

รายงานฉบับสมบูรณ์

เรื่อง

ทางเลือกเชิงนโยบาย

เรื่องกองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

โดย

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์

หทัยชนก สุมาลี

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กรกฎาคม ๒๕๕๓

บทคัดย่อ

ผลการรักษาหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์จากการรับบริการทางด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะเกิดจาก เหตุสุดวิสัยหรือความประมาทของผู้ให้บริการทางการแพทย์ก็ตาม นำมาซึ่งความสูญเสีย และความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบการให้บริการด้านสุขภาพของ ประเทศ ที่ความศรัทธาและความเชื่อมั่นระหว่างกันและกันกำลังจะสูญหายไป กระบวนการชดเชยใน ปัจจุบันที่ต้องใช้กระบวนการทางศาล ไม่อาจเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ส่วน การชดเชยเบื้องต้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 41 ที่ให้เงิน ชดเชยโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด สามารถบรรเทาความเดือดร้อนของผู้เสียหายได้ระดับหนึ่ง แต่ ครอบคลุมเฉพาะผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ทำให้ผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายเกิดแนวคิดที่ จะขยายความคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนและร่าง กฎหมายที่ว่าด้วยเรื่องดังกล่าว คณะวิจัยจึงเห็นสมควรที่จะได้มีการสรุปทางเลือกเชิงนโยบาย และ ชี้ให้เห็นผลดีผลเสีย เพื่อให้ข้อมูลแก่สาธารณะ เพื่อให้ทุกฝ่ายมีองค์ความรู้ที่เท่าทันกัน และสามารถ ประเมินความเป็นไปได้ของทางเลือกและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว การศึกษานี้จึงมี วัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายเรื่องกองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการ สาธารณสุข โดยใช้วิธีการศึกษาแบบวิเคราะห์เอกสาร และสร้างสมการทำนายค่าใช้จ่ายของกองทุน

ผลการศึกษาพบว่า การชดเชยผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์โดยไม่พิสูจน์ความผิด ผ่านกลไกที่มีศาลได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในหลายประเทศ แดบสแกนดิเนเวียและประเทศ นิวซีแลนด์ แนวคิดนี้อยู่บนหลักการที่ตระหนักใน ความรับผิดชอบของผู้ที่ทำให้เกิดความเสียหายโดยไม่ ต้องพิสูจน์ความผิด รูปแบบของแหล่งที่มาของเงินชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด มี 2 แบบที่แตกต่าง กัน คือ 1) รายได้จากการเก็บจากผู้ให้บริการหรือกองทุนสุขภาพที่ดูแลสถานพยาบาล ซึ่งผู้ให้บริการใน ภาครัฐมีแหล่งเงินมาจากภาษีเงินได้ ส่วนผู้ให้บริการภาคเอกชนต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง และ 2) เก็บ ภาษีสมทบจากผู้มีรายได้โดยมีเพดานรายได้ระดับหนึ่ง และรัฐสมทบให้กับผู้ไม่มีรายได้ และอนุญาตให้ เรียกเก็บจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ทั้งรายบุคคลและองค์กรได้ (รูปแบบของประเทศนิวซีแลนด์)

นักวิจัยเห็นว่า ประเทศไทยควรเลือกรูปแบบที่อยู่บนแนวคิดความรับผิดชอบต่อผู้ทำให้เกิด ความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (No-Fault Liability) ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับและ ผู้ให้บริการได้ และควรสร้างกลไกการชดเชยเต็มรูปและตัดสิทธิทางศาล (ไม่ตัดสิทธิทางศาลถ้าไม่ขอรับ เงินชดเชยจากกองทุน) ซึ่งจะช่วยให้เยียวยาความเสียหายจากการบริการสุขภาพของผู้เสียหายได้อย่าง ครอบคลุมและรวดเร็ว ประเภทความเสียหายที่จะได้รับการชดเชย ควรครอบคลุม ความเสียหายแก่ชีวิต การสูญเสียอวัยวะหรือพิการหรือทุพพลภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและ จิตใจ การขาดงานและค่าขาดรายได้การะ

ส่วนแหล่งการคลังจากการศึกษานี้ เสนอให้กองทุนสุขภาพที่ดูแลหลักประกันสุขภาพของผู้มีสิทธิ กระจายแทนสถานพยาบาล ส่วนสถานพยาบาลเอกชนให้จ่ายเบี้ยประกันเอง

นักวิจัยได้ประมาณการรายจ่ายของกองทุน และคาดประมาณเบี้ยสมทบหรืองบประมาณ ตามทางเลือกของแหล่งที่มาของเงิน เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้พิจารณา พบว่า ค่าใช้จ่ายของกองทุนมีค่าอยู่ระหว่าง 332 - 659 ล้านบาทต่อปี เบี้ยประกันเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5-10 บาท/ประชากรต่อปี แต่ถ้าคำนวณหารด้วยจำนวน ผู้ป่วยในทั้งหมด จะอยู่ระหว่าง 80 – 159 บาท / รายผู้ป่วยใน ทั้งนี้ยังไม่นำจำนวนผู้ป่วยนอกมาคิด

ถ้าเก็บเบี้ยประกันจากกองทุนประกันสุขภาพ ตามจำนวนผู้มีสิทธิ 5-10 บาท/ประชากร กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องจ่ายสมทบระหว่าง 247-492 ล้านบาทต่อปี ที่เหลือ รัฐสมทบ 85-167 ล้านบาทต่อปี และเก็บจากสถานพยาบาลเอกชน เฉพาะบริการที่อยู่นอกหลักประกันสุขภาพของรัฐ

การถกเถียงในประเด็นต่างๆ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จะช่วยให้มีการนำข้อมูลมาเปิดเผยต่อสาธารณะมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการศึกษาให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะสามารถแสดงให้ทุกฝ่ายได้รับทราบข้อมูลอย่างเท่าเทียมกัน จะช่วยให้สังคมมีส่วนในการตัดสินใจเชิงนโยบายร่วมด้วยมากยิ่งขึ้น นอกเหนือจากการแทรกแซงของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเท่านั้น

ข้อควรระวังคือ หากระบบสุขภาพด้อยคุณภาพ มีปัญหาความผิดพลาดที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนและจากความผิดพลาดของระบบสูง จะทำให้จำนวนการชดเชยความเสียหายจากกรณีของภาวะแทรกซ้อนและระบบ สูงกว่าจำนวนการชดเชยความเสียหายจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ และมีผลทำให้ต้นทุนการชดเชยในระบบสูงขึ้น นอกจากนี้ การดำเนินงานของกระบวนการชดเชยในระบบไม่พิสูจน์ผู้กระทำผิด ต้องปกป้องชื่อเสียงของผู้ให้บริการ เพื่อไม่ให้บั่นทอนกำลังใจในการให้บริการแต่มีระบบข้อมูลย้อนกลับให้สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานเรื่อง “ทางเลือกเชิงนโยบาย เรื่องกองทุนสร้างเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข” ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี ด้วยความสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สนับสนุนทุนวิจัย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ หน่วยงานต้นสังกัดของผู้วิจัยที่ให้การสนับสนุนการทำงานวิจัยด้วยดีมาตลอด ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน และผู้ที่เขียนหนังสือ ตำรา วารสาร บทความ รายงานวิจัย ที่ช่วยให้เกิดเป็นองค์ความรู้ในการจัดทำรายงานฉบับนี้ให้สมบูรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์และคณะ ที่ทำการศึกษาเรื่องกลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงบริบทต่างๆ ได้เป็นอย่างดี และที่จะไม่เอ่ยถึงไม่ได้คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการ และผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการทางการแพทย์ ที่ช่วยสะท้อนเรื่องราวในหลายๆ มุมมอง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากรายงานฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน หากมีข้อผิดพลาดประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้ เพื่อปรับปรุงแก้ไขในการศึกษาครั้งต่อไป

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์

หทัยชนก สุมาลี

ผู้วิจัย

สารบัญ

1	บทนำ.....	6
2	ผลการศึกษาแนวคิดและรูปแบบกองทุน.....	8
2.1	สถานการณ์ในไทยและบทเรียนในต่างประเทศ.....	8
2.1.1	ปัญหาและแนวคิดเรื่องการพิสูจน์ถูกผิดในการชดเชย.....	8
2.1.2	มาตรการการป้องกัน การเกิดความเสียหายและความขัดแย้งจากการรักษาพยาบาล.....	9
2.2	แนวคิดการชดเชยความเสียหาย	11
2.3	กรณีศึกษา.....	13
2.3.1	กรณีศึกษารูปแบบการชดเชยโดยใช้กลไกศาล: ประเทศสหราชอาณาจักร	14
2.3.2	กรณีศึกษารูปแบบการชดเชยโดยการประกัน ร่วมกับการใช้กลไกศาล: ประเทศสวีเดน .	16
2.3.3	กรณีศึกษารูปแบบการชดเชยโดยสวัสดิการสังคมและตัดสิทธิ์การฟ้องศาล: ประเทศ นิวซีแลนด์.....	19
3	แหล่งที่มาของกองทุน	20
4	ข้อเสนอทางเลือกสำหรับประเทศไทย	21
5	ผลการประมาณการรายจ่ายของกองทุน.....	27
6	อภิปรายและสรุป.....	34
7	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.....	31

1. บทนำ

ผลการรักษาหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์จากการรับบริการทางด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะเกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือความประมาทของผู้ให้บริการทางการแพทย์ก็ตาม นำมาซึ่งความสูญเสีย และความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบการให้บริการด้านสุขภาพของประเทศ ที่ความศรัทธาและความเชื่อมั่นระหว่างกันและกันกำลังจะสูญหายไป

การปฏิบัติงานสาขาการแพทย์เป็นสาขาหนึ่งที่มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกฟ้องร้องทางกฎหมายจากการให้บริการ ไม่ว่าจะเป็นการฟ้องร้องนั้นจะเกิดจากความเข้าใจผิด หรือเกิดจากความพลาดพลั้งของแพทย์ผู้ให้บริการเองก็ตาม จากสถิติของแพทยสภาพบว่านับจากปี 2534 ถึง 2550¹ มีเรื่องร้องเรียนรวมทั้งสิ้น 2,880 คดี โดยส่วนใหญ่เป็นคดีที่เกี่ยวกับการไม่รักษาตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พบว่ามีสูงถึง 1,567 คดี รองลงมาคือ การโฆษณาประกอบวิชาชีพเวชกรรม 344 คดี

จากจำนวน 2,880 คดี แพทยสภาสามารถพิจารณาเสร็จสิ้นแล้ว 1,317 คดี โดยมีแพทย์ถูกเพิกถอนใบอนุญาตถึง 10 ราย และถูกพักใช้ใบอนุญาต 119 ราย ส่วนใหญ่แพทย์ที่ถูกลงโทษมักจะเป็นแพทย์ที่ตั้งใจทำความผิด ให้การรักษาโดยประมาท ไม่เอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย ซึ่งเป็นการกระทำผิดจริง

ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษานั้น นำมาซึ่งความเดือดร้อนของครอบครัวและผู้ใกล้ชิดของผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ ผู้เสียหายและครอบครัวที่ต้องประสบกับปัญหาความเจ็บป่วยต่อเนื่อง , ทุพพลภาพ หรือ การตาย ต้องประสบกับความสูญเสียเช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การขาดรายได้จากการทำงาน การสูญเสียโอกาสในการทำงาน ความสูญเสียทางด้านจิตใจ

การฟ้องร้องแพทย์ที่ปรากฏเป็นข่าวทางสื่อมวลชนนั้นเป็นเพียงส่วนหนึ่ง ยังมีผู้ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์อีกจำนวนมากที่ไม่ได้นำเรื่องเข้าสู่กระบวนการทางศาล นอกจากนี้ผู้ที่ได้รับการชดเชยจากระบบฟ้องร้องยังมีจำนวนน้อยมากในขณะที่ต้องเสียเวลากับกระบวนการทางศาลเป็นเวลายาวนานหลายปี หากประเทศไทยไม่มีระบบการคุ้มครองความเสียหายที่เป็นธรรม ผู้เสียหายเหล่านี้ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายและความสูญเสียที่เกิดขึ้นเอง โดยเฉพาะคนยากจน คนด้อยโอกาส ขาดความรู้ ไม่มีหนทางที่จะเรียกร้องหรือแม้แต่จะรู้ว่าตนมีสิทธิและควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเยียวยาอย่างไร

ไม่ใช่แต่เพียงผู้เสียหายจากความผิดพลาดระหว่างการรักษาและครอบครัวเท่านั้น ที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ หากแต่แพทย์เองก็ได้รับความทุกข์เมื่อเกิดความผิดพลาดหรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาอยู่ไม่น้อย บางรายถูกฟ้องดำเนินคดีทั้งทางแพ่ง และกรณีร้องเรียนทางด้านจริยธรรมกับ

¹ หมอ-คนไข้ บนโลกคนละใบเดียวกัน วารสาร ฟ้าเดียวกัน ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 มกราคม-กุมภาพันธ์ 2551

