และสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มุ่งให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย

“เป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล” การให้เหตุผลเพียงเท่านี้ไม่น่าจะเพียงพอ ที่จะ จ่ายเงิน ถ้ายึดตามเกณฑ์ว่า ต้องเป็นการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานจึงจะจ่าย

ทั้งนี้จะเป็นเพราะสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้อิสระแก่กรรมการในการตัดสิน อยู่ในระดับหนึ่งและไม่ได้ระบุแจกแจงความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลนั้นว่าคือกรณีใดบ้าง แต่ระบุในข้อบังคับออกมาเป็น “ช้อยกเว้น” ที่ไม่สามารถร้องขอเงินช่วยเหลือได้ ได้แก่ ถ้าความเสียหายนั้น 1. ดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค 2. เป็นเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการวินิจฉัย ตามปกติ และ 3. เป็นเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการรักษาโรคตามมาตรฐาน

ซึ่งหากจะปฏิบัติตามเกณฑ์ในข้อบังคับข้างต้นอย่างเคร่งครัด คำตัดสินของคณะกรรมการน่าจะ มีเพียง “จ่ายเงิน” ด้วยเหตุผลว่าเป็นเพราะ ผู้ป่วยเสียหาย และความเสียหายนั้น “ไม่ได้” เกิดจาก ช้อยกเว้นที่ 3 ข้างต้น

ทั้งนี้ส่วนหนึ่งน่าจะเนื่องจากความยากลำบากในการตัดสินภาวะเช่นนี้ เพราะเป็นการตัดสิน เหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความเสียหายอยู่แล้ว ต้องใช้ความรู้ทางการแพทย์ที่ มีความซับซ้อนและไม่แน่นอนสูง (เช่นอะไรคือการรักษาตามมาตรฐาน) และการมีข้อมูลที่จำกัด เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

ในประเทศนิวซีแลนด์ พยายามพัฒนาเกณฑ์ให้เหลือเพียง “เป็นความเสียหายจากการ รักษาพยาบาลที่หลีกเลี่ยงได้ยากและไม่ได้เป็นผลจากกระบวนการของโรค” โดยให้ความสำคัญกับ คำ ว่าการรักษาที่มีมาตรฐาน น้อยลง

2. เหตุผลส่วนใหญ่ที่คณะกรรมการใช้ตัดสิน “ไม่จ่ายเงิน” คือ “เป็นผลจากระบวนการของโรค”

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการพิจารณาของคณะกรรมการฯ ว่า “ไม่จ่ายเงิน” จำนวน 227 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เป็นผลจากระบวนการของโรค คิดเป็นร้อยละ 61.6 (143 จาก 227 ราย) รองลงมาคือ การดูแลรักษาได้มาตรฐานแล้ว คิดเป็นร้อยละ 43.1 และเป็นผลมาจากการรักษาพยาบาล ซึ่งเกิดขึ้นก่อนวันที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงไม่ได้รับเงิน คิดเป็นร้อยละ 6.5 และ เป็นเหตุสุดวิสัย คิดเป็นร้อยละ 3 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 6 เหตุผลประกอบการตัดสิน “ไม่จ่ายเงิน” (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ประเภทผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ (แต่ละเหตุผลคำนวณจากจำนวนรวม 227 ราย)
เป็นผลจากระบวนการของโรค	143	61.6
การดูแลรักษาได้มาตรฐานแล้ว	100	43.1
ผลมาจากการรักษาพยาบาลซึ่งเกิดขึ้นก่อนวันที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงไม่ได้รับเงิน	15	6.5
เป็นเหตุสุดวิสัย	7	3.0

อภิปราย

เหตุผลประกอบคำตัดสิน ส่วนใหญ่ เป็นไปตามข้อบังคับ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ระบุ “ข้อยกเว้น” ที่ไม่สามารถร้องขอเงินช่วยเหลือได้ ดังนี้ ถ้าความเสียหายนั้น 1. ดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค 2. เป็นเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการวินิจฉัยตามปกติ และ 3. เป็นเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการรักษาโรคตามมาตรฐาน

แต่เป็นที่น่าสนใจมากคือ การให้เหตุผลว่า “เป็นเหตุสุดวิสัย” คิดเป็นร้อยละ 3 นั้น เป็นเหตุผลเดียวกันกับการให้ในการพิจารณา “จ่ายเงิน” ในข้อ 1 ข้างต้น ซึ่งที่จริงแล้วเหตุผลนี้ น่าจะเป็นเหตุผลหลักในการ “ไม่จ่าย” หากเราให้ความหมายของคำนี้ว่า เหตุการณ์นั้นไม่น่าจะหลีกเลี่ยงได้ พยายามเต็มที่แล้วแต่ความเสียหายก็อาจจะเกิดขึ้น มีปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้

3. มีกรณีศึกษาที่แสดงถึงความไม่สอดคล้องในการตัดสินว่า “จ่ายเงิน” หรือ “ไม่จ่ายเงิน”

ผู้ป่วยที่ทำหมันแล้วตั้งครรภ์ 40 รายที่ได้รับเงิน แต่มีผู้ป่วยจำนวน 7 รายที่เกิดปัญหาเดียวกัน แต่ไม่ได้รับเงิน

กรณีศึกษาข้างต้น เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งที่แสดงถึงปัญหาความไม่สม่ำเสมอหรือไม่มีความมาตรฐานในการวินิจฉัยเพื่อตัดสินใจการจ่ายเงิน

สรุปข้อค้นพบในการศึกษาตอนที่ 1

พบปัญหาความไม่สม่ำเสมอหรือไม่มีความมาตรฐานในการวินิจฉัยเพื่อตัดสินใจการจ่ายเงิน รวมถึงเหตุผลที่คณะกรรมการใช้ในการตัดสินใจที่ยังมีความคลุมเครือ ภาวะความเสียหายแบบเดียวกันอาจจะถูกตัดสินว่า “จ่าย” หรือ “ไม่จ่าย” ซึ่งน่าจะนำไปสู่ปัญหาความไม่เป็นธรรม และหากผู้ป่วยรู้สึกเช่นนี้ ย่อมนำไปสู่การฟ้องร้องดำเนินคดีในศาล

ทั้งนี้ส่วนหนึ่งน่าจะเนื่องจากการตัดสินใจภาวะเช่นนี้มีความยากลำบากจริงๆ เพราะเป็นการตัดสินใจเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความเสียหายอยู่แล้ว ต้องใช้ความรู้ทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนและไม่แน่นอนสูง (เช่นอะไรคือการรักษาตามมาตรฐาน) และการมีข้อมูลที่จำกัดเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

