



มาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด



วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต
คณะนิติศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต
ปีการศึกษา 2566



**MEASURES TO PROTECT VICTIMS FROM PUBLIC HEALTH
SERVICES WITHOUT PROOF OF GUILT**



**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF LAWS
FACULTY OF LAW**

**GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2023**

วิทยานิพนธ์เรื่อง
มาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด

โดย
ปณณัณวีสต์ ย่องชี

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2566

ผศ.ดร.เกวณีน ต่อปัญญชาญ
ประธานกรรมการสอบ

ผศ. ดร.ธานี วรภัทร์
กรรมการ

ผศ.ดร.สัณญพงศ์ ลิ้มประเสริฐ
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ผศ. ร.ต. หญิง ดร. วรณีย์ สุขสาตร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
19 มีนาคม 2567

Thesis entitled

**MEASURES TO PROTECT VICTIMS FROM PUBLIC HEALTH
SERVICES WITHOUT PROOF OF GUILT**

by
BHUNNAWAT YONGSI

was submitted in partial fulfillment of the requirements
for the degree of Master of Laws

Rangsit University
Academic Year 2023

Asst. Prof. Keovalin Torpanyacharn, Ph.D.
Examination Committee Chairperson

Asst. Prof. Thane Vorapatr, LL.D
Member

Asst.Prof. Sanyapong Limpraseart, Ph.D.
Member and Advisor

Approved by Graduate School

(Asst.Prof.Plt.Off. Vanee Sooksatra, D.Eng.)
Dean of Graduate School
March 19, 2024

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยการให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำของท่าน ผศ.ดร.สัญญาพงศ์ ลีมประเสริฐ ซึ่งเป็นกรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาที่ให้คำแนะนำข้อคิดเห็นตรวจร่าง ตรวจสอบ และแก้ไขร่างวิทยานิพนธ์มาโดยตลอด ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.เกวณีน ต่อปัญญาชาญ ที่กรุณาให้เกียรติเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ โดยมี ผศ.ดร.ธานี วรรณิทธิ์ ร่วมเป็นคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำแนวทาง และแนะนำในทุก ๆ ด้าน รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะนิติศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัยทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวก และประสานงานในการทำวิทยานิพนธ์ให้ผู้วิจัยตลอดมา

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบระลึกถึงอำนาจบารมีของคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่อยู่ในสากลโลก อันเป็นที่พึ่งให้ผู้วิจัยมีสติปัญญาในการจัดทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอให้เป็นกตเวทิตาแต่บิดา มารดา ครอบครัวของผู้วิจัย ตลอดจนผู้วิจัยหนังสือ และบทความต่าง ๆ ที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัยจนสามารถทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ปณณณวัสต์ ย่องซี่
ผู้วิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความหมาย ความเป็นมา แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด 2) ศึกษาเปรียบเทียบมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดของประเทศไทยกับต่างประเทศ 3) ศึกษาและวิเคราะห์ถึงปัญหามาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข และ 4) เสนอแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และกฎหมายของต่างประเทศและประเทศไทย

(วิทยานิพนธ์มีจำนวนทั้งสิ้น 104 หน้า)

ลายมือชื่อนักศึกษา.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

5906921 : Bhunnawat Yongsri
 Thesis Title : Measures to Protect Victims of Public Health Services without Proof of Guilt
 Program : Master of Laws
 Thesis Advisor : Asst.Prof. Sanyapong Limpraseart, Ph.D.

Abstract

This research aimed to: 1) explore definitions, backgrounds, concepts, and theories related to measures to protect the rights of those who suffered losses and damages caused by public health services they received without proving their guilt, 2) conduct a comparative study on right protection measures between Thailand and other countries, 3) analyze legal problems related to right protection, and 4) propose guidelines for the improvement of Thailand's right protection measures. This research employed qualitative methodology, reviewing related documents, concepts, theories, and Thai and international laws relevant.

The results revealed that the National Health Security Act granted the rights to receive compensation to those having a health security right or holding a 'Gold' health security card, not granting the rights to social security card holders, government officers, and state enterprise employees. Despite the implementation of the compensation system without the proof of guilt, compensation was still limited and was not considered to be paid in some cases even if patients suffered serious losses and damages caused by the public health services they received. The research recommended the amendment of laws related to compensation for losses and damages caused by public health services. A compensation system without the proof of guilt should be implemented to allow those suffering losses and damages to receive compensation shortly and reduce their concerns as a result of those losses and damages to promote good relationship between patients and medical practitioners.

(Total 104 pages)

Keywords: Right Protection Measure, Public Health Services, Proof of Guilt

Student's Signature Thesis Advisor's Signature

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
Abstract	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1	บทนำ
1.1	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
1.2	วัตถุประสงค์ของการศึกษา
1.3	สมมติฐานของการศึกษา
1.4	ขอบเขตของการศึกษา
1.5	วิธีดำเนินการศึกษา
1.6	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
บทที่ 2	แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหลักกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด
2.1	หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข
2.1.1	ความหมายของการบริการสาธารณสุข
2.1.2	หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุขของประเทศไทย
2.2	การพิสูจน์ความผิดและความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข
2.2.1	การพิสูจน์ความผิด
2.2.2	ประเภทความเสียหายจากการบริการสาธารณสุข
2.2.3	การเกิดความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับกลไกการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการ สาธารณสุข	24
2.3.1 การฟ้องร้องศาลแพ่ง	24
2.3.2 การฟ้องร้องศาลอาญา	26
2.3.3 การฟ้องร้องศาลปกครอง	28
2.4 แนวคิดการฟ้องร้องทางการแพทย์และระบบการชดเชยความเสียหาย โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด	30
2.4.1 การฟ้องร้องทางการแพทย์	30
2.4.2 แนวคิดและความเป็นมาของกลไกการชดเชยความเสียหายโดย ไม่ต้องพิสูจน์ความผิด	32
2.5 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการรับ บริการสาธารณสุข	36
2.5.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560	36
2.5.2 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533	39
2.5.3 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	40
2.5.4 พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539	43
2.6 ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข	46
	88
บทที่ 3	
มาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ ความผิดตามกฎหมายไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ	49
3.1 ประเทศนิวซีแลนด์	49
3.1.1 ระบบการบริการสาธารณสุข	49
3.1.2 การชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด	50
3.2 ประเทศสวีเดน	57

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.2.1 ระบบการบริการสาธารณสุข	57
3.2.2 ปัญหาการฟ้องร้องและการชดเชยความเสียหาย	59
3.2.3 การชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด	60
3.3 ประเทศอังกฤษ	65
3.3.1 ระบบการบริการสาธารณสุข	65
3.3.2 ปัญหาการฟ้องร้องและการชดเชยความเสียหาย	66
3.3.3 การชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด	68
3.4 การเปรียบเทียบมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด	72
บทที่ 4 การวิเคราะห์ปัญหามาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด	78
4.1 วิเคราะห์ปัญหาความครอบคลุมกลุ่มผู้เสียหาย	79
4.2 วิเคราะห์ปัญหาเพดานเงินช่วยเหลือเบื้องต้น	81
4.3 วิเคราะห์ปัญหาการกำหนดระยะเวลาในการยื่นคำร้อง	85
4.4 วิเคราะห์ปัญหาวิธีการจ่ายเงินชดเชย	88
4.5 วิเคราะห์ปัญหาการจ่ายค่าชดเชยให้แก่ผู้กระทำความผิด	90
บทที่ 5 บทสรุป และข้อเสนอแนะ	93
5.1 บทสรุป	93
5.2 ข้อเสนอแนะ	97
บรรณานุกรม	99
ประวัติผู้วิจัย	104

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 การเปรียบเทียบมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดย ไม่ต้องพิสูจน์ความผิดระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศ	72



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การรักษาพยาบาลและให้บริการผู้ป่วยที่มีมาตรฐานต่ำกว่ามาตรฐานวิชาชีพหรืออาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหายจากการรักษา ที่เรียกว่า ทุรเวชปฏิบัติ ในทางกฎหมาย คือ การประมาทเลินเล่อของแพทย์ โดยปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติของผู้มีหน้าที่ดูแลรักษา ซึ่งไม่กระทำการภายใต้มาตรฐานปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับในหมู่ผู้ปฏิบัติวิชาชีพแพทย์ และเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยซึ่งรวมถึงเหตุที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ด้วย โดยความรับผิดชอบตามกฎหมายละเมิด ที่มีองค์ประกอบความผิด 4 ประการคือ 1) หน้าที่ระวัง (Duty of Care) 2) กระทำฝ่าฝืนหน้าที่ (Breach of Duty) 3) การกระทำเป็นเหตุให้เสียหาย (Causation) 4) เกิดความเสียหายขึ้น (Damage) ที่ผู้ป่วยอาจฟ้องร้องเรียกค่าสินไหมทดแทนและค่าเสียหายต่อชีวิตและร่างกายที่กฎหมายคุ้มครองได้¹

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการแพทย์ และการสาธารณสุขของประชาชนชาวไทยอยู่หลายมาตรา เช่น มาตรา 47 มาตรา 55 หรือมาตรา 258 ข (4) เป็นต้น โดยบัญญัติให้รัฐมีบริการทางการแพทย์อย่างทั่วถึง มีประสิทธิภาพ ไม่มีค่าใช้จ่ายหากเป็นบุคคลยากไร้ และจัดการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน ในขณะที่มาตรา 68 เป็นบทบัญญัติที่ให้อำนาจรัฐพึงจัดระบบการบริหารงานยุติธรรมให้มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติให้ประชาชนเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมได้อย่างทั่วถึงรวดเร็ว

¹ จาก “ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์: กรณีศึกษาเปรียบเทียบในอาเซียน.” โดย ธนโรจน์ หล่อธนะไพศาล, 2562, วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 10(1), 138-160. ลิขสิทธิ์ 2562 โดย ธนโรจน์ หล่อธนะไพศาล.

ประเทศไทยได้จัดงบประมาณที่ได้รับร้อยละหนึ่ง เป็นเงินกองทุนสำหรับช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ทั้งนี้หลักการของมาตรา 41 ตามพระราชบัญญัตินี้ บัญญัติขึ้นเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นให้กับผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด และจากการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่า ไม่เพียงแต่เป็นการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังช่วยลดปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเนื่องจากในการช่วยเหลือนั้นจะมีกลไกเจรจาเพื่อทำความเข้าใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งมีผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐและผู้แทนภาคประชาชนในการเข้ามีส่วนร่วมตั้งแต่การรับเรื่องร้องทุกข์ไปจนถึงการพิจารณาการช่วยเหลือ ทั้งนี้เมื่อดูข้อมูลการช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ตามมาตรา 41 ตั้งแต่ปี 2547-2564 หรือในช่วง 18 ปีที่ผ่านมา มีผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ทั้งสิ้น 12,773 ราย หรือเฉลี่ยปีละ 705 ราย เป็นกรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร 6,537 ราย กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการ 1,797 ราย และกรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง 4,439 ราย รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 2,325.43 ล้านบาท หรือเฉลี่ยปีละ 129.19 ล้านบาท โดยปี 2562 เป็นปีที่มีผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นฯ สูงสุด 970 ราย และเป็นปีที่มีการจ่ายเงินช่วยเหลือสูงสุดเช่นกัน นั่นคือ 228.01 ล้านบาท สำหรับในปีงบประมาณ 2565 นี้ ช่วงครึ่งปีแรก (เดือน ต.ค. - มี.ค.) มีผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นฯ แล้ว 581 ราย เป็นกรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร 339 ราย กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการ 51 ราย และกรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง 191 ราย รวมเป็นเงินช่วยเหลือจำนวน 146.519 ล้านบาท อย่างไรก็ตามเมื่อรวมทั้งหมดจนถึงเดือน มี.ค. 2565 มีผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือฯ ทั้งสิ้น 13,354 ราย เป็นกรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ 6,876 ราย กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการ 1,848 ราย และกรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง 4,630 ราย รวมเป็นเงินช่วยเหลือทั้งสิ้น 2,471.94 ล้านบาท

หลักการของการชดเชยเยียวยาความเสียหายจากการรับบริการ โดยไม่พิสูจน์ความผิด คือ มีจุดมุ่งหมายเพื่อชดเชยความเสียหายได้เร็วที่สุด เพื่อช่วยเหลือเยียวยาอย่างทันท่วงที เนื่องจากความเจ็บปวดจากโรคของผู้ป่วย ต้องมีการชดเชยอย่างเป็นธรรมเพื่อจูงใจให้ใช้กลไกนี้แทนการฟ้องร้องต่อศาล เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์ได้หลายกรณี ปัจจัยอายุหากเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 64 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความ

² จาก ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง), โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565, ลิขสิทธิ์ 2565 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สืบค้นจาก

เสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์มากกว่ากลุ่มอื่น ปัจจัยโรคที่มีความซับซ้อนบางอย่างมีความเสี่ยงสูง เช่น การผ่าตัดหลอดเลือด การผ่าตัดระบบประสาท นอกจากนี้ยังมีปัจจัยหลายประการที่เสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การใช้แพทย์ทำงานบางเวลา (Part-Time) ที่ไม่ได้ผ่านการอบรมการทำงานในห้องฉุกเฉิน³

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการนำระบบนี้มาใช้หลายปีแล้ว แต่ก็ยังไม่เป็นที่รู้จักกันแพร่หลาย เพราะยังมีข้อจำกัด ซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาใช้กับผู้ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ในมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และในมาตรา 63 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558 โดยได้กำหนดประเภทของความเสียหายที่เกิดขึ้นและอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในประเภทและอัตราเดียวกัน แต่ระบบสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ เป็นกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครองตามระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรได้มีการพิจารณาให้ความคุ้มครองบุคคลกลุ่มนี้ด้วย ทั้งนี้ก็เพื่อที่ประชาชนชาวไทยทุกคนจะได้รับความเป็นธรรมอย่างเท่าเทียมกัน กฎหมายทั้ง 2 ฉบับ มีบทบัญญัติให้หน่วยงานที่จ่ายค่าชดเชยไล่เบี้ยเอาจากผู้กระทำผิดได้ รวมถึงการบัญญัติเรื่องค่าชดเชยว่าเป็น “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” ที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าสามารถเรียกค่าชดเชยเพิ่มได้อีก ทำให้การใช้กฎหมายทั้ง 2 ฉบับ ขัดกับหลักและเจตนารมณ์ของกฎหมายที่แท้จริงอยู่ กล่าวคือ การชดเชยจะให้การชดเชยแต่เฉพาะผู้เสียหายที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือผู้เสียหายที่มีบัตรทองเท่านั้น โดยไม่คุ้มครองครอบคลุมไปถึงผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม ตลอดจนข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยยังคงมีปัญหาการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุข ถึงแม้จะมีการนำระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดมาใช้ในกฎหมายไทย แต่การเยียวยาในกรณีต่างๆ ยังไม่ครอบคลุมและมีข้อจำกัด

จากการศึกษามาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด ทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาในประเด็นปัญหาดังต่อไปนี้ 1) ประเด็นความครอบคลุมกลุ่มผู้เสียหาย ซึ่งกฎหมายตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 2) ประเด็นเพดาน

³ จาก ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ฟ้องตัวบุคคลและไม่พิสูจน์ความผิด, โดย โครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป, 2007, ลิขสิทธิ์ 2007 โดย โครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป, สืบค้นจาก www.consumerthai.org/.../No-fault%20or%20no-blam.

เงินช่วยเหลือเบื้องต้น 3) ประเด็นระยะเวลาในการยื่นคำร้อง 4) ประเด็นวิธีการจ่ายเงินชดเชยเป็นงวดหรือเป็นก้อนถ้าค่าชดเชยมีดอกเบี้ยด้วยหรือไม่ และ 5) มีการจ่ายค่าชดเชยได้แก่ผู้กระทำความผิดหรือไม่

หลายประเทศมีการนำระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด มาใช้เพื่อบรรเทาให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งนี้โดยเหตุที่ระบบการเยียวยาความเสียหายโดยใช้กลไกทางศาลนั้นยังมีข้อบกพร่องทั้งในส่วนของภาระค่าใช้จ่าย และระยะเวลาการดำเนินคดีที่ยืดเยื้อ การชดเชยความเสียหายเบื้องต้นที่เกิดจากการใช้บริการสาธารณสุขไม่ทันต่อเหตุการณ์ปัจจุบันเพื่อแก้ไขความเสียหายอย่างเร่งด่วน เช่น ประเทศนิวซีแลนด์ เป็นประเทศแรกที่น่าระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมาใช้ และต่อมาได้ขยายไปยังประเทศในภูมิภาคอื่น ๆ ได้มีการนำระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมาใช้ในปี ค.ศ. 1974 โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาใช้ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการชดเชยแก่ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งมีความหมายรวมไปถึงผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์แต่ยังไม่ได้มีการกำหนดประเภทของความเสียหายทางการแพทย์ที่จะได้รับการชดเชยไว้ ซึ่งประเทศนิวซีแลนด์ ได้จัดให้เป็น 1 ใน 7 แผนงานขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุของระบบประกันสังคม ที่รวมการชดเชยอุบัติเหตุทุกประเภทเข้าไว้ด้วยกัน ประชาชนจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ผ่านภาษี แก้ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมากจากระบบศาล และชดเชยให้ครอบคลุมมากที่สุด ค่าใช้จ่ายที่สามารถได้รับการชดเชย ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการฟื้นฟู ค่าสูญเสียรายได้ รวมถึงความเจ็บปวดทรมานและใจ จะจ่ายทั้งก่อนในครั้งเดียวซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความพิการ ความเจ็บป่วย และได้มีการแก้ไขกฎหมายอยู่เสมอเพื่อให้กระบวนการจ่ายค่าชดเชยเป็นธรรมมากที่สุด⁴ สวีเดน : ได้นำระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาใช้ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขได้รับค่าชดเชยโดยผู้ให้บริการต้องซื้อประกันเพื่อเป็นค่าชดเชยแก่ผู้เสียหาย (The Patient Injury Act 1997) ผู้ป่วยที่สงสัยหรือเชื่อว่าได้รับความเสียหายจากการรับบริการสามารถดำเนินการยื่นเรื่องขอรับการชดเชยโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายกรณีเสียชีวิตสมาชิกในครอบครัวสามารถดำเนินการดังกล่าวได้ และมีการออกกฎหมายบังคับให้ ผู้ให้บริการทั้งรัฐและเอกชนต้องทำประกันเป็นระบบชดเชยที่ครอบคลุมเบ็ดเสร็จใหญ่ที่สุดในโลก เพิ่มการเข้าถึงการชดเชย และให้ได้รับการ

⁴ From “No – fault Compensation In New Zealand: Harmonizing Injury Compensation, Provider Accountability, And Patient Safety.” by B. Marie and R. Peterson, 2006, *Health Affairs*, 25(1). Copyright 2006 by B. Marie and R. Peterson.

ชดเชยเท่ากับกฎหมายละเมิด⁵ และในปัจจุบันนี้ประเทศอังกฤษยังไม่มีกองทุนชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิด แต่ได้มีการจัดตั้งกองทุนการชดเชยการบาดเจ็บโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดกับการบาดเจ็บที่เกิดจากการอุตสาหกรรม และได้มีการออกกฎหมายชดเชยค่าเสียหายแก่บุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการได้รับวัคซีนจนเป็นเหตุให้เสียชีวิตหรือพิการอย่างรุนแรง ครอบคลุมทั้งมารดาและทารกอายุตั้งแต่ 2 ขวบขึ้นไป เช่น วัคซีนโปลิโอ และวัคซีนหัดเยอรมัน เป็นต้น⁶

อย่างไรก็ตาม แต่ละประเทศก็ได้มีวิธีการจัดการความขัดแย้งที่แตกต่างกัน และได้ส่งผลกระทบในแต่ละลักษณะด้วย ผู้วิจัยจึงอยากศึกษาวิธีการของแต่ละประเทศและวิเคราะห์หลักการและแนวทางการใช้มาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดทั้งของไทยและต่างประเทศที่จะนำมาปรับใช้กับบริบทในประเทศไทย และเห็นควรศึกษาหลักการและแนวทางการใช้ระบบชดเชยต่างประเทศ โดยที่ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ คือ 1) การการรักษาพยาบาลของข้าราชการ หรือลูกจ้างของส่วนราชการ พนักงาน หรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ 2) ประกันสังคม และ 3) หลักประกันสุขภาพ เป็นสิทธิที่คุ้มครองบุคคลที่ไม่ได้รับสิทธิตาม 1) และ 2) โดยให้บุคคลที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ได้รับบริการสาธารณสุขทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบริหารจัดการระบบเพื่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง และได้นำระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาใช้เป็นครั้งแรก โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

⁵ From “The Swedish System for compensation of patient injuries.” by J. Henry, 2010, *Upsala Journal of Medical Science*, 115(2), 88-90. Copyright 2010 by J. Henry.