แพทยสภา และอีกหลายรายต้องทุกข์ใจ เมื่อถูกร้องเรียนเป็นข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์ จนต้องขอย้ายหรือต้องปิดคลินิกแม้ยังไม่ได้มีการพิสูจน์เลยว่าความเสียหายนั้นแพทย์เป็นต้นเหตุจริงหรือไม่ เรียกได้ว่าทั้งแพทย์และผู้ป่วยต่างก็ทุกข์เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งสุดท้ายผลเสียก็คงจะตกอยู่กับทั้งแพทย์และผู้รับบริการ รวมไปถึงผลเสียต่อระบบการให้บริการด้านสุขภาพของประเทศ ที่ความศรัทธาและความเชื่อมั่นระหว่างกันและกันกำลังจะสูญหายไป

จากความขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้สร้างระบบและนโยบายในการดูแลสุขภาพซึ่งเกี่ยวโยงทั้งผู้ให้และผู้รับบริการด้านสาธารณสุข ก็พยายามที่จะหาทางออกให้กับความขัดแย้ง นับตั้งแต่มีการตั้งศูนย์สันติวิธี เพื่อทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย หรือญาติของผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหาย การจัดอบรมความรู้ด้านกฎหมายแก่แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายประจำเขตต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 12 เขต เพื่อให้คำปรึกษารวมทั้งช่วยเหลือ² อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามในการเสนอกฎหมายเพื่อเปลี่ยนหลักการในการจัดการความขัดแย้ง จากการมุ่งพิสูจน์หาตัวคนผิด เพื่อนำตัวมาลงโทษมาเป็นการเยียวยาผู้เสียหาย ในรูปของเงินชดเชย โดยการออก พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2545 ที่มาตรา 41 ระบุถึงกองทุนช่วยเหลือบรรเทาทุกข์แก่ผู้ได้รับความเสียหายจากการบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2546 เริ่มมีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2545แต่เป็นการช่วยเหลือผู้รับบริการที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ทำให้เกิดแนวคิดที่จะขยายความคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนและเริ่มเป็นรูปธรรมดังปรากฏใน “ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข พ.ศ.....”³ ซึ่งมีการเปลี่ยนชื่อร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวเป็น “ร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ.....” (ณ เดือน มีนาคม 2552) และในชั้นของมติคณะรัฐมนตรี ร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวเปลี่ยนกลับมาใช้ชื่อเดิม ขณะนี้ ร่างพรบ.นี้ อยู่ในช่วงการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร (เดือน กรกฎาคม 2553)

ดังนั้นคณะวิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่ต้องให้ข้อมูลแก่สาธารณะ เพื่อให้ทุกฝ่ายมีข้อมูล และประเมินความเป็นไปได้ของทางเลือก และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว คณะวิจัยจึงทบทวนข้อมูลประสบการณ์จากต่างประเทศจากรายงานที่มีผู้สืบค้นมาแล้ว และวิเคราะห์เพื่อชี้ให้เห็นผลดีผลเสีย และความสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย จากนั้นเสนอทางเลือกที่เป็นรูปธรรมและประมาณการรายจ่าย

² มติชน สดสัปดาห์ ฉบับประจำวันที 23-29 มกราคม พ.ศ.2552 ปีที่ 29 ฉบับที่ 1484

³ อารยา ชูผกา. “จากบทเรียนสู่กฎหมาย: คุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข”. ทำไมคนไข้ไม่ฟ้องหมอ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550

ของกองทุนและเสนอวิธีการได้มาของรายได้ของกองทุน นอกจากนี้ ได้นำข้อมูลเพื่อนำเข้าที่ประชุมปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายด้วย

2. ผลการศึกษาแนวคิดและรูปแบบกองทุน

2.1 สถานการณ์ในไทยและบทเรียนในต่างประเทศ

2.1.1 ปัญหาและแนวคิดเรื่องการพิสูจน์ผิดในการชดเชย

จากการศึกษาของ รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ และคณะ⁴ พบว่าแนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อลดความขัดแย้งไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพในต่างประเทศนั้น จะเป็นในลักษณะของการชดเชย ไม่ว่าจะเป็นการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพโดยไม่ต้องพิสูจน์ผิด (No fault liability) มาใช้เพื่อลดความขัดแย้ง โดยใช้ในหลายประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลียมีหน่วยงานร้องทุกข์ที่เป็นอิสระ ไม่ได้ขึ้นกับหน่วยงานรัฐหรือองค์กรวิชาชีพ มีอำนาจในการเจรจาประนีประนอมระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพ กับผู้รับบริการ เพื่อให้มีการชดเชยในกรณีที่มีการได้รับบาดเจ็บ หรือความทุกข์ทรมานเกิดขึ้น ในประเทศอินเดีย ภายใต้การบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค (The Consumer Protection Act 1986: COPRA) มีการจัดตั้งหน่วยงานหรือคณะกรรมการดำเนินการเพื่อการชดเชยให้ผู้บริโภค (Consumer Disputes Redressal Agencies or Commissions) ในลักษณะที่เป็นกลไกกึ่งศาล (quasi judicial machinery) ทั่วประเทศทั้งระดับรัฐบาลกลาง (National Commission) ระดับรัฐ (State Commission) และระดับอำเภอ (District Forum) เพื่อทำหน้าที่ให้ความเห็นตามหลักความยุติธรรมตามธรรมชาติและให้มีอำนาจในการให้ความช่วยเหลือชดเชยตามคำร้องทุกข์ของผู้บริโภค (District Consumer Complaints Redressal Forum) ตั้งแต่ เรื่องความเสียหายของเครื่องใช้ในบ้าน ไปจนถึงการบริการทางการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์หลักที่ต้องการให้มีการชดเชยที่ง่ายและรวดเร็วขึ้น และไม่จำเป็นต้องมีทนายความ และค่าธรรมเนียมใดๆ นอกจากนี้กลไกกึ่งศาลนี้ ยังมีอำนาจในการลงโทษทางอาญาในคดีที่ไม่ซับซ้อนต่อนักธุรกิจหรือบุคคลใดๆ ที่พิสูจน์ได้ว่ากระทำผิดได้ด้วย อย่างไรก็ตามบุคคลนั้นสามารถที่จะใช้สิทธิในการอุทธรณ์ต่อศาลสูงได้ภายในเวลา 30 วันนับแต่ได้รับคำวินิจฉัยนั้น และในประเทศสหราชอาณาจักร การร้องทุกข์เล็กๆ น้อยๆ ทั่วไป ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งของการจัดการการร้องทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับการชดเชยในวงเงินไม่เกิน 3,000 ปอนด์ หรือต่ำกว่านี้ กระบวนการนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของศาลท้องถิ่นของประเทศสหราชอาณาจักรที่ไม่จำเป็นต้องมีการพิจารณาในศาล หรือใช้ทนายความ แต่ผู้กล่าวหาและผู้ถูกกล่าวหาทั้ง 2 ฝ่าย จะต้องแสดงเหตุผลและหลักฐานของตนเองต่อศาล แต่ในประเทศไทยถ้าไม่นับมาตรา 41 ผู้เสียหายต้องพึ่งอำนาจศาล

⁴ รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์และคณะ. กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ. ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2550.

การทบทวนประสบการณ์ของประเทศไทย พบว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากบริการสุขภาพในบางกรณี เป็นเรื่องที่เป็นความผิดของผู้ให้บริการอย่างชัดเจน เช่น ลืมอุปกรณ์ผ่าตัดไว้ในช่องท้อง ถอนฟันผิดซี่ แต่ในหลายๆกรณี ความเสียหายที่นำไปสู่การพิจารณาคดีในชั้นศาลหลายลักษณะจะไม่เข้าข่ายเป็นการกระทำความผิดฐานละเมิดเพราะผู้ให้บริการมิได้จงใจ⁵ แต่ไม่มีกระบวนการในการให้ข้อมูลกับผู้เสียหายอย่างโปร่งใส และตรวจสอบได้ ทำให้เกิดความคับข้องใจและส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจ

2.1.2 มาตรการการป้องกัน การเกิดความเสียหายและความขัดแย้งจากการรักษาพยาบาล

จากการศึกษาของ นายแพทย์ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา ด้านกฎหมาย⁶ พบว่าแนวทางการแก้ปัญหาสัมพันธภาพด้วยมาตรการอื่นๆ นั้นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน 4 ฝ่าย ระหว่าง หน่วยงานหรือระบบ แพทย์ ผู้ป่วย และสังคม ไม่ใช่ 2 ฝ่าย ที่ว่า แพทย์เข้าใจว่า ผู้ป่วยกับสังคมคือฝ่ายเดียวกัน และผู้ป่วยเข้าใจว่าแพทย์กับหน่วยงานหรือระบบคือฝ่ายเดียวกัน การศึกษา 15 ประเทศในยุโรปมีผลสรุปว่า Medical Error สามารถลดได้จากการพัฒนาระบบได้ถึงร้อยละ 30 คือ

ขั้นที่ 1 การคัดเลือกผู้ที่จะเป็นนักเรียนแพทย์และหลักสูตรแพทย์มีความสำคัญทั้งในด้านความรู้และจริยธรรม

ขั้นที่ 2 ความสัมพันธ์ของแพทย์ การสื่อสาร แพทย์ต้องอธิบายผู้ป่วยและญาติ ทั้งก่อนการรักษา ระหว่างการรักษาทุกขั้นตอนและหลังการรักษา แพทย์ต้องช่วยผู้ป่วยสื่อสารรายละเอียดระบบการดูแลรักษาต่อหน่วยงานสถานพยาบาลและระบบการให้สังคมเข้าใจได้ถึงการประกอบวิชาชีพที่ถูกต้องด้วย

ขั้นที่ 3 เมื่อมีผลกระทบเกิดขึ้นแล้ว จำเป็นจะต้องมีกระบวนการให้ความช่วยเหลือผู้เดือดร้อนทั้งแพทย์และผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เมื่อมีผลกระทบที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 4 การประสานความสัมพันธ์ คือ กระบวนการไกล่เกลี่ย ที่มีเป้าหมายให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระหว่างคู่กรณี การประสานความสัมพันธ์ โดยยินยอมปรับเปลี่ยนประสงค์ของฝ่ายตนให้สามารถที่จะยอมรับร่วมกันได้ตามเหตุและผล

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ⁷ ได้เสนอแนวทางการแก้ปัญหาเบื้องต้น 9 ประการเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาสัมพันธภาพ เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง คือ

⁵ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคณะ, การศึกษาปัญหาการฟ้องร้องคดีเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย, กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์, 2544.

⁶ ความไม่ขัดแย้งที่ขัดแย้ง เอกสารประกอบการจัดการสุนทรียเสวนา เรื่อง ทางออกเชิงระบบ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ 11 กุมภาพันธ์ 2551

⁷ ปัญหาความสัมพันธ์ผู้ป่วยกับแพทย์ ต้องแก้เชิงระบบ เอกสารประกอบการจัดการสุนทรียเสวนา เรื่อง ทางออกเชิงระบบ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ 11 กุมภาพันธ์ 2551

1. กลไกการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการ เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอว่าไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือเล็ก หรือสถานพยาบาลระดับใด เป็นการเพิ่มคุณภาพ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายหรือปัญหาไม่พึงประสงค์ทั้งปวง ปัจจุบันมีระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รัฐบาลเห็นชอบให้ออกพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เป็นองค์กรมหาชน เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการสาธารณสุข และลดปัญหาที่เกิดจากการให้บริการลงให้ได้มากที่สุด

2. กลไกการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการ ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนกำลังคนให้มีการผลิตและกระจายที่เหมาะสม การดูแลระบบที่เอื้อให้บุคลากรทำงานได้อย่างมีคุณภาพ มีความสุขไม่ว่าจะในเมืองหรือชนบท ตลอดจนการฝึกอบรมให้แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขทุกคนมีทักษะในการสื่อสาร การพูดคุยกับผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับปัญหาหรือการสูญเสียต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ

3. กลไกบริหารความเสี่ยงระดับสถานพยาบาลและระดับพื้นที่ การตั้งกรรมการบริหาร ความเสี่ยงของโรงพยาบาล หรือการตั้งกลไกบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด เพื่อทำงานวิเคราะห์ ติดตาม เฝ้าระวังปัญหาแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยได้รับจากการบริการ หรือปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ที่เกิดขึ้นในจังหวัด ไม่ให้ปัญหาลุกลามใหญ่โตเกินการแก้ไขได้ด้วยสันติวิธี

4. กลไกความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ทุกโรงพยาบาลควรมี คณะกรรมการ โรงพยาบาล ที่มีภาคประชาชนเข้ามาร่วมวางแผน ร่วมรับรู้การทำงานของโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพราะกลไกนี้จะช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนได้เป็นอย่างดี

5. กลไกใกล้เคียง เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนา ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข ขึ้นมาทำหน้าที่ใกล้เคียงกรณีต่างๆ กลไกเช่นนี้ควรได้รับการสนับสนุนและ พัฒนาให้มีสาขาและให้สามารถทำงานอย่างครอบคลุม

6. กลไกคุ้มครองการทำงานของแพทย์และทีมงาน ได้เสนอว่า ควรจะมีการตั้งกลไกโดยทีม นี้จะต้องเห็นใจและเข้าใจแพทย์บนหลักการการอยู่ร่วมกันอย่างสันติและเคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีของกัน และกัน

7. กลไกขับเคลื่อนบริการสาธารณสุขด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ได้เกิดการพัฒนาขึ้น แล้วโดยมี ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้เสนอแนวคิด “การพัฒนาบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็น มนุษย์” (Humanized Health Care) ซึ่งขณะนี้มีการขับเคลื่อนกันไปแล้วในระดับต้น