อีกเหตุผลหนึ่ง น่าจะเกิดจากระบบการพิจารณาตัดสิน ที่ให้มีคณะกรรมการในระดับจังหวัด ทุกจังหวัดทำหน้าที่นี้ องค์ประกอบของคณะกรรมการมาจากระบบตัวแทนฝ่ายต่างๆ ที่มีการเป็นตัวเป็นระยะๆ ย่อมทำให้การพิจารณาตัดสินมีความหลากหลายของมาตรฐานหรือเกณฑ์ที่ใช้สูง

แนวทางการแก้ปัญหา ที่ควรมีคือ

1. ปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัย

ที่เน้นเพียง“เป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาลที่หลีกเลี่ยงได้ยากและไม่ได้เป็นผลจากกระบวนการของโรค” โดยให้ความสำคัญกับ คำว่าการรักษาที่มีมาตรฐาน น้อยลง

สร้างกรณีตัวอย่างคำตัดสิน “จ่าย” หรือ “ไม่จ่าย” ในอดีต เพื่อการอธิบายเกณฑ์การวินิจฉัย และเพื่อใช้อ้างอิงเป็นมาตรฐานในการตัดสินครั้งต่อๆมา เหมือนระบบการตัดสินคดีในศาล

2. ปรับปรุงองค์กรหรือคณะกรรมการที่ทำหน้าที่พิจารณาตัดสิน

ให้มีความหลากหลายของผู้ทำหน้าที่นี้น้อยลง โดยอาจจะตั้งคณะกรรมการระดับเขตแทนระดับจังหวัด ให้มีคณะทำงานหรือผู้ปฏิบัติงานเต็มเวลา ทำหน้าที่เตรียมข้อมูลหลักฐานและการวินิจฉัยเบื้องต้นนำเข้าสู่คณะกรรมการ มีการทำงานอย่างต่อเนื่องจนสะสมประสบการณ์มีความเชี่ยวชาญในการวินิจฉัยเพิ่มขึ้นตลอดเวลา มีความสม่ำเสมอในการอ้างอิงเกณฑ์และกรณีคำตัดสินในอดีต

ทำให้สถานะของคณะกรรมการนี้ เทียบเท่าการทำหน้าที่ของศาล เพื่อให้ผู้เสียหายรู้สึกว่าได้รับการพิจารณาอย่างเป็นธรรมอย่างถึงที่สุดแล้ว เพื่อลดการฟ้องร้องดำเนินคดีในศาล

ตอนที่ 2 การพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์จากการรับบริการทางการแพทย์ที่สมควรได้รับการคุ้มครอง

ผู้วิจัยพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยฯ ขึ้นมาใหม่ โดยอิงจากการทบทวนประสบการณ์ของต่างประเทศและบทเรียนจากการดำเนินงานตาม มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2545 ข้างต้น หลังจากนั้นให้แพทย์จำนวน 14 คน ทดลองนำเอาเกณฑ์ดังกล่าวไปใช้ พิจารณาตัดสินกรณีผู้ป่วยที่ยื่นเรื่องขอรับการชดเชยจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 85 ราย แล้ววิเคราะห์ความสอดคล้อง (kappa) ของการวินิจฉัยฯ ซึ่งหากได้ผลที่ดีแล้ว ผู้วิจัย วางแผนว่าจะนำไปประปรชาพิจารณาพิกรณ์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ได้ผลดังนี้

เกณฑ์การตัดสิน “ง่าย” ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ มีรายละเอียดดังนี้

1. มีความเสียหายเกิดขึ้นมีระดับความรุนแรง ถึงขั้น เสียชีวิต พิการหรือสูญเสียอวัยวะ หรือ เจ็บป่วยต่อเนื่อง ที่ทำให้ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไม่รวมถึงภาวะที่รักษาแล้วหายได้
2. ความเสียหายนั้นไม่ได้เกิดจากการดำเนินไปหรือความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย ที่ แม้ไม่ได้รับดูแลการรักษาหรือดูแลรักษาอย่างเต็มที่แล้วก็น่าจะยังเกิดความเสียหายนั้นได้
3. “มีความเป็นไปได้สูง” ที่ความเสียหายนี้จะเกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล
4. ความเสียหายนั้นหลีกเลี่ยงได้ หากใช้วิธีการดูแลรักษาและปฏิบัติแบบอื่นที่ปลอดภัยกว่า มี เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นเพียงพอ ทั้งนี้โดยการพิจารณาของผู้ที่เชี่ยวชาญที่มีความรับผิดชอบใน สถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับเหตุการณ์ของกรณีอื่นๆ ที่เข้ารับการพิจารณา

เหตุผลการกำหนดเกณฑ์ใหม่

“ลดความสำคัญ” ของประเด็นที่ว่า “กระบวนการรักษาพยาบาลไม่ได้มาตรฐาน บกพร่อง หรือ ละเลยไม่ทำสิ่งที่ควรทำ” ลง เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยมากยิ่งขึ้น รวมทั้งยังเป็นข้อที่ ทำให้ระบบยังผูกติดอยู่กับการหาคนผิด ซึ่งมักจะทำให้แพทย์ไม่ร่วมมือ ไม่ให้ข้อมูล กระบวนการ พิจารณาล่าช้าออกไป

ตารางที่ 7 กรณีตัวอย่างที่ควรมีการจ่ายชดเชย

กรณีตัวอย่างที่ควรมีการจ่ายชดเชย	
	ด้านศัลยกรรม
1	ผ่าตัดผิดอวัยวะ
2	ผ่าตัดผิดคน
3	ใช้การผ่าตัดผิดประเภท

4	มีการลืมนำเครื่องมืออุปกรณ์ไว้ในร่างกายผู้ป่วย
5	การเสียชีวิตหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่แข็งแรง
	ด้านยาและอุปกรณ์
6	เสียชีวิตหรือพิการหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากยาหรือเครื่องมือหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดที่ปนเปื้อน
7	เสียชีวิตหรือพิการหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการใช้เครื่องมือผิดประเภท
8	เสียชีวิตหรือพิการหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากภาวะ air embolism ขณะอยู่ในสถานพยาบาล
	ด้านการปกป้องผู้ป่วยขณะอยู่รักษาพยาบาล
9	มอบเด็กที่คลอดให้กับแม่ผิดคน
10	เสียชีวิตหรือพิการหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง ที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วยหายตัวไปอย่างน้อย 4 ชั่วโมง
11	เสียชีวิตหรือพิการหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการพยายามฆ่าตัวตาย ขณะอยู่ในสถานพยาบาล
	ด้านการดูแลรักษาอื่นๆ
12	เสียชีวิตหรือพิการหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากจ่ายยาผิดพลาด
13	เสียชีวิตหรือพิการหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจาก hemolytic reaction ขณะให้เลือด
14	เสียชีวิตหรือพิการหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการคลอดปกติในสถานพยาบาล
15	เสียชีวิตหรือพิการหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจาก hypoglycemia ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานพยาบาล
16	เสียชีวิตหรือพิการหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจาก kernicterus ที่สัมพันธ์กับภาวะ hyperbilirubinemia
17	เกิดภาวะแผลกดทับระดับ 3 หรือ 4 โดยที่ก่อนการเข้ารับการรักษามีภาวะนี้
18	เสียชีวิตหรือพิการหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจาก spinal manipulative therapy
	ด้านการจัดการวัสดุอุปกรณ์
19	เสียชีวิตหรือพิการหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากไฟฟ้าช็อต ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานพยาบาล
20	เสียชีวิตหรือพิการหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากความผิดปกติของระบบออกซิเจนหรือแก๊สที่ผู้ป่วยได้รับ
21	เสียชีวิตหรือพิการหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากไฟไหม้น้ำร้อนลวกขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานพยาบาล
22	เสียชีวิตหรือพิการหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากตกเตียงขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานพยาบาล
23	เสียชีวิตหรือพิการหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจาก เครื่องสูกมด ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานพยาบาล

ความสอดคล้องของการวินิจฉัยภาวะความเสียหายตามเกณฑ์

ผู้วิจัยได้ให้แพทย์จำนวน 14 คน ทดลองนำเอาเกณฑ์ดังกล่าวไปใช้พิจารณาคัดสินกรณีผู้ป่วยที่ขึ้นเรื่องขอรับการชดเชยจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 85 ราย โดยแบ่งแพทย์ออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 7 คน แต่ละกลุ่มแบ่งกันวินิจฉัยภาวะความเสียหายตามเกณฑ์จนครบทั้ง 85 ราย แล้ววิเคราะห์ความสอดคล้อง (kappa) ของการวินิจฉัยฯ

ผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้

ตารางที่ 8 ผลความสอดคล้องคล่องการวินิจฉัย

		แพทย์กลุ่ม 1		รวม
		ง่าย	ไม่ง่าย	
แพทย์กลุ่ม 2	ง่าย	46	6	52
	ไม่ง่าย	16	17	33
	รวม	62	23	85

พบว่า ได้ค่า Kappa = 0.42 (ปานกลาง)

ซึ่งนับว่ายังไม่สูงเพียงพอ (ตามเกณฑ์ของ Koch and Landis) จึงสมควรมีการพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยต่อไป

งานที่ไม่สามารถดำเนินการได้ในขณะนี้ : การทำประชาพิจารณ์เกณฑ์การวินิจฉัย ฯนี้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ

เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่า เกณฑ์ที่พัฒนาขึ้น ยังไม่มีคุณสมบัติที่ดีพอ จึงควรมีการพัฒนาต่อไป

ตอนที่ 3 การศึกษาประสบการณ์ของโรงพยาบาล เรื่อง การร้องขอรับการชดเชยความเสียหาย

(กิจกรรมนี้ไม่ได้ระบุใน TOR)

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ รวมจำนวน 162 แห่ง (ดูรายชื่อจังหวัดที่สำรวจได้ที่ภาคผนวก 2) เพื่อสอบถามประสบการณ์การรับเรื่องร้องขอรับการชดเชยอันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลในปี 2551 ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 9 จำนวนโรงพยาบาลที่มีการร้องฯ ในหนึ่งปีที่ผ่านมา

	จำนวน รพ. ที่มีการร้องฯ ในหนึ่งปีที่ผ่านมา		รวม
	ไม่มี	มี	
รพช.	85	26	111
	76.60%	23.40%	100.00%
รพท./รพศ.	43	8	51
	84.30%	15.70%	100.00%
รวม	128	34	162
	79.00%	21.00%	100.00%

เมื่อพิจารณาจำนวนโรงพยาบาลที่มีการร้องฯ ในหนึ่งปีที่ผ่านมาพบว่า มีการร้องฯ คิดเป็นร้อยละ 21 โดยแยกได้เป็น การร้องฯในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 26 จาก 111 แห่ง หรือร้อยละ 23.40 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ซึ่งมีการร้องฯเพียงร้อยละ 15.70

ตารางที่ 10 จำนวนโรงพยาบาลที่มีการร้องฯ แยกเป็นโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

	จำนวนโรงพยาบาล			รวม
	ที่มีผู้ร้อง 1 ราย	ที่มีผู้ร้อง 2 ราย	ที่มีผู้ร้อง 3 ราย	
รพช.	15	8	3	26
	57.70%	30.80%	11.50%	100.00%
รพท./รพศ.	5	3	0	8
	62.50%	37.50%	0.00%	100.00%
รวม	20	11	3	34
	58.80%	32.40%	8.80%	100.00%

กรณีพิจารณาจำนวนรายที่มีการร้องฯ พบว่า ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปมีผู้ร้องฯจำนวนเพียง 1 รายต่อปี (ร้อยละ 58.80) จำนวนรายสูงสุดที่พบมีการร้องฯ คือ 3 รายต่อปี ซึ่งพบในโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง จาก 26 แห่ง

ตารางที่ 11 จำนวนผู้ร้องฯต่อปี

	จำนวนผู้ร้องฯ (ราย)	ร้อยละ
รพช. (111 แห่ง)	40	78.43
รพท./รพศ. (51 แห่ง)	11	21.57
รวม	51	100.00

พบจำนวนผู้ร้องฯต่อปีในโรงพยาบาลชุมชนสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ประมาณ 4 เท่า หรือ คิดเป็นร้อยละ 78.43 และ 21.57 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 ประเภทการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

	ประเภทผู้ป่วย					รวม
	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน ไม่ผ่าตัด	มีผ่าตัด/ หัตถการ	ตั้งครรภ์/ คลอด	ไม่ทราบ	
รพช.	6	6	7	19	2	40
	15.00%	15.00%	17.50%	47.50%	5.00%	100.00%
รพท./รพศ.	1	4	2	3	1	11
	9.10%	36.40%	18.20%	27.30%	9.10%	100.00%
Total	7	10	9	22	3	51
	13.70%	19.60%	17.60%	43.10%	5.90%	100.00%

เมื่อพิจารณาภาพรวมการเจ็บป่วยของผู้ร้องฯ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์และคลอดคิดเป็น 22 จาก 51 รายหรือร้อยละ 43.10 รองลงมาคือ ผู้ป่วยในที่ไม่ผ่าตัด จำนวน 10 รายคิดเป็นร้อยละ 19.60 และลำดับถัดมาคือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด หรือได้รับหัตถการจำนวน 9 รายคิดเป็นร้อยละ 17.60

ตารางที่ 13 ช่วงอายุของผู้ป่วย

สถานที่	ช่วงอายุผู้ป่วย				รวม
	< 15 ปี	16-60 ปี	> 60 ปี	ไม่ทราบ	
รพช.	8	27	4	1	40
	20.00%	67.50%	10.00%	2.50%	100.00%
รพท./รพศ.	2	8	0	1	11
	18.20%	72.70%	0.00%	9.10%	100.00%
รวม	10	35	4	2	51
	19.60%	68.60%	7.80%	3.90%	100.00%