⁶ From *Optimality of no-fault medical liability systems* (p. 17-18), by T. Kao & R. Vaithianathan, 2010, Australian National University and University of Auckland. Copyright 2010 by T. Kao & R. Vaithianathan.

- 1.2.1 เพื่อศึกษาความหมาย ความเป็นมา แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด
- 1.2.2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดของประเทศไทยกับต่างประเทศ
- 1.2.3 เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ถึงปัญหามาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด
- 1.2.4 เพื่อเสนอแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความสำคัญคุ้มครองเฉพาะผู้เสียหายนที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือผู้เสียหายนที่มีบัตรทองเท่านั้น โดยไม่คุ้มครองครอบคลุมไปถึงผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม ตลอดจนข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยยังคงมีปัญหาคาดเคยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขถึงแม้จะมีการนาระบบชดเคยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบมาใช้ในกฎหมายไทย แต่การเยียวยาในกรณีต่าง ๆ ยังไม่ครอบคลุม และมีข้อจำกัดในการพิจารณาเงินชดเคยให้แก่ผู้เสียหายนที่เกิดจากการแพทย ดังนั้นจึงสมควรแก้ไข และปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้เสียหายนจากการรักษา

ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการ
สาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดโดยศึกษาจากแนวคิด และทฤษฎี หนังสือ ตำรา งานวิจัย
บทความในวารสาร กฎหมายของต่างประเทศและประเทศไทย ศึกษาหลักการแนวความคิดเกี่ยวกับ
ระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทยและต่างประเทศ
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533
ความรับผิดชอบอันเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุข การฟ้องร้องทางการแพทย์และระบบการ

ชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด หลักการและแนวทางการใช้มาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดทั้งของไทยและต่างประเทศ ได้แก่ นิวซีแลนด์ สวีเดน และอังกฤษ

1.5 วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการใช้กระบวนการวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยกระบวนการวิธีการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) โดยศึกษาค้นคว้าจากหนังสือภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ บทความ รายการวิจัย วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ คำพิพากษากฎีกา คำบรรยายข้อมูลเอกสารทางอินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวข้องกับบทบัญญัติทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตำราวิชาการ หรือตามสื่อข่าวสารต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์และหาบทสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางในการนำมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาใช้

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทำให้ทราบถึงความหมาย ความเป็นมา แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด

1.6.2 ทำให้ทราบถึงปัญหาของมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด

1.6.3 ทำให้ทราบถึงมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด กรณีเปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศ

1.6.4 ทำให้ทราบถึงมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมในการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด

1.6.5 ทำให้ได้แนวทางในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด

บทที่ 2

แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหลักกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้เสียหาย จากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด

การศึกษามาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาใช้ในประเทศไทย ในบทที่ 2 นี้ เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ศึกษาเพื่อศึกษาถึงแนวคิด ทฤษฎีการบริการสาธารณสุข รูปแบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด เพื่อคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เปรียบเทียบหลักการและแนวทางการใช้มาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดทั้งของไทยและต่างประเทศ และเพื่อศึกษาแนวทางในการนำมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาใช้ในประเทศไทย ดังนี้

- 2.1 หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข
- 2.2 ความรับผิดชอบเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุข
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับกลไกการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข
- 2.4 แนวคิดการฟ้องร้องทางการแพทย์และระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด
- 2.5 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการรับบริการสาธารณสุข
- 2.6 ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

2.1 หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข

2.1.1 ระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบดูแลสุขภาพที่มีการจัดบริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ และสาธารณสุข ให้มีความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง⁷

การจัดการทั้งมวลที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นระบบที่ซ้อนทับกับเรื่องของชีวิตและสังคม เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับทุกคน และทุกคนมีส่วนเป็นเจ้าของร่วมกัน อาจหมายถึงสภาวะทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางปัญญา⁸ การจัดบริการเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ ในปัจจุบันการจัดบริการสุขภาพของไทย กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดบริการสาธารณสุขแบ่งตามระดับการให้บริการ มี 5 ระดับคือ⁹

1) การดูแลตนเอง หมายถึง การพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ได้แก่ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนนับเป็นมาตรการเสริมการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน

2) ประชาชนบริการด้วยตนเอง และสามารถจัดทำได้ในระดับชุมชน เป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งเหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับนี้ ผู้ให้บริการคืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยตนเอง ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ การบริการระดับนี้จะมีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขอื่นๆ อย่างมาก

⁷ จาก ระบบบริการสุขภาพ กองทัพบก (น. 1), โดย สุพิชชา แสงโชติ, 2560. กรุงเทพฯ: กรมแพทยทหารเรือ กองสวัสดิการสุขภาพ. ลิขสิทธิ์ 2560 โดย สุพิชชา แสงโชติ.

⁸ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

⁹ จาก การบริการปฐมภูมิ (น. 56), โดย อุทัยวรรณ สุกิมานิล, 2557, นครปฐม: กลอยการพิมพ์. ลิขสิทธิ์ 2557 โดย อุทัยวรรณ สุกิมานิล.

3) ระดับต้นของการบริหารจัดการบริการสาธารณสุข คือ การให้บริการในด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ และแพทย์ทั่วไป ประกอบด้วยหน่วยบริการ คือ

3.1) สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน ซึ่งจัดตั้งขึ้นเฉพาะพื้นที่ที่กั้นตำบล ห่างไกลและเข้าถึงบริการได้ยาก ครอบคลุมประชากร 500 ถึง 1,000 คน มีพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.)

3.2) สถานีอนามัย (สอ.) ซึ่งปัจจุบันยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ชุมชน (รพสช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับตำบลที่อยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุด (First Line Health Service) ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000 ถึง 5,000 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำคือ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่พนักงานสาธารณสุขชุมชน และบางแห่งจะมีเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขบรรจุเข้าทำงานในสถานีอนามัยด้วย

3.3) ผู้ป่วยนอกทั่วไปของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งรัฐและเอกชนทุกระดับ ตลอดจนคลินิกเอกชน เป็นการบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปโดยแพทย์และบุคลากรระดับวิชาชีพ

4) การจัดการบริการสาธารณสุขในระดับกลาง การจัดการบริการสาธารณสุขในระดับกลางเป็นการจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ดังนี้

4.1) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอหรือกิ่งอำเภอ มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียงขึ้นไป จนถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คน ขึ้นไป มีแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ปฏิบัติงานประจำ การให้บริการจะเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าสถานบริการระดับต้น

4.2) โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆ ของรัฐ โรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดและอำเภอขนาดใหญ่ มีขนาดและจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 200 ถึง 500 เตียง ส่วนโรงพยาบาลศูนย์คือ โรงพยาบาลในระดับจังหวัดที่มีขนาดเกิน 500 เตียง และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ครบถ้วน

4.3) โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการโดยธุรกิจ มีแพทย์มาปฏิบัติประจำหรือมาทำนอกเวลาทำงาน และประชาชนจะต้องเสียค่าบริการเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาล

5) การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง (Tertiary Care Level) การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขอื่น ๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ

ระบบบริการสุขภาพของไทย มีการขยายตัวของการให้บริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ ทั้งในส่วนของการบริการสุขภาพระดับต้น หรือระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพทั่วไป และการป้องกันโรค โดยเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด และมีการกระจายที่ครอบคลุมทั่วถึงที่สุด ได้แก่ สถานอนามัยที่กระจายอยู่ทุกตำบล (9,000 กว่าแห่งทั่วประเทศ) และโรงพยาบาลชุมชนที่กระจายอยู่ทุกอำเภอ (700 กว่าแห่งทั่วประเทศ) ไปจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับสูง หรือระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ที่เป็น โรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความสลับซับซ้อน ต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ และต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จากการขยายตัวดังกล่าวทำให้การใช้บริการของ ประชาชนส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการที่ระดับสถานอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนประมาณ 4 ใน 5 ของการใช้บริการผู้ป่วยนอกของภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในด้านความเท่าเทียมกันในการกระจายของโรงพยาบาลในภูมิภาคต่าง ๆ ยังคงมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับศักยภาพทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ โดยเฉพาะการตั้งโรงพยาบาลเอกชนซึ่งในกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนเป็น 2 ใน 3 ของโรงพยาบาลทั้งหมดในกรุงเทพฯ รองลงมาคือภาคกลาง มีโรงพยาบาลเอกชน ประมาณร้อยละ 30 จากความแตกต่างด้านศักยภาพทางเศรษฐกิจของพื้นที่นี้เอง ที่ทำให้เกิดความแตกต่างของการกระจายสถานบริการสุขภาพระหว่างภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงของโรงพยาบาล โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนเตียงต่อประชากรน้อยที่สุด กล่าวคือ มี 1 เตียงต่อประชากร 740 คน ในขณะที่กรุงเทพมหานครมี 1 เตียงต่อประชากรเพียง 223 คน หรือต่างกันถึง 3 เท่า ส่วนหนึ่งของความแตกต่างดังกล่าว เกิดขึ้นจากการมีโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ มากกว่าภาคอื่นๆ และเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีเตียงมากกว่า 200 เตียงถึง 1 ใน 4 ของโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดในกรุงเทพมหานคร ในขณะที่ในภูมิภาค มีโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ในระดับจังหวัดก็มีความแตกต่างในด้านการกระจายด้วยเช่นเดียวกัน โดยจังหวัดที่มีภาวะเศรษฐกิจที่ดีกว่า ถึงแม้จะจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงต่อประชากรต่ำกว่าจังหวัดที่มีภาวะเศรษฐกิจที่ดึกดำบรรพ์ ถึงแม้จะอยู่ในภาคเดียวกัน¹⁰

¹⁰ จาก ระบบบริการสุขภาพ 10 ตัวชี้วัด สุขภาพคนไทย, โดย กระทรวงสาธารณสุข, 2559, ลิขสิทธิ์ 2559 โดย กระทรวงสาธารณสุข, สืบค้นจาก https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-12-08--465.pdf

2.1.2 หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุขของประเทศไทย

การบริการสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพของประเทศไทยมีพัฒนาจากแนวคิดที่รัฐจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึงในรูปแบบของสังคมสงเคราะห์ มาเป็นแนวคิดที่รัฐเป็นผู้รับผิดชอบต่อการจัดให้มีบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยถ้วนหน้า เพื่อให้เป็นเครื่องมือนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ว่าประชาชนจะต้องสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นแก่ชีวิตได้ (Universal Coverage) โดยแยกบทบาทชัดเจนระหว่างผู้จัดให้มีบริการซื้อ (ซื้อบริการ) และผู้จัดบริการเพื่อให้มีบริการได้ครอบคลุมทั่วถึงอย่างเป็นธรรม ทำให้การจัดการมีประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และสามารถควบคุมคุณภาพได้มาตรฐาน¹¹

กรอบการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน อยู่ภายใต้เป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนในเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยเรื่อง สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (Ensure Healthy Lives and Promote Well-Being for all at all Ages) ครอบคลุมเรื่องการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขด้วย ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวได้ระบุลงในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) และมีความเชื่อมโยงกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยในฉบับปัจจุบัน (ฉบับที่ 20) นอกจากนี้แล้วยังเชื่อมโยงกับ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ประเทศไทย 4.0 นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุข ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 โดยแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขฉบับปัจจุบันประกอบด้วยประเด็นสำคัญทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
- 2) ด้านบริการเป็นเลิศ
- 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ
- 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล

¹¹ จาก การอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย (น. 339), โดย การสาธารณสุขไทย, 2550, ลิขสิทธิ์ 2550 โดย การสาธารณสุขไทย. สืบค้นจาก https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/thp2007/THP2007_8thai.pdf

การให้บริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขในสังคมขึ้นอยู่กับระบบการเมืองและระบบเศรษฐกิจของแต่ละประเทศด้วย โดยที่ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ อาจแบ่งออกได้เป็น 4 รูปแบบ คือ

1) การจัดบริการสาธารณสุขแบบตลาดแข่งขันเสรี (Entrepreneurial Health System) เป็นการจักระบบบริการสาธารณสุขที่มีเอกชนเป็นผู้ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก โดยมีการบริการมุ่งเน้นการแข่งขันเพื่อให้เกิดกำไรสูงสุดแก่สถานบริการสาธารณสุข ประชาชนมีเสรีภาพในการใช้บริการอย่างเต็มที่ ซึ่งบริการส่วนใหญ่จะมีคุณภาพสูง เนื่องจาก ต้องแข่งขันกันในการให้บริการ แต่ในระบบบริการสาธารณสุขแบบนี้ส่งผลทำให้ประชาชนหรือผู้รับบริการ จะต้องเสียค่าบริการสุขภาพที่มีราคาแพง โดยประชาชนที่มีรายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวที่มีการใช้เทคโนโลยีระดับสูงและมีราคาแพงซึ่งระบบนี้มีความสอดคล้องกับหลักเสรีภาพ

2) การจัดบริการสาธารณสุขแบบรัฐสวัสดิการ (Welfare-Oriented Health System) เป็นการจักระบบบริการสาธารณสุขที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการ ทั้งในแบบให้เปล่าและแบบให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการเสียค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ โดยค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะมาจากภาษีอากรหรือกองทุนด้านสุขภาพอื่น ๆ โดยที่สถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่จะเป็นของรัฐหรือองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร สำหรับการ จัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบรัฐสวัสดิการ ประชาชนจะมีความเสมอภาคกัน ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข แต่ประชาชนมีเสรีภาพในการเลือกใช้บริการน้อยกว่าในระบบตลาดแข่งขันเสรี ซึ่งระบบนี้ มีความสอดคล้องกับหลักความเสมอภาคและความเป็นธรรม

3) การจัดบริการสาธารณสุขแบบสังคมนิยม (Socialist Health System) หรือระบบวางแผนจากส่วนกลาง (Central Planning System) ในระบบนี้รัฐจะเป็นเจ้าของทรัพย์สินทุกอย่างในสังคม ในทางทฤษฎีอุปทานของบริการสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งบริการทุกอย่างจะถูกกำหนดหรือวางแผนมาจากส่วนกลาง รัฐเป็นเจ้าของสถานบริการสาธารณสุข ทุกประเภท โดยที่ประชาชนสามารถใช้บริการแบบได้เปล่าตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพ ในระบบนี้ โดยหลักการแล้วค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะต่ำ และในทางปฏิบัติผู้ที่วางแผนจัดบริการสาธารณสุข คือ เจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งขาดแรงจูงใจในการดำเนินงานส่งผลให้ระบบนี้ค่อนข้างที่จะมีประสิทธิภาพต่ำ ในระบบนี้ประชาชนจะไม่มีเสรีภาพในการใช้บริการและประชาชนทุกคนมีความเสมอภาคและเท่าเทียมกันหมด

4) การจัดบริการสาธารณสุขแบบครอบคลุมทั้งหมด (Comprehensive Health System) เป็นการ จัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐจะมีหน้าที่ในการให้หลักประกันการบริการสาธารณสุขทุกชนิดแก่ประชาชน โดยการจัดบริการครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มและครอบคลุมบริการทุกชนิด โดยรัฐจะเป็นผู้สนับสนุนทางการเงินแก่สถานบริการสาธารณสุข

การบริการในส่วนนี้ แม้ว่ารัฐธรรมนูญจะได้เขียนครอบคลุมการบริการทางด้านสาธารณสุขครบทุกด้านแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่มีกฎหมายรับรองรับ การปฏิบัติงานจึงยังไม่เป็นไปตามที่รัฐธรรมนูญกำหนดไว้ ต่อมาในปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ซึ่งมีเนื้อหาสาระสำคัญที่เน้นการส่งเสริมความเป็นธรรมในสังคมและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนในด้านต่าง ๆ รวมทั้งความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ จึงได้มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนในมาตรา 52 วรรคแรก ซึ่งได้บัญญัติว่า บุคคลมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ และในมาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงกัน

ระบบบริการสาธารณสุขที่ดี จึงหมายถึง การบริการสาธารณสุขที่มีอย่างเพียงพอ เข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม มีคุณภาพมีประสิทธิภาพ และไม่เป็นการซ้ำซ้อนหรือแข่งธุรกิจที่ไม่สมเหตุสมผล เป็นระบบที่มีบริการตั้งแต่การดูแลรักษาตัวเอง การดูแลในระดับครอบครัว การดูแลในระดับชุมชน บริการฉุกเฉิน บริการระดับปฐมภูมิ บริการระดับทุติยภูมิ บริการระดับตติยภูมิ การบริการเฉพาะสาขาหรือเฉพาะทาง และการบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ โดยมีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพเป็นหลักประกันมาตรฐานและคุณภาพบริการ รวมทั้งมีระบบการประเมินการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ใช้ในการจัดบริการสาธารณสุขอย่างเหมาะสม

2.2 การพิสูจน์ความผิดและความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

2.2.1 การพิสูจน์ความผิด

กระบวนการร้องเรียนจากผู้เสียหายที่ได้แจ้งหรือฟ้องร้องตามสิทธิที่ตนมีอยู่ตามกฎหมาย เพื่อพิสูจน์ว่าผลที่เกิดจากการกระทำนั้น ๆ เป็นการกระทำที่เป็นความผิดหรือไม่ และผู้กระทำความผิดมีความผิดหรือไม่ ต้องรับผิดและรับโทษหรือต้องชดเชยอย่างไร ในกระบวนการยุติธรรมก็จะมีการพิสูจน์ความผิดทางศาล ในคดีอาญาถ้าผลการพิสูจน์ว่ามีความผิดก็ต้องรับโทษทางอาญา แต่ในคดีแพ่งถ้าพิสูจน์ว่ามีความผิดก็ต้องชดเชยค่าเสียหาย อย่างไรก็ตามยังมีการพิสูจน์ทางจริยธรรม ในกรณีที่ผู้กระทำเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่มีสภาวิชาชีพทำหน้าที่ควบคุมดูแลด้านจริยธรรม ถ้าผลการพิสูจน์พบว่ามีความผิดก็จะได้รับโทษทางจริยธรรม กรณีที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือเป็นข้าราชการก็จะได้รับการพิสูจน์ความผิดทางวินัยและถ้าพบว่ามีความผิดก็ต้องได้รับโทษทางวินัย นอกจากนี้ยังมีการพิจารณาผิดอื่น ๆ อีก เช่น พิสูจน์ในคดีปกครอง การพิสูจน์ความผิดถ้าเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล ถ้าพิสูจน์ได้ว่ามีความผิดก็จะได้รับโทษ อาจจะเป็นการปรับหรือมีมาตรการต่างๆ และต้องชดเชยค่าเสียหายแก่ผู้ได้รับความเสียหายด้วย ส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยนี้ต้องการพิจารณาข้อดีและข้อเสียในประเด็นเรื่องการพิสูจน์ถูกผิดจะมีประโยชน์หรือให้โทษหรือมีความเหมาะสมอย่างไร การพัฒนากฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขควรมีการพิสูจน์ถูกผิดด้วยหรือไม่เพียงใดและอย่างไร การพัฒนาเพื่อคุ้มครองผู้เสียหายว่าสมควรได้รับการช่วยเหลือชดเชยหรือไม่เพียงใด และการที่ผู้ให้บริการหรือผู้ประกอบวิชาชีพได้กระทำไปในการประกอบวิชาชีพนั้นๆ สมควรได้รับโทษหรือต้องชดเชยหรือไม่เพียงใด การพิสูจน์ความรับผิดหรือพิสูจน์ถูกผิดควรให้มีหรือไม่ในการพัฒนากฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข¹²

ภาระการพิสูจน์ความผิดของแพทย์ เพื่อที่จะพิสูจน์ว่าแพทย์กระทำความผิดโทษ (ผู้ป่วยหรือญาติ) จะต้องพิสูจน์ให้ศาลเห็นครบตามองค์ประกอบ 4D คือ¹³

¹² จาก คำอธิบาย ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด (น. 17-18), โดย สุขุม สุกนิตย์, 2550, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ. ลิขสิทธิ์ 2550 โดย สุขุม สุกนิตย์.