8. กลไกการจัดการความรู้และขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนให้เกิด “สำนัก งานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ” (สวค.) ขึ้นมาทำงานวิชาการที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ และในขณะเดียวกัน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพ

แห่งชาติ พ.ศ.2550 ก็ได้ตั้งกลไกทำงานเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ขึ้น เรียกว่า “คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ”

9.กลไกเยียวยา กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันในการเสนอกฎหมายตั้ง กองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด ซึ่งโดยหลักการของร่างกฎหมายฉบับนี้ คือ⁸

- 1.ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการประกอบวิชาชีพทางสุขภาพสามารถได้รับการเยียวยาความเสียหายอย่างสะดวกและรวดเร็ว ปราศจากการพิสูจน์ถูกผิด
- 2.เพื่อรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย
- 3.สร้างโอกาสให้มีการพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากขึ้น

2.2 แนวคิดการชดเชยความเสียหาย

แนวคิดการชดเชยความเสียหายอันเกิดจากการกระทำหรือละเว้นการกระทำของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพในการบริการทางการแพทย์มีมานานแล้ว โดยทั่วไปใช้แนวคิด “การพิสูจน์ถูกผิด” โดยกลไกของศาลตามหลักกฎหมายละเมิด (Tort Law) แต่มีข้อจำกัดในการอำนวยความสะดวกต่อฝ่ายผู้เสียหายหรือโจทก์ในการเข้าถึงซึ่งการต่อสู้คดีในชั้นศาล ในระยะหลังจึงมีการพัฒนาแนวคิดการชดเชยความเสียหายทางการแพทย์มาสู่ความรับผิดชอบของผู้ที่ทำให้เกิดความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (Liability without Fault or Strict Liability or No-Fault Liability) โดยการออกแบบกลไกที่มีศาลให้มีอำนาจหน้าที่ในการไกล่เกลี่ยและวินิจฉัยข้อโต้แย้งที่เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ให้บริการให้สามารถยุติลงได้ก่อนถึงชั้นศาล ภายใต้กฎหมายหรือ กฎระเบียบเกี่ยวกับการบาดเจ็บของผู้ป่วยที่มีการกำหนด ประชญา แนวคิด วัตถุประสงค์ สิทธิหน้าที่ขององค์กรและบุคคล ตลอดจนขอบเขต เงื่อนไข และกระบวนการพิจารณาในการชดเชยไว้เป็นการเฉพาะ⁹ และได้มีการนำไปใช้ในหลายประเทศ ทั้งแบบบังคับและสมัครใจ โดยมีการพัฒนาการที่แตกต่างกันไป บางประเทศมีการใช้มาเป็นเวลากว่า 20 ปี ในขณะที่บางประเทศเพิ่งเริ่มใช้ได้ไม่นาน

นิวซีแลนด์ เริ่มในปี พ.ศ.2515 เป็นระบบหนึ่ง ในระบบประกันสังคม

⁸ อารยา ชูผกา. “จากบทเรียนสู่กฎหมาย:คุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข”. ทำไมคนไข้ไม่ฟ้องหมอ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550

⁹ รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์และคณะ. กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ. ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2550.

สวีเดน	ใช้แบบสมัครใจในปี พ.ศ.2518 และบังคับในปี พ.ศ.2540ให้สถานพยาบาลของรัฐทำประกันกับ บริษัทประกันร่วมของเขต และสถานพยาบาลของเอกชน ทั้งหมดจะต้องทำประกันกับ บริษัทประกันเอกชน
ฟินแลนด์	ออกกฎหมายกองทุนประกันความเสียหายผู้ป่วย(The Patient Injuries Act) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2530 และได้มีการแก้ไขในปี พ.ศ.2542 ขยายสิทธิและให้ค่านิยามที่ชัดเจนชัดคำในสิทธิของการชดเชยกว่าเดิม หลักเล็งการฟ้องร้องบนพื้นฐานของกฎหมายละเมิด
นอร์เวย์	มีกฎระเบียบเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายชื่อ Rules for Provisional of Compensation for Injury to Patients กฎหมายนี้ใช้สำหรับโรงพยาบาลรัฐ และแผนกผู้ป่วยนอก เป็นการชดเชยในสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทางกาย อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลภายใต้ความสอดคล้องสัมพันธ์กับกฎการชดเชยทั่วไป
เดนมาร์ก	มีกฎหมายเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายชื่อ The Patient Insurance Act พ.ศ.2540 ซึ่งต่อมามีการแก้ไขเพิ่มเติมในปี พ.ศ.2542 ขยายสิทธิในการชดเชยที่เทียบได้กับความรับผิดชอบในความผิด แต่การชดเชยเข้าถึงได้ง่ายกว่า
ไอซ์แลนด์	มี Iceland Patient Insurance Scheme เริ่มในปี พ.ศ.2544 เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยจากการบริการทางการแพทย์ โดยทุกเรื่องการร้องเรียนจะถูกส่งไปยังกระทรวงสาธารณสุขของไอซ์แลนด์
สหราชอาณาจักร	ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพอยู่ภายใต้กฎหมายทั่วไปว่าด้วยสัญญาและละเมิด มีเพียงส่วนน้อยที่จะนำไปสู่กฎหมายว่าด้วยสัญญา โดยเฉพาะการให้บริการรักษาพยาบาลของภาคเอกชนเนื่องจากการให้บริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่ถูกจัดโดย National Health Service (NHS) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์โดยพื้นฐานตามพันธกิจทางกฎหมายของผู้ให้บริการ (provider's statutory obligation) ปัจจุบันอังกฤษยังไม่มีกองทุนชดเชยความเสียหายโดยอยู่ระหว่างการพัฒนาเพื่อนำไปสู่การออกเป็นกฎหมาย
สหรัฐอเมริกา	สมาคมแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา(AMA American Medical Association) ผลักดันให้มีการออกกฎหมายเพื่อเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย คือThe Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005 ทั้งนี้เพื่อจะให้แพทย์และโรงพยาบาลรายงานความผิดพลาดทางการแพทย์ (โดยสมัครใจ) เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์วิจัย เป็นกรณีศึกษาเพื่อเป็นบทเรียนในการพัฒนาการดูแลรักษาประชาชนให้ปลอดภัย และป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดซ้ำอีกใน

อนาคต และผู้ป่วยก็จะได้รับการช่วยเหลือเยียวยาผลเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดนี้ โดยไม่ต้องไปฟ้องร้อง

อย่างไรก็ตาม การนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ พบว่า มีรูปแบบที่แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละประเทศ และมีการพัฒนามาตามลำดับ รัตนสิทธิ ทิพย์วงศ์และคณะ (2550) แบ่งรูปแบบเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ คือ 1) การชดเชยโดยการใช้กลไกศาล, 2) การชดเชยก่อนศาลและการใช้ศาล และ 3) การชดเชยเต็มรูปแบบและตัดสินทางศาล¹⁰ หลังจากที่นักวิจัยได้ทบทวนกรณีศึกษาต่างๆ แล้ว เห็นว่า ควรดัดแปลงชื่อกลุ่มรูปแบบการชดเชยเพื่อให้สื่อสารได้เข้าใจง่ายขึ้นเป็นดังนี้

- 1) การชดเชยโดยการใช้กลไกศาล
- 2) การชดเชยโดยการประกัน ร่วมกับการใช้กลไกศาล
- 3) การชดเชยโดยสวัสดิการสังคม และตัดสินทางศาล

การชดเชยโดยการใช้กลไกศาล

สามารถใช้หลักกฎหมายทั่วไปว่าด้วยละเมิดเป็นกลไกในการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับความเสียหายจากบริการสุขภาพได้อย่างมั่นคงและสอดคล้องกับหลักการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนตามแนวคิดรัฐธรรมนูญนิยมที่ทุกคนมีสิทธิที่จะนำข้อโต้แย้งที่เกิดขึ้นสู่การวินิจฉัยชี้ขาดโดยศาล

การชดเชยก่อนศาลโดยการประกัน ร่วมกับการใช้กลไกศาล

สามารถอำนวยความสะดวกในการแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพของผู้เสียหายได้รวดเร็วกว่าการใช้กลไกศาล ตัวอย่างรูปแบบนี้ที่ชัดเจนพบได้ในประเทศสวีเดน

การชดเชยก่อนศาลโดยสวัสดิการสังคม และตัดสินทางศาล

สามารถอำนวยความสะดวกในการแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพของผู้เสียหายได้อย่างคลุมคลุมกว้างขวางและรวดเร็วกว่าการใช้กลไกศาล ตัวอย่างประเทศที่ใช้รูปแบบนี้มีเพียงประเทศเดียว คือ ประเทศนิวซีแลนด์

2.3 กรณีศึกษา

การศึกษานี้จะขอยกกรณีศึกษา 3 ประเทศที่ใช้รูปแบบการชดเชยที่แตกต่างกัน โดยเลือกประเทศสหราชอาณาจักร, ประเทศสวีเดน, และ ประเทศ นิวซีแลนด์ เป็นตัวแทนของรูปแบบกลไกการใช้ศาล, กลไกชดเชยก่อนศาลโดยการประกันและควบคู่กับการใช้ศาล, และกลไกชดเชยก่อนศาลโดยสวัสดิการสังคมและตัดสินทางศาล ตามลำดับ โดยกรณีศึกษาสามารถแสดงพัฒนาการ และบริบทของ

¹⁰ รตนสิทธิ ทิพย์วงศ์และคณะ. กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ. ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2550.

แต่ละประเทศเพื่อให้ผู้อ่านสามารถทำความเข้าใจ ถึงความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบต่างๆมา ประยุกต์ใช้กับประเทศไทย

2.3.1 กรณีศึกษารูปแบบการชดเชยโดยใช้กลไกศาล: ประเทศสหราชอาณาจักร

ในประเทศสหราชอาณาจักร¹¹ ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพจะอยู่ภายใต้กฎหมายทั่วไปว่าด้วยสัญญาและละเมิด มีเพียงส่วนน้อยที่จะนำไปสู่กฎหมายว่าด้วยสัญญา โดยเฉพาะการ ให้บริการรักษาพยาบาลของภาคเอกชนเนื่องจากการให้บริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่ถูกจัดโดย National Health Service (NHS) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์โดยพื้นฐานตามพันธกิจทางกฎหมายของผู้ ให้บริการ (provider's statutory obligation) ปัจจุบันสหราชอาณาจักรยังไม่มีกองทุนชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ผิด หรือการประกันของบุคคลที่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือตายที่เกิด จากการรักษาทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามมีการจัดตั้งกองทุนการชดเชยการบาดเจ็บโดยไม่ต้องพิสูจน์ ผิดกับการบาดเจ็บที่เกิดจากอุตสาหกรรม สหราชอาณาจักรได้ออกกฎหมาย "The Vaccination Damage Payments Act 1979" เพื่อชดเชยบุคคลที่ได้รับการบาดเจ็บระหว่างการดำเนินการเกี่ยวกับ โรคที่มีการให้วัคซีนที่มีผลทำให้บุคคลนั้นตาย พิการอย่างแรง ครอบคลุมทั้งมารดา เด็กอายุตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป และบุคคลที่ได้รับความเสียหายจากการดำเนินการให้วัคซีนโดยไม่มีข้อกำหนดในการพิสูจน์ผิด (No requirement to prove fault) เป็นพิเศษ เช่น Poliomyelitis และ Rubella เป็นต้น

การดำเนินคดีความประมาททางการแพทย์ในความสัมพันธ์กับการรักษาโรคโดย NHS ครอบคลุมกว้างขวางมาก ซึ่งเป็นการคลั่งสาธณะผ่านระบบภาษี บางครั้งการรับรู้สาธณะ การ ฟ้องร้องถูกกระตุ้นโดยผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยจะเข้าไปใช้ประโยชน์สำหรับการ รักษาพยาบาลซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพยากร

เกณฑ์ในการร้องขอการชดเชย ยังอยู่ภายใต้กฎหมายละเมิด การพิจารณาความผิดของผู้ ให้บริการทางการแพทย์ ตั้งแต่ ปี ค.ศ.1998 ใช้เกณฑ์ Bolitho มาพิจารณาแทนเกณฑ์ Bolam's test ที่ ใช้มาตั้งแต่ปีค.ศ.1957 ซึ่งการตัดสินอยู่ภายใต้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ครอบคลุม การ ชดเชยการบาดเจ็บ การสูญเสียรายได้และรายจ่ายในการดูแลที่ผ่านมา และการสูญเสียรายได้และ รายจ่ายในการดูแลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หากความเห็นของแพทย์ไม่สมเหตุสมผลทางตรรกะถือว่าเป็น ความผิดพลาดของแพทย์ หลังจากนั้นอำนาจตัดสินใจก็จะกลับไปอยู่ที่ผู้พิพากษาแทน กระบวนการ ช่วยเหลือ กระบวนการร้องเรียนต่อ NHS มี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

¹¹ ลีอชัย ศรีเงินยวง นฤพงศ์ ภักดี และจิราภร ชมศรี เรื่อง "การชดเชยกรณีผิดพลาดจากการรักษาทางคลินิก:

Compensation for Clinical Negligence in England" เพื่อทบทวนสถานการณ์ระบบการชดเชยกรณีความผิดพลาด จากการรักษาทางคลินิกในระบบสุขภาพของประเทศไทย