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 16-60 ปี ทั้งในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 67.50 และ 72.70 ตามลำดับ

ตารางที่ 14 จำนวนเงินที่เรียกร้อง

จำนวนเงินที่เรียกร้อง	ความถี่	ร้อยละ	Valid Percent
2,000	1	2.0	3.7
10,000	1	2.0	3.7
20,000	1	2.0	3.7
30,000	1	2.0	3.7
40,000	1	2.0	3.7
50,000	2	3.9	7.4
100,000	5	9.8	18.5
120,000	1	2.0	3.7
200,000	6	11.8	22.2
220,000	1	2.0	3.7
300,000	1	2.0	3.7
400,000	1	2.0	3.7
2,000,000	3	5.9	11.1
9,000,000	1	2.0	3.7
15,000,000	1	2.0	3.7
รวม	27	52.9	100
ไม่ทราบ/อยู่ระหว่างการพิจารณา	24	47.1	
รวมทั้งสิ้น	51	100	

ตารางที่ 15 ค่ากลางและการกระจายของจำนวนเงินที่เรียกร้อง

จำนวนเงินที่เรียกร้อง	บาท
Mean	1,220,074
Median	200,000
Std. Deviation	3,272,373
Minimum	2,000
Maximum	15,000,000
Range	14,998,000
Interquartile Range	250,000

ในภาพรวม พบว่าค่าเฉลี่ยของจำนวนเงินที่เรียกร้องเท่ากับ 1,220,074 บาท ค่ามัธยฐานเท่ากับ 200,000 บาท และมีค่าต่ำสุด/สูงสุด เท่ากับ 2,000 และ 15,000,000 บาท ตามลำดับ

ตารางที่ 16 จำนวนเงินที่เรียกร้องจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

จำนวนเงินที่เรียกร้อง	สถานที่		รวม
	รพช.	รพท./รพศ.	
2,000	1	0	1
10,000	1	0	1
20,000	1	0	1
30,000	1	0	1
40,000	1	0	1
50,000	2	0	2
100,000	5	0	5
120,000	1	0	1
200,000	6	0	6
220,000	1	0	1
300,000	1	0	1
400,000	0	1	1
2,000,000	1	2	3
9,000,000	1	0	1
15,000,000	0	1	1
รวม	23	4	27

เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้ร้องฯที่ทราบวงเงินพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการร้องฯในระดับ
โรงพยาบาลชุมชนโดยมีวงเงินตั้งแต่ 2,000 - 9,000,000 บาท ขณะที่ในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป
กำหนดวงเงินตั้งแต่ 400,000 - 15,000,000 บาท

ตารางที่ 17 ความถี่และร้อยละของจำนวนเงินที่ได้รับ

จำนวนเงินที่ได้รับ	ความถี่	ร้อยละ	Valid Percent
1,000	1	2.0	3.8
10,000	1	2.0	3.8
20,000	3	5.9	11.5
30,000	2	3.9	7.7
40,000	1	2.0	3.8
50,000	2	3.9	7.7
100,000	5	9.8	19.2
120,000	1	2.0	3.8
150,000	1	2.0	3.8
200,000	6	11.8	23.1
220,000	1	2.0	3.8
250,000	1	2.0	3.8
500,000	1	2.0	3.8
รวม	26	51.0	100
ไม่ทราบ/อยู่ระหว่างการพิจารณา	25	49.0	
รวมทั้งสิ้น	51	100	

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ยของจำนวนเงินที่ได้รับ

จำนวนเงินที่ได้รับ	บาท
Mean	123,500
Median	100,000
Std. Deviation	109,716
Minimum	1,000
Maximum	500,000
Range	499,000
Interquartile Range	170,000

ในภาพรวม พบว่าค่าเฉลี่ยของจำนวนเงินที่ได้รับเท่ากับ 123,500 บาท ค่ามัธยฐานเท่ากับ 100,000 บาท และมีค่าต่ำสุด/สูงสุด เท่ากับ 1,000 และ 500,000 บาท ตามลำดับ

ตารางที่ 19 แหล่งเงินที่จ่ายให้ผู้ป่วย

	จำนวน	ร้อยละ
สปสช.	25	49.0
โรงพยาบาลที่เกิดเหตุ	14	27.5
อื่น ๆ	2	3.9
ไม่ทราบ/กำลังพิจารณา	10	19.6
รวม	51	100

ตารางที่ 20 จำนวนเงินที่จ่าย จำแนกตามประเภทแหล่งเงินที่จ่าย

บาท	แหล่งเงินที่จ่าย		รวม
	สปสช.	โรงพยาบาลที่เกิดเหตุ	
1,000	0	1	1
10,000	0	1	1
20,000	0	3	3
30,000	1	1	2
40,000	1	0	1
50,000	2	0	2

100,000	4	1	5
120,000	1	0	1
150,000	1	0	1
200,000	5	1	6
220,000	1	0	1
250,000	0	1	1
	16	9	25

ส่วนใหญ่ สปสช.จ่ายเป็นมูลค่า ตั้งแต่ 30,000 – 220,000 บาท ในขณะที่โรงพยาบาลที่เกิดเหตุจ่ายในมูลค่าที่ต่ำกว่า คือตั้งแต่ 1,000 – 100,000 บาท

ตารางที่ 21 จำนวนรายที่ฟ้องศาล จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ฟ้องศาลด้วยหรือไม่	รพช.	รพท./รพศ.	รวม
ใช่	5	1	6
	14.3	10.0	13.3
ไม่ใช่	30	9	39
	85.7	90.0	86.7

ในภาพรวมพบผู้ร้องฯที่ฟ้องศาลด้วย คิดเป็นร้อยละ 13.3 (จำนวน 6 จาก 39 ราย) ส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่ระดับโรงพยาบาลชุมชน 5 ราย มีเพียง 1 ราย ที่พบในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

สรุปผลการศึกษาประสบการณ์ของโรงพยาบาล เรื่อง การร้องขอรับการชดเชยความเสียหาย

1. มีโรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 21 ที่มีประสบการณ์การถูกร้องขอรับการชดเชยความเสียหายฯ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) มีโอกาสถูกร้องฯมากกว่า โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)
2. ส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์และคลอดคิดเป็น ร้อยละ 43.10
3. ค่าเฉลี่ยของจำนวนเงินที่เรียกร้องเท่ากับ 1,220,074 บาท ค่ามัธยฐานเท่ากับ 200,000 บาท และมีค่าต่ำสุด/สูงสุด เท่ากับ 2,000 และ 15,000,000 บาท
4. มูลค่าของเงินที่เรียกร้องสูงสุด ที่ รพช. คือ 9,000,000 บาท มูลค่าของเงินที่เรียกร้องสูงสุด ที่ รพท/รพศ. คือ 15,000,000 บาท
5. ค่าเฉลี่ยของจำนวนเงินที่ได้รับเท่ากับ 123,500 บาท ค่ามัธยฐานเท่ากับ 100,000 บาท และมีค่าต่ำสุด/สูงสุด เท่ากับ 1,000 และ 500,000 บาท ตามลำดับ