¹³ จาก คดีการฟ้องร้องแพทย์ และรพ.แ่งมูที่ผู้บริหารและบุคลากรทางการแพทย์ควรทราบ, โดย เอนก ขมจินดา, 2542, ลิขสิทธิ์ 2542 โดย เอนก ขมจินดา. สืบค้นจาก <https://www.srisangworn.go.th/home/ha/QC23>

1) แพทย์มีหน้าที่ในการรักษาพยาบาลโจทก์ (Duty) เมื่อแพทย์ตกลงตรวจรักษาผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยก็บังเกิดขึ้น กฎหมายจะสันนิษฐานว่าแพทย์มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยมาตรฐานเดียวกันกับแพทย์ผู้ผ่านการศึกษาศึกษาฝึกอบรมมาในระดับเดียวกัน และด้วยความพยายามที่จะให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด อย่างไรก็ตามความล้มเหลวของการรักษาพยาบาลด้วยตัวของมันเอง ไม่ได้ถือว่าเป็นเกิดจากปัญหาความประมาทเลินเล่อของแพทย์แต่อย่างใด

2) แพทย์ประมาทเลินเล่อในการปฏิบัติหน้าที่นั้น (Dereliction or Breach of Duty) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยของแพทย์ กระทำในระดับที่ต่ำกว่ามาตรฐานที่จะยอมรับได้

3) โจทก์ได้รับความเสียหาย (Damages) ผู้ป่วยได้รับความเสียหายอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ทำให้สูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพเป็นการถาวรหรือเป็นระยะเวลายาวนานกว่าที่ควรจะเป็น ทำให้สูญเสียอวัยวะหรือถึงแก่ความตาย

4) ความเสียหายที่โจทก์ได้รับเป็นผลโดยตรงจากความประมาทเลินเล่อของแพทย์ (Direct Causation) การพิสูจน์ว่าความเสียหายที่ผู้ป่วยได้รับนั้น เกิดจากการกระทำผิดของแพทย์ อาจทำได้โดย 1) พิสูจน์ว่าการกระทำของแพทย์เป็นต้นเหตุโดยตรงที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ถ้าไม่ทำก็ไม่เกิดอันตราย หรือ 2) พิสูจน์ว่าแพทย์ขาดความระมัดระวังที่จะคาดการณ์ถึงผลแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจนไม่ได้เตรียมป้องกันหรือแก้ไขได้ทันทั่วถึง

2.2.2 ประเภทความเสียหายจากการบริการสาธารณสุข

การจำแนกประเภทของความเสียหายทั่วไป อาศัยประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 ได้บัญญัติประเภทความเสียหายจากการถูกระงับละเมิด ประกอบด้วย ความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สิน หรือสิทธิอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่สำหรับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขจากการศึกษาในครั้งนี้มีขอบเขตในการศึกษาความเสียหายแก่ชีวิต ความเสียหายแก่ร่างกาย และความเสียหายแก่อนามัยของผู้ป่วย ดังนี้

1) ความเสียหายแก่ชีวิต ชีวิตมนุษย์นับเป็นความสำคัญอันดับแรกที่ถูกกฎหมายให้ความคุ้มครอง เนื่องมาจากการดำรงชีวิตของมนุษย์ย่อมก่อให้เกิดมูลค่าของผลผลิตหรือรายได้ที่บุคคลนั้นก่อขึ้น เมื่อมีความเสียหายต่อชีวิตย่อมกระทบถึงมูลค่าในส่วนที่บุคคลนั้นก่อขึ้นกับผู้ที่อยู่เบื้องหลัง

2) ความเสียหายแก่ร่างกาย ศูนย์พัฒนาและวิจัยระดับชาติ (National Research and Development Center) แบ่งการด้อยประสิทธิภาพของร่างกาย (Disability Dimension) ออกเป็นระดับต่าง ๆ ได้ 8 ระดับ โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงประสิทธิภาพในการทำงานและกิจกรรมอื่นๆ

ในสังคม ตั้งแต่ไม่มีผลกระทบถึงไม่สามารถร่วมกิจกรรมในทางสังคมได้เลย เช่น ผู้เสียหายมีอาการ
 พักช้า ใช้เวลารักษาไม่นานก็หายเป็นปกติ หรือมีความเสียหายรุนแรงถึงขั้นพิการ ทุพพลภาพ ดังนี้

- 2.1) ประสิทธิภาพในการทำงานและกิจกรรมในสังคมไม่ลดลง
- 2.2) ประสิทธิภาพในการทำงานและกิจกรรมในสังคมลดลงเล็กน้อย
- 2.3) ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและกิจกรรมในสังคมลดลงมาก
- 2.4) มีความจำกัดในการทำงาน
- 2.5) ไม่สามารถทำงานหรือไปเรียนหนังสือ ไม่สามารถออกจากบ้านได้

ตามลำดับ

- 2.6) ต้องนั่งรถเข็น
- 2.7) ต้องนอนแต่บนเตียง
- 2.8) ไม่รู้สึกตัว

3) ความเสียหายแก่นามย เป็นความเสียหายที่บุคคลได้รับความกระทบกระเทือน
 ในการใช้ชีวิตอย่างสุขสงบ หมายถึง ความตื่นตระหนก ได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจ
 การทนทุกข์ ทรมานทางใจ การรบกวนจิตใจ ความเจ็บปวดทางใจที่ร้ายแรง เดือดร้อนรำคาญ หรือ
 หวาดระแวง เป็นการรบกวนสิทธิส่วนบุคคลที่จะมีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ บางคนปรับตัวได้
 ดีไม่ค่อยมีอาการทางโรคจิตได้ง่ายเมื่อประสบกับสภาพอารมณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ในขณะที่บุคคล
 อื่นคนเต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวาย กระวนกระวาย ความไม่เป็นมิตร ย่อมนำไปสู่ความเสียหาย
 ทางจิตใจได้ง่ายจนถึงเจ็บป่วยทางจิตใจที่ร้ายแรง¹⁴

ประเภทความเสียหายแบ่งตามสาเหตุการเกิดความเสียหาย โรคหรือความเจ็บป่วยเป็น
 ธรรมชาติที่คู่กับความเป็นมนุษย์ ธรรมชาติและการดำเนินโรคแต่ละชนิดไม่เหมือนกัน

โรคกลุ่มที่ 1 ถ้าไม่ได้รับการรักษาโรคบางอย่างก็หายได้เอง แต่อาจจะทุกข์ทรมาน
 ระหว่างที่โรคดำเนินอยู่ หรือระหว่างที่โรคดำเนินอยู่นั้นร่างกายของผู้ป่วยบางอวัยวะอาจสูญเสียการ
 ทำงานหรือบกพร่องไปจนกระทบต่ออวัยวะอื่นก่อให้เกิดความเสียหายต่อเนื่องกันไป หรืออาจจะไม่
 สามารถดำรงชีพไว้ได้ ซึ่งถ้าผ่านระยะดำเนินของโรคนั้นๆ ไปได้ โรคดังกล่าวก็จะหายได้เอง ดังนั้น
 โรคที่แม้จะหายได้เองก็อาจจะมี การรักษาตามอาการเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการดำเนินโรค
 หรือการรักษาประคับประคองเพื่อให้ร่างกายยังคงสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้หรือยังคงดำรงชีพอยู่ได้
 ในระหว่างที่โรคดำเนิน

¹⁴ จาก คำสันนิษฐานทดแทนกรณีละเมิดที่ก่อให้เกิดความเสียหายทางจิตใจ (น. 111), โดย สุนันทา จันทรแก้ว,
 2556, ลิขสิทธิ์ 2556 โดย สุนันทา จันทรแก้ว. สืบค้นจาก <http://web.krisdika.go.th/data/activity/act225>

โรคหรือความเจ็บป่วยกลุ่มที่ 2 คือ ต้องได้รับการรักษาจึงจะหาย ถ้าไม่รักษาอาจจะกลายเป็นพยาธิสภาพเรื้อรังหรือพิการหรือเสียชีวิตได้ ธรรมชาติของโรคหรือความเจ็บป่วยต่างๆ แม้เป็นโรคเดียวกันก็มีการดำเนินโรคที่มีความแตกต่างกันในลักษณะอาการหรืออาการแสดงแตกต่างกันในความรุนแรงและช่วงระยะเวลา การคาดการณ์เกี่ยวกับธรรมชาติและผลการดำเนินของความเจ็บป่วยสามารถกระทำได้ในระดับหนึ่ง

โรคหรือความเจ็บป่วยกลุ่มที่ 3 คือ ไม่สามารถรักษาหายได้ ผู้ป่วยอาจจะต้องกลายเป็นบุคคลที่เป็นโรคเรื้อรังหรือกลายเป็นคนพิการทุพพลภาพไปตลอดชีวิต หรือถึงแก่เสียชีวิตจากการดำเนินของโรค ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีการดูแลรักษาที่ประคับประคองเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นจากการดำเนินโรคที่อาจจะกระทบการทำงานของอวัยวะอีกกลุ่มหนึ่ง หรือการดูแลประคับประคองก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต การตรวจดูแลรักษาเป็นทั้งวิทยาศาสตร์และศิลปะศาสตร์ มีความละเอียดและต้องขึ้นอยู่กับการดำเนินของโรคควบคู่ไปในขณะนั้น และการประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพดังกล่าว ก็ประกอบด้วยการกระทำมากมายและเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา เหตุการณ์ที่จะปรากฏขึ้นก็สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งทางด้านที่ดีขึ้นหรือแย่ลง ก็จะเรียกได้ว่ามีผลกระทบเกิดขึ้น แม้เกิดจากธรรมชาติและผลการดำเนินโรค หรืออาจจะเกิดจากการดูแลรักษา หรือจากเหตุสุดวิสัย

ประเภทความเสียหายแบ่งตามลักษณะของความเสียหาย การแบ่งประเภทความเสียหายตามลักษณะของความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขในทางที่เกิดประโยชน์ต่อการชดเชยค่าสินไหมทดแทนและความรับผิดชอบ โดยมีกฎหมายอ้างอิงไว้คือ ความเสียหายต่อชีวิต ต่อร่างกาย ต่ออนามัย ต่อเสรีภาพ ต่อทรัพย์สิน ต่อสิทธิอื่นๆ¹⁵

1) ความเสียหายต่อชีวิตในกรณีทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายนั้น มีการกำหนดค่าสินไหมทดแทนได้แก่ ค่าปลงศพรวมทั้งค่าใช้จ่ายอันจำเป็นอย่างอื่น ๆ ถ้ามิได้ตายในทันที ค่าสินไหมทดแทนได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลรวมทั้งค่าเสียหายที่ต้องขาดประโยชน์ทำมาหาได้เพราะไม่สามารถประกอบกิจการงานนั้น รวมถึงค่าสินไหมทดแทนกรณีเหตุที่ตายลงนั้นทำให้บุคคลหนึ่งคนใดต้องขาดไร้อุปการะตามกฎหมายไปด้วย¹⁶ สำหรับความรับผิดชอบทางอาญาบัญญัติให้ผู้กระทำ

¹⁵ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420

¹⁶ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 443

ความผิดต้องรับโทษจำคุก และปรับในปริมาณที่แตกต่างกัน กรณีเจตนาฆ่า¹⁷ ทำให้ผู้อื่นตายโดยไม่ได้เจตนา¹⁸ ทอดทิ้งผู้ป่วย¹⁹ หรือกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย²⁰

2) ความเสียหายต่อร่างกายหรืออนามัย ในกรณีทำให้เสียหายแก่ร่างกายหรืออนามัยนั้นผู้ต้องเสียหายชอบที่จะได้ชดใช้ค่าใช้จ่ายอันตนต้องเสียไป เช่น ค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ต้องเสียไปจากความเจ็บป่วยทั้งในระยะสั้น เจ็บป่วยเรื้อรัง ทูพพลภาพหรือพิการ รวมทั้งค่าเสียหายเพื่อการที่เสียความสามารถประกอบการทำงานสิ้นเชิงหรือแต่บางส่วนทั้งในเวลาปัจจุบันนั้นและในเวลาอนาคตด้วย²¹ สำหรับความรับผิดชอบทางอาญาบัญญัติให้ผู้กระทำความผิดต้องรับโทษจำคุก และปรับในปริมาณที่แตกต่างกัน กรณีกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กาย หรือจิตใจ หรือกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส²²

3) ความเสียหายต่อบุคคลภายนอกในครัวเรือนและความเสียหายต่อหน้าที่การงานหรืออุตสาหกรรมในกรณีทำให้เสียหายต่อชีวิต ร่างกาย อนามัยหรือเสียเสรีภาพ ถ้าผู้ต้องเสียหายมีความผูกพันตามกฎหมายจะต้องทำการงานให้เป็นคุณแก่บุคคลภายนอกในครัวเรือนหรืออุตสาหกรรมของบุคคลภายนอก ต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่บุคคลภายนอกเพื่อที่เขาต้องขาดแรงงานนั้น²³

4) ความเสียหายต่อชื่อเสียง กรณีทำให้เสียหายแก่ชื่อเสียงเมื่อผู้ต้องเสียหายร้องขอศาลจะสั่งให้บุคคลนั้นจัดการตามควรเพื่อทำให้ชื่อเสียงของผู้นั้นกลับคืนดีแทนให้ใช้ค่าเสียหายหรือทั้งให้ใช้ค่าเสียหายด้วยก็ได้²⁴

5) ความเสียหายอย่างอื่นอันมิใช่ตัวเงินในกรณีทำให้เสียหายแก่ร่างกาย อนามัยหรือเสียเสรีภาพ ผู้เสียหายจะเรียกร้องเอาค่าสินไหมทดแทนเพื่อความที่เสียหายอย่างอื่นอันมิใช่ตัวเงินด้วยก็ได้ เช่น ความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน หรือความเสียหายด้านจิตใจได้²⁵

¹⁷ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288

¹⁸ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 290

¹⁹ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 307

²⁰ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 291

²¹ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 444

²² ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 300

²³ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 445

²⁴ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 447

²⁵ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 446

2.2.3 การเกิดความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

การให้บริการทางการแพทย์ของไทยในปัจจุบันนั้นแม้ว่าจะมีเทคโนโลยีทางการแพทย์และเครื่องมือที่ทันสมัย รวมทั้งการมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขามากกว่าในอดีตก็ตาม แต่ก็ยังมีข้อควรระวังที่เกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการให้การรักษายาบาลของแพทย์กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการทางสาธารณสุขเกิดขึ้นอยู่เสมอ ๆ ทั้งนี้ก็เพราะว่าเป็นการบริการที่ต้องกระทำต่อร่างกายของมนุษย์ซึ่งมีความละเอียดอ่อนและค่อนข้างที่จะสลับซับซ้อนของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทั้งยังมีปัญหาเกี่ยวกับความซับซ้อนของพยาธิสภาพ การเจ็บป่วยต่าง ๆ รวมไปถึงการนำเอาเทคโนโลยีและวิทยาการสมัยใหม่มาปรับใช้ ในการรักษานั้นด้วย จนกลายเป็นชนวนเหตุที่ทำให้สังคมเริ่มมองว่าการแพทย์ส่วนหนึ่งนั้น กำลังถูกดำเนินการในรูปแบบการบริการในเชิงธุรกิจ ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหาจากการรับบริการทางสาธารณสุขขึ้นไม่ว่าจะมากหรือน้อยก็ย่อมจะมีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและบรรดาญาติ ๆ ตามไปด้วย แต่หากมองในด้านของแพทย์ผู้ให้บริการแล้ว จะพบว่าในการประกอบวิชาชีพของแพทย์นั้น แพทย์ทุกคนต่างก็มีความตั้งใจและความประสงค์ที่จะให้ผู้ป่วยของตนหายจากอาการเจ็บป่วยและมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงที่สุด²⁶

ปัจจัยการเกิดความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

1) ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย

1.1) ชนิดของโรค โรคหรือความเจ็บป่วยคือ ความผิดปกติของมนุษย์ เป็น 1 ใน 4 วัฏสงสารคือ เกิด แก่ เจ็บและตาย ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลรักษา ซึ่งการรักษาโรค ก็เป็นหนึ่งในปัจจัย 4 ซึ่งเป็นความจำเป็นระดับแรกของมนุษย์นั่นเอง ชนิดของความเจ็บป่วยอาจจะแบ่งแยกได้เป็นความเจ็บป่วยทางกายและความเจ็บป่วยทางจิตใจ เป็นความเจ็บป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อ อาจจะเกิดได้ตั้งแต่แรกคลอดจนกระทั่งอายุมากใกล้วาระสุดท้ายของชีวิต เกิดความเจ็บป่วยที่รักษาได้และรักษาไม่ได้ โรคบางชนิดหายได้เองบางชนิดต้องการรักษามากน้อยต่างกันหรือต้องใช้เวลาในการรักษาต่างกัน แบ่งเป็นโรคชั่วคราวและโรคเรื้อรัง บางชนิดรักษาโดยยา บางชนิดต้องรับการผ่าตัดรักษาความเจ็บป่วย ได้มีการแบ่งตามกลุ่มอวัยวะ แบ่งตามเพศวัยของผู้ป่วย ตามกลุ่มโรคหรือตามกลุ่มแนวทางการรักษา จะเห็นได้ว่าทำให้มีการแบ่งแยกแผนกและแบ่งความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข

²⁶ จาก “การเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการทางสาธารณสุข.” โดย อริยพร โพธิ์ใส, 2553, จุลนิตี, 7(5), 159-167. ลิขสิทธิ์ 2553 โดย อริยพร โพธิ์ใส.