1. ผู้เสียหายร้องเรียนด้วยวาจาในระดับสถานพยาบาล หน่วยงานระดับต้นให้เป็นผู้คลี่คลาย (Local Resolution)

2. หากการร้องเรียนระดับต้นไม่ได้รับการแก้ไข ผู้เสียหายต้องเสนอเรื่องเป็นลายลักษณ์อักษรต่อ Chief Executive เรื่องร้องเรียนจะได้รับการจัดการภายใน 2 วันทำการ และจะต้องมีการสอบสวนหาสาเหตุความผิดพลาดและหาข้อสรุปชี้แจงต่อผู้เสียหายภายใน 21 วัน (Management Resolution)

3. หากผู้เสียหายยังไม่พอใจสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 21 วัน หลังจากวันที่รับเรื่องชี้แจงจาก Chief Executive ในกรณีนี้ NHSLA จะนำเรื่องเข้าสู่คณะกรรมการอิสระเพื่อพิจารณา เรื่องจะอุทธรณ์แล้วเสร็จภายใน 21 วัน

ประเทศสหราชอาณาจักรยังคงยึดระบบกฎหมายละเมิดและไม่เห็นด้วยกับการใช้ระบบชดเชยที่ไม่ต้องพิสูจน์ความผิดแบบเบ็ดเสร็จอย่างเช่นที่เป็นอยู่ในสวีเดนหรือนิวซีแลนด์ แต่ตระหนักในปัญหาที่ประชาชนส่วนหนึ่งยังไม่สามารถเข้าถึงได้ จึงมีการทบทวนกระบวนการชดเชยความผิดพลาดทางการแพทย์เพื่อเสนอแนวทางปฏิรูปอย่างต่อเนื่อง คือ ในปี ค.ศ. 2001 มีการเสนอรายงานชื่อ Access to Justice เพื่อเสนอทางออกในการเข้าถึงระบบกฎหมาย ต่อมาในกลางปี ค.ศ. 2003 ได้มีการเสนอรายงานชื่อ “Making Amends” เพื่อเสนอแนวทางปฏิรูปที่ระบบกฎหมายโดยมีการนำระบบชดเชยที่ไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาผสมอยู่ด้วย ได้แก่ การร้องเรียนที่มีมูลค่าการชดเชยที่ไม่เกิน 30,000 ปอนด์ ให้มีระบบการชดเชย โดยการผสมผสานระหว่างระบบกฎหมายละเมิดกับระบบการชดเชยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด และการจ่ายเงินโดยมีเพดานกำหนด ทั้งนี้จะต้องเป็นความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์ที่หลีกเลี่ยงได้ และไม่ได้เกิดจากความเป็นไปตามปกติของโรค มีการเสนอระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด กรณีที่มีการบาดเจ็บทางระบบประสาทอย่างรุนแรงไว้เฉพาะ เช่น การบาดเจ็บทางสมองที่เกิดจากการคลอด แต่จะถูกตัดสินการร้องเรียนตามระบบกฎหมาย ซึ่งในกรณีปกติผู้เสียหายที่ไม่ได้รับการจ่ายเงินช่วยเหลือตามแผนการชดเชย จะไม่ถูกตัดสิทธิในการร้องเรียนตามระบบกฎหมาย นอกจากนี้ประเทศสหราชอาณาจักรได้นำระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาใช้ในสามแผนงาน คือ การบาดเจ็บในโรงงาน การบาดเจ็บจากอาชญากรรม และแผนงานความเสียหายจากการรับวัคซีน

แหล่งที่มาของเงิน การชดเชยความผิดพลาดทางการแพทย์ของประเทศสหราชอาณาจักรอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานย่อย ของ National Health Service (NHS) เรียกว่า National Health Service Litigation Authority (NHSLA) ปัจจุบัน NHSLA ดูแลพิจารณาจ่ายเงินชดเชยที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์สามแผน คือ Existing Liability Scheme (ELS), Clinical Negligence Scheme for Trust (CNST) และ EX-RHAs โดยที่ ELS และ EX-RHAs ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐทั้งหมด ส่วน CNST ได้งบประมาณจากการเก็บจากสมาชิกหรือ Trust ต่างๆ โดยจะเก็บเงินสมทบตั้งแต่ 2,000 - 6,000 ปอนด์

ข้อดี

1. ศาลเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนสูงสุด เป็นการตรวจสอบการโต้แย้งสิทธิระหว่างรัฐกับเอกชนและระหว่างเอกชนกับเอกชนโดยผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียและมีวิธีการพิจารณาคดีที่กำหนดไว้อย่างเป็นระบบในชั้นศาล ที่สามารถประกันความยุติธรรมด้วยระบบการตรวจสอบกันเองโดยองค์กรคณะพิจารณาและพิพากษาที่มีอยู่ 3 ระดับได้แก่ ศาลชั้นต้น ศาลอุทธรณ์และศาลฎีกา

2. การพิจารณาวงเงินการชดเชยโดยศาล ศาลจะพิจารณาชดเชยให้ตามจำนวนความเสียหายที่คาดคะเนได้และไม่อาจคาดคะเนได้โดยการวินิจฉัยให้ใกล้เคียงกับความเสียหายที่เป็นจริงมากที่สุด ครอบคลุมทั้งความเสียหายที่เป็นความเสียหายทางเศรษฐกิจ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าขาดงาน ค่าขาดไร้อุปกรณ์ ฯลฯ และความเสียหายที่ไม่ใช่ทางเศรษฐกิจ เช่น ค่าเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ค่าขาดความสุขสำราญในชีวิต

ข้อเสีย

1. การนำคดีขึ้นสู่ศาลมีค่าใช้จ่ายสูงจากกระบวนการทางกฎหมาย เช่น ค่าธรรมเนียมศาล ค่าทนายความ หากผู้เสียหายไม่มีทรัพย์สินเพียงพอจะมีปัญหาในการจ้างทนายความที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อดำเนินการ ในขณะที่มีความไม่แน่นอนในผลลัพธ์ที่จะออกมา

2. คดีที่ขึ้นสู่ศาลมีจำนวนน้อยและมีคำตัดสินออกมามีจำนวนที่ต่ำมากหากเปรียบเทียบกับคดีทั้งหมดที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ไม่ใช่กระบวนการทางกฎหมายหรือเลือกใช้บางส่วน เช่น การเจรจาต่อรอง

3. ขั้นตอนในการดำเนินการหรือวิธีพิจารณาความเพื่อให้ผู้เสียหายได้รับสิทธิตามที่กฎหมายบัญญัติรับรองไว้มีเทคนิคยุ่งยาก มีระยะเวลาที่ยาวนาน และอาจเป็นเงื่อนไขประการสำคัญที่ทำให้ไม่เกิดการบังคับใช้กฎหมายหรือการบังคับใช้กฎหมายไม่มีประสิทธิภาพ

4. การดำเนินคดีกับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ มีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีการรักษาแบบป้องกันตัวเอง การส่งต่อผู้ป่วย และการปฏิเสธการให้บริการในกรณีไม่ใช่เหตุฉุกเฉินมากขึ้น และเกิดการย้อนกลับมาสู่การใช้งบประมาณที่ไม่เป็นสัดส่วนในการจัดบริการสุขภาพ

2.3.2 กรณีศึกษารูปแบบการชดเชยโดยการประกัน ร่วมกับการใช้กลไกศาล: ประเทศสวีเดน

กลไกการชดเชยโดยการประกัน ร่วมกับการใช้กลไกศาล ในประเทศสวีเดน¹² เป็นกลไกของฝ่ายบริหารที่ต้องการแก้ไขเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นจากข้อโต้แย้งเกี่ยวกับคุณภาพและมาตรฐานใน

¹² ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ ภัคดี และ และพันธุ์ หึง จิราภร ชมศรี, “การชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องรับผิดชอบ (NO-Fault Compensation Schemes): การทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ, คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.

การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนทั้งในส่วนที่เป็นการบริการโดยสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนก่อนที่ผู้เสียหายจะใช้สิทธิทางศาลตามกฎหมายทั่วไปว่าด้วยละเมิด หน่วยงานเยียวยาของฝ่ายบริหารนี้เป็นหน่วยงานของรัฐ ที่มีใช้ส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีฐานะเป็นนิติบุคคล มีความเป็นอิสระ แต่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี เพื่อทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือชดเชยความเสียหายแก่ผู้เสียหายให้สามารถกลับคืนสู่ฐานะเดิมหรือใกล้เคียงกับสถานะภาพเดิมก่อนการเสียหายในระดับที่ได้รับความพึงพอใจมากที่สุด ในขณะที่เดียวกันต้องการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการให้คงอยู่ต่อไป

มีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือตามสิทธิของผู้เสียหายที่ได้รับทั้งทางร่างกาย จิตใจ เพื่อลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แต่ต้องไม่เป็นความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามปกติของพยาธิสภาพของโรคหรือเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากการวินิจฉัยหรือรักษาโรคตามปกติ หรือเป็นความเสียหายเล็กน้อย ที่ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน โดยกำหนดให้มีการช่วยเหลือผู้รับบริการตามประเภทความเสียหายที่ได้รับจากการรับบริการสุขภาพ ได้แก่ ความเสียหายแก่ชีวิต การสูญเสียอวัยวะหรือพิการหรือทุพพลภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ การขาดงานและค่าขาดรายได้การะ และค่าเจ็บป่วยและทุกข์ทรมาน ตามอัตราที่เหมาะสม (โดยมีแหล่งเงินสนับสนุนมาจากหลายภาคส่วนของสังคม ได้แก่ รัฐ ท้องถิ่น เอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพ ภาชีนุหรีและสุรา ภาชีสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ฯ) ครอบคลุมการบริการสาธารณสุขทุกประเภท เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ความเสียหายที่เกิดจากการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้ โดยไม่มีการพิสูจน์ถูกผิด ซึ่งหมายถึงการจ่ายโดยไม่ต้องมีการแสวงหาผู้กระทำผิดหรือไม่ต้องรอผลการพิสูจน์ทางการแพทย์

โดยให้มีการเสนอคำร้องเป็นหนังสือจากผู้ได้รับความเสียหายภายในกำหนด 3-5 ปี นับแต่วันที่ได้รับทราบความเสียหาย ต่อหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับคำร้องในระดับจังหวัดทุกจังหวัด อาจมีหน่วยย่อยที่จัดตั้งอยู่ประจำสถานพยาบาลในระดับอำเภอทุกอำเภออย่างน้อยหนึ่งแห่ง คำร้องต้องได้รับการพิจารณาจากคณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย(มีองค์ประกอบ 5-7 คน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์จำนวน 3 คน ผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการฝ่ายละเท่าๆกัน) ภายใน 7 วัน หากมีมูลเหตุแห่งความเสียหายเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้เสียหายต้องได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับคำร้อง ในกรณีที่ไปแล้วเสร็จ อาจให้ขยายเวลาออกได้อีกไม่เกิน 30 วัน และหากพ้นกำหนดเวลาที่ขยายแล้ว ให้ถือว่าผู้เสียหายได้รับความเสียหายเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุขและต้องได้รับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นภายใน 30 วันนับแต่วันพ้นกำหนดเวลาที่ขยาย หลังจากนั้นให้ส่งคำร้องและผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย ไป

ยังคณะอนุกรรมการประเมินค่าชดเชย(มีองค์ประกอบ 5-7 คน อย่างน้อยต้องประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์ ด้านคนพิการ ด้านการคุ้มครองสิทธิ ทั้งนี้ การพิจารณาจ่ายเงินชดเชยของคณะอนุกรรมการชุดนี้ ให้คำนึงถึงสภาพความเสียหาย สภาพจิตใจของผู้เสียหาย สิทธิหรือประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายอื่น รวมถึงสภาวะแวดล้อมอื่นๆ ประกอบด้วย)นับแต่วันที่มีการวินิจฉัยให้มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อประเมินและวินิจฉัยความเสียหาย และกำหนดจำนวนเงินที่ผู้เสียหายควรได้รับภายในหกสิบวัน หากยังไม่แล้วเสร็จอาจขยายได้อีกไม่เกิน 30 วันในระหว่างการใช้สิทธิของผู้เสียหายต่อกลไกดังกล่าว ไม่ตัดสิทธิผู้เสียหายที่จะใช้สิทธิทางศาลเพื่อฟ้องร้องดำเนินคดีแพ่งตามกฎหมายว่าด้วยละเมิด และหากผู้เสียหายใช้สิทธิทางศาลดังกล่าว ให้ชะลอการพิจารณาคำร้องหรือการจ่ายเงินชดเชยไว้ก่อนจนกว่าคดีจะถึงที่สุด ในกรณีที่ผู้เสียหายใช้สิทธิทางศาลภายหลังได้รับเงินชดเชยเบื้องต้น ให้เป็นหน้าที่ของสถานพยาบาลและผู้ให้บริการที่ตกเป็นจำเลยมีหน้าที่รายงานการดำเนินการเกี่ยวกับการฟ้องร้องของผู้เสียหายให้สำนักงานคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขทราบ และให้สำนักงานมีหน้าที่ยื่นคำร้องต่อศาลเพื่อแถลงเกี่ยวกับการรับเงินชดเชยเบื้องต้นของผู้เสียหายให้ศาลทราบ