6. แหล่งเงินที่จ่ายส่วนใหญ่คือ สปสช. คิดเป็นร้อยละ 49.0 รองลงมาคือ โรงพยาบาลที่เกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 27.5
7. ผู้ร้องฯฟ้องศาลด้วย คิดเป็นร้อยละ 13.3 ส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่ระดับโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. เร่งปรับปรุงระบบของ รพช. เพื่อรองรับปัญหานี้
2. ภาวะทางการแพทย์ที่ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษคือเรื่องการดูแลผู้หญิงตั้งครรภ์และการคลอด และการพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงตั้งครรภ์และการคลอดเพื่อให้การตัดสินใจของคณะกรรมการเป็นมาตรฐานเดียวกัน
3. วงเงินการจ่ายชดเชยควรเป็นระบบมีเพดาน เพราะผู้ป่วยบางรายเรียกร้องสูงมาก
4. จัดสรรเงินให้โรงพยาบาลจ่ายชดเชยเอง ในกรณีวงเงินน้อยกว่า 100,000 บาท เพราะปัจจุบันก็จ่ายอยู่แล้ว เพื่อความรวดเร็วและเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ
5. ศึกษารายละเอียดเหตุผลที่แท้จริงของการฟ้องศาล

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาในภาพรวมและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเกณฑ์การพิจารณาเพื่อการตัดสินใจว่า เกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ที่สมควรได้รับการคุ้มครองหรือชดเชย และรูปแบบกระบวนการพิจารณาตัดสินใจ ตลอดจนแนวทางปฏิบัติอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพิจารณา ซึ่งดำเนินการตั้งแต่ 1 กันยายน 2551 ถึง 30 สิงหาคม 2552 ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การทบทวนการทำงานภายใต้มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545

เหตุผลส่วนใหญ่ที่คณะกรรมการใช้ตัดสิน “จ่ายเงิน” คือ “เป็นเหตุสุดวิสัย” ซึ่งเป็นการใช้เหตุผลที่มีความคลุมเครือและมีความเป็นไทยค่อนข้างสูง สืบได้จาก เหตุผลสองข้อที่ระบุว่า “เป็นเหตุสุดวิสัย” และ “เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน แบ่งเบาความทุกข์ยากลำบากของผู้ป่วยหรือครอบครัว” ซึ่งมีทั้งเป็น “เหตุผลเดียว” หรือ “เหตุผลประกอบเหตุผลอื่นๆ” ในการวินิจฉัยแต่ละครั้ง

เหตุผลส่วนใหญ่ที่คณะกรรมการใช้ตัดสิน “ไม่จ่ายเงิน” คือ “เป็นผลจากกระบวนการของโรค” โดยเป็นไปตามข้อบังคับ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ระบุ “ข้อยกเว้น” ที่ไม่สามารถร้องขอเงินช่วยเหลือได้ ดังนี้ ถ้าความเสียหายนั้น 1. ดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค 2. เป็นเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการวินิจฉัยตามปกติ และ 3. เป็นเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการรักษาโรคตามมาตรฐาน

นอกจากนี้ยังพบกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ทำหมันแล้วตั้งครรภ์ ที่แสดงถึงความไม่สอดคล้องในการตัดสินใจว่า “จ่ายเงิน” หรือ “ไม่จ่ายเงิน” กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ทำหมันแล้วตั้งครรภ์ 40 รายที่ได้รับเงิน แต่มีผู้ป่วยจำนวน 7 รายที่เกิดปัญหาเดียวกัน แต่ไม่ได้รับเงิน

ตอนที่ 2 การพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์จากการรับบริการทางการแพทย์ที่สมควรได้รับการคุ้มครอง

ผู้วิจัยพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยขึ้นมาใหม่ โดยอิงจากการทบทวนประสบการณ์ของต่างประเทศ และบทเรียนจากการดำเนินงานตาม มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และ“ลดความสำคัญ” ของประเด็นที่ว่า “กระบวนการรักษาพยาบาลไม่ได้มาตรฐาน บกพร่อง หรือละเลยไม่ทำสิ่งที่ควรทำ” ลง เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยมากยิ่งขึ้น รวมทั้งยังเป็นข้อที่ทำให้ระบบยังผูกติดอยู่กับการหาคนผิด ซึ่งมักจะทำให้แพทย์ไม่ร่วมมือ ไม่ให้ข้อมูล กระบวนการพิจารณาล่าช้าออกไป

หลังจากนั้นให้แพทย์จำนวน 14 คน ทดลองนำเอาเกณฑ์ดังกล่าวไปใช้พิจารณาตัดสินกรณีผู้ป่วยที่ยื่นเรื่องขอรับการชดเชยจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 85 ราย พบว่า ได้ค่า $Kappa = 0.42$ ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลางและยังไม่สูงเพียงพอตามเกณฑ์ของ Koch and Landis จึงสมควรมีการพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยต่อไป

ตอนที่ 3 การศึกษาประสบการณ์ของโรงพยาบาล เรื่อง การร้องขอรับการชดเชยความเสียหาย

ผลการศึกษาจากแบบสอบถามที่ส่งไปยังโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป รวม 162 แห่ง เพื่อสอบถามประสบการณ์การรับเรื่องร้องขอรับการชดเชยอันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลในปี 2551 สรุปได้ดังนี้

โรงพยาบาลชุมชนมีโอกาสถูกร้องๆมากกว่า โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์และคลอดคิดเป็น ร้อยละ 43.10

ค่ามัธยฐานของจำนวนเงินที่เรียกร้องเท่ากับ 200,000 บาท และมีค่าต่ำสุด/สูงสุด เท่ากับ 2,000 และ 15,000,000 บาท ค่ามัธยฐานของจำนวนเงินที่ได้รับเท่ากับ 100,000 บาท และมีค่าต่ำสุด/สูงสุด เท่ากับ 1,000 และ 500,000 บาท ตามลำดับ

แหล่งเงินที่จ่ายส่วนใหญ่คือ สปสช. คิดเป็นร้อยละ 49.0 รองลงมาคือ โรงพยาบาลที่เกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 27.5 และพบว่ามีส่วนที่ฟ้องศาลด้วย คิดเป็นร้อยละ 13.3 โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่ระดับโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. เกณฑ์การวินิจฉัย และการพิจารณาตัดสิน

ควรเร่งปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัย และปรับปรุงองค์กรหรือคณะกรรมการที่ทำหน้าที่พิจารณาตัดสิน