1.2) การดำเนินโรคและพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรคแต่ละชนิดและพยาธิสภาพของโรคแต่ละชนิดมีความแตกต่างกัน โรคเดียวกันอาจจะปรากฏอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันได้ แตกต่างกันในแต่ละครั้งแม้เป็นผู้ป่วยคนเดียวกัน แตกต่างกันในผู้ป่วยต่างคนกันแม้เป็นโรคเดียวกัน กลุ่มผู้ป่วยที่คล้ายกันอาจมีอาการแสดงที่คล้ายกันหรือต่างกันได้ การดำเนินของโรคยังแตกต่างกันในเวลาเริ่มเป็น แตกต่างกันในช่วงระยะที่ต่างกัน ประวัติพฤติกรรมของการดำเนินโรคต่างกัน อาการแสดงก่อนหลังปรากฏหรือไม่ปรากฏอาการ และอาการแสดงในระดับที่มากน้อยต่างกัน ใช้วิธีการตรวจวินิจฉัยที่เหมาะสมหรือต้องตรวจเพิ่มเติมต่างกัน ผลการตรวจพบจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการแตกต่างกัน วิธีการรักษาในแต่ละช่วงของการดำเนินโรคต่างกันแม้เป็นโรคเดียวกันในคนเดียวหรือต่างคนกัน ผลการรักษาผลข้างเคียงหรือการแพ้ยาแตกต่างกันแม้เป็นโรคเดียวกันหรือคนเดียวกัน โรคต่างกันอาจใช้วิธีการรักษาคือคล้ายคลึงกันได้ บางโรคต้องรักษาแม้ยังไม่ทราบการวินิจฉัย ที่แน่นอน บางโรคต้องรอผลการวินิจฉัยจากการตรวจเนื้อเยื่อที่ตัดออกมาจากการรักษาแล้ว หรือตรวจชิ้นเนื้อศพหลังเสียชีวิตแล้วเพื่อทราบการวินิจฉัย หรืออาจจะไม่สามารถทราบการวินิจฉัยได้เลย

1.3) ความรุนแรงของโรค ความเจ็บป่วยหรือโรคแต่ละชนิดมีความรุนแรงแตกต่างกัน บางโรคมีอาการรุนแรงมากแต่มีความร้ายแรงน้อย บางโรคมีความร้ายแรงมากแต่ในระยะแรกอาจจะไม่มีอาการเลย โรคบางชนิดมีอาการหลายอย่างพร้อมกัน โรคเดียวกันหรือคนเดียวกันหรือต่างคนกันอาจมีความรุนแรงไม่เท่ากัน หรือความร้ายแรงแตกต่างกันและอาการไม่เท่ากัน การตอบสนองต่อการรักษาอาจจะไม่เท่ากันในการรักษาวิธีเดียวกันในคนเดียวหรือต่างคนกัน โรคบางชนิดอาจรักษาได้ด้วยหลายวิธี บางชนิดอาจไม่สามารถรักษาได้ทุกวิธี โรคบางชนิดรักษาหายหรือไม่รักษาก็หาย โรคบางชนิดรักษาก็ไม่หายหรือเสียชีวิตไม่รักษาก็เสียชีวิต อาจเพียงรักษาตามอาการหรือรักษาเพียงประคับประคองเท่านั้น

2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย

2.1) ความอ่อนแอของผู้ป่วย ความแข็งแรงหรือความอ่อนแอของแต่ละคนไม่เท่ากัน วัยที่แตกต่างกันมีความแข็งแรงต่างกัน สภาพเศรษฐกิจ สังคม การใช้ชีวิตมีผลต่อความอ่อนแอของแต่ละคนไม่เท่ากัน บางคนมีโรคประจำตัว บางคนมีความพิการ ความอ่อนแอเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมด้วย ความอ่อนแออาจเป็นกรณีเฉพาะ เช่น ภาวะแทรกซ้อนต่อยาหรือการรักษาซึ่งคนอื่นไม่เป็น บางคนอาจแพ้ยา แพ้อาหาร หรือสารสัมผัสแต่ละชนิดไม่เหมือนกันและอาจจะไม่ทราบล่วงหน้า โดยเฉพาะถ้าเป็นการแพ้ครั้งแรกจะไม่ทราบมาก่อน

2.2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย บางคนมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีการออกกำลังกาย การรับประทานยาสม่ำเสมอ การปฏิบัติตามคำแนะนำอื่น ๆ ของแพทย์ พยาบาลหรือเภสัชกร บางคนดื่มเหล้า สูบบุหรี่หรือเสพยาเสพติด เหล่านี้จะมีผลต่อสภาวะของโรคหรือความเจ็บป่วย

3) ปัจจัยด้านผู้ประกอบการวิชาชีพ

3.1) ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพคือผู้ที่ภายหลังได้รับปริญญาบัตรตามวุฒิของแต่ละวิชาชีพ เช่น วิชาชีพเวชกรรม วิชาชีพพยาบาล วิชาชีพทันตกรรม วิชาชีพเภสัชกรรม วิชาชีพเทคนิคการแพทย์ วิชาชีพกายภาพบำบัด เป็นต้น และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนั้นๆ ได้ เช่น วิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสามารถประกอบวิชาชีพได้ทั้งสี่ทุกสาขาตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมบัญญัติไว้ กฎหมายอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ทุกสาขา แม้ว่าจะไม่ได้สำเร็จการศึกษาต่อยอดเป็นผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นการดูแลผู้ป่วยหมดทั้งร่างกายและจิตใจ เพราะร่างกายของมนุษย์รวมทั้งจิตใจ อวัยวะต่างๆ ทั้งหมดมีการทำหน้าที่สัมพันธ์กันและเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน²⁷

3.2) ความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค สำหรับความเชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้น ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมมีการศึกษาต่อยอดในแต่ละสาขา เมื่อสำเร็จการศึกษาหรือได้ปฏิบัติในสาขาเฉพาะทางนั้นเป็นเวลาที่คณะกรรมการที่มีอำนาจและรับผิดชอบในการประเมินและให้วุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรแสดงถึงความเชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ ได้ เช่น แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม ด้านสูติรีเวชกรรม

3.3) พฤติกรรมของผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือบุคลากรอื่นๆ ล้วนเป็นมนุษย์ปุถุชนย่อมจะมีโอกาสผิดพลาดจากการปฏิบัติงานได้ ทั้งนี้โอกาสที่แต่ละบุคคลจะเสี่ยงต่อความผิดพลาด นอกจากจะขึ้นอยู่กับความยากง่ายและปริมาณของงานที่ปฏิบัติแล้วยังเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนด้วย

²⁷ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

4) ปัจจัยด้านสถานพยาบาล

4.1) มาตรฐานและแนวปฏิบัติการประกอบวิชาชีพในแต่ละวิชาชีพจะมี มาตรฐานการประกอบวิชาชีพอยู่ โดยอิงตามพื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเริ่มจากในสถานศึกษาที่ผู้ประกอบวิชาชีพได้เรียนรู้ว่า มาตรฐานการประกอบวิชาชีพ ในแต่ละเรื่องเป็นอย่างไร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมาตรฐาน ในระดับสากลด้วยเพราะใช้ตำราจากต่างประเทศ เป็นเกณฑ์อย่างไรก็ตามแนวทางการรักษาพยาบาล ในส่วนที่ลึกลงไปมีความแตกต่างกันในแต่ละ ประเทศหรือแต่ละกลุ่มประเทศ

4.2) มาตรฐานสถานพยาบาล มาตรฐานสถานพยาบาลถูกกำหนดไว้ใน พระราชบัญญัติสถานพยาบาล²⁸ และข้อบังคับต่างๆ ที่เป็นกฎหมายลูก ซึ่งใช้ในการบังคับให้แต่ละ สถานพยาบาลปฏิบัติตั้งแต่เรื่อง ของสถานที่ตั้ง โครงสร้างที่เป็นอาคารสถานที่ทั้งภายนอกและ ภายใน กำหนดให้มีระบบต่างๆ ที่ เกี่ยวข้องกับการเป็นสถานพยาบาลในแต่ละระดับและแต่ละ ประเภท กำหนดจำนวนเตียงอุปกรณ์ เครื่องมือทั้งทางการแพทย์และไม่ใช้ทางการแพทย์โดยตรง สัดส่วนและปริมาณของบุคลากร ประเภทต่างๆ ทั้งในเวลากลางวันและเวลากลางคืน มาตรฐาน ต่างๆ ที่กำหนดขึ้นเป็นเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งมีหน่วยงานหลายแห่งที่ได้กำหนดขึ้นและเป็นเงื่อนไข ผูกพันเพื่อให้สถานพยาบาลต่างๆ ที่มีนิติสัมพันธ์ต่อกันได้มีการพัฒนามาตรฐานของตน เช่น กอง ประกอบโรคศิลป์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงาน ประกันสังคม รวมถึงสถาบันรับรองสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นต้น

4.3) ระบบคุณภาพการให้บริการ การดูแลรักษาและการให้บริการต้อง ประกอบด้วย ทีมงานผู้ปฏิบัติการในด้านต่างๆ ที่ต้องทำงานให้สอดคล้องกันรวมทั้งสอดคล้องกับ อาคารสถานที่อุปกรณ์พาหนะ และระบบข้อมูลและการสื่อสารต่างๆ ระบบคุณภาพที่ดีจะช่วยลด อัตราการเกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ลงได้อย่างมีนัยสำคัญ สถานพยาบาลหลายแห่งนอกจาก จะพัฒนาระบบคุณภาพของตนเอง ยังมีการใช้ระบบการพัฒนาคุณภาพที่เป็นสากลด้วย เช่น ระบบ ISO ระบบคุณภาพ HA ของประเทศ ไทยซึ่งมีสำนักงานระบบคุณภาพช่วยเหลือในการพัฒนา ปัจจุบันยังมีระบบ JCI ซึ่งเป็นระบบสากล ระบบต่างๆ มีการตรวจคุณภาพ เมื่อได้ตามคุณภาพที่ กำหนดก็จะมีเครื่องหมายคุณภาพรับรองให้ว่าได้ผ่านการตรวจสอบระบบคุณภาพแล้ว แต่ระบบ ต่างๆ ดังกล่าว สถานพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการพัฒนาและการได้มาซึ่งใบรับรองคุณภาพ ดังกล่าว เป็นการแสดงให้เห็นว่าเป็นสถานพยาบาลที่ได้การรับรองคุณภาพแล้วเป็นการ เพิ่มความน่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตามระบบคุณภาพที่ได้มีการพัฒนาให้ดีขึ้นจริงย่อมจะช่วยประกัน ความผิดพลาดได้ในระดับที่ดีขึ้น

²⁸ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับกลไกการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

2.3.1 การฟ้องร้องศาลแพ่ง

ประเทศไทยมีการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยมีกระบวนการ ยุติธรรมทางหลัก คือ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และมีการเยียวยาความเสียหายโดยฝ่ายบริหาร (Exhaustion of Administrative Remedy) เป็นกระบวนการยุติธรรมทางเลือก²⁹ ได้แก่ การชดใช้ค่าสินไหมทดแทน แก่ผู้เสียหายโดยรัฐ มาตรา 11 พ.ร.บ.ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 และ มาตรการการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายที่รับบริการสาธารณสุข มาตรา 41 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

การดำเนินคดีตามกระบวนการยุติธรรมทางแพ่ง

1) มีหลักกฎหมายและกระบวนการดำเนินคดีตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยการละเมิด เป็นกฎหมายที่คุ้มครองสิทธิของบุคคลไม่ให้ถูกละเมิดจากการกระทำของผู้อื่น

2) ค่าเสียหายและการกำหนดค่าเสียหาย

(1) กรณีความเสียหายแก่ชีวิต ผู้ที่ได้รับความเสียหายมีสิทธิได้รับการชดเชยค่าเสียหาย ประกอบด้วย ค่าขาดรายได้ การขาดประโยชน์ที่ตามมาหาก่อนเสียชีวิต ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องเสียไปก่อนเสียชีวิต และค่าปลงศพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จำเป็นอย่างอื่น ถ้าไม่ได้เสียชีวิตในทันที ค่าสินไหมทดแทน ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล รวมค่าเสียหายที่ต้องขาดประโยชน์ที่ตามมาได้

(2) กรณีความเสียหายกับร่างกายและอนามัย ผู้ที่ได้รับความเสียหายมีสิทธิได้รับการชดเชยค่าเสียหาย ประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องเสียไปและที่จะมีต่อไปในอนาคต ค่าขาดประโยชน์ที่ตามมาได้ปัจจุบัน และที่มีต่อไปในอนาคตและค่าเสียหายอย่างอื่นที่ไม่ใช่ตัวเงิน

²⁹ จาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์), โดย ธิดารัตน์ ขาวเงินขวง, 2558, มหาวิทยาลัยมหิดล. ลิขสิทธิ์ 2558 โดย ธิดารัตน์ ขาวเงินขวง.

(3) การกำหนดค่าเสียหาย กฎหมายให้อำนาจศาลเป็นผู้ใช้ดุลยพินิจในการพิจารณากำหนดค่าเสียหาย โดยคำนึงถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการกระทำละเมิดและความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดขึ้น

การฟ้องคดีทางการแพทย์ในประเทศไทยมักจะเป็นการฟ้องในมูลละเมิดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเรื่องนี้มีบัญญัติในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 6 ลักษณะ 5 ละเมิด โดยมีบทบัญญัติหลักในมาตรา 420 คือ

“มาตรา 420 ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย ให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

การรักษาพยาบาลหรือให้บริการทางการแพทย์ เป็นการกระทำต่อร่างกาย จิตใจของคน เช่น การให้ยา ฉีดยา ผ่าตัด เป็นต้น และเป็นการประกอบวิชาชีพ กล่าวคือ เป็นการกระทำที่ต้องใช้ความรู้ ทักษะ หลักวิชาการทางการแพทย์ที่มีการกำหนดมาตรฐานโดยสภาวิชาชีพ ดังนั้นการดำเนินการรักษาพยาบาลหรือประกอบวิชาชีพจะต้องกระทำอย่างถูกต้องตามมาตรฐานดังกล่าว หากมีเหตุไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย โดยเป็นการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ แพทย์ย่อมเป็นผู้กระทำละเมิดและต้องชดเชยค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้ป่วย ตามมาตรา 420 เมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบความรับผิด มีส่วนที่สำคัญ คือ³⁰

1) จงใจทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหาย คำว่าจงใจ หมายถึง ตั้งใจ หรือมีเจตนากระทำการนั้น ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1.1) จงใจกระทำ หมายถึง จงใจทำการรักษา เช่น ฉีดยา ผ่าตัด เป็นต้น เป็นการจงใจใช้เข็มแทงที่ร่างกายผู้ป่วย หรือใช้มีดกรีดผ่าร่างกายผู้ป่วย ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้ เป็นการเจตนากระทำโดยแท้ หากได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก็ไม่มี ความผิด

1.2) จงใจกระทำให้เกิดความเสียหาย หมายถึง ตั้งใจกระทำให้เกิดความเสียหาย โดยหลักการแล้ว การรักษาพยาบาลเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากโรคภัย ความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคภัย ย่อมไม่ใช่การตั้งใจให้เกิดผลร้ายหรือความเสียหาย

³⁰ จาก คู่มือการจัดการคดีทางการแพทย์ (น. 15), โดย อนุชา กาศลังกา, 2556, กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. ลิขสิทธิ์ 2556 โดย อนุชา กาศลังกา.

2) ประมาทเลินเล่อ กระทำต่อบุคคลอื่น ทำให้เขาเสียหาย การกระทำโดยประมาท หมายถึง การกระทำโดยไม่เจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้น จักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้ เพียงพอไม่ (มาตรา 59 แห่งประมวลกฎหมายอาญา) ในการรักษาพยาบาลไม่อาจคาดหมายผล หรือ ประกันผลการรักษาได้ การพิจารณาว่าประมาทหรือไม่ก็พิจารณาจากพฤติการณ์และมาตรฐาน วิชาชีพเป็นหลัก ดังมีคำพิพากษาฎีกาที่ 899/2555 “ศาลเห็นว่าการจะวินิจฉัยว่า แพทย์ผู้ตรวจรักษา โจทก์ที่ 1 ประมาทเลินเล่อเป็นเหตุให้โจทก์ที่ 1 ได้รับความเสียหายหรือไม่นั้น ต้องพิจารณาจากการ ใช้ความระมัดระวังของแพทย์ผู้นั้นเปรียบเทียบกับคนอื่น วิชาชีพเดียวกันที่อยู่ในสภาวะเช่นนั้น จักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ การตรวจรักษาของแพทย์ผู้ทำการรักษาถูกต้องตามมาตรฐาน การแพทย์แล้ว ถือว่าได้ใช้ความ ระมัดระวังตามปกติวิสัยของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในการตรวจ รักษา จึงไม่เป็นการกระทำละเมิด” คำพิพากษานี้ได้วางหลักการพิจารณาของศาลไว้ ซึ่งสอดคล้อง กับข้อบังคับแพทย์สภาว่าด้วยการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ข้อ 15 “ผู้ประกอบวิชาชีพต้องรักษา มาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมภายใต้ความสามารถและข้อจำกัด ตามภาวะวิสัยและ พฤติการณ์ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ”

จากหลักการพิจารณาของศาลดังกล่าวทำให้เห็นได้ชัดเจนถึงแนวทางของศาล ในเรื่อง การกระทำโดยประมาทเลินเล่อในการรักษาพยาบาล แพทย์จึงต้องใช้ความระมัดระวังอย่างเต็มที่ และต้องปฏิบัติตามวิธีการ ขั้นตอนการรักษาตามหลักวิชาการอย่างดีที่สุด สถานการณ์และความพร้อมขณะนั้น หากได้ดำเนินการดังว่านั้นแล้วแม้ผลการรักษาจะไม่เป็นไปตามที่คาดหมาย ผู้ป่วยไม่หาย พิการ หรือเสียชีวิตก็ไม่ถือว่าเป็นการกระทำโดยประมาทเลินเล่อให้เกิดความเสียหาย ดังคำพิพากษาฎีกาที่ 8513/2553 “จำเลยที่ 2 ให้การรักษาถูกต้องตามหลักวิชาชีพแล้ว ไม่เป็นละเมิด ” หรือคำพิพากษาฎีกาที่ 5018/2550 “มีการใช้ที่มีแพทย์พยาบาลตามมาตรฐาน และใช้ความ ระมัดระวังในการตรวจรักษาตามความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพแล้วไม่ถือเป็นการ ละเมิดต่อโจทก์”

2.3.2 การฟ้องร้องศาลอาญา

ประมวลกฎหมายอาญามีได้มีบทบัญญัติความรับผิดชอบอาญาเกี่ยวกับการประกอบ วิชาชีพแพทย์เป็นการเฉพาะ จึงต้องนำบทบัญญัติความผิดอาญาทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ หน้าที่ของแพทย์ เช่น ความผิดฐานทำร้ายร่างกาย ความผิดฐานฆ่าผู้อื่น ความผิดฐานทำให้เสื่อมเสีย เสรีภาพ และความผิดอาญาที่เกิดจากการกระทำโดยประมาท เป็นต้น หากนำบททั่วไปมาใช้ กับกรณี

ปฏิบัติหน้าที่ในการรักษาพยาบาลของแพทย์แล้ว ย่อมไม่เป็นธรรมกับแพทย์ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่เนื่องจากไม่มีเหตุยกเว้นความรับผิดชอบของแพทย์ ได้แก่การนำหลักการและแนวปฏิบัติที่สำคัญ เช่น หลักความยินยอมในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย (Informed Consent) หลักการจัดทำพินัยกรรมชีวิต (Living Will) หลักการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย (Advance Directive) เป็นต้น

กฎหมายอาญาเป็นกฎหมายมหาชนที่กำหนดให้รัฐมีอำนาจลงโทษผู้ฝ่าฝืนบทบัญญัติแห่งกฎหมาย เพื่อควบคุมให้สังคมเกิดความสงบเรียบร้อย การใช้กฎหมายอาญามีหลักการสำคัญที่ควรทราบคือ³¹

1) ผู้จะต้องรับโทษทางอาญา คือ ผู้ที่กระทำการอันกฎหมายที่ใช้ในขณะนั้นบัญญัติเป็นความผิด และกำหนดโทษไว้ และโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิดนั้นต้องเป็นโทษที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย (มาตรา 2)

2) โทษที่ลงแก่ผู้กระทำความผิด (มาตรา 18) มีดังนี้

2.1) ประหารชีวิต

2.2) จำคุก

2.3) กักขัง

2.4) ปรับ

2.5) ริบทรัพย์สิน

3) บุคคลจะต้องรับผิดทางอาญา เมื่อ

3.1) กระทำโดยเจตนา คือ กระทำโดยสำนึกในการที่กระทำ และในขณะเดียวกันผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือยอมเล็งเห็นผลของการกระทำนั้น

3.2) กระทำโดยประมาท คือ การกระทำที่มีไม่เจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวังซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นได้แต่หาได้ใช้อย่างเพียงพอ ไม่กระทำโดยไม่มีเจตนา ในกรณีที่มีกฎหมายบัญญัติไว้โดยชัดแจ้งให้ต้องรับผิด แม้กระทำโดยไม่เจตนา

3.3) การงดเว้นการกระทำที่จะต้องกระทำเพื่อป้องกัน (มาตรา 59)

³¹ จาก อนุชา กาสดังกา, อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 31, (น. 22)

ในการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ เช่น การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทันตกรรม เทคนิคการแพทย์ เป็นต้น ล้วนแต่เป็นการกระทำต่อร่างกาย จิตใจ ของมนุษย์ จึงอาจเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ได้เสมอ และอาจมีผลรุนแรงถึงขั้นบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิตได้ การประกอบวิชาชีพอาจถูกนำไปฟ้องร้องเป็นคดีอาญา โดยมีฐานความผิด หรือความรับผิดที่ต้องรับผิดชอบ คือ ความผิดฐานกระทำโดยประมาท เป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายหรือได้รับบาดเจ็บสาหัสหรือได้รับบาดเจ็บแก่กายหรือจิตใจ (มาตรา 291 มาตรา 300 และมาตรา 390) ความผิดฐานเปิดเผยความลับของผู้ป่วย (มาตรา 323) ความผิดฐานต่อเสรีภาพ (มาตรา 310 ทวิ มาตรา 311) ความผิดฐานทำให้แท้งลูก (มาตรา 301 มาตรา 302) ความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วย (มาตรา 307 มาตรา 308) ความผิดฐานปลอมแปลงเอกสาร (มาตรา 264) ความผิดฐานออกใบรับรองเท็จ (มาตรา 269) เป็นต้น

สำหรับบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ที่มีการบัญญัติไว้โดยเฉพาะ เช่น ความผิดฐานเปิดเผยความลับ รับรองเท็จ ปลอมเอกสาร ละทิ้งผู้ป่วย ทำให้แท้งลูก และความผิดเกี่ยวกับเสรีภาพ เป็นต้น บทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญาดังกล่าว ยังคงเป็นปัญหาข้อกฎหมายอยู่ต่อไป แม้จะมีกฎกระทรวงกำหนดคุ้มครองแพทย์ผู้ปฏิบัติในกรณี Living Will แต่ประมวลกฎหมายอาญามิได้มีการยกเว้นไว้เป็นการเฉพาะ จึงยังคงเป็นความผิดอยู่

2.3.3 การฟ้องศาลปกครอง

เมื่อพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 บังคับใช้ ได้เคยมีประเด็นการให้บริการรักษาพยาบาลของบุคลากรของภาครัฐว่าจะอยู่ในเขตอำนาจของศาลปกครอง หรือเขตอำนาจของศาลยุติธรรม ในที่สุดคณะกรรมการวินิจฉัยชี้ขาดอำนาจหน้าที่ระหว่างศาลได้วินิจฉัยว่า การละเมิดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเป็นการละเมิดทางกายภาพ มิใช่การละเมิดจากการใช้อำนาจตามกฎหมาย จึงเป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจการพิจารณาพิพากษาของศาลยุติธรรม (คำวินิจฉัยของคณะกรรมการชี้ขาดอำนาจหน้าที่ระหว่างศาลที่ 2/2545, ที่ 15/2548, คำพิพากษาของศาลปกครองสูงสุด ที่ อ.244/2550, คำสั่งศาลปกครองสูงสุดที่ 77/2544, ที่ 546/2547 และที่ 70/2545) โดยศาลเห็นว่า การประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นการกระทำต่อผู้ป่วยตามหลักวิชาการ มิใช่เป็นการใช้อำนาจทางปกครองหรือคำสั่งทางปกครอง แต่มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล หรือการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ที่อยู่ในอำนาจศาลปกครอง คือ

1) คดีจริยธรรมของสภาวิชาชีพ เนื่องจากมีการออกคำสั่งทางปกครองของสภาวิชาชีพทางการแพทย์

2) คดีเกี่ยวกับคำสั่งทางปกครองตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 เกี่ยวกับการขอประวัติผู้ป่วย เวชระเบียน หรือเอกสาร เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอื่นๆ ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้เสียหายจากการให้บริการด้านการแพทย์ได้ยื่นขอเวชระเบียนของตนเอง เพื่อตรวจสอบการดูแลและทำคลอดของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ปรากฏว่าเอกสารดังกล่าวขาดหายไป 2 แผ่น ซึ่งเป็นรายการจ่ายยาให้ผู้ป่วยของพยาบาล และบันทึกการพยาบาลของวันที่เกิดเหตุ ผู้เสียหายจึงฟ้องคดีผู้อำนวยการ โรงพยาบาลช่อหาละเมียดต่อศาลจังหวัดนนทบุรี แต่ศาลเห็นว่า เป็นเรื่องคำสั่งทางปกครองที่ไม่ให้เอกสารที่ขาดไปของโรงพยาบาล เป็นเรื่องการขอข้อมูลข่าวสารของราชการตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 จึงโอนไปยังศาลปกครองกลาง นอกจากนี้ผู้เสียหายรายนี้ได้ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แต่คณะอนุกรรมการวินิจฉัยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นประจำจังหวัดมีคำสั่งยกคำร้อง ผู้เสียหายจึงขอหนังสือขอเอกสารการประชุมของคณะอนุกรรมการฯ โดยขอไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปรากฏว่า นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนั้นไม่อนุญาตผู้เสียหายจึงฟ้องคดีที่ศาลจังหวัดนนทบุรีช่อหาละเมียด และศาลจังหวัดนนทบุรีโอนคดีไปยังศาลปกครองกลาง เพราะเป็นเรื่องคำสั่งทางปกครอง อยู่ในอำนาจหน้าที่ของศาลปกครอง ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าขณะนี้ เรื่องการรักษาพยาบาลสามารถฟ้องได้ทั้ง 2 ศาล คือศาลยุติธรรม และศาลปกครอง โดยทนายความจะเป็นผู้แยกแยะประเด็น แล้วฟ้องให้ถูกต้องตามเขตอำนาจหน้าที่ของศาลตามกฎหมาย นอกจากนี้ยังมีประเด็นการร้องเรียนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแล้ว หน่วยงานล่าช้า ไม่ตอบสนองหรือไม่ชี้แจงข้อเท็จจริง ก็อาจถูกฟ้องต่อศาลปกครอง ในเรื่องการละเลยการปฏิบัติหน้าที่ หรือการดำเนินการล่าช้าเกินสมควร ตามมาตรา 9 แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542

2.4 แนวคิดการฟ้องร้องทางการแพทย์และระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด

2.4.1 การฟ้องร้องทางการแพทย์

ผลที่ไม่พึงประสงค์จากระบบการรักษาพยาบาลก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยปัจจัยร่วมที่มุ่งใจให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวตัดสินใจฟ้องร้องเป็นสาเหตุของการฟ้องร้องทางการแพทย์ผลไม่พึงประสงค์ดังกล่าวได้แก่ผลตามจากการรักษาพยาบาล (Consequence) โรคแทรกซ้อน (Complication) อุบัติเหตุความผิดพลาด (Medical Error) อันตรายจากการรักษาพยาบาล (Medical Injury) โรคหมอกทำ (Lactogenic Diseases) การฟ้องร้องมีทั้งเป็นคดีความทางแพ่งและอาญาฟ้องต่อสภาวิชาชีพฟ้องต่อองค์กรหน่วยงานต่างๆ สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วยลดลงการเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้รับบริการสุขภาพส่วนใหญ่มาจากความคาดหวังต่อการรักษาพยาบาล การไม่รู้ข้อเท็จจริงไม่เข้าใจกระบวนการรักษาความเสียหายการรักษารวมทั้งความผิดพลาดของบุคลากรทางการแพทย์ หากมีการทำความเข้าใจและการช่วยเหลือเยียวยาตามความเหมาะสมทันเวลาผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกได้รับความเป็นธรรมความขัดแย้งก็จะระงับหรือลดความรุนแรงลง³² ประกอบกับผู้ป่วยซึ่งในฐานะผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายตามรัฐธรรมนูญแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 46 บัญญัติไว้ว่าสิทธิของผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครองและมาตรา 47 บัญญัติไว้ว่าบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐสิทธิตามกฎหมายจะได้รับความคุ้มครองและการบังคับให้เป็นไปตามสิทธิที่มีการละเมิดด้วย

การฟ้องร้องทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่คล้ายกัน³³ ดังต่อไปนี้

1) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างมาก ซึ่งในงานวิจัยต่างๆ พบว่า สาเหตุการฟ้องร้องเกิดจากความสัมพันธ์ที่ไม่ดี อาจเป็นกรณีความไม่ไว้วางใจการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ความสัมพันธ์เปลี่ยนจากการที่ผู้ป่วยมาพบ

³² จาก “แนวทางจัดการแก้ไขปัญหาความเสียหายทางการแพทย์: ความปลอดภัยผู้ป่วยและระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ผิด.” โดย ปาจริย์ สารานุจิตต์, 2561, วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 4(2), 223-235. ลิขสิทธิ์ 2561 โดย ปาจริย์ สารานุจิตต์.

³³ จาก นิติเวชศาสตร์และกฎหมายการแพทย์ (น. 23), โดย แสงบุญ เฉลิมวิภาส, 2555, กรุงเทพฯ: วิญญูชน. ลิขสิทธิ์ 2555 โดย แสงบุญ เฉลิมวิภาส.

แพทย์ด้วยความรู้สึกที่นับถือไว้วางใจ (Fiduciary Relationship) มาเป็นความรู้สึกที่มาโรงพยาบาล เพื่อมาใช้บริการความสัมพันธ์เป็นไปในเชิงสัญญา (Contractual Relationship) เมื่อไม่ได้รับการบริการตามที่คาดหวังจึงเกิดการฟ้องร้องตามมา

2) ความรู้และการรับรู้สิทธิของประชาชนปัจจุบัน เป็นยุคของข้อมูลข่าวสารสารสนเทศ ทำให้ประชาชนผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลสิทธิของตนเองมากและง่ายขึ้น การให้คำอธิบายเกี่ยวกับโรคแผนการรักษาและผลการรักษาทั้งด้านบวกและลบจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งข้อมูลที่จำเป็นต้องอธิบายจึงเป็นข้อมูลทางวิทยาศาสตร์การบันทึกข้อมูลการรักษาในเวชระเบียนก็เป็นเรื่องที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญ เพราะเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะเข้าถึงและขอได้

3) ความเข้าใจในบทบาทขององค์กรวิชาชีพวิชาชีพทางการแพทย์เป็นศาสตร์ที่เป็นความรู้เฉพาะสิ่งที่ปฏิบัติกับผู้ปวยนั้นถูกต้องตามหลักวิชาหรือถูกต้องตามจริยธรรม ผู้ที่จะรู้และควบคุมให้มีการปฏิบัติเป็นไปอย่างถูกต้อง คือ วิชาชีพเดียวกัน ดังนั้นจึงมีองค์กรวิชาชีพ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการควบคุมดูแลความประพฤติของเพื่อนร่วมวิชาชีพ ในส่วนนี้ผู้ประกอบการวิชาชีพต้องเข้าใจและปฏิบัติตาม

4) ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ ย่อมมาด้วยความคาดหวังว่าจะหายจากโรคหรืออย่างน้อย ๆ อาการจะดีขึ้น เมื่อเหตุการณ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ความผิดหวังจึงเกิดขึ้นทำให้การสื่อสารระหว่างแพทย์บุคลากรทางการแพทย์ไม่ราบรื่นผู้ป่วยไม่ยอมรับฟังคำอธิบายไม่เชื่อในสิ่งที่แพทย์อ้าง

5) ความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรมความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรม เช่น การไม่ได้รับรู้ข้อเท็จจริงการไม่ได้รับการอธิบายชี้แจงที่ตรงไปตรงมาหรือให้ข้อมูลไม่เพียงพอทั้งก่อนการรักษาระหว่างการรักษาและหลังการรักษาที่ไม่พึงประสงค์ การไม่ได้รับความเอาใจใส่ดูแลในระหว่างการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือค่าเสียหายหรือการแสดงความเสียใจ การขอโทษต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว

2.4.2 แนวคิดและความเป็นมาของกลไกการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์

ความผิด

แนวคิดการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด คือ การมุ่งชดเชยความเสียหายอย่างรวดเร็วเพื่อช่วยเหลือเยียวยาอย่างทันด่วนที่ โดยมีการนำมาใช้ในหลายประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลีย ประเทศสวีเดน ประเทศนิวซีแลนด์ เป็นต้น โดยมีการจัดตั้งองค์กรอิสระรับเรื่องร้องทุกข์ และทำหน้าที่เจรจาประนีประนอมระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้รับบริการ และให้การช่วยเหลือ ชดเชยหากมีการได้รับความเสียหายสำหรับประเทศไทยได้นำระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาใช้เป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2545 โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 41 แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อให้ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับการช่วยเหลือในเบื้องต้นอย่างเป็นธรรม รวดเร็ว และทันด่วนที่ เพื่อเป็นการลดปริมาณการฟ้องร้องระหว่างผู้รับบริการสาธารณสุขกับผู้ให้บริการสาธารณสุข และเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการสาธารณสุขกับผู้ให้บริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดหรือหาผู้กระทำ ความผิด ซึ่งต่อมาได้นำมาใช้ในระบบประกันสังคม โดยเป็นการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ แต่ก็เป็น การให้การช่วยเหลือเฉพาะผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมถึงผู้ใช้สิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลของข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ

การศึกษาเรื่องการแก้ไขปัญหาผู้ได้รับผลกระทบจากการรับบริการสาธารณสุข ด้วยระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงหลักการ แนวความคิด และแนวทางการใช้ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดของประเทศไทยและต่างประเทศ โดยนำมาวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมและความจำเป็นที่จะต้องมีการนำระบบดังกล่าวมาใช้เพื่อหาแนวทางในการลดปัญหาการร้องเรียนหรือฟ้องคดีต่อศาล โดยนำกรณีเรื่องร้องเรียน ซึ่งเกี่ยวกับผู้ได้รับผลกระทบจากการรับบริการสาธารณสุขมาศึกษาและวิเคราะห์ถึงปัญหา และการได้รับการคุ้มครองช่วยเหลือจากการนำระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาใช้มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยศึกษาวิเคราะห์เฉพาะระบบบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เพื่อเสนอแนวทางในการนำมาใช้เยียวยาความเสียหายโดยรวดเร็วและเป็นธรรมแก่ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการสาธารณสุข

ระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด ไม่ใช่ระบบที่มีเพื่อปกป้องบุคคลที่กระทำความผิด โดยเป้าหมายสำคัญคือการชดเชยความเสียหายมิใช่การลงโทษ ซึ่งมีกลไกอื่นทำหน้าที่ อยู่แล้ว และไม่ได้ปิดกั้นกระบวนการฟ้องร้องทางกฎหมายอื่น โดยหลักการสำคัญของระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคลและไม่พิสูจน์ความผิด³⁴ ได้อธิบายว่า

1) ชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดและหาคนผิด หลักการที่เป็นหัวใจของระบบ คือ การช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด และใครเป็นคนผิด เป็นระบบที่มุ่งชดเชยความเสียหายไม่ใช่มุ่งหาตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษ

2) ชดเชยอย่างรวดเร็วเพื่อช่วยเหลือเยียวยาอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมานจากโรคหรือความเจ็บป่วยอยู่แล้ว จึงเข้ารับบริการสาธารณสุขเมื่อต้องประสบกับโชคร้ายซ้ำสอง คือ เข้ารับบริการแล้วเกิดความเสียหายหรือความสูญเสียขึ้น ความทุกข์ความเดือดร้อนย่อมเพิ่มขึ้นอย่างทวีคูณ จึงจำเป็นต้องมีกลไกโอบอุ้มดูแลอย่างทันท่วงที เพื่อเยียวยาความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น

3) ชดเชยอย่างเป็นธรรมเพื่อจูงใจให้ใช้กลไกนี้แทนการฟ้องร้องต่อศาล ประเภทและจำนวนเงินที่จะได้รับการชดเชยจากระบบนี้ต้องเทียบเคียงได้กับการชดเชยที่ได้รับจากการฟ้องร้องต่อศาล แต่กระบวนการรวดเร็วกว่า และไม่มีภาระค่าใช้จ่าย เพื่อดึงดูดให้ผู้เสียหายเข้าสู่ระบบนี้แทนการฟ้องร้องต่อศาล

4) มุ่งแก้ไขปัญหาและป้องกันการเกิดปัญหาในระยะยาว มุ่งเน้นแก้ไขปัญหามิใช่แก้ข้อกล่าวหา โดยมองและวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบไม่ใช่ปัญหาเชิงบุคคล เปลี่ยนจากวัฒนธรรม การกล่าวโทษ (Culture of Blame) ไปสู่วัฒนธรรมการสร้างความปลอดภัย (Culture of Safety) และเปลี่ยนวัฒนธรรมการปกปิดปัญหาเป็นการเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมาและเรียนรู้จากปัญหา เพื่อนำไปสู่การแก้ไข

5. มุ่งเน้นช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายเป็นหลัก

³⁴ จาก ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหาย จากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... , โดย จุฬารัตน์ ยะปะนัน, 2553, ลิขสิทธิ์ 2553 โดย จุฬารัตน์ ยะปะนัน. สืบค้นจาก <http://web.senate.go.th/lawdatacenter/includes/FCKeditor/>

กลไกช่วยเหลือผู้เสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขในปัจจุบันมีหลายกลไก ได้แก่³⁵

1) การช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เน้นการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น โดยปัจจุบันวงเงินช่วยเหลือสูงสุดเท่ากับ 200,000 บาท (กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร) ซึ่งมีจุดแข็งคือ กระบวนการพิจารณาค่อนข้างรวดเร็วโดยคณะอนุกรรมการฯ ในระดับจังหวัดจุดอ่อนคือ (1) การช่วยเหลือมีวงเงินจำกัด (2) คຸ້ມครองเฉพาะผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น (3) ระยะเวลาจำกัดและ (4) ใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยบุคลากรไม่สามารถใช้ได้

2) การเรียกร้องค่าเสียหายตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด พ.ศ. 2539 สำหรับความเสียหายที่เกิดจากสถานพยาบาลของรัฐซึ่งมีจุดแข็ง คือ สามารถชดเชยความเสียหายในอัตราที่สูงขึ้นจุดอ่อน คือ (1) ใช้กระบวนการทางศาล (2) คຸ້ມครองความเสียหายเฉพาะที่เกิดจากความผิดพลาดของสถานพยาบาลรัฐ (3) การพิจารณาใช้เวลานานและ (4) มีการไล่เบี้ยหากพบว่าเจ้าหน้าที่ประมาทเลินเล่อ

3) การฟ้องร้องค่าเสียหายผ่านกลไกทางศาลยุติธรรม (ฟ้องศาลแพ่ง) ซึ่งมีจุดแข็งคือ เป็นหลักประกันความเป็นธรรมสำหรับประชาชนจุดอ่อนคือการพิจารณาใช้เวลานาน มีค่าใช้จ่ายมากและจ่ายชดเชยเฉพาะกรณีที่พบว่าเป็นความผิดพลาดของผู้ให้บริการเท่านั้น นอกจากกลไกทางการที่กล่าวข้างต้นยังมีกลไกอื่นๆ ที่ไม่เป็นทางการ เช่น การไกล่เกลี่ยประนีประนอมระหว่างสถานพยาบาลกับผู้ป่วยหรือญาติ โดยมีการจ่ายเงินช่วยเหลือจำนวนหนึ่ง ซึ่งไม่มีหลักประกันว่าผู้เสียหายจะได้รับการช่วยเหลือหรือชดเชยที่เป็นธรรมหรือไม่ โดยเฉพาะผู้เสียหายที่มีอำนาจต่อรองน้อยอาจไม่ได้รับความเป็นธรรมในระบบนี้ได้

ระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (No-Fault Compensation System) เป็นระบบชดเชยความเสียหายที่อาศัยมาตรการทางปกครอง โดยมีจุดประสงค์เพื่อชดเชยค่าเสียหายให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางสาธารณสุขทุกรายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดของผู้ให้บริการ ผู้ให้การสนับสนุนแนวทางนี้เสนอว่าการนาระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้อง พิสูจน์ความผิดมาใช้จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดำเนินคดีและสามารถจ่ายเงินชดเชยแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำ และทั่วถึง ในขณะที่เดียวกันผู้ที่โต้แย้งแนวคิดนี้ให้ความเห็นว่าระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมีจุดอ่อนที่ควร

³⁵ จาก “ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด : การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของไทย.” โดย ลันดา อุดมะโกกิน, 2554, *มูลนิธิ*, 8(6), 93 - 99. ลิขสิทธิ์ 2554 โดย ลันดา อุดมะโกกิน.