ข้อดี

- 1.ผู้เสียหายจะได้รับการชดเชยความเสียหายบางส่วนที่รวดเร็ว และมีขั้นตอนไม่ยุ่งยากเข้าถึงได้ง่ายกว่าศาล เนื่องจากไม่ต้องมีการพิสูจน์ว่าผู้ให้บริการมีความผิดหรือไม่ เพียงแต่นำเสนอคำร้องเพื่อเสนอมูลเหตุแห่งความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขตามขั้นตอนกระบวนการที่กำหนดไว้ หากเข้าเกณฑ์การชดเชย
- 2.ผู้เสียหายยังคงมีสิทธิเลือกระหว่างระบบเดิมและระบบใหม่ (หากระบบใหม่เปิดสิทธิทางศาลไว้) แม้จะเลือกระบบใหม่ ผู้เสียหายก็ยังคงมีสิทธิใช้สิทธิทางศาลตามปกติ ทั้งในระหว่างที่มีการเรียกร้องค่าชดเชยและหลังการได้รับค่าชดเชย ในความเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน หากผู้เสียหายเข้าสู่ช่องทางของกลไกการชดเชยและยุติได้ก็จะทำให้จำนวนคดีที่จะขึ้นสู่ศาลลดลง
- 3.ต้นทุนในการดำเนินการเรียกร้องค่าชดเชยลดลง เนื่องจากมีการใช้จ่ายเงินในระบบกฎหมายน้อยลงลง และผู้เสียหายได้รับเงินค่าชดเชยมากขึ้น
- 4.ผู้ให้บริการ สบายใจในการรายงานความผิดพลาดที่แยกระบบออกจากการชดเชย

ข้อเสีย

- 1.แนวโน้มการร้องเรียนจะมากขึ้น เพราะผู้รับบริการรับรู้ข้อมูลมากขึ้น และมีบทเรียนจากการได้รับเงินช่วยเหลือ อาจทำให้ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลละเลยเรื่องคุณภาพและมาตรฐานในการบริการทางการแพทย์และก่อให้เกิดการละเมิดง่ายขึ้น

2.การคงไว้ซึ่งสิทธิในการฟ้องร้องศาลแบบคู่ขนานอาจทำให้ผู้เสียหายที่ไม่สุจริตยังคงใช้กลไกศาลเป็นช่องทางหลักเช่นเดิม กลไกการชดเชยก่อนศาลอาจไปเอื้อต่อการใช้สิทธิทางศาลเพิ่มขึ้น

3.การกำหนดเกณฑ์และขอบเขตในการชดเชยที่ครอบคลุมค่าเสียหายที่มีใช้ทางเศรษฐกิจโดยไม่กำหนดเพดานขั้นสูงไว้จะทำให้ระบบใหม่มีค่าชดเชยสูงกว่าระบบเดิม

2.3.3 กรณีศึกษารูปแบบการชดเชยโดยสวัสดิการสังคมและตัดสินสิทธิการฟ้องศาล: ประเทศนิวซีแลนด์

จากการศึกษาของ รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ และคณะ (2550)¹³ พบว่าประเทศนิวซีแลนด์ ซึ่งเป็นประเทศแรกของโลกที่เริ่มนำเอาแนวคิด No-Fault มาดำเนินการอย่างครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1974 โดยพบว่า มีการร้องเรียนเพิ่มมากขึ้น มีเรื่องร้องเรียนวินัยแพทย์เพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มีความชัดเจนที่ชี้ชัดว่าเป็นผลมาจากระบบการชดเชยดังกล่าว ผู้ป่วยได้รับการชดเชยมากกว่าที่ได้รับจากระบบกฎหมาย โดยมีค่าใช้จ่ายในการชดเชยระหว่างปี ค.ศ.1975-1989 ในภาพรวมสูงขึ้นประมาณ 20% ต่อปี (ต้นทุนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบระหว่างปี ค.ศ. 1996 กับ ปี ค.ศ. 2002 จาก 8.5\$ เป็น 15.3\$) ซึ่งสูงกว่าค่าชดเชยในสหรัฐอเมริกาที่เป็น การชดเชยโดยระบบศาล และยังคงมีการให้บริการที่ต่ำกว่ามาตรฐาน และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีระบบกฎหมายว่าด้วยละเมิดด้วยกันแล้ว อัตราการเกิดความผิดพลาดจากการรักษาไม่แตกต่างกัน

ประสบการณ์ของประเทศนิวซีแลนด์ พบว่า จำนวนการชดเชยความเสียหายจากกรณีของภาวะแทรกซ้อนและระบบ(Mishap) สูงกว่าจำนวนการชดเชยความเสียหายจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ (error) และมีผลทำให้ต้นทุนการชดเชยในระบบสูงขึ้น

ข้อดี

1. สร้างแรงจูงใจแก่ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลได้โดยไม่ต้องพึ่งพาบริษัทประกันโดยตรง แต่ใช้ระบบกองทุนมาบริหารความเสี่ยงซึ่งมีต้นทุนค่าดำเนินการน้อยและไม่จำเป็นต้องมีค่าทนายความค่าธรรมเนียมศาลซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ต้นทุนค่าดำเนินการในการฟ้องร้องคดีสูง

2.การใช้กลไกการชดเชยความเสียหายแบบเบ็ดเสร็จโดยฝ่ายบริหารแม้ว่าจะเป็นการตัดสินสิทธิในการฟ้องร้องศาลตามระบบกฎหมายว่าด้วยละเมิด แต่ในกระบวนการเยียวยาของฝ่ายบริหารตามกลไกใหม่ ยังให้สิทธิผู้เสียหายสามารถใช้สิทธิทางศาลปกครองในการที่จะยกเลิกเพิกถอนคำสั่งของฝ่ายบริหาร หากผู้เสียหายเห็นว่ากระทบต่อสิทธิผู้เสียหายตามที่กฎหมายที่จัดตั้งกลไกใหม่และหลักกฎหมายมหาชนอื่นๆรับรองคุ้มครองไว้ได้ ตามหลักการกระทำของฝ่ายปกครองต้องชอบด้วยกฎหมายเช่นเดียวกัน

¹³ รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญและธนเสฏฐ์ กุลจิรมาพันธ์.กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ.ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ชุดที่ 2,2550

3. การจ่ายชดเชยลดลง โดยการจ่ายผลประโยชน์บนพื้นฐานของระบบกฎหมายเกี่ยวกับการประกันสังคม

ข้อเสีย

จำนวนการชดเชยความเสียหายจากกรณีของภาวะแทรกซ้อนและระบบ สูงกว่าจำนวนการชดเชยความเสียหายจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ และมีผลทำให้ต้นทุนการชดเชยในระบบสูงขึ้น

3. แหล่งที่มาของกองทุน

จากการศึกษาของ รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ และคณะ¹⁴ (2550) ในต่างประเทศมีที่มาของเงินในกองทุนแบบ no fault ดังนี้

นิวซีแลนด์ แหล่งที่มาของเงิน มาจากหลายแหล่ง เช่น จากผู้มีรายได้โดยจ่ายภาษีสมทบหัก ณ ที่จ่ายในอัตราคงที่ในระหว่างปี ค.ศ. 2001-2004 มีการเรียกเก็บระหว่าง 1.1-1.2 ต่อ 100 NZD และมีการหักเงินสมทบจำนวนหนึ่งถ้ารายได้ถึงเพดานที่กำหนด และจากการสมทบโดยรัฐบาลสำหรับผู้ไม่มีรายได้ เช่น ผู้ที่ไม่อยู่ในภาวะการจ้างงาน นักเรียน ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ เป็นต้น มีข้อสังเกตว่า The Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act ค.ศ.1992 อนุญาตให้สามารถเรียกเก็บเงินจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ทั้งรายบุคคลและองค์กรได้ แต่ยังไม่เคยมีการเรียกเก็บ

เดนมาร์ก คณะกรรมการบริหารสมาคมการประกันผู้ป่วยจะได้รับการเลือกมาจากบริษัทประกัน ซึ่งอาจมีผู้แทนจากรัฐ สมาคมโรงพยาบาลแห่ง Copenhagen และหน่วยงานประกันตนเองในเขตเทศบาลมาเป็นคณะกรรมการบริหารด้วย โดยกิจกรรมของสมาคมจะได้รับเงินสนับสนุนจากบริษัทประกันและหน่วยงานประกันตนเองในเขตเทศบาลและจะต้องมีการรายงานประจำปีต่อกระทรวงสุขภาพทุกปี นอกจากนี้ กฎหมายได้กำหนดให้กระทรวงสุขภาพอาจอนุญาตให้เทศบาลต่างๆสามารถเข้าไปควบคุมการปฏิบัติตามพันธกิจด้านกฎหมายขององค์กรภาคเอกชนที่ทำงานอยู่ในเขตพื้นที่ของเทศบาลแทนได้ ซึ่งในส่วนนี้เทศบาลสามารถร้องขอเงินทุนสำหรับการเตรียมการประกันจากกองทุนได้

สวีเดน แหล่งที่มาของเงิน ผู้ให้บริการภาครัฐมาจากภาษีเงินได้ในระดับเขตและจ่ายให้หน่วยงานบริษัทประกันร่วมของเขต (County Council Mutual Insurance Company หรือ CCMIC) ตามสัดส่วนประชากรที่รับผิดชอบ ส่วนผู้ให้บริการภาคเอกชนจะต้องซื้อประกันจากบริษัทเอกชนเพราะผู้ให้บริการมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องมีการประกันการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล และต้องให้การดูแลพื้นฐานผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บดังกล่าวโดยไม่ปฏิเสธด้วย

¹⁴ รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์และคณะ. กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ. ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2550.

นอวเรย์ การเงินการคลังของระบบชดเชย ต้นทุนของการจ่ายค่าชดเชยและการบริหารงานของระบบจะได้รับการสนับสนุนโดยรัฐ เจ้าของโรงพยาบาลและเทศบาลระดับ County ตามข้อตกลงพิเศษ

4. ข้อเสนอทางเลือกสำหรับประเทศไทย

จากการนำเข้าปรึกษาหารือกับผู้ที่เกี่ยวข้องได้ข้อสรุปสำหรับประเทศไทยดังนี้

หลักการที่ 1 ลักษณะโครงการ กองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข ควรจะเป็นลักษณะคล้ายกับสวัสดิการสังคม คือเป็น Social Safety Net ที่รัฐเป็นผู้จัดการ

หลักการที่ 2 ความมุ่งหวังของกองทุน ควรเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการชดเชยมากขึ้น และรวดเร็ว โดยการใช้วิธีไม่พิสูจน์ถูกผิด

หลักการที่ 3 ความสัมพันธ์กับระบบการควบคุมวิชาชีพ ควรแยกการควบคุมคุณภาพออกจาก การชดเชย

หลักการที่ 4 การใช้อำนาจศาล กรณีที่ไม่รับค่าชดเชยมีสิทธิ์ฟ้องศาล แต่เมื่อรับค่าชดเชยแล้ว ตัดสิทธิ์ฟ้องศาลเพื่อไม่ให้เกิดการยืดเยื้อ และบั่นทอนกำลังใจ

หลักการที่ 5 ความเสียหายที่ได้รับการคุ้มครอง ควรจะต้องครอบคลุมผู้รับบริการในระบบ หลักประกันสุขภาพของรัฐทั้งหมด และขยายสู่ผู้รับบริการในสถานพยาบาลของ เอกชนได้ภายหลัง

หลักการที่ 6 เกณฑ์กำหนดความคุ้มครอง มี 2 หลักเกณฑ์ คือ

- 1.กลุ่มการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน
- 2.กลุ่มที่เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้หากรักษาด้วยวิธีอื่นและไม่ได้เป็นผลจากการดำเนินไปตามปกติของพยาธิสภาพของโรค

หลักการที่ 7 การพิสูจน์ความเชื่อมโยงกับสาเหตุ คือต้องสามารถเชื่อมโยงได้ว่าความเสียหาย เกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์

หลักการที่ 8 สิทธิที่จะได้รับการชดเชย ตามกฎหมายละเมิด เทียบเท่ากับการชดเชย

หลักการที่ 9 แหล่งการคลัง การศึกษานี้เสนอให้กองทุนสุขภาพที่ดูแลหลักประกันสุขภาพของผู้ มีสิทธิ์ จ่ายแทนสถานพยาบาล ส่วนสถานพยาบาลเอกชนให้จ่ายเบี้ยประกันเอง โดยเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลเอกชนรวมตัวกันเป็นกลุ่ม เข้าร่วมโครงการได้

สำหรับระบบการชดเชยความเสียหายของประเทศไทย อยู่ภายใต้หลักกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด, พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่พ.ศ. 2539, และกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค ส่วนระบบในการควบคุมกำกับสถานพยาบาลอยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วย

สถานพยาบาลที่อยู่ในการควบคุมดูแลของกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนั้น ระบบการควบคุมจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพจะเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพนั้นๆ ตามสาขาต่างๆ เช่น พระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม ของแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา เป็นต้น อีกทั้งมีความพยายามในการลดความขัดแย้งไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพของประเทศ โดยนำแนวคิดการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกมาใช้ในกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยการกำหนดให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นเฉพาะผู้รับบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเข้าไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายบริการของ สปสช. แล้วได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์นั้น (พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, มาตรา 41) แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องวงเงินในการให้ความช่วยเหลือและการขยายการชดเชยความเสียหายที่ได้รับจากบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาความทุกข์จากระบบบริการสุขภาพแก่ผู้เสียหายได้อย่างสมบูรณ์