2. การพัฒนามาตรการดำเนินงานเพื่อบรรเทาปัญหา

โดยให้ความสนใจเป็นพิเศษในเรื่องการดูแลผู้หญิงตั้งครรภ์และการคลอด รวมถึงการพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงตั้งครรภ์และการคลอดเพื่อใช้ประกอบการตัดสิน และเร่งปรับปรุงระบบของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อรองรับปัญหาความขัดแย้ง นอกจากนี้ควรกำหนดวงเงินการจ่ายชดเชยเป็นระบบมีเพดาน และจัดสรรเงินให้โรงพยาบาลจ่ายชดเชยเองในกรณีวงเงินน้อยกว่า 100,000 บาท เพราะปัจจุบันก็จ่ายอยู่แล้ว นอกจากนี้ ควรศึกษารายละเอียดเหตุผลที่แท้จริงของการฟ้องศาล

อ้างอิง

-
- i. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients. Results of the Harvard medical practice study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-6.
 - ii. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. Med J Aust 1995; 163: 458-71.
 - iii. Michel P, Quenon JL, Sarasqueta AMD, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable events in acute care hospitals. BMJ 2004; 328: 199.
 - iv. Kessomboon P, Pannarunothai S, Wongkanaratanakul P. Detecting Adverse Events in Thai Hospitals Using Medical Record Reviews: Agreement among Reviewers. J Med Assoc Thai 2005;88(10):1412-8.
 - v. Thomas FJ, Lipsitz SR, Studdert DM, Brennan TA. The reliability of medical record reviews for estimating adverse event rates. Ann Intern Med 2002;136:812-6
 - vi. Hofer TP, Berstein SJ, DeMonner S and Hayward RA. Discussion between reviewers does not improve reliability of peer review of hospital quality. Medical Care 2000; 38(2): 152-61.
 - vii. Foster AJ, Clark HD, Menard A, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. CMAJ. 2004; 170 (3): 345-9.
 - viii. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. events and negligence in hospitalised patients. Results of the Harvard medical practice study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-6.
 - ix. Leape, LL, Brennan, TA, Laird, NM, Lawthers, AG, Localio, AR, Barnes, BA, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: results of the Harvard medical practice study II. N Engl J Med 1991; 324: 377-84.
 - x. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. Med J Aust 1995; 163: 458-71.
 - xi. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ 2001; 322: 517-9.

-
- xii. ปัตพงษ์ เกษมนบูรณ์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. ภาวะที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะจากการศึกษานำร่อง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2546; 12: 509 - 21.
- xiii. Michel P, Quenon JL, Sarasqueta AMD, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable events in acute care hospitals. BMJ. 2004; 328: 199.
- xiv. Foster AJ, Clark HD, Menard A, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. CMAJ. 2004; 170 (3): 345-9.
- xv. David P, Lay-Yee R, Schug S, Briant R, et al. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. N Z Med J 2001; 114:203-5.
- xvi. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน 2545.
- xvii. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2547 - 2550. นนทบุรี. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2547 - 2550.
- xviii. รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และชนเสฏฐ์ กุลจิรมาพันธ์. กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพของประเทศไทย. รายงานการวิจัยเสนอ สภาที่ปรึกษาทางเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2550.
- xix. Breivik EB. Annual Report of the Norwegian Patient Compensation Office 2003. Oslo: Norsk Pasientskadeerstatning. 2003. (cited 2004 Nov 25). Available from: URL: <http://www.npe.no>
- xx. Starfield B. Global Trends in Primary Care Development. A presentation at the Ministry of Public Health. 2007.

ภาคผนวก 1

ผลวิเคราะห์ การดำเนินงานตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. กรณีจ่ายเงิน (N=1049 ราย)

ตารางที่ 22 สถานบริการแห่งแรก

สถานบริการ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
โรงพยาบาลชุมชน	377	34.5
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	131	12.0
สถานีนอนมัย	50	4.6
รพ.มหาวิทยาลัย	8	0.7
โรงพยาบาลเอกชน	20	1.8
อื่นๆ ระบุ	30	2.7
- คลินิก	15	
- รพ.สังกัดกรมการแพทย์	4	
- รพ.สังกัดกองทัพบก	3	
- รพ.สังกัดกระทรวงมหาดไทย	2	
- ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล/รพ.	1	
ตำบล	1	
- รพ.สังกัดกรุงเทพมหานคร	1	
- รพ.สังกัดกรมราชทัณฑ์	1	
- รพ.สมเด็จพระญาณสังวร	1	
- ศูนย์บริการสาธารณสุข	1	
- หมอชาวบ้าน	1	
ไม่ระบุ	433	41.3
รวม	1049	100.0

ตารางที่ 23 สถานบริการแห่งที่สอง

สถานบริการ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	478	68.5
โรงพยาบาลชุมชน	83	11.9
รพ.มหาวิทยาลัย	33	4.7
โรงพยาบาลเอกชน	21	3.0
สถานีนอนมัย	13	1.9
อื่นๆ ระบุ	43	6.2
- คลินิก	21	
- รพ.สังกัดกรมการแพทย์	9	
- รพ.สังกัดกองทัพบก	7	
- รพ.เฉพาะทางไม่ระบุชื่อ	2	
- รพ.สถาบันเด็กแห่งชาติ	2	
- รพ.สังกัดกรุงเทพมหานคร	1	
- รพ.พระนั่งเกล้า	1	
- หมอคำแย	1	
ไม่ระบุ	27	3.9
รวม	698	100.0

ตารางที่ 24 สถานบริการแห่งที่สาม

สถานบริการ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	96	43.0
โรงพยาบาลชุมชน	47	21.1
รพ.มหาวิทยาลัย	31	13.9
โรงพยาบาลเอกชน	18	8.1
สถานีนอนมัย	6	2.7
อื่นๆ ระบุ	19	8.5
- รพ.สังกัดกรมการแพทย์	6	
- คลินิก	6	
- รพ.สังกัดกองทัพบก	2	
- รพ.สังกัดกระทรวง กลาโหม	2	
- รพ.เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	1	
- รพ.เสนา	1	
- รพ.สถาบันเด็กแห่งชาติ	1	
ไม่ระบุ	6	2.7
รวม	223	100.0

ตารางที่ 25 สถานบริการแห่งที่สี่

สถานบริการ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	43	59.7
โรงพยาบาลชุมชน	12	16.7
รพ.มหาวิทยาลัย	6	8.3
โรงพยาบาลเอกชน	6	8.3
สถานีนอนมัย	0	0
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์	2	2.8
ไม่ระบุ	3	4.2
รวม	72	100.0

ตารางที่ 26 สถานบริการแห่งที่ห้า

สถานบริการ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	14	51.9
รพ.มหาวิทยาลัย	7	25.9
โรงพยาบาลเอกชน	2	7.4
โรงพยาบาลชุมชน	1	3.7
อื่นๆ ระบุ	3	11.1
- รพ.สังกัดกรมการแพทย์	2	
- คลินิก	1	
รวม	27	100.0