คำนึงถึงคือ การทำให้แพทย์สูญเสียความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ หรือให้บริการได้ต่ำกว่ามาตรฐานวิชาชีพเพราะไม่มีแรงจูงใจในการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ต้องกลัวการถูกฟ้องร้อง และสามารถรอดพ้นจากการกระทำความผิดโดยไม่ต้องพิสูจน์การกระทำผิด รวมถึงการขยับฐานเงินค่าชดเชยจะนำไปสู่การใช้จ่ายงบประมาณที่เพิ่มขึ้น และจะทำให้ผู้เสียหายแต่ละรายได้รับเงินชดเชยต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรได้รับ แต่มีผู้ไม่เห็นด้วยกับข้อสังเกตนี้ โดยให้ความเห็นว่าระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด จะกระตุ้นให้แพทย์เต็มใจที่จะเปิดเผยรายงานการรักษาทางการแพทย์ที่ผิดพลาดมากขึ้น และนำมาสู่การ พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ แนวความคิดนี้จะทำให้แพทย์รู้สึกปลอดภัยจากการ ถูกฟ้องร้องค่าเสียหายและมีความจริงใจในการเปิดเผยข้อมูลเพื่ออธิบายธรรมชาติของปัญหาและสาเหตุ ของความผิดพลาดทางการแพทย์ต่อคนไข้ เป็นการเปิดโอกาสให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ความผิดพลาด เพื่อนำไปสู่การไ้ระบบบริการสุขภาพทั้งระบบ โดยคณะผู้ไ้ส่วนที่ไ้รับการแต่งตั้งจะนำข้อมูล เอกสารทางการแพทย์ประกอบกับคำปรึกษาของผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกมาวิเคราะห์ เพื่อนำไปปรับปรุงประสิทธิภาพทางการแพทย์พยาบาล ทั้งนี้ ระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดสามารถ แบ่งออกเป็นสองแบบ โดยยึดตามนโยบายการจ่ายเงินค่าชดเชยเป็นหลัก คือระบบหลักประกันทางสังคม (Social Insurance System) และระบบค่าชดเชยแรงงาน (Workmen's Compensation System) โดยหลักประกันทางสังคม มีรูปแบบการชดไ้แบบเบ็ดเสร็จ ครอบคลุมความเสียหายที่เกิดจากการรับ บริการทางการแพทย์ทั้งหมด ทั้งความเสียหายที่เป็นตัวเงิน และความเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงิน เงินค่าชดเชยจะไ้รับการจัดสรรเพื่อเป็นสิทธิประโยชน์ของผู้ไ้ได้รับความเสียหายมากกว่าเพื่อความจำเป็น ของผู้เสียหาย ทำให้การจัดสรรและการแจกจ่ายเงินค่าชดเชยไม่สามารถควบคุมได้หากผู้เสียหายที่มาใช้ สิทธิมีจำนวนมากขึ้น ส่วนระบบค่าชดเชยแรงงานเป็นระบบการชดเชยแบบเฉพาะกรณีหรือการรับเงิน ชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด ซึ่งรัฐจะคุ้มครองเฉพาะความเสียหายที่สามารถคำนวณเป็นตัวเงินเท่านั้น เช่น ค่ารักษาพยาบาลและรายได้ที่สูญหายไ้ระหว่างการรักษาพยาบาล ซึ่งจะมีการหักออกถ้าผู้เสียหายมีบริษัทประกันภัยช่วยแบ่งเบาภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้จะไม่มีการชดเชยความเสียหายที่ไม่สามารถคำนวณได้ เช่น ความเจ็บปวด ผลกระทบทางจิตใจ แม้ว่าระบบชดเชยแรงงานจะมีระบบการจ่ายเงินที่รัดกุมและเข้มงวดกว่าระบบชดเชยแบบเบ็ดเสร็จ แต่อาจทำให้เกิดการกีดกันผู้เสียหาย จนนำไปสู่การชดเชยแบบสองมาตรฐาน เพราะศาลอาจตัดสินไ้ผู้เสียหายจากกรณีหนึ่งไ้รับเงินชดเชยมากกว่าผู้เสียหาย

จากอีกกรณี ที่ได้รับเงินชดเชยน้อยกว่าเพราะเลือกที่จะพึ่งระบบชดเชยความเสียหาย โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมากกว่าศาล ดังนั้น จึงไม่ใช่แนวทางในการควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

กล่าวได้ว่า กลไกการชดเชยความเสียหายมีรูปแบบหลากหลาย และมีการพัฒนาการมาตามลำดับจนถึงปัจจุบัน อาจแบ่งรูปแบบได้ใน 4 รูปแบบ ได้แก่ การใช้ศาล การสร้างกลไกการชดเชย เบื้องต้นก่อนศาลและการใช้ศาล การสร้างกลไกการชดเชยทั้งศาลและการใช้ศาล และการใช้กลไกการชดเชยเต็มรูปแบบโดยไม่ใช้ศาล อย่างไรก็ตาม เนื่องจากรูปแบบกลไกการชดเชยเบื้องต้นก่อนศาลและการใช้ศาลเป็นการพัฒนาการของกลไกการชดเชยบนพื้นฐานของแนวคิดการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ ถูกผิดของประเทศไทยยังไม่อาจเทียบเคียงได้เท่ากับกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย หากประเทศไทยนำเอาระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบมาเป็น พระราชบัญญัติ ให้ประชาชนทุกสิทธิจะได้รับก็จะถือว่าเป็นการปฏิรูประบบสาธารณสุขของไทยครั้ง สำคัญอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งการปฏิรูปดังกล่าวไม่ได้เป็นการปฏิรูประบบสาธารณสุขโดยเทคโนโลยีทางการแพทย์ แต่เป็นการปฏิรูประบบสาธารณสุขในด้านความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้บริการและ ผู้รับบริการ หรือแพทย์ พยาบาลกับผู้ป่วย หากประชาชนไทยคาดหวังและมุ่งมั่นที่จะสร้างกลไกการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดอย่างยั่งยืนภายใต้ความพร้อมและความเป็นไปได้ทางการเงินการคลังของไทย ควรเริ่มต้นหลักเกณฑ์ และประสบการณ์ในลักษณะเดียวกับกลไกการชดเชยความเสียหายเบื้องต้นที่มีอยู่โดยการขยายความครอบคลุมไปยังประชาชนทุกคน

2.5 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการรับบริการสาธารณสุข

2.5.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่กล่าวไว้ว่า รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้น บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล จากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่อ อันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ ซึ่งรัฐต้องดำเนินการส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้ง

จัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นองค์กรหลักในการพิทักษ์ และคุ้มครองผู้บริโภค ด้านระบบบริการสุขภาพ ได้จัดทำมาตรฐานระบบบริการสุขภาพขึ้น เพื่อประกาศให้สถานพยาบาลใช้ในการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งได้บูรณาการมาตรฐานและสร้างความร่วมมือกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ควบคู่กับการพัฒนากลไกการกำกับคุณภาพตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ มุ่งเน้นการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบบริการสุขภาพ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) รวมทั้งผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถจัดการตนเอง/ดูแลสุขภาพตนเองได้³⁶

ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 สิทธิในการได้รับการบริการสาธารณสุข และสวัสดิการรัฐในร่างรัฐธรรมนูญฉบับลงประชามติ เป็นประเด็นหนึ่งที่มีการวิพากษ์วิจารณ์จากหลายฝ่าย เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการได้รับการบริการสาธารณสุข สิทธิของประชาชนในเข้าถึงบริการสาธารณสุข ถือได้ว่าเป็นสิทธิประเภทหนึ่งอันเป็นสิทธิของประชาชนตามรัฐธรรมนูญและเป็นสิทธิของประชาชนพึงที่จะได้รับจากภาครัฐอย่างเสมอภาคเท่าเทียมเช่นกัน โดยไม่เลือกปฏิบัติหรือความแตกต่างทางด้านเพศสภาพ สถานะทางสังคม ระดับของการศึกษา หรือการนับถือศาสนามาเป็นเกณฑ์จำกัด

มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขของรัฐ³⁷

บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

³⁶ จาก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, *อ่วงแล้วเชิงอรรถที่ 8*, (น. 43)

³⁷ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 47

มาตรา 48 สิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังคลอดบุตรย่อมได้รับความคุ้มครองและช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติ³⁸

บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุดบริการสาธารณสุขตามวาระหนึ่งต้องครอบคลุมส่งเสริมสุขภาพการควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพด้วยรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง³⁹

ซึ่งการให้จัดให้มีบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ ดังที่กล่าวมานั้นได้แนวความคิดมาจากเจตนารมณ์ตามที่ปรากฏในหลักปรัชญาสากลข้อที่ 25 ว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งได้บัญญัติว่า “ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีกินดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพทางการแพทย์และบริการทางสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในหลักประกันว่างงาน เจ็บป่วยพิการ หมาย วัยชรา หรือปราศจากการดำรงชีพอื่นในสภาวะแวดล้อม นอกเหนือจากการควบคุมของตน”

มาตรา 71 รัฐพึงส่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอัน เป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญของสังคม ส่งเสริมและพัฒนากิจการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง เห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศได้ตระหนักถึงความสำคัญเรื่อง สิทธิทางสุขภาพของประชาชน อีกทั้งยังมีแผนยุทธศาสตร์ชาติที่ครอบคลุมด้านสาธารณสุขเป็นตัวสนับสนุนการดำเนินงาน⁴⁰ บริการสาธารณสุขตามวาระหนึ่ง ต้องครอบคลุมส่งเสริมสุขภาพการควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

³⁸ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 48

³⁹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55

⁴⁰ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 71

ดังที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 นี้ ได้มีการบัญญัติกฎหมายเพื่อรองรับสิทธิต่างๆ ตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐตามที่ได้กล่าวมาแล้ว โดยเฉพาะการบัญญัติกฎหมายรับรองและคุ้มครองวิชาชีพเพื่อเพิ่มสิทธิเสรีภาพของประชาชนให้กว้างขวางมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้การใช้สิทธิและเสรีภาพง่ายขึ้น มีประสิทธิภาพ และมีมาตรการคุ้มครองอย่างชัดเจน ทั้งสิทธิของบุคคลได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงทำให้แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่มีความชัดเจนและผูกพันรัฐมากกว่าเดิม และปรับปรุงการกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ดังนั้น รัฐธรรมนูญจึงเป็นเสมือนสัญญาระหว่างประชาชนกับรัฐ โดยที่รัฐกำหนดว่าจะทำอะไรให้แก่ประชาชนในด้านต่าง ๆ ในด้านสาธารณสุข โดยมีความพยายามกำหนดมาตรฐาน คุณภาพ และบริการให้ทัดเทียมและทั่วถึง อันเป็นการใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 แต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยยังไม่มีบทบัญญัติใดที่กล่าวถึงการชดเชยความเสียหายจากบริการสาธารณสุข อาจเพราะฝ่ายนิติบัญญัติมองว่าเป็นรายละเอียดปลีกย่อยที่สามารถออกกฎหมายลำดับรองมาบริหารจัดการได้

2.5.2 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

สำนักงานประกันสังคมจะประกาศหลักเกณฑ์ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้เท่ากันกับอัตราที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพจ่าย อย่างไรก็ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558 ซึ่งมีการแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 63 (7) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ถูกประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2558 ให้มีผลบังคับใช้เมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยยี่สิบวันหลังประกาศในราชกิจจานุเบกษา คือวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2558 แต่สำนักงานประกันสังคมได้ออกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ให้มีผลบังคับย้อนหลังกลับไปถึงวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2558 หมายความว่า หากผู้ประกันตนเกิดความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ ก่อนการประกาศหลักเกณฑ์ดังกล่าว จะสามารถยื่น เรื่องขอรับการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนานที่สุดถึงกว่า 2 ปี 4 เดือน ในลักษณะเดียวกัน หากต่อไปในอนาคต เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแล้วสำนักงานประกันสังคมจะเปลี่ยนแปลงตามทันทีหรือไม่อย่างไร เพราะถ้าหากมีการใช้ระยะเวลาในการดำเนินการยาวนานดังเช่นที่ผ่านมา ก็อาจเกิดช่องว่างในความเหลื่อมล้ำของสิทธิการรักษาขึ้นได้

มาตรา 63 ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ได้แก่⁴¹

- 1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- 2) ค่าบำบัดทางการแพทย์
- 3) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล
- 4) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์
- 5) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- 6) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

2.5.3 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกฎหมายที่มุ่งเพื่อจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ให้มีการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแล โดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และให้ประชาชนคนไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคนหรือที่เรียกว่า “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”⁴²

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ สิทธิของประชาชนคนไทยทุกคนซึ่งได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเสมอ ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสาธารณสุขไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนได้รับสิทธินั้น นับว่าเป็นกฎหมายที่เอื้อให้บุคคลทุกคนในสังคมสามารถเข้าถึงการให้บริการด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐานได้อย่างเท่าเทียม ดังเจตนารมณ์ที่ปรากฏไว้ในมาตรา 5 วรรค 1 ที่บัญญัติว่า “บุคคลทุกคนสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้” และหลักของการเยียวยาความเสียหาย มาตรา 5 “ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และเงินชดเชยจาก

⁴¹ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 63

⁴² พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

กองทุนตามพระราชบัญญัตินี้ โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ”⁴³ สิทธิของประชาชนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีดังนี้

- 1) สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ
- 2) สิทธิเลือกหน่วยบริการประจำตัวที่มีมาตรฐานและสะดวกในการเข้ารับบริการ
- 3) สิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขในกรณีฉุกเฉินที่สถานบริการอื่นๆ ได้นอกเหนือจากหน่วยบริการที่ลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำตัว
- 4) สิทธิในการร้องเรียนเมื่อได้รับบริการสาธารณสุขที่ไม่ได้มาตรฐานหรือเกิดความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข
- 5) สิทธิได้รับการช่วยเหลือเยียวยาเมื่อมีความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข
- 6) สิทธิในการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาระบบประกันสุขภาพทั้งการกำหนดนโยบาย การจัดสรรงบประมาณ ตลอดจนมีศักยภาพในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จะให้การคุ้มครองผู้รับบริการทางการแพทย์ โดยกำหนดให้มีเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด” หลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าช่วยเหลือเบื้องต้น คือ

- 1) รวมถึงความเสียหายที่เกิดจากเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาลด้วย
- 2) ต้องไม่เป็นความเสียหายที่ดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรคหรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว
- 3) ต้องยื่นคำร้องภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
- 4) ต้องพิจารณาให้เสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับการร้องขอ
- 5) ถ้าหากไม่พอใจในคำวินิจฉัยสามารถอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้ และคำวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ดังกล่าวถือเป็นที่สุด

⁴³ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5

แต่ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ดังนี้⁴⁴

- 1) เงินช่วยเหลือเบื้องต้นครอบคลุมเฉพาะผู้ป่วยบัตรทอง ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยสิทธิอื่น
- 2) เพดานความช่วยเหลือสูงสุดไม่เกิน 4 แสนบาทเท่านั้น และเชื่อว่าทุกรายจะได้รับเต็มเพดาน
- 3) เงินช่วยเหลือเบื้องต้น เป็นการบรรเทาปัญหาเบื้องต้นเท่านั้น ไม่สามารถจัดการกับความเสียหายในระยะยาวได้
- 4) มาตรฐานของคณะกรรมการในแต่ละจังหวัดไม่เท่ากัน ทำให้มีความลักลั่นในการปฏิบัติ
- 5) กรณีที่ไม่ได้รับการอนุมัติหรืออนุมัติไม่เต็มเพดาน ยังมีการอุทธรณ์และฟ้องศาลปกครอง ซึ่งขัดกับเจตนารมณ์ของมาตรา 41 ที่มีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเหลือโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในมาตรา 41 ออกมาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการทางการแพทย์ โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด ซึ่งก่อให้เกิดผลดีต่อผู้เสียหาย อันเป็นการช่วยเหลือเบื้องต้น อีกทั้งการตรากฎหมายดังกล่าวยังบรรเทาความเดือดร้อนของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ความผิด โดยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด แต่อย่างไรก็ตามการตรากฎหมายดังกล่าวยังคงไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังจะเห็นได้จากคดีการฟ้องร้องระหว่างผู้เสียหายกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น โดยท้ายที่สุดแล้วผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขก็ยังคงไม่ได้รับการเยียวยาอย่างเท่าเทียมกันตามที่รัฐธรรมนูญได้กำหนดให้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน เพราะการชดเชยเบื้องต้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ที่ให้เงินชดเชยโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด สามารถบรรเทาความเดือดร้อนของผู้เสียหายได้ระดับหนึ่ง แต่ครอบคลุมเฉพาะผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ทำให้ผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายเกิดแนวคิดที่จะขยายความคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคน

⁴⁴ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41

กฎหมายได้ถูกใช้เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการนำปัญหาในอดีตมาเป็นข้อมูลเพื่อให้เกิดการแก้ไขเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุข โดยการกำหนดสิทธิของผู้รับผลกระทบในอันที่จะได้รับการแก้ไข และบำบัดความเสียหายที่เกิดขึ้น การกำหนดสถานพยาบาลให้ครอบคลุมและทั่วถึงแก่ประชาชนจึงเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในการเข้ารับบริการสาธารณสุข รวมถึงสิทธิที่อาจดำเนินการหรือไม่ดำเนินการตามวิธีการ ขั้นตอนที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ อย่างไรก็ตามการดำเนินการต้องไม่เป็นการก่อให้เกิดการเอารัดเอาเปรียบ หรือเกิดการฉวยโอกาสหาประโยชน์จากกฎหมาย⁴⁵

2.5.4 พระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539

พระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 เป็นกฎหมายที่บังคับใช้ เกี่ยวกับความรับผิดชอบของแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐ โดยแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐถือว่าเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือเป็นข้าราชการหากแพทย์กระทำ โดยละเมิดต่อผู้ป่วยจึงต้องรับผิดชอบในผลที่ตนเองได้ทำละเมิดนั้น แต่เดิมหากแพทย์ที่เป็นข้าราชการทำผิดการที่จะฟ้องร้องแพทย์ต้องเป็นไปตามบทบัญญัติในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์แล้วแต่กรณี ซึ่งการนำหลักประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ที่ใช้บังคับระหว่างเอกชนกับเอกชนที่กระทำละเมิดต่อกันมาใช้ในการกระทำละเมิดของแพทย์ที่เสียละเมิดปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐ อาจไม่เกิดความเป็นธรรมแก่แพทย์ได้ เนื่องจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นการให้บริการสาธารณะแก่ประชาชนจำนวนมาก นอกจากนี้เงินเดือนที่แพทย์ได้รับก็ไม่อาจทำให้เป็นสัดส่วนกับความรับผิดชอบ และการที่จะต้องให้แพทย์ต้องรับผิดชอบเป็นการส่วนตัวเสมอไป อาจส่งผลให้แพทย์ไม่กล้าตัดสินใจในการรักษาพยาบาล หากเกิดความผิดพลาดไม่ว่าจะเล็กน้อยหรือร้ายแรงประการใด แพทย์ก็ต้องรับผิดชอบ แต่ในปัจจุบันมีการประกาศใช้กฎหมายว่าด้วยความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 เป็นกฎหมายที่วางหลักเกณฑ์เกี่ยวกับความรับผิดชอบของหน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ในผลแห่งละเมิดที่เกิดขึ้น แก่บุคคลหนึ่งบุคคลใด อันเนื่องมาจากการกระทำในการปฏิบัติงานในหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ ซึ่งผลของการละเมิดนั้น เกิดแก่การปฏิบัติในหน่วยงานของรัฐเองเท่านั้น

⁴⁵ จาก มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการ รับบริการสาธารณสุข (น. 2), โดย ศิระ ชูนิจธนกุล, (2558), สารนิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.