ตารางที่ 1 ลักษณะที่สำคัญของกองทุนการชดเชยผู้เสียหายที่ใช้หลักการพิสูจน์สาเหตุมากกว่าพิสูจน์ความผิด (Proof of causation rather than proof of fault)

Type	Comprehensive compensation scheme	Patient compensation Insurance	ข้อเสนอ Social safety net system
กรณีศึกษา	ประเทศนิวซีแลนด์	ประเทศสวีเดน	ข้อเสนอสำหรับ ประเทศไทย
1.บริบทและวิวัฒนาการ	เป็น 1 ใน 7 แผนงานของ Accident Compensation Corporation ของระบบประกันสังคม ที่รวมการชดเชย อุบัติเหตุทุกประเภทเข้าไว้ด้วยกัน ประชาชนจ่ายเงินสมทบ เข้ากองทุนผ่านภาษี	เป็นระบบประกันกับบริษัทประกัน ที่มีการออกกฎหมายบังคับให้ ผู้ให้บริการทั้งรัฐและเอกชนต้องทำประกัน เป็นระบบชดเชยที่ครอบคลุมเบ็ดเสร็จใหญ่ที่สุดในโลก	เป็น Social safety net ที่รัฐเป็นผู้จัดการ
2.ความมุ่งหวัง	แก้ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมากจากระบบศาล และชดเชยให้ครอบคลุมมากที่สุด	เพิ่มการเข้าถึงการชดเชย และให้ได้รับการชดเชยเท่ากับกฎหมายละเมิด	เพิ่มการเข้าถึงการชดเชย
3.ความสัมพันธ์กับระบบการควบคุมวิชาชีพ	ระบบการควบคุมคุณภาพผนวกอยู่ในระบบเดียวกับการชดเชยและเชื่อมโยงกับองค์กรรัฐและระบบการควบคุมวิชาชีพ โดยส่งต่อข้อมูลเฉพาะกรณีที่น่าจะเกิดอันตรายต่อสาธารณะ	แยกระบบการควบคุมคุณภาพ ออกจากการชดเชย เมื่อมีความเสียหาย ผู้ให้บริการมีหน้าที่รายงานรายละเอียด ไปยัง National Board of Health & Welfare และข้อมูลถูกส่งต่อไปยัง หน่วยงานควบคุมวิชาชีพ	แยกการควบคุมคุณภาพจากการชดเชย
4.การใช้อำนาจศาล	ใช้กฎหมายประกันสังคมคุ้มครอง ตัดสิทธิการฟ้องศาลแพ่งและอาญา แต่ฟ้องศาลปกครองได้กรณีกองทุนจ่ายค่าชดเชยไม่เป็นธรรม	หลังจากได้รับการชดเชยแล้ว ถ้าไม่พอใจผลการชดเชยของบริษัทประกัน สามารถฟ้องแพ่งได้ อีกและเงินที่รับชดเชยไปแล้วเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหม	เมื่อรับการชดเชยแล้วตัดสิทธิ์ฟ้องศาล

Type	Comprehensive compensation scheme	Patient compensation Insurance	ข้อเสนอสocial safety net system
กรณีศึกษา	ประเทศนิวซีแลนด์	ประเทศสวีเดน	ข้อเสนอสำหรับ ประเทศไทย
ความเสียหายที่ได้รับการ คุ้มครอง	ความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการของบุคลากรทาง การแพทย์ที่จดทะเบียนวิชาชีพทั้งหมด	ความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการจาก บุคลากรทางการแพทย์ ของสถานพยาบาลที่ทำ ประกัน ไม่รวมผู้ให้บริการการแพทย์ทางเลือกที่ ไม่มีใบอนุญาตหรือไม่ได้ปฏิบัติตามได้ความ รับผิดชอบของผู้ได้รับใบอนุญาต	ครอบคลุมผู้รับบริการในระบบหลักประกัน สุขภาพของรัฐทั้งหมด (ขยายสู่เอกชนได้ ภายหลัง)
5.เกณฑ์กำหนดความคุ้มครอง covered rules	1.กลุ่มที่เป็นความผิดพลาด ของเครื่องมือ หรือ ยา ประมาท 2.กลุ่มที่เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ หากรักษาด้วยวิธีอื่น 3. กลุ่มที่เป็นเหตุสุดวิสัย แต่จำกัดเฉพาะผลเสียร้ายแรง	1. การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (ถ้าเป็นไป ตามมาตรฐานแล้ว แม้บาดเจ็บรุนแรงก็ไม่ได้รับ การชดเชย) 2. มีทางเลือกอื่นในกระบวนการรักษาที่สามารถ หลีกเลี่ยงการบาดเจ็บได้ 3. การชดเชยไม่รวมในกรณีที่เป็นการรักษาเพื่อ ช่วยชีวิต ซึ่งถ้าไม่ช่วยเหลือจะเป็นอันตรายต่อ สุขภาพ	1.กลุ่มการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน 2.กลุ่มที่เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ หากรักษาด้วยวิธีอื่น และไม่ได้เป็นผลจาก การดำเนินไปตามปกติของพยาธิสภาพของ โรค
6.การพิสูจน์ความเชื่อมโยง Causal link	ต้องมีความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างเหตุ คือการรักษา กับ ผล คือการบาดเจ็บ (proof of causation rather than proof of fault)	ต้องมีหลักฐานพิสูจน์ว่าความเสียหายนั้นมี โอกาสสูงที่จะเกี่ยวข้องกับการบริการทาง การแพทย์	สามารถเชื่อมโยงได้ว่าความเสียหาย เกี่ยวข้องกับการ บริการทางการแพทย์
7.เชื่อมโยงกฎหมายอื่น	การพิสูจน์สาเหตุ สามารถให้ข้อมูลแยกแยะว่าความเสียหาย เกิดจากความผิดพลาดของอุปกรณ์หรือเครื่องมือทาง การแพทย์ ซึ่งจะนำไปใช้กฎหมายการรับผิดชอบต่อผลิตภัณฑ์ของ	เงินชดเชยที่จ่ายไปด้วยเหตุความเสียหาย คุ้มครองโดยกฎหมายอื่น สามารถเรียกเก็บจาก กองทุนที่คุ้มครองประเภทนั้นๆ หรือไม่มีการ	พิสูจน์ว่าเข้าหลักเกณฑ์เท่านั้น หากไม่เข้า หลักเกณฑ์ ก็จะไม่รับพิจารณาให้ชดเชย หากผู้เสียหายได้รับชดเชยจากกฎหมายอื่น

Type	Comprehensive compensation scheme	Patient compensation Insurance	ข้อเสนอ Social safety net system
กรณีศึกษา	ประเทศนิวซีแลนด์	ประเทศสวีเดน	ข้อเสนอสำหรับ ประเทศไทย
	กลุ่มประชาคมยุโรป (EU's product liability laws)	ประกันให้เรียกเงินชดเชยคืนจากผู้ให้บริการ ถ้าศาลตัดสินว่าผู้ให้บริการประมาทอย่างร้ายแรง หรือจงใจ บริษัทรับประกันมีสิทธิได้รับเงินจากผู้ให้บริการตามวงเงินที่ได้จ่ายไปแล้ว	แล้วไม่สามารถยื่นเรื่องขอรับการชดเชยจากกองทุนนี้ได้อีก
8.กระบวนการร้องขอการชดเชย filling a claim	ไม่จำกัดเวลา	3 ปี ที่ทราบว่ามีสิทธิ์ หรือ 10 ปี นับจากเกิดเหตุ หลังตัดสินแล้ว มีเวลา 6 เดือนในการอุทธรณ์	3 ปี ที่ทราบว่ามีสิทธิ์ หรือ 10 ปี นับจากเกิดเหตุ หลังตัดสินแล้ว มีเวลา 6 เดือนในการอุทธรณ์
9.อัตราการให้การชดเชย claim-acceptance rates	41%	ยื่นเรื่อง 10,000 ราย ต่อปี ได้รับการชดเชย 43-45% ยอดเงิน SEK 400 ล้านต่อปี (อัตรา ร้องเรียน 21 รายต่อแพทย์ 100 คน, ค.ศ. 1992)	ยังไม่มีข้อมูล
10.สิทธิที่จะได้รับการชดเชย entitlements	เงินทดแทนรายได้ ค่ารักษา อุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพ การให้การช่วยเหลือที่บ้าน และเงินสนับสนุนอื่นๆ	ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การสูญเสียรายได้ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพราะความเสียหาย ค่าสูญเสียผู้เลี้ยงดู เบี้ยเลี้ยงสำหรับผู้ทุพพลภาพ ความสูญเสียที่ไม่ใช่ทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความทรมาน ไม่สะดวก คำนวณจากจำนวนวันที่บาดเจ็บรุนแรง ได้รับเงินช่วยการสูญเสียรายได้ ตามสิทธิประกันสังคม ก่อน ส่วนที่เหลือรับจากเงิน	ตามกฎหมายละเมิด ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การสูญเสียรายได้ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพราะความเสียหาย ค่าสูญเสียผู้เลี้ยงดู เบี้ยเลี้ยงสำหรับผู้ทุพพลภาพ ความสูญเสียที่ไม่ใช่ทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความทรมาน ไม่สะดวก คำนวณจากจำนวนวันที่บาดเจ็บรุนแรง หักจำนวนเงินที่ได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐ

Type	Comprehensive compensation scheme	Patient compensation Insurance	ข้อเสนอ Social safety net system
กรณีศึกษา	ประเทศนิวซีแลนด์	ประเทศสวีเดน	ข้อเสนอสำหรับ ประเทศไทย
		ช่วยเหลือที่ได้รับจากระบบประกันผู้ป่วยที่มีการกำหนดเพดานวงเงิน	แหล่งอื่น ๆ ก่อน ส่วนที่เหลือมีการกำหนดเพดานวงเงิน
11.แหล่งการคลัง	เก็บภาษีจากผู้มีรายได้ (คำนวณจากฐานเงินเดือน) และรัฐอุดหนุนสำหรับผู้ไม่มีรายได้ เข้า ACC ดูแลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท	เก็บจากสถานบริการโดยสถานบริการรัฐที่ได้เงินจากสภาเขต สภาเขตจ่ายให้บริษัทประกันกลางตามจำนวนหัวประชากร ส่วนสถานบริการเอกชนต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง เบี้ยอาจแบ่งตามประเภทวิชาชีพ	กองทุนสุขภาพที่ดูแลหลักประกันสุขภาพของผู้มีสิทธิ จ่ายแทนสถานพยาบาล ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน สถานพยาบาลเอกชนจ่ายเบี้ยประกันเอง
12.องค์ประกอบผู้พิจารณาตัดสิน	ผู้รับบาดเจ็บกรอกแบบฟอร์ม ผู้ให้บริการเป็นผู้ส่งเรื่องให้ Unit ที่ดูแลเรื่องชดเชย และส่งต่อให้ที่ปรึกษาอิสระเพื่อขอความเห็น อาจส่งให้กรรมการที่ปรึกษาอีกชั้น	ผู้รับบาดเจ็บกรอกแบบฟอร์มจากที่ทำการเขต หรือคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้ป่วย ส่งเรื่องให้ คณะกรรมการพิจารณา ที่ประกอบด้วย ประธานมาจากภาครัฐ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญในระบบประกันอุบัติเหตุ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญในงานด้านสาธารณสุข 1 คน ตัวแทนผู้รับบริการ 3 คน	ผู้รับบาดเจ็บกรอกแบบฟอร์มจากที่ทำการระดับพื้นที่ หรือคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้ป่วย ส่งเรื่องให้ คณะกรรมการพิจารณา ที่ประกอบด้วย ประธานมาจากภาครัฐ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์ 1 คน ตัวแทนผู้ให้บริการ 1 คน ตัวแทนผู้รับบริการ 3 คน

5. ผลการประมาณการรายจ่ายของกองทุน

วิธีการประมาณการรายจ่าย คือ จำนวนผู้เสียหายที่เข้าเกณฑ์ต่อปี x ค่าชดเชยเฉลี่ยต่อคน โดยปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนผู้เสียหายที่เข้าเกณฑ์ คือ อัตราอาการไม่พึงประสงค์และเกณฑ์ที่ใช้ในการให้สิทธิในการรับค่าชดเชย ซึ่งเกณฑ์นี้มีผลต่อจำนวนผู้เสียหายที่จะใช้ในการคำนวณ ซึ่งเกณฑ์และข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยมีดังนี้ โดยสรุปประเด็นจากการทบทวนกรณีศึกษา ประเทศนิวซีแลนด์และสวีเดน ที่กล่าวถึง 5 เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ความผิดพลาดของเครื่องมือและยา นิวซีแลนด์จ่ายให้ ของสวีเดนให้ไปเบิก กองทุนที่จ่ายเรื่องของยาและเครื่องมือ ซึ่งประเทศไทยมีกฎหมายอื่นที่คุ้มครองตรงนี้แล้ว เช่น กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค หรือ กฎหมายความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พรบ.ใหม่จึงไม่ควรให้ความคุ้มครองกรณีนี้

กลุ่มที่ 2 “กลุ่มการรักษาที่ไม่เป็นมาตรฐาน” ให้ความคุ้มครอง

กลุ่มที่ 3 “เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้หากรักษาด้วยวิธีอื่น” ให้ความคุ้มครอง