ตารางที่ 27 สถานบริการแห่งที่หก

สถานบริการ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	7	50.0
รพ.มหาวิทยาลัย	3	21.4
โรงพยาบาลชุมชน	2	14.3
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์	2	14.3
สถานีนอนมัย	0	0
รวม	14	100.0

จากตารางที่ 22 ถึง 27 สรุปได้ว่าสถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการครั้งแรก ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน คิดเป็น 377 จาก 1049 ราย หรือร้อยละ 34.5 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 จาก 1049 ราย หรือร้อยละ 1.33 เข้ารับบริการและถูกส่งต่อสูงสุด จำนวน 6 ครั้ง

ตารางที่ 28 ประเภทการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ประเภทการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	เปอร์เซ็นต์ (แต่ละประเภทคำนวณจากจำนวนรวม 1049 ราย)
มีการผ่าตัด หรือทำหัตถการ	760	72.4
การตั้งครุฑและการคลอด	482	45.9
ทารกหลังคลอด	318	30.3

ไม่มีการผ่าตัด	238	22.7
เกี่ยวกับการติดเชื้อ	118	11.2
เกี่ยวกับการแพ้ยา/มีข้อแทรกซ้อนจากยา	51	4.8
อื่นๆ	93	8.9

ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด หรือได้รับหัตถการคิดเป็น 760 จาก 1049 รายหรือร้อยละ 72.4 รองลงมาคือหญิงตั้งครรภ์และคลอดจำนวน 482 รายคิดเป็นร้อยละ 45.9 และลำดับถัดมาคือกลุ่มทารกหลังคลอดจำนวน 318 รายคิดเป็นร้อยละ 30.3

ตารางที่ 29 ลักษณะความเสียหายที่เกิดกับกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะความเสียหาย	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
เสียชีวิต	622	59.2
พิการ/สูญเสียอวัยวะ แต่ไม่เสียชีวิต	204	19.4
เจ็บป่วยต่อเนื่อง ยังต้องมารับการรักษาต่อเนื่อง (ไม่พิการ/ไม่เสียอวัยวะ)	174	16.6
กรณีทำหมันแล้วตั้งครรภ์	40	3.8
ข้อแทรกซ้อนทางสุขภาพที่รักษาหายได้	9	1.0
รวม	1049	100.0

ลักษณะความเสียหายที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่ร้อยละ 59.2 (622 จาก 1049 ราย) เป็นการเสียชีวิต รองลงมาคือ พิการ และ ไม่พิการแต่ต้องมารับการรักษาต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 19.4 และ 16.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 30 เหตุผลประกอบการตัดสินใจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เหตุผลประกอบการตัดสินใจ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์ (แต่ละเหตุผลคำนวณจากจำนวนรวม 1049 ราย)
เป็นเหตุสุดวิสัย	803	76.5
เป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล	431	41.1
เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน แบ่งเบาความทุกข์ยากลำบากของผู้ป่วยหรือครอบครัว	405	38.6
เป็นผลจากความบกพร่อง/ผิดพลาด/ไม่ได้มาตรฐานของการดูแลรักษา	284	27.1

เมื่อพิจารณาเหตุผลประกอบการตัดสินใจพบว่า ส่วนใหญ่คณะกรรมการพิจารณาให้เหตุผลว่าเป็นเหตุสุดวิสัยคิดเป็นร้อยละ 76.5 (803 จาก 1049 ราย) รองลงมาคือ เป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และเพื่อบรรเทาความเดือดร้อน แบ่งเบาความทุกข์ยากลำบากของผู้ป่วยหรือครอบครัว เป็นผลจากความบกพร่อง/ผิดพลาด/ไม่ได้มาตรฐานของการดูแลรักษา คิดเป็นร้อยละ 41.1, 38.6 และ 27.1 ตามลำดับ

2. กรณีไม่จ่ายเงิน (N=227 ราย)

ตารางที่ 31 สถานบริการแห่งแรก

สถานบริการ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
โรงพยาบาลชุมชน	59	26.0
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	37	16.3
สถานีนอนมัย	11	4.9
โรงพยาบาลเอกชน	11	4.8
รพ.มหาวิทยาลัย	2	0.9
อื่นๆ ระบุ	13	5.7
- คลินิก	5	
- รพ.สังกัดกรมการแพทย์	4	
- รพ.สังกัดกองทัพ	1	
- ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์การแพทย์ชุมชน	2	
- ศูนย์มะเร็ง	1	
ไม่ระบุ	94	41.4
รวม	227	100.0

ตารางที่ 32 สถานบริการแห่งที่สอง

สถานบริการ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	75	53.6
โรงพยาบาลเอกชน	14	10.0
รพ.มหาวิทยาลัย	11	7.9
โรงพยาบาลชุมชน	11	7.9
สถานีนอนมัย	2	1.4
อื่นๆ ระบุ	16	11.4
- คลินิก	6	
- รพ.สังกัดกรมการแพทย์	4	
- รพ.สังกัดกองทัพบก	2	
- รพ.สังกัดกรุงเทพมหานคร	1	
- รพ.ร้อยเอ็ด-ชนบุรี	1	
- รพ. นายแพทย์	1	
- รพ. พระจอมเกล้า	1	
ไม่ระบุ	11	7.9
รวม	140	100.0

ตารางที่ 33 สถานบริการแห่งที่สาม

สถานบริการ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	17	38.6
โรงพยาบาลเอกชน	8	18.2
โรงพยาบาลชุมชน	7	15.9
รพ.มหาวิทยาลัย	5	11.4
สถานีนอนมัย	1	2.3
อื่นๆ ระบุ	4	9.1
- รพ.สังกัดกรมการแพทย์	1	
- รพ.สังกัดกองทัพบก	1	
- รพ.สังกัดกรุงเทพมหานคร	1	
- รพ.วัดไร่ขิง	1	
ไม่ระบุ	2	4.5
รวม	44	100.0

ตารางที่ 34 สถานบริการแห่งที่สี่

สถานบริการ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	10	66.7
โรงพยาบาลเอกชน	2	13.3
โรงพยาบาลชุมชน	1	6.7
รพ.มหาวิทยาลัย	0	0
สถานีนอนมัย	0	0
อื่นๆ ระบุ	2	13.3
- คลินิก	1	
- รพ.สังกัดกรมการแพทย์	1	
รวม	15	100.0

ตารางที่ 35 สถานบริการแห่งที่ห้า

สถานบริการ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	2	40.0
โรงพยาบาลเอกชน	2	40.0
ไม่ระบุ	1	20.0
รวม	5	100.0

ตารางที่ 36 สถานบริการแห่งที่หก

สถานบริการ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	2	100.0

ตารางที่ 37 สถานบริการแห่งที่เจ็ด

สถานบริการ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	1	50.0
ไม่ระบุ	1	50.0
รวม	2	100.0