ดังนั้น กรณีเมื่อการละเมิดนั้นเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐ ผู้เสียหาย หรือผู้ป่วยสามารถยื่นคำร้องต่อหน่วยงานของรัฐที่แพทย์นั้นสังกัดอยู่ได้โดยตรง โดยที่ผู้เสียหาย หรือผู้ป่วยไม่ต้องไปฟ้องคดีต่อศาลเพราะการนำคดีสู่ศาลนั้น เป็นการสร้างภาระให้กับผู้ป่วยที่ถูกทำ ละเมิด กรณีเช่นนี้ หากมีการยื่นคำร้องหน่วยงานของรัฐมีเจ้าหน้าที่ที่จะต้องพิจารณาโดยไม่ชักช้า ถ้า เป็นเรื่องซับซ้อนก็กำหนดให้ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 180 วัน และถ้าหน่วยงานของรัฐได้พิจารณาแล้ว เห็นว่า เจ้าหน้าที่ของตนกระทำละเมิดจริงก็จะกำหนดค่าเสียหายและส่งคำสั่งนั้นให้กับผู้เสียหาย ที่ยื่นคำร้อง แต่ถ้าหน่วยงานของรัฐได้พิจารณาแล้ว เห็นตนไม่ต้องรับผิดชอบก็ให้ยกคำร้องและแจ้งให้ ผู้ยื่นคำร้องทราบ แต่ถ้าหากผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายไม่เห็นด้วยกับการวินิจฉัยของหน่วยงานของ รัฐ ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายก็มีสิทธิ์ที่จะร้องทุกข์ภายใน 90 วันนับตั้งแต่วันที่ตนได้รับแจ้งผลการ วินิจฉัยการนำคดีขึ้นสู่ศาลโดยการฟ้องเป็นคดีละเมิดหากผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายต้องการยื่นคำ ร้องเรียกค่าเสียหายต่อหน่วยงานของรัฐที่แพทย์ผู้ทำละเมิดสังกัดอยู่ก็อาจจะใช้วิธีทางศาลฟ้อง เป็นคดีละเมิดต่อแพทย์ผู้นั้นได้⁴⁶

ดังนั้นบทบัญญัติทางกฎหมายนี้ จึงได้ยกเว้นความรับผิดชอบเกี่ยวกับละเมิดตามประมวล กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ไปโดยสิ้นเชิง เนื่องจากพระราชบัญญัติฉบับนี้เป็นกฎหมายพิเศษสำหรับ เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานรัฐต้องถือว่าเป็นบทยกเว้น หลักทั่วไปของประมวลกฎหมายแพ่งและ พณิชย์ต้องใช้พระราชบัญญัตินี้บังคับ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานรัฐทุกประเภท เมื่อทำความ เสียหายต่อบุคคลภายนอกในขณะปฏิบัติงานตามหน้าที่ย่อมไม่ต้องรับผิดชอบเต็มจำนวนจากการ ถูกฟ้องร้องให้รับผิดชอบในกรณีละเมิดและหากกระทำละเมิดนั้นไม่ใช่การกระทำละเมิดอย่างร้ายแรง

พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 เป็นกฎหมายที่ว่าด้วย ความรับผิดทางละเมิดอันเกิดจากการกระทำของเจ้าหน้าที่ การฟ้องคดีละเมิดอันเกิดจากการกระทำ ของ เจ้าหน้าที่ การเรียกร้องและการชดเชยค่าสินไหมทดแทน โดยมีหลักการสำคัญ 2 ประการ คือ

- 1) กำหนดความรับผิดของเจ้าหน้าที่หรือความรับผิดของหน่วยงานที่มีต่อผู้เสียหาย
- 2) กำหนดความรับผิดของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อหน่วยงานของรัฐที่เสียหาย

กำหนดความรับผิดของเจ้าหน้าที่หรือความรับผิดของหน่วยงานที่มีต่อผู้เสียหาย พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ได้กำหนดให้เกิดความรับผิดขึ้นเมื่อ ได้มีการทำ “ละเมิด” ต่อผู้เสียหายโดยเจ้าหน้าที่ซึ่งเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ราชการ โดยผลของการ

⁴⁶ จาก คำอธิบายกฎหมายความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ (น. 21), โดย ชาญชัย แสงศักดิ์, 2554, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน. ลิขสิทธิ์ 2554 โดย ชาญชัย แสงศักดิ์.

ละเมิดดังกล่าวเป็นผลให้ “เจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิด” กับ “หน่วยงานของรัฐ” มีความรับผิดชอบในมูลละเมิดดังกล่าว แต่กฎหมายกำหนดเงื่อนไขการใช้สิทธิในการฟ้องคดีเพื่อเรียกร้องสินไหมทดแทนไว้ คือให้ผู้เสียหายฟ้องคดีได้เฉพาะหน่วยงานของรัฐเท่านั้น โดยไม่อาจฟ้องตัวเจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดนั้นได้ (มาตรา 5) แต่ถึงแม้ว่าจะฟ้องคดีละเมิดต่อเจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดไม่ได้ แต่หากหน่วยงานของรัฐที่ร่วมรับผิดชอบอาจใช้สิทธิขอให้ศาลที่พิจารณาคดีเรียกเจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดนั้นมาเป็นคู่ความในคดีก็ได้ (มาตรา 7 วรรคหนึ่ง) แต่ถ้าในการทำละเมิดดังกล่าว หากเป็นการทำละเมิดไปโดยไม่ได้เกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีเช่นนี้ผู้ที่ต้องรับผิดชอบในมูลละเมิดนั้นคือ “เจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิด” เท่านั้น (มาตรา 6) หน่วยงานของรัฐไม่ได้ร่วมรับผิดชอบด้วย

หากเป็นกรณีมีการฟ้องผิดไป (ฟ้องหน่วยงานของรัฐแทนที่จะฟ้องเจ้าหน้าที่) กฎหมายนี้ ก็ขยายอายุความการฟ้องคดีละเมิด (เจ้าหน้าที่ที่ทำการละเมิดและไม่ได้เป็นคู่ความในคดี) ออกไปอีก 6 เดือน นับแต่วันที่ศาลมีคำพิพากษาถึงที่สุดยกฟ้อง (มาตรา 7 วรรคสอง) หลักกฎหมายในการพิจารณาว่าการกระทำเป็น “ละเมิด” หรือ ไม่ใช่หลักกฎหมายตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และคำว่า “หน่วยงานของรัฐ” ดังกล่าวหมายถึงกระทรวงทบวง กรม ส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นมีฐานะเป็นกรม ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ ที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย และหน่วยงานที่มีพระราชกฤษฎีกากำหนดให้เป็น “หน่วยงานของรัฐ” ตามกฎหมายนี้ (บทนิยาม มาตรา 4)

เมื่อเกิดกรณีการทำละเมิดอันเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ ผู้เสียหายสามารถดำเนินการเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเพื่อความเสียหายดังกล่าวได้ 2 ทาง คือ

- (1) ใช้สิทธิในการฟ้องคดีต่อศาล หรือ
- (2) เรียกร้องขอให้หน่วยงานของรัฐชดเชยค่าสินไหมทดแทน แทนการฟ้องคดีต่อศาล (มาตรา 11) โดยการยื่นคำร้องเป็นหนังสือต่อหน่วยงานของรัฐ โดยให้หน่วยงานของรัฐพิจารณาคำขอให้เสร็จภายใน 180 วัน (อาจขยายได้อีกไม่เกิน 180 วัน)

นอกจากนี้ กฎหมายยังกำหนดเงื่อนไขการใช้สิทธิไล่เบี้ยระหว่างเจ้าหน้าที่กับหน่วยงานของรัฐ กรณีที่เจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานของรัฐได้ชดเชยค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายไปแล้วด้วย กำหนดความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อหน่วยงานของรัฐที่เสียหาย กฎหมายนี้กำหนดเงื่อนไขความรับผิดชอบในมูลละเมิดของเจ้าหน้าที่ไว้อีกประการหนึ่ง ก็คือ เป็นการทำละเมิดของ

“เจ้าหน้าที่” ต่อ “หน่วยงานของรัฐ” (รัฐเป็นผู้เสียหายจากการทำละเมิดของ เจ้าหน้าที่) กฎหมายว่าด้วยความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ได้กำหนดผลในทางกฎหมายไว้ 2 ประการ ได้แก่

(1) กรณีที่การทำละเมิดเกิดจากการปฏิบัติในหน้าที่ หากเกิดกรณีเจ้าหน้าที่ใดปฏิบัติราชการโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง แล้วเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายต่อหน่วยงานของรัฐ กรณีเช่นนี้เป็นผลให้เจ้าหน้าที่ผู้นั้นต้องรับผิดชอบต่อหน่วยงานของรัฐ (มาตรา 8, มาตรา 10) โดยหน่วยงานของรัฐมีอำนาจในการมีคำสั่งเรียกให้ เจ้าหน้าที่ผู้นั้นชดใช้ค่าสินไหมทดแทนเต็มจำนวนหรือบางส่วนก็ได้ โดยอาจคำนึงถึงส่วนรับผิดชอบของ หน่วยงานโดยไม่ต้องฟ้องศาล (มาตรา 12) หากเป็นกรณีที่มีผู้ทำละเมิดที่เป็นเจ้าหน้าที่มีหลายคน ก็ไม่นำหลักเรื่องลูกหนี้ร่วมในมูลละเมิดมาใช้บังคับกับการเรียกให้เจ้าหน้าที่ทั้งหลายที่ทำละเมิดชดใช้ค่าเสียหาย (มาตรา 8 วรรคสี่) การชำระค่าสินไหมทดแทนของเจ้าหน้าที่ที่ทำละเมิดดังกล่าวสามารถผ่อนชำระได้ โดยคำนึงถึงรายได้ ฐานะครอบครัว ความรับผิดชอบ และพฤติการณ์ต่าง ๆ ประกอบกัน (มาตรา 13) หน่วยงานของรัฐที่เป็นผู้เสียหายต้องใช้สิทธิเรียกให้เจ้าหน้าที่ที่ทำละเมิดดังกล่าว ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนภายใน 2 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงการละเมิดและรู้ตัวเจ้าหน้าที่ผู้ต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทน (มาตรา 10 วรรคสอง) หรือภายใน 1 ปี นับแต่วันที่หน่วยงานของรัฐมีคำสั่งตามความเห็นของกระทรวงการคลังที่เห็นว่าเจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบ (มาตรา 10 วรรคสอง)

(2) กรณีที่เป็นการทำละเมิดอันมิได้เกิดจากการปฏิบัติในหน้าที่ หากเกิดกรณีเจ้าหน้าที่ใดโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อกระทำการใดที่ไม่ใช่เป็นการปฏิบัติในหน้าที่ เป็นเหตุให้หน่วยงานของรัฐได้รับความเสียหาย ถือว่าเจ้าหน้าที่ผู้นั้นกระทำละเมิดต่อหน่วยงานของรัฐ ต้องรับผิดชอบชดใช้ค่าเสียหาย (มาตรา 10 วรรคหนึ่ง) หากหน่วยงานของรัฐเห็นว่า เจ้าหน้าที่ผู้นั้นจะต้องรับผิดชอบต้องใช้สิทธิเรียกร้องให้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ หน่วยงานรู้ถึงการละเมิดและรู้ตัวเจ้าหน้าที่ผู้ต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทน หรือภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ หน่วยงานของรัฐมีคำสั่งตามความเห็นของกระทรวงการคลังที่เห็นว่าเจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบ (มาตรา 10 วรรคสอง) โดยการใช้สิทธิเรียกร้องเพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่ทำละเมิดชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในกรณีนี้ เป็นไป ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (มาตรา 10 วรรคหนึ่ง)

2.6 ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

“ผู้เสียหาย” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขจากสถานพยาบาล⁴⁷ หรือหมายถึง ผู้รับบริการที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือทายาท หรือผู้อุปการะ⁴⁸

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ การประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพ เวชกรรม การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การประกอบวิชาชีพทันตกรรม ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทันตกรรม การประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพกายภาพบำบัด การประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ การประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม หรือการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่น ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด และให้รวมถึงการให้บริการอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่กำหนดในกฎกระทรวง⁴⁹

ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เป็นความเสียหายที่เกิดจากความบกพร่อง (Medical Negligence) หรือความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) เป็นความเสียหายที่สามารถเกิดขึ้นได้เป็นปกติ และเป็นธรรมชาติของระบบบริการทางการแพทย์ แม้แต่ในประเทศพัฒนาแล้วที่มีระบบการแพทย์ทันสมัยมากก็สามารถเกิดความเสียหายได้ เพราะหัตถการและการดูแลแต่ละชนิดมีความเสี่ยงอยู่เสมอไม่มากก็น้อยแตกต่างกันไป เพราะในกระบวนการรักษาพยาบาลนั้น ความผิดพลาดสามารถเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ความบกพร่องหรือความผิดพลาดทางการแพทย์ อาจมีสาเหตุจากปัจจัยหลายด้าน อาทิ การประมาทเลินเล่อ (Negligence) ของมนุษย์ ความบกพร่องของระบบการทำงาน ระบบการประสานงาน ระบบบริหารจัดการ ความบกพร่องของเครื่องมือ อุปกรณ์

⁴⁷ จาก จุฬารัตน์ ชะปะนัน, อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 35, (น. 96)

⁴⁸ จาก การพัฒนากระบวนการช่วยเหลือผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 (วิทยานิพนธ์), โดย อัญชลี หอมหวล, 2552, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ลิขสิทธิ์ 2552 โดย อัญชลี หอมหวล.

⁴⁹ จาก จุฬารัตน์ ชะปะนัน, อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 35, (น. 97)

ต่าง ๆ ข้อจำกัดขององค์ความรู้ทางการแพทย์ในขณะนั้น ข้อจำกัดของข้อมูลที่อาจไม่ครบถ้วน รวมทั้งความเร่งด่วนต่าง ๆ เช่นความผิดพลาดจากการผ่าตัด ความผิดพลาดจากการใช้ยา ความผิดพลาดจากผู้ให้บริการ มีทั้งความผิดพลาดจากการไม่ทำหน้าที่ ได้แก่ การประเมินอาการล่าช้า หรือไม่ได้ส่งจ่ายยาในเวลาที่เป็น และความผิดพลาดจากการทำหน้าที่ ได้แก่ ส่งยาให้คนไข้ผิดคน ผิดเวลา เป็นต้น⁵⁰ เป็นความเสียหายทางร่างกาย จากการรับบริการสาธารณสุข จากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ 1) เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร 2) การสูญเสียอวัยวะ หรือพิการ และ 3) การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง



⁵⁰ จาก “ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พิจาณความผิด.” โดย จักรสุมน พฤทธิญาณู, 2558, วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 1(1), 60-75. ลิขสิทธิ์ 2558 โดย จักรสุมน พฤทธิญาณู.

บทที่ 3

มาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด ตามกฎหมายไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ

การศึกษามาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาใช้ในประเทศไทยตามกฎหมายต่างประเทศ ในบทนี้จะกล่าวถึงระบบการบริการสาธารณสุข ปัญหาการฟ้องร้องและการชดเชยความเสียหาย การชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดของประเทศไทย ประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศสวีเดน และประเทศอังกฤษ

3.1 ประเทศนิวซีแลนด์

3.1.1 ระบบการบริการสาธารณสุข

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศนิวซีแลนด์ใช้ระบบหลักประกันสุขภาพรูปแบบเดียวหรือกองทุนเดียวตาม The Social Security Act, 1938 กำหนดระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศนิวซีแลนด์ครอบคลุมประชาชนทุกคนภายในประเทศ โดยประชาชนไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ เป็นระบบบริการสุขภาพของรัฐในลักษณะของรัฐสวัสดิการที่ไม่เต็มรูปแบบ กล่าวคือประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วย ซึ่งการบริหารจัดการดำเนินการโดยองค์กรเดียวคือ Health Funding Authority (HFA) องค์กรกองทุนสุขภาพทำหน้าที่เป็นผู้จ่ายรายเดียว HFA จะทำสัญญาซื้อบริการกับผู้ให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน รัฐจัดงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายให้ ร้อยละ 80 ส่วนที่เหลืออีก ร้อยละ 20 แยกเป็นประชาชนจ่ายเอง ร้อยละ 12 กองทุนเงินทดแทนการเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 5 และประกันสุขภาพเอกชน ร้อยละ 3 การที่ประเทศนิวซีแลนด์กำหนดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยนั้นเป็นเพราะต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายค่าการรักษายาพยาบาลเฉพาะที่เห็นว่าประชาชนนั้นมีความสามารถที่จะร่วมรับผิดชอบ ที่กล่าวเช่นนี้ก็เพราะมีข้อยกเว้นสำหรับผู้พิการหรือกลุ่มคนด้อยโอกาส รัฐจะคุ้มครองด้านสุขภาพโดยไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายใดๆ รัฐยังควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยกำหนดให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลและค้างคืนที่โรงพยาบาลถือว่าเป็นผู้ป่วยในจะได้รับบริการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ที่ไม่ต้องค้างคืนที่

โรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองตามระดับรายได้ของผู้ป่วยนั้น แสดงให้เห็นว่า แม้ริ้วจะให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่ก็ยังคำนึงถึงขีดความสามารถของประชาชนที่จะร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วย

บริการสุขภาพต่างๆ ที่ HFA จัดซื้อให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบครอบคลุมด้านต่างๆ ดังนี้⁵¹

- 1) บริการสาธารณสุข
- 2) บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมถึง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การวางแผนครอบครัว การให้วัคซีน การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรักษาโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลเด็กและผู้ป่วย
- 3) บริการวินิจฉัยเบื้องต้น การจ่ายยา รวมทั้งบริการสนับสนุนอื่นๆ ซึ่งสามารถมีได้จากการส่งต่อของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
- 4) บริการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอด
- 5) บริการทันตกรรม เป็นบริการการป้องกันการให้สุขศึกษา รวมทั้งการอุดฟัน ให้บริการแก่เด็กในโรงเรียนและผู้ใหญ่โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
- 6) บริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ และบริการผ่าตัด
- 7) บริการด้านจิตเวช
- 8) บริการสำหรับผู้ทุกพลภาพ

⁵¹ From *Health Reform in Australia and New Zealand South Melbourne* (p. 34), by A.L. Bloom, 2000, Australia: Oxford University Press. Copyright 2000 by A.L. Bloom.