กลุ่มที่ 4 “เป็นเหตุสุดวิสัย” ไม่คุ้มครอง

กลุ่มที่ 5 เป็นความเสียหายจากการรักษาเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งถ้าไม่ช่วยเหลือจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งกลุ่มสุดท้ายนี้ยังไม่พบเรื่องของการชดเชยในประเทศอื่น และในประเทศนิวซีแลนด์ก็ไม่ชัดเจน ดังนั้นควรกำหนดให้ ไม่คุ้มครอง

ตารางที่ 2 เกณฑ์การชดเชยในประเทศนิวซีแลนด์ สวีเดน และข้อเสนอสำหรับประเทศไทย

	นิวซีแลนด์	สวีเดน	ไทย
1.กลุ่มที่เป็นความผิดพลาด ของเครื่องมือ หรือ ยา	/	กองทุนอื่น	คุ้มครองจากกฎหมายอื่น
2.กลุ่มการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	/	/	/
3. กลุ่มที่เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้หากรักษาด้วยวิธีอื่น	/	/	/
4. กลุ่มที่เป็นเหตุสุดวิสัย แต่จำกัดเฉพาะ ผลเสียร้ายแรง	/	ไม่ชดเชย	ไม่ชดเชย
5. ความเสียหายจากการรักษาเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งถ้าไม่ช่วยเหลือจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ	ไม่ชัดเจน	ไม่ชดเชย	ไม่ชดเชย

อัตราอากรไม่พึงประสงค์ที่ได้รับการชดเชย จากรายงานกรณีศึกษา 5 ประเทศ ของ อาจารย์รัตนลธิ์ ทิพย์วงศ์ และคณะ พบว่าอัตราอากรได้รับการชดเชยต่อประชากรอยู่ที่ 0.05-0.1% จำนวนการจ่ายค่าชดเชยต่อประชากร อยู่ที่ 2-7.2 ยูโร ส่วนประเทศไทยเป็นแค่การชดเชยเบื้องต้น ข้อมูลการศึกษาในปี 2547-2550 ยังต่ำมากจำนวนการจ่ายชดเชยต่อประชากรมีเพียง 50 สตางค์ หรือ 5.7 คน/ล้านประชากร ที่ได้รับการชดเชยตามมาตรา 41

ตารางที่ 3 อัตราอากรไม่พึงประสงค์ที่ได้รับการชดเชย

	นิวซีแลนด์	นอร์เวย์	สวีเดน	ฟินแลนด์	เดนมาร์ก	ไทย ม.41
จำนวนรายที่ได้รับการชดเชยต่อปี	1,750 (1992-2002)	2,332 (2002)	9,156 (2003)	7,548 (2003)	3,414 (2002)	199 (2004-7)
อัตราอากรได้รับการชดเชยต่อประชากร	0.05%	0.05%	0.1%	0.1%	0.06%	0.00057%
จำนวนการจ่ายค่าชดเชยต่อประชากร	€ 2.0	€ 7.2	€ 3.9	€ 4.6	€ 4.7	0.57 บาท

ที่มา: รัตนลธิ์ ทิพย์วงศ์ และคณะ 2550

ข้อมูลจากการศึกษาที่ผู้วิจัยรวบรวมมาจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า จำนวนผู้ได้รับการชดเชย เพิ่มขึ้นตามลำดับ โดย ปี 2552 มีผู้ได้รับการชดเชยทั้งหมด 660 ราย โดยเฉลี่ย 110,944 บาทต่อราย โดยมีผู้ได้รับการชดเชยเพิ่มขึ้นในแต่ละปีเฉลี่ย 2.5 คน/ล้านประชากร และค่าใช้จ่ายเงินชดเชยต่อผู้มีสิทธิ 1 คน ในปี 2552 อยู่ที่ 1.56 บาท สำหรับสัดส่วนความรุนแรงของผู้เสียหาย คิดเป็น เสียชีวิต 57%, พิการ 16 %, บาดเจ็บเรื้อรัง 27 % ข้อมูลเหล่านี้จะนำมาใช้ในการคำนวณงบประมาณรายจ่ายกองทุน

ตารางที่ 4 อัตราผู้ที่ได้รับการชดเชย ตามมาตรา 41

ปีงบประมาณ	จำนวนคำร้อง (ราย)	ไม่เข้าเกณฑ์ (ราย)	เข้าเกณฑ์ (ราย)	จำนวนเงินช่วยเหลือตาม ม.41 (บาท)	เฉลี่ย (บาทต่อราย)	อัตราผู้ได้รับการชดเชยต่อผู้มีสิทธิ (คน/ล้านประชากร)	ค่าใช้จ่ายเงินชดเชยต่อผู้มีสิทธิ 1 คน (บาท)
2547	99	26	73	4,865,000	66,644	1.55	0.10
2548	221	43	178	12,815,000	71,994	3.79	0.27
2549	443	72	371	36,653,500	98,796	7.89	0.78
2550	511	78	433	52,177,535	120,502	9.21	1.11
2551	658	108	550	64,858,148	117,924	11.70	1.38
2552	810	150	660	73,223,000	110,944	14.04	1.56

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เงื่อนไขถัดมาในการประมาณการรายจ่ายของกองทุน คือ ค่าชดเชยเฉลี่ยซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อค่าชดเชยเฉลี่ย ได้แก่ ประเภทความเสียหาย ความรุนแรง และค่าเสียหายเฉลี่ยในแต่ละประเภท ไม่ว่าจะเป็นค่ารักษาต่อราย ค่าฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ การชดเชยการขาดประโยชน์ที่ทำได้ สูญเสียอวัยวะ การขาดประโยชน์ที่ทำได้ประมาณการจากรายได้จากข้อมูลของสำนักงานสถิติ การชดเชยทายาทคำนวณจากการขาดรายได้ของผู้ตาย โดยใช้เงินเดือนจากการสำรวจ ส่วนสุดท้ายการชดเชยความเสียหายที่ไม่ใช่ตัวเงิน กำหนดให้ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 100,000 บาท ซึ่งในแต่ละรายอาจจะได้รับต่ำกว่าหรือสูงกว่านี้

ตารางที่ 5 ประมาณการเฉลี่ยค่าชดเชยในแต่ละประเภทความเสียหาย

เงื่อนไขการชดเชย	บาดเจ็บ	พิการ	ตาย	ประมาณการเฉลี่ย
1.ค่ารักษาต่อรายเฉลี่ย	/	/	/	50,000
2. ค่าฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เฉลี่ย		/		50,000
3. การชดเชยการขาดประโยชน์ที่ทำได้	/	/		444,160
4. การชดเชยการสูญเสียอวัยวะ		/		100,000
5. การชดเชยทำศพกรณีเสียชีวิต			/	100,000
6. การชดเชยทายาท			/	253,171
7. การชดเชยความเสียหายที่ไม่ใช่ตัวเงินกรณีเสียชีวิต	/	/	/	100,000

ที่วิจัยได้ทดลองคำนวณจำนวนเงินโดยใช้อัตราผู้เสียหายเป็น 3 ตัวเลข (คำนวณจากฐานข้อมูลปี 2547-2551) โดยแบ่งเป็น 3 ฉากทัศน์ จำนวนเงินขั้นต่ำ, จำนวนเงินตามอัตราเพิ่ม 1 ปี, และจำนวนเงินตามอัตราเพิ่ม 2 เท่า

ฉากทัศน์ที่ 1 จำนวนเงินขั้นต่ำ ใช้ตัวเลขจาก มาตรา 41 ของ สปสช. ในปี 2551 อัตราผู้เสียหายได้รับการชดเชย 11.7 คน/ล้านประชากร คำนวณค่าใช้จ่ายของกองทุนได้ 332 ล้านบาท

ฉากทัศน์ที่ 2 ใช้อัตราที่บวกอัตราเพิ่ม 1 ปี คือ 2.6 คนต่อล้านประชากร (ใช้อัตราเพิ่มที่คำนวณจากข้อมูลปี 2547-2551) ทำให้อัตราผู้เสียหายได้รับการชดเชยเป็น 14.3 คนต่อล้านประชากร (ข้อมูลอัตราผู้ได้รับการชดเชยในปี 2552 ตามรายงานเท่ากับ 14.0 คนต่อล้านประชากร) คำนวณค่าใช้จ่ายของกองทุนได้ 405 ล้านบาท

ฉากทัศน์ที่ 3 ใช้การเพิ่มจากอัตราผู้ได้รับการชดเชยของ สปสช. ปี 2551 เป็น 2 เท่า ทำให้อัตราผู้เสียหายได้รับการชดเชยเป็น 23.4 คนต่อล้านประชากร คำนวณค่าใช้จ่ายของกองทุนได้ 659 ล้านบาท

เบี้ยประกันเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5-10 บาท/ประชากร แต่ถ้าคำนวณหารด้วยจำนวน Admission ทั้งหมด ก็อยู่ระหว่าง 80 – 159 บาท / admission ทั้งนี้ยังไม่นำจำนวนผู้ป่วยนอก มาคิด

ถ้าเก็บเบี้ยจากกองทุนประกันสุขภาพ ตามจำนวนผู้มีสิทธิ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องจ่ายสมทบระหว่าง 247-492 ล้านบาทต่อปี และกองทุนประกันสังคมต้องจ่าย 63-126 ล้านบาทต่อปี

ตารางที่ 6 ประมาณการรายจ่ายของกองทุน

	ขั้นต่ำ	ปานกลาง	ขั้นสูง
อัตราผู้เสียหายได้รับการชดเชยต่อประชากร (%)	0.00117	0.00143	0.00234
	อัตราปี 2551	บวกอัตราเพิ่ม	เพิ่มเป็น 2 เท่า
งบกองทุนทั้งหมด (ล้านบาท)	332	405	659
เบี้ยประกัน (บาท/ประชากร)	5.26	6.42	10.46
เบี้ยประกัน (บาท/admission)	80	98	159
งบประมาณสมทบเข้ากองทุนจากกองทุน UC (ล้านบาท)	247	302	492
งบประมาณสมทบเข้ากองทุนจากกองทุน SSS (ล้านบาท)	63	77	126

สรุป

การเลือกใช้วิธีคำนวณเบี้ยสมทบต่อหัวประชากรหรือต่อ Admission ขึ้นกับแหล่งที่มาของเงิน โดยตัวอย่างทางเลือกของนิวซีแลนด์จะเก็บภาษีจากผู้มีรายได้และรัฐอุดหนุนสำหรับผู้ไม่มีรายได้

ของประเทศสวีเดนจะเก็บจากสถานบริการโดยสถานบริการรัฐที่ได้เงินจากสภาเขต สภาเขตจ่ายให้บริษัทประกันกลางตามจำนวนหัวประชากร ส่วนสถานบริการเอกชนต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง เบี้ยอาจแบ่งตามประเภทวิชาชีพ

สำหรับข้อเสนอของประเทศไทยนั้น กองทุนสุขภาพที่ดูแลหลักประกันสุขภาพของผู้มีสิทธิจ่ายแทนสถานพยาบาล ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนแต่เปิดทางเลือกให้สถานพยาบาลเอกชนที่รวมตัวกันเป็นกลุ่มทั้งหมด เข้าร่วมโครงการได้ภายหลังพร้อมกันทั้งกลุ่ม

6. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ....

ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา มีข่าวเกี่ยวกับปฏิกริยาในทางต่อต้านของบุคลากรด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับ “ร่างพ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.” ซึ่งเป็นร่างที่เสนอโดย ผู้เสียหายและผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา และคณะรัฐมนตรีมีมติให้ความเห็นชอบไปเมื่อวันที่ 7 เมษายน 2553 และนำเข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภาในเดือนพฤษภาคมที่ผ่านมา จึงมีประเด็นที่น่าพิจารณาในทางกฎหมายว่าร่างพ.ร.บ.ฯ ดังกล่าวนี้อาจส่งผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์และการบริการสาธารณสุขจริงหรือไม่ อย่างไร เนื่องจากที่ผ่านมาไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ออกมาไม่เห็นด้วยกับร่างพ.ร.บ.ฯ ฉบับ และเห็นว่าเป็นร่างกฎหมายที่ไม่ควรผ่านออกมาเป็นกฎหมายใช้บังคับ

ด้วยแพทยสภาได้มีการประชุมหารือเรื่อง ผลกระทบของ”ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.” ต่อผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในทุกภาคส่วน เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2553 ณ ห้องประชุมไพจิตร ปวงบุตร ชั้น 9 อาคาร 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งประกอบด้วย กรรมการและอนุกรรมการแพทยสภา ผู้แทนคณะแพทยศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยต่างๆ ผู้แทนแพทยสมาคม ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ผู้แทนสภาากาชาดไทย ผู้แทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนชมรม รพศ./รพท. ผู้แทนราชวิทยาลัยต่างๆ ผู้แทนสภาวิชาชีพต่างๆ อาทิ เช่น สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด กรรมการสาธารณสุขและวุฒิสภา ผู้แทนสถานพยาบาลเอกชน ผู้แทนกระทรวงยุติธรรม และมีนายแพทย์สถาพร วงษ์เจริญ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข และมีนายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ เป็นผู้แทนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เข้าร่วมชี้แจงและให้ความเห็นเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.