ตารางที่ 38 สถานบริการแห่งที่แปด

สถานบริการ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	1	50.0
ไม่ระบุ	1	50.0
รวม	2	100.0

จากตารางที่ 31 ถึง 38 สรุปได้ว่าสถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการครั้งแรก ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน คิดเป็น 59 จาก 227 ราย หรือร้อยละ 26.0 รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 16.3 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งของการส่งต่อพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ถูกส่งต่อไปยังสถานบริการระดับสูงขึ้น เช่น โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวนสูงสุดถึง 7 ครั้ง

ตารางที่ 39 ประเภทการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ประเภทผู้ป่วย	จำนวน	เปอร์เซ็นต์ (แต่ละประเภทคำนวณจากจำนวนรวม 227 ราย)
มีการผ่าตัด หรือทำหัตถการ	186	81.9
การตั้งครรภ์และการคลอด	59	26.0
ไม่มีการผ่าตัด	57	25.1
เกี่ยวกับการติดเชื้อ	38	16.7
ทารกหลังคลอด	37	16.3
เกี่ยวกับการแพ้ยา/มีข้อแทรกซ้อนจากยา	2	0.9
อื่นๆ ระบุ	16	7.0

ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด หรือได้รับหัตถการคิดเป็น 186 จาก 227 รายหรือร้อยละ 81.9 รองลงมาคือหญิงตั้งครรภ์และคลอดจำนวน 59 รายคิดเป็นร้อยละ 26.0 และลำดับถัดมาคือกลุ่มทารกหลังคลอดจำนวน 37 รายคิดเป็นร้อยละ 16.3

ตารางที่ 40 ลักษณะความเสียหายที่เกิดกับกลุ่มตัวอย่าง

ความเสียหาย	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
เสียชีวิต	119	52.4
พิการ/สูญเสียอวัยวะ แต่ไม่เสียชีวิต	62	27.3
เจ็บป่วยต่อเนื่อง ยังต้องมารับการรักษาต่อเนื่อง (ไม่พิการ/ไม่เสียอวัยวะ)	34	15.0
กรณีทำหมันแล้วตั้งครรภ์	7	3.1
ข้อแทรกซ้อนทางสุขภาพที่รักษาหายได้	3	1.3
ยังไม่สามารถวินิจฉัยได้ ณ ขณะเวลานั้น	2	0.9
รวม	227	100.0

ลักษณะความเสียหายที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่ร้อยละ 52.4 (119 จาก 227 ราย) เป็นการเสียชีวิต รองลงมาคือ พิกار และ ไม่พิกارแต่ต้องมารับการรักษาต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 27.3 และ 15.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 41 เหตุผลประกอบการตัดสินใจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ประเภทผู้ป่วย	จำนวน	เปอร์เซ็นต์ (แต่ละเหตุผลคำนวณจากจำนวนรวม 227 ราย)
เป็นผลจากกระบวนการของโรค	143	61.6
การดูแลรักษาได้มาตรฐานแล้ว	100	43.1
ผลมาจากการรักษาพยาบาลซึ่งเกิดขึ้นก่อนวันที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงไม่ได้รับเงิน	15	6.5
เป็นเหตุสุดวิสัย	7	3.0

เมื่อพิจารณาเหตุผลประกอบการตัดสินใจพบว่า ส่วนใหญ่คณะกรรมการพิจารณาให้เหตุผลว่าเป็นผลจากกระบวนการของโรคคิดเป็นร้อยละ 61.6 (143 จาก 227 ราย) รองลงมาคือ การดูแลรักษาได้มาตรฐานแล้ว และผลมาจากการรักษาพยาบาลซึ่งเกิดขึ้นก่อนวันที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงไม่ได้รับเงิน คิดเป็นร้อยละ 43.1 และ 6.5 ตามลำดับ

ภาคผนวก 2

การสำรวจประสิทธิภาพของโรงพยาบาล เรื่อง การร้องขอรับการชดเชยความเสียหาย
ตารางที่ 42 รายชื่อจังหวัดที่ตอบแบบสอบถามประสิทธิภาพของโรงพยาบาล เรื่อง การร้องขอรับ
การชดเชยความเสียหาย

	จังหวัด	รพช.	รพท./รพศ.	รวม
ภาคกลาง				
1	นนทบุรี	0	2	2
2	ปทุมธานี	2	0	2
3	พระนครศรีอยุธยา	0	1	1
4	อ่างทอง	1	0	1
5	ลพบุรี	2	1	3
6	สิงห์บุรี	0	1	1
7	ชัยนาท	1	1	2
8	สระบุรี	0	1	1
9	ชลบุรี	3	1	4
10	ระยอง	0	1	1
11	จันทบุรี	0	1	1
12	ตราด	1	1	2
13	ฉะเชิงเทรา	1	0	1
14	ปราจีนบุรี	3	1	4
15	นครนายก	0	1	1
16	สระแก้ว	1	0	1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ				
17	นครราชสีมา	4	1	5
18	บุรีรัมย์	3	1	4
19	สุรินทร์	4	0	4
20	อุบลราชธานี	3	0	3
21	ยโสธร	1	1	2
22	ชัยภูมิ	7	1	8
23	หนองบัวลำภู	3	1	4
24	ขอนแก่น	3	0	3

25	เลย	4	1	5
26	ร้อยเอ็ด	3	0	3
27	กาฬสินธุ์	2	1	3
28	สกลนคร	4	1	5
29	มุกดาหาร	0	1	1
ภาคเหนือ				
30	เชียงใหม่	2	1	3
31	ลำพูน	2	0	2
32	ลำปาง	5	1	6
33	อุตรดิตถ์	3	1	4
34	น่าน	2	0	2
35	พะเยา	1	1	2
36	เชียงราย	4	1	5
37	นครสวรรค์	3	0	3
38	อุทัยธานี	2	2	4
39	กำแพงเพชร	1	1	2
40	ตาก	1	2	3
41	สุโขทัย	2	1	3
42	พิจิตร	2	2	4
43	เพชรบูรณ์	3	1	4
ภาคกลาง				
44	ราชบุรี	0	2	2
45	กาญจนบุรี	1	1	2
46	สุพรรณบุรี	5	2	7
47	นครปฐม	2	0	2
48	สมุทรสงคราม	0	1	1
49	เพชรบุรี	1	1	2
50	ประจวบคีรีขันธ์	2	1	3
	ภาคใต้			
51	นครศรีธรรมราช	0	1	1
52	ภูเก็ต	0	1	1

53	สุราษฎร์ธานี	4	0	4
54	ระนอง	1	1	2
55	สงขลา	3	2	5
56	ปัตตานี	3	0	3
57	ยะลา	0	1	1
58	นราธิวาส	0	1	1
รวม		111	51	162