อีกทั้งเครือข่ายผู้บริโภค เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ประเทศไทย เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ ชมรมผู้ป่วยโรคไต เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) ได้ร่วมออกแถลงการณ์ ที่ ห้องประชุม 1 ชั้น 5 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2553 ยืนยันว่า ร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาคาความขัดแย้งระหว่างแพทย์และคนไข้ ซึ่งร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวเป็น 1 ใน 7 กฎหมายที่จะเข้าสู่พิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรในสมัยประชุมหน้า (เดือนสิงหาคม) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาคาความขัดแย้งระหว่างแพทย์และคนไข้ โดยจะช่วยไม่ให้เกิดการฟ้องแพทย์ เพราะคนไข้ที่ได้รับความเสียหายได้รับการชดเชยจากความเสียหายที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้ที่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากกฎหมายฉบับนี้ คือคนไทยทั้งประเทศ 65 ล้านคน ซึ่งรวมทั้งแพทย์และผู้ป่วย การอภิปรายและให้ความเห็นข้อเสนอแนะ รวมทั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว สรุปได้ดังตารางวิเคราะห์ความเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนี้

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ....

ประเด็น	ความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ผู้มีความเห็นแย้ง
เพิ่มภาระเรื่อง งบประมาณให้กับ สถานพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะสถานพยาบาล ที่อยู่นอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุข	ผู้แทนคณะแพทยศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยต่างๆ มีความเห็นว่า นิยามคำว่า “สถานพยาบาล” ตามที่กำหนดในร่าง พ.ร.บ. มีความหมายครอบคลุมถึง สถานพยาบาลเอกชนและสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง ไม่ว่าจะเป็นสังกัด กระทรวงสาธารณสุขหรือสถานพยาบาล ของทบวงมหาวิทยาลัย สังกัด กทม. และสังกัดอื่นๆ ซึ่งที่ประชุมเห็นว่า สถานพยาบาลส่วนใหญ่มีกลไก การช่วยเหลือเยียวยาเป็นการภายในอยู่แล้ว หากมีการบังคับใช้กับ สถานพยาบาลทุกแห่งตามที่กฎหมายกำหนด อาจเป็นการเพิ่มภาระเรื่อง งบประมาณให้กับสถานพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่อยู่นอก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สมาชิกที่ประชุมหารือเรื่อง ผลกระทบของร่าง พ.ร.บ. ได้เสนอ ว่า ควรบังคับ เฉพาะสถานพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมระบบ	นางสาวบุญยืน ศิริธรรม เครือข่ายผู้บริโภคภาคตะวันตก ให้ความเห็นออกมา ต่อต้าน”ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...” และขบวนการให้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนขณะนี้ เคลื่อนไหวเป็นระบบอย่างผิดปกติ นั้น มีความเกี่ยวข้องกับการหาเสียงเลือกตั้งแพทยสภาชุดใหม่ที่กำลังจะมีขึ้น ในต้นปีหน้าหรือไม่ อยากให้แพทยสภาออกมาเปิดเผยความจริงและอยากให้พวกเขารับตาและ ตรวจสอบการคัดค้านการจ่ายเงินสมทบของโรงพยาบาลเอกชนนั้น เกี่ยวพันกับ การที่โรงพยาบาลไม่ต้องการเปิดเผยรายได้ที่แท้จริงหรือไม่ อยากให้กฎหมาย ตัวนี้ออกมาโดยเร็ว
หากมีการจ่ายเงิน ช่วยเหลือเยียวยาหรือ ได้รับเงินชดเชยไปแล้ว ควรมีการยุติการฟ้องคดี แพ่งและคดีอาญา	ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา ไม่เห็นด้วยในประเด็นที่จะเอาผิดกับ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำการรักษา โดยเฉพาะหมวด 7 การฟ้องคดีอาญาและบทกำหนดโทษ มาตรา 45 ที่ระบุถึงกรณีให้ผู้ให้บริการ สาธารณสุขถูกฟ้องเป็นจำเลยในคดีอาญาฐานกระทำโดยประมาทเกี่ยวเนื่องกับ การให้บริการสาธารณสุข หากศาลเห็นว่าจำเลยกระทำผิด ให้ศาลนำข้อเท็จจริง ต่างๆ ของจำเลยเกี่ยวกับประวัติ พฤติการณ์แห่งคดีมาตรฐานทางวิชาชีพ การ บรรเทาผลร้ายแห่งคดีการรู้สำนึกในความผิด การที่ได้มีการทำสัญญา ประนีประนอมยอมความ ศาลจะลงโทษน้อยกว่าหรือจะไม่ลงโทษก็ได้	นางสาวสุภัทรา นาคผิว ผอ.มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ แสดงความเห็น ว่า ปัญหาความกังวลในเรื่องการฟ้องอาญาแพทย์นั้น หากดูจากข้อเท็จจริงไม่ พบว่ามีคนใช้ที่อยากฟ้องอาญาแพทย์การฟ้องส่วนใหญ่เป็นการฟ้อง ฟ้องโรงพยาบาลหรือไม่ก็เป็นกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่การฟ้องหมอ ดังนั้น แพทย์ สภาควรเปิดเผยข้อมูลการร้องเรียนที่ชัดเจน ออกมาบอกเลยว่าตอนนี้มีหมอกี่ รายที่ถูกคนไข้ฟ้อง และถูกฟ้องในข้อหาอะไร ไม่ใช่สร้างความตระหนกให้เกิดใน หมอแพทย์โดยไม่มีข้อมูลข้อเท็จจริง นางสาวสารี อ๋องสมหวัง เลขาธิการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า จาก

ประเด็น	ความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ผู้มีความเห็นแย้ง
		ข้อมูลมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคทั้งหมด 33 รายในปี 2552 ทั้ง 100% ไม่มีความประสงค์จะฟ้องอาญาแพทย์ และจากข้อมูลของเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ที่มีผู้เสียหายที่เข้ามาปรึกษาว่า 600 ราย มีเพียงไม่ถึง 10 รายที่จำเป็นต้องฟ้องอาญาเพราะการพิจารณาคดีโดยแพทยสภาล่าช้าจนทำให้เกิดปัญหาหมดอายุความ ผู้เสียหายอยู่ในภาวะจำยอมที่จะต้องเลือกฟ้องคดีอาญาเพื่อให้อายุความเพิ่มขึ้น
คณะกรรมการ พิจารณาตัดสินการรักษาพยาบาลจากผู้ที่มีผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ และสาธารณสุขเป็นเสียงข้างมาก	พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา แสดงความเห็นว่าการที่ตั้งคณะกรรมการ พิจารณาตัดสินการรักษาพยาบาลจากผู้ที่มีผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นเสียงข้างมาก(อัตราส่วนผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์เพียง 3 ใน 18 คน) มาตัดสินว่า ความเสียหายจากการรับบริการทางสาธารณสุขที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ใช่ความเสียหายใน 3 ข้อตามมาตรา 6) นั้น จะทำให้สภาวิชาชีพไม่สามารถจะเป็นผู้ชี้ขาดว่า การประกอบวิชาชีพทางการแพทย์นั้น ได้มาตรฐานหรือไม่ เพราะสิทธิเบ็ดเสร็จในการตัดสินเยียวยาความเสียหายของประชาชนนั้น เกิดจากคณะกรรมการที่ไม่มีความรู้ในมาตรฐานวิชาชีพ จะทำให้การพัฒนาทางการแพทย์เสียหาย เพราะสภาวิชาชีพไม่สามารถจะกำหนดมาตรฐานวิชาชีพที่ถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐาน ที่ดีที่สุดได้	ผศ.ดร.ยุพดี ศิริสมสุข กรรมการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ชี้ประเด็นว่า คณะกรรมการกลาง และสำนักงานที่เป็นอิสระ โดย องค์ประกอบของคณะกรรมการ ให้มีองค์ประกอบจากผู้แทนสถานพยาบาล และผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานคุ้มครองสิทธิด้านบริการสุขภาพ ในสัดส่วนที่เท่ากัน ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้แทนจากสมาคมวิชาชีพหรือสภาวิชาชีพ เพราะบทบาทที่สำคัญของคณะกรรมการ คือ การพิจารณาว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุขจริงหรือไม่ โดยไม่ได้พิสูจน์ถูกผิด และไม่เกี่ยวข้องกับการสอบสวนหรือลงโทษโดยสภาวิชาชีพ เพื่อให้การชดเชยเป็นไปโดยรวดเร็วและเป็นธรรมและต้องใช้หัวใจของความเป็นมนุษย์

7. อภิปรายและสรุป

ข้อเสนอสำหรับประเทศไทย ควรมีหลักการให้กองทุนที่มีลักษณะคล้ายกับสวัสดิการสังคม คือเป็น Social Safety Net ที่รัฐเป็นผู้จัดการ หน่วยบริหารกองทุนอาจเป็นองค์กรอิสระก็ได้ โดยความมุ่งหวังของกองทุน เป็นการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการชดเชยมากขึ้น และรวดเร็ว โดยการใช่วิธีไม่พิสูจน์ถูกผิด กรณีที่ไม่รับค่าชดเชยมีสิทธิฟ้องศาล แต่เมื่อรับค่าชดเชยแล้วตัดสิทธิฟ้องศาลเพื่อไม่ให้มีการยืดเยื้อ และบั่นทอนกำลังใจ ส่วนแหล่งการคลังจากการศึกษานี้ เสนอให้กองทุนสุขภาพที่ดูแลหลักประกันสุขภาพของผู้มีสิทธิ จ่ายแทนสถานพยาบาล ส่วนสถานพยาบาลเอกชนให้จ่ายเบี่ยงประกันเอง

ค่าใช้จ่ายของกองทุนมีค่าอยู่ระหว่าง 332 - 659 ล้านบาท ต่อปี เบี่ยงประกันเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5-10 บาท/ประชากรต่อปี แต่ถ้าคำนวณหารด้วยจำนวน ผู้ป่วยในทั้งหมด จะอยู่ระหว่าง 80 – 159 บาท / admission ทั้งนี้ยังไม่ได้นำจำนวนผู้ป่วยนอกมาคิด

ถ้าเก็บเบี่ยงจากกองทุนประกันสุขภาพ ตามจำนวนผู้มีสิทธิ 5-10 บาท/ประชากร กองทุนหลักประกันสุขภาพต้องจ่ายสมทบระหว่าง 247-492 ล้านบาทต่อปี ที่เหลือ รัฐสมทบ 85-167 ล้านบาทต่อปี และเก็บจากสถานพยาบาลเอกชน เฉพาะบริการที่อยู่นอกหลักประกันสุขภาพของรัฐ

การถกเถียงในประเด็นต่างๆ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จะช่วยให้มีการนำข้อมูลมาเปิดเผยต่อสาธารณะมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการศึกษาให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะสามารถแสดงให้เห็นทุกฝ่ายได้ รับทราบข้อมูลอย่างเท่าเทียมกัน จะช่วยให้สังคมมีส่วนในการตัดสินใจเชิงนโยบายร่วมด้วยมากยิ่งขึ้น นอกเหนือจากการแทรกแซงของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเท่านั้น

นอกจากนี้ การดำเนินงานของกระบวนการชดเชยในระบบไม่พิสูจน์ผู้กระทำผิด ต้องปกป้องชื่อเสียงของผู้ให้บริการ เพื่อไม่ให้บั่นทอนกำลังใจในการให้บริการ แต่มีระบบข้อมูลย้อนกลับให้สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

บรรณานุกรม

ความไม่ขัดแย้งที่ขัดแย้ง เอกสารประกอบการจัดการสุนทรียเสวนา เรื่อง ทางออกเชิงระบบ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ 11 กุมภาพันธ์ 2551

ปัญหาความสัมพันธ์ผู้ป่วยกับแพทย์ ต้องแก้เชิงระบบ เอกสารประกอบการจัดการสุนทรียเสวนา เรื่อง ทางออกเชิงระบบ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ 11 กุมภาพันธ์ 2551

มติชน สุดสัปดาห์ ฉบับประจำวันที 23-29 มกราคม พ.ศ.2552 ปีที่ 29 ฉบับที่ 1484

รัตนลธิธิ ทิพย์วงศ์และคณะ. กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ. ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2550.

รัตนลธิธิ ทิพย์วงศ์, ศุภลธิธิ พรพรรณารุณทัยและธนเสฏฐ์ กุลจิรมากันต์.กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ.ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ชุดที่ 2,2550

ลือชัย ศรีเงินยวง นฤพงศ์ ภัคดี และจิราภร ชมศรี เรื่อง“การชดเชยกรณีผิดพลาดจากการรักษาทางคลินิก: Compensation for Clinical Negligence in England” เพื่อทบทวนสถานการณ์ระบบการชดเชยกรณีความผิดพลาดจากการรักษาทางคลินิกในระบบสุขภาพของประเทศสหราชอาณาจักร

ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ ภัคดี และ จิราภร ชมศรี, “การชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องรับผิด (NO-Fault Compensation Schemes):การทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ, คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคณะ, การศึกษาปัญหาการฟ้องร้องคดีเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย, กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์, 2544

หมอ-คนไข้ บนโลกคนละใบเดียวกัน วารสาร ฟ้าเดียวกัน ปีที่1 ฉบับที่3 มกราคม-กุมภาพันธ์ 2551

อารยา ชูผกา. “ จากบทเรียนสู่กฎหมาย:คุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข”. ทำไมคนไข้ไม่ฟ้องหมอ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550