3.1.2 การชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด

พัฒนาการของระบบการชดเชยการบาดเจ็บส่วนบุคคล การชดเชยการบาดเจ็บแบบ ไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด ถือว่าเป็นการให้ชดเชยแบบเบ็ดเสร็จโดยไม่จำเป็นต้องพิสูจน์สาเหตุของการบาดเจ็บ ซึ่งในระยะแรกยังไม่มีคำจำกัดความที่ชัดเจน ต่อมาระบบการชดเชยดังกล่าวมีความเปลี่ยนแปลงดังนี้⁵²

1) พระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุปี ค.ศ.1974 (Accident Compensation Act 1974) ประเทศนิวซีแลนด์ได้นำระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1900 ภายใต้ข้อบังคับใน Worker Compensation Act โดยจ่ายค่าชดเชยเป็นรายสัปดาห์ ถ้าเสียชีวิตจะจ่ายให้ผู้ที่อยู่ในความดูแล โดยนายจ้างจะเป็นผู้ทำประกันให้คนงาน ผลประโยชน์ที่ได้รับจะไม่มากนักและจ่ายเป็นระยะเวลาหกปีเท่านั้น นอกจากนี้กฎหมายยังไม่ครอบคลุมผู้ที่ไม่มีงานทำและผู้ได้รับอุบัติเหตุจากรถ ต่อมาในปี ค.ศ. 1928 มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการประกันอุบัติเหตุยานพาหนะ (Motor Vehicle Insurance Act) เพิ่มเติม โดยบริษัทประกันภัยจะเป็นผู้รับผิดชอบการใช้จ่ายในการชดเชยดังกล่าว ในปี ค.ศ. 1967 มีการจัดตั้ง Royal Commission ขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการจ่ายเงินชดเชยคนงานที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ โดยได้มีสรุปรายงานและเสนอให้มีการใช้ระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดในการชดเชยการบาดเจ็บของบุคคล (personal injury) ที่ครอบคลุมกว้างมากขึ้น ภายใต้การคุ้มครองดังกล่าวลูกจ้างจะไม่ได้รับสิทธิในการฟ้องร้องนายจ้างในกรณีการบาดเจ็บ จนในปี ค.ศ. 1972 คณะรัฐมนตรีได้ผ่านร่างพระราชบัญญัติ Accident Compensation Act และมีการแก้ไขเพิ่มเติมเป็นระยะจนเนื้อหาในพระราชบัญญัตินี้มีความครอบคลุมมากขึ้น ในปี ค.ศ. 1974 โครงการดังกล่าวจึงประกาศใช้อย่างเป็นทางการ พร้อมกับมีการจัดตั้งองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุขึ้น ให้มีอำนาจหน้าที่ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว โดยในระยะแรกกฎหมาย ประกอบไปด้วย 3 แผนหลัก ได้แก่

(1) แผนสำหรับผู้มีรายได้ เก็บเงินสมทบจากนายจ้างส่วนหนึ่งร่วมกับการหักภาษี ณ ที่จ่าย จากผู้มีรายได้ อีกส่วนหนึ่ง และการจ่ายโดยผู้ที่มีกิจการส่วนตัว

(2) แผนอุบัติเหตุจาก ยานพาหนะ การเก็บเงินสมทบจากเจ้าของรถและผู้ขับขี่

⁵² จาก การแก้ไขปัญหาลูกจ้างได้รับผลกระทบจากการรับบริการสาธารณสุข ด้วยระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (น. 20), โดย เผ่าพงศ์ เอกสายธาร, 2561, ลิขสิทธิ์ 2561 โดย เผ่าพงศ์ เอกสายธาร. สืบค้นจาก http://ombstudies.ombudsman.go.th/article_attach

(3) แผนที่ได้รับความสะดวกอื่น ๆ ที่ได้รับเงินสมทบจากรัฐบาล ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการชดเชย ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ การฟื้นฟู ค่าเดินทางในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เงินชดเชยรายได้ โดยจ่ายหลังจากวันที่ 7 หลังจากเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้นไป ในอัตราร้อยละ 80 ของรายได้ต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีเงินก้อนสำหรับชดเชยในกรณีเสียหายหรือพิการถาวร แต่มีการจำกัดเพดานสูงสุดเอาไว้ รวมทั้งค่าทำศพและเงินก้อนชดเชยสำหรับคู่สมรสและบุตรในรายที่เสียชีวิต

แนวคิดการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลในประเทศนิวซีแลนด์ได้เริ่มใน Accident Compensation Act 1974 เป็นการให้การชดเชยแก่การบาดเจ็บของบุคคลที่เกิดจากอุบัติเหตุ โดยถือว่าบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์เป็นอุบัติเหตุ หลังจากที่มีการประกาศใช้ไปได้ระยะหนึ่ง จึงมีการเพิ่มประเด็นเรื่องการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์และการผ่าตัด และรวมการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ การผ่าตัดทันตกรรม และการปฐมพยาบาลลงไปในกฎหมายเพิ่มเติม แต่ยังไม่มีการจำกัดความที่ชัดเจน การพิจารณาว่ากรณีใดเข้าข่ายที่จะได้รับการชดเชยหรือไม่ยังขึ้นอยู่กับ การพิจารณาของคณะกรรมการขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์การชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ และการตีความของศาล ต่อมาในปี ค.ศ. 1976 มีการขยายความครอบคลุมของการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ ให้หมายความรวมถึง ความผิดพลาดทางการแพทย์ และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ด้วย

2) พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจากอุบัติเหตุและการประกันการชดเชย ปี ค.ศ. 1992 (Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act 1992) ในปี ค.ศ. 1974 โครงการเริ่มประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย โดยปลายปี ค.ศ. 1980 พบว่า รายจ่ายเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 60 ต่อปี จึงมีการทบทวนและเปลี่ยนแปลงรายละเอียดหลายประการ จนในที่สุดมีการรวมสามแผนงานหลักเป็นแผนงานเดียว โดยที่มาของเงินยังมีที่มาจากสามแหล่ง เหมือนเดิมและมีการกำหนดเพดานในการจ่ายชดเชย และในปี ค.ศ. 1986 ได้มีการทบทวนอีกครั้ง โดยคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย และสรุปเป็นรายงานในปี ค.ศ. 1987 รัฐบาล ได้มีมติให้มีการทบทวนและมีรายงานออกมาในปี ค.ศ. 1988 เสนอการเปลี่ยนแปลงหลายประการ จนนำไปสู่การแก้ไขเพิ่มเติมในปี ค.ศ. 1989 โดยขยายการคุ้มครองของแผนการชดเชยให้รวมความเจ็บป่วยและโรค จนกระทั่งปี ค.ศ. 1990 รัฐบาลแห่งชาติเข้ามามีอำนาจและให้มีการทบทวนขึ้นอีกครั้ง โดยสหพันธ์ผู้จ้างงานและที่ประชุมนักธุรกิจไม่ต้องการให้นายจ้างต้องจ่ายสมทบในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุ ที่ไม่ใช่สาเหตุจากการ

ทำงานอีกต่อไป นอกจากนี้ยังมีการเสนอให้ลดค่าใช้จ่าย โดยเปิดโอกาสให้มีทางเลือกกับการประกันเอกชนมากขึ้น และมีการแข่งขันระหว่างประกันภาครัฐและภาคเอกชน ก่อนการปฏิรูปในปี ค.ศ. 1992 แผนการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลยังถือเป็นการบาดเจ็บส่วนบุคคลที่รวมอยู่กับการบาดเจ็บอื่น ๆ ไม่ได้แยกออกมาชัดเจน การทบทวนรายงานในปี ค.ศ. 1990 จนถึงปี ค.ศ. 1991 เสนอให้มีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในเอกสารชื่อแผนที่เป็นธรรมยิ่งขึ้นขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุในปี ค.ศ. 1992 จึงเกิดพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจากอุบัติเหตุ และการประกันการชดเชย (Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act) ขึ้น โดยแยกเป็นบัญชีรายจ่ายหลายประเภท มีบัญชีสำหรับการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลแยกออกมา และจัดตั้งหน่วยงานการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Unit : MMU) เป็นหน่วยงานที่ดูแลกรณีการชดเชยในกรณีการบาดเจ็บจากความผิดพลาดทางการแพทย์โดยตรง รวมทั้งให้คำจำกัดความของความผิดพลาดทางการแพทย์ และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ที่ชัดเจนขึ้น โดยที่ความผิดพลาดทางการแพทย์ หรือ Medical Error หมายถึง ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา โดยบุคลากรสุขภาพที่ลงทะเบียนและเป็นผลข้างเคียงที่มีโอกาสเกิดได้น้อยมาก ไม่เกินร้อยละ 1 และเป็นผลข้างเคียงที่เกิดรุนแรง (เสียชีวิต พิการกึ่งตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน หรือมีการบาดเจ็บต่อเนื่อง มากกว่า 28 วัน) นอกจากนี้ยังมีการแก้ปัญหาด้านการเงินการคลัง โดยการจำกัดจำนวนเงินที่ชดเชย การลดเพดานจำนวนเงินที่ชดเชย และลดอัตราการสนับสนุนจากภาครัฐแก่ผู้ให้บริการปฐมภูมิลงจากการจ่ายตามจริง มาเป็นการจ่ายในวงเงินที่จำกัดการปฏิรูปที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นการแก้ปัญหาการจ่ายที่เพิ่มขึ้นในระยะแรก

3) การชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ “Medical or Surgical Misadventure” และรวม “Medical, Surgical Dental, or First Aid Misadventure” การพิจารณาว่ากรณีใดเข้าข่ายที่จะได้รับชดเชยหรือไม่ยังขึ้นอยู่กับพิจารณาของคณะกรรมการของ ACC, Accidental Compensation Appeal Authority, และการตีความของศาล ในปี 1976 มีการขยายความครอบคลุมของ Medical Misadventure ให้หมายรวมถึง “Medical Error” และ “Medical Mishap” ด้วย ในปี 1992 จึงเกิดพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจากอุบัติเหตุและการประกันการชดเชย ปี ค.ศ. 1992 (Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act 1992)⁵³ จัดตั้ง Medical Misadventure Unit (MMU) ขึ้นมาเป็นหน่วยงานที่ดูแลกรณีการชดเชยในกรณีการบาดเจ็บจากความผิดพลาดทางการแพทย์โดยตรง รวมทั้งให้คำจำกัดความของ Medical Error และ Medical Mishap ที่ชัดเจนขึ้น

⁵³ Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act 1992

โดยที่ Medical Error หมายถึง ความผิดพลาดของบุคลากรทางสุขภาพที่ลงทะเบียนในการหาวิธีการรักษาและทักษะที่สมเหตุสมผลที่ถูกคาดหวังในสถานการณ์นั้นๆ และ Medical Mishap หมายถึง ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโดยบุคลากรสุขภาพที่ลงทะเบียนและเป็นผลข้างเคียงที่มีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก ไม่เกินร้อยละ 1 และเป็นผลข้างเคียงที่เกิดรุนแรง เสียชีวิต พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน หรือมีการบาดเจ็บต่อเนื่องมากกว่า 28 วัน นอกจากนี้ยังมีการแก้ปัญหาด้านการเงินการคลังโดยการจำกัดและลดเพดานจำนวนเงินที่ชดเชย และลดอัตราการสนับสนุนจากภาครัฐ แก่ผู้ให้บริการปฐมภูมิลงจากการจ่ายตามจริง มาเป็นการจ่ายในวงเงินที่จำกัด⁵⁴ ซึ่งเป็นการแก้ปัญหารายจ่ายที่เพิ่มขึ้นต่อมาในปี 1998 รัฐบาล ต้องการให้เกิดการแข่งขันและเพื่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยงานมีระบบการป้องกันอุบัติเหตุและส่งเสริมความปลอดภัยในที่ทำงาน จึงเกิดพระราชบัญญัติประกันอุบัติเหตุ ปี ค.ศ. 1998 (Accident Insurance Act 1998)⁵⁵ มาแทนที่ Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act เดิม อนุญาตให้ประกันภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการให้ประกันการบาดเจ็บจากการทำงาน อยู่ในความรับผิดชอบของบริษัทประกันเอกชนตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ปี 1999 การเปิดให้มีการแข่งขันกันในตลาดการประกันการบาดเจ็บ ทำให้ ACC ถูกขจัดออกไปจากตลาดการประกันดังกล่าว แต่ผู้ประกันตนเองชอบจะเลือกที่จะอยู่กับ ACC มากกว่า มีสำนักงานกำกับดูแลทำหน้าที่ในการควบคุมกำกับตลาดภาคเอกชน ด้วยความคาดหวังว่ากฎหมายใหม่นี้จะก่อให้เกิดการจ่ายค่าชดเชยในเชิงส่งเสริมให้มีการพัฒนาให้เกิดความปลอดภัยของการทำงานมากขึ้นและจะทำให้ลดค่าใช้จ่ายของการบาดเจ็บของสังคมลง ด้านายจ้างไม่ได้ซื้อประกันอุบัติเหตุจากการทำงานก็จะต้องถูกบีบด้วยการลงโทษทางกฎหมาย และมีกองทุนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้การชดเชยถูกจ้างที่แม้ว่าจะทำงานในส่วนที่นายจ้างจะไม่ได้ทำประกันไว้

4) ระบบการชดเชยการบาดเจ็บส่วนบุคคลในปัจจุบัน การนำระบบการชดเชยโดย ไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบมาใช้สำหรับการชดเชยในกรณีการบาดเจ็บของบุคคลที่ถือได้ว่าครอบคลุมหลักประกันทางสังคมแบบเบ็ดเสร็จ โดยครอบคลุมค่าชดเชยทั้งการดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จำเป็นระหว่างที่มีการบาดเจ็บอีกด้วย การบาดเจ็บส่วนบุคคลที่ให้การคุ้มครอง ได้แก่ การเสียชีวิต การบาดเจ็บทางกาย การบาดเจ็บทางจิตใจที่เกี่ยวข้องจากการบาดเจ็บทางร่างกาย ความเสียหายต่องานทันตกรรมประดิษฐ์ทุกชนิด แผนการชดเชยดังกล่าว ครอบคลุม

⁵⁴ From “New Zealand’s No – Fault Accident Compensation Scheme: Paradise or Panacea.” by C.M. Flood, 2002, *Health Law Review*, 8(3), 1-9. Copyright 2002 by C.M. Flood.

⁵⁵ Accident Insurance Act 1998

ประชากรชาวนิวซีแลนด์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศและเดินทางอยู่ในที่ใด ๆ ก็ตาม รวมทั้งผู้ที่พักอาศัยในประเทศเป็นการชั่วคราว โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลกรณีการบาดเจ็บและความเจ็บป่วยอย่างครอบคลุมในประเทศนิวซีแลนด์ ได้แก่ องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation : ACC) ที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Act) ในปี ค.ศ. 1974 และการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ที่เรียกว่า Medical Misadventure Scheme เป็น 1 ใน 7 แผนงาน ซึ่งอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ โดยมีหน่วยงานการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ เป็นหน่วยงานในองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ คู่กับรับผิดชอบแผนงานการชดเชยกรณีการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย (Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act) กำหนดให้ผู้ที่สามารถร้องขอการชดเชยได้ จะต้องมีการบาดเจ็บที่เข้าข่ายอุบัติเหตุทางการแพทย์ (Medical Misadventure) โดยพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย กำหนดให้ Medical Misadventure หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากขั้นตอนการแสวงหาการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน ไว้กับองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ หรือจากคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพที่ขึ้นทะเบียน ไว้กับองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ และจะต้องเป็นการบาดเจ็บที่เกิดจากความผิดพลาดที่เข้าข่าย 2 ประการ คือ Medical Error คือความผิดพลาดของบุคลากรทางสุขภาพที่มีใบประกอบวิชาชีพ ผิดพลาดในการรักษาตามมาตรฐานหรือขาดทักษะที่สมควรจะมีในการทำการรักษา และ Medical Mishap คือผลข้างเคียง อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรักษาที่เหมาะสมของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีใบประกอบวิชาชีพ โดยเป็นผลที่ปกติเกิดได้ยากแต่รุนแรง เช่น เสียชีวิต พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน หรือมีการบาดเจ็บต่อเนื่องมากกว่า 28 วัน นอกจากนี้ความผิดพลาดในระบบขององค์กรในพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย ถือเป็นส่วนหนึ่งของความผิดพลาดทางการแพทย์ด้วย ส่วนกรณีที่มีการบาดเจ็บไม่ได้มีสาเหตุจากการให้บริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยยังสามารถร้องขอการชดเชยได้จากแผนการชดเชยอื่น ๆ ในระบบการชดเชยการบาดเจ็บส่วนบุคคล

อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะครอบคลุมการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายได้กว้างขวางขึ้น แต่ก็มีข้อยกเว้นคือ 1) การบาดเจ็บจากการรักษาที่ทั้งหมดหรือเกิดตามมาจากสาเหตุที่เป็นสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอง แต่จะครอบคลุมเฉพาะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ซ้อนขึ้นมาหรือบางส่วนที่ไม่เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเองก็จะครอบคลุมบางส่วนนั้น 2) การบาดเจ็บจากการรักษาที่เกิด

จากการที่ต้องตัดสินใจแบ่งปันทรัพยากรกัน แต่จะครอบคลุมถ้าทำให้การรักษาไม่เหมาะสมหรือล่าช้าจนเป็นเหตุให้เกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต 3) การบาดเจ็บที่เกิดจากการยืนยันหรือล่าช้าต่อการให้การยินยอมรับการรักษาอย่างไม่มีเหตุผลอันควรคำว่าบาดเจ็บที่เป็นส่วนที่จำเป็นของผลต่อเนื่องตามปกติวิสัยจากการรักษา เป็นคำที่ค่อนข้างจะยืดหยุ่นและตีความยากในทางปฏิบัติ แต่จำเป็นจะต้องขึ้นอยู่กับความจำเพาะ การบาดเจ็บแต่ละครั้งนั้นที่จะต้องพิจารณา 3 ข้อคือ ทุกสถานการณ์ปัจจัยของการรักษาจะคำนึงถึง รวมทั้งเรื่องระยะเวลา สถานที่ ความเร่งด่วน ความซับซ้อนของการรักษาและการบริหารจัดการอย่างมีอาชีพในการรักษา และปกติวิสัยนั้นจะต้องขึ้นอยู่กับการแต่ละเหตุการณ์หรือการรักษาเป็นการเฉพาะเจาะจง การบาดเจ็บที่เป็นผลต่อเนื่องปกติวิสัยจะต้องพิจารณาภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ในขณะที่ทำการรักษานั้นด้วย เช่น สุขภาพไม่ดีก็จะคาดหวังได้ว่าน่าจะมีความเสี่ยงเมื่อรับการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งมากกว่าต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งปกติวิสัยนี้จะต้องโปร่งใส อิงความรู้ทางการแพทย์ในขณะที่รักษา และไม่ได้เกี่ยวกับผลประโยชน์เบื้องหลังหรือความรู้ที่ขุ่นข้อง ในเวลาต่อมาหลักฐานทางวิชาการต้องตรงตามพบได้ตามปกติของการรักษานั้นและร่วมกับกับภาวะผู้ป่วย และเฉพาะเจาะจงในสถานการณ์นั้นจริงๆ เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องทำการพิจารณา

สรุปได้ว่า ประเทศนิวซีแลนด์ได้มีการนำระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (No - Fault Compensation System) มาใช้ในปี ค.ศ. 1974 โดยได้ตรากฎหมาย Accidental Compensation Act ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการชดเชยแก่ผู้ได้รับบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุ ซึ่งมีความหมายรวมไปถึงผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ แต่ยังไม่ได้มีการกำหนด ประเภทของความเสียหายทางการแพทย์ที่จะได้รับการชดเชยไว้ โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบจ่าย ค่าชดเชย คือ Accidental Compensation Appeal Authority หรือ ACC จะเป็นผู้พิจารณาเป็นกรณี ไปว่าผู้เสียหายรายใดควรจะได้รับ การชดเชย และต่อมาในปี ค.ศ. 2002 ได้มีการบังคับใช้กฎหมาย Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002 (แก้ไขเพิ่มเติมล่าสุด ค.ศ. 2010) ซึ่งกำหนดให้มีการชดเชยความเสียหาย เมื่อความเสียหายเกิดขึ้นจากการดูแลรักษา (Treatment Injury) และความเสียหายที่เกิดจากผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรักษา⁵⁶ สำหรับขั้นตอนในการจ่ายค่าชดเชย ผู้เสียหายจะต้องดำเนินการยื่นคำร้องผ่านผู้ให้บริการ

⁵⁶ From “No – fault Compensation In New Zeland: Harmonizing Injury Compensation, Provider Accountability, And Patient Safety.” by B. Marie and P. Ron, 2006, *Health Affairs*, 25(1), 278-283. Copyright 2006 by Marie and P. Ron.

สาธารณสุข เพื่อให้ส่งคำร้องไปยัง Medical Misadventure Unit (MMU) ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ การชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุข ต่อจากนั้น MMU ก็จะส่งเรื่องไปยังคณะ ที่ปรึกษาอิสระเพื่อพิจารณาจ่ายค่าชดเชยจากกองทุน เพื่อการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการ สาธารณสุข ซึ่งกองทุนดังกล่าวมีรายได้จากภาษีของประชาชน และจากเงินสมทบของรัฐบาล โดย ปัจจุบันนิวซีแลนด์ไม่ได้เรียกเก็บเงินสมทบจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ เนื่องจากมีความกังวลว่า การเรียกเก็บเงินสมทบจากผู้ให้บริการจะก่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการให้บริการมากขึ้น ซึ่งจะ ส่งผลให้เกิดการรักษาแบบดำเนินการรักษาแบบปกป้องตนเอง (Defensive Medicine) เพื่อลดความ เสี่ยงจากการถูกฟ้องร้อง และอาจส่งผลให้แพทย์ขาดแรงจูงใจในการพัฒนาบริการทางการแพทย์ได้ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของประเทศ นิวซีแลนด์ไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องจ่ายค่าชดเชยแก่ผู้เสียหาย ซึ่งไม่ สอดคล้องกับระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบที่ต้องการให้ผู้เสียหายได้รับ การเยียวยาโดยเร็ว

3.2 ประเทศสวีเดน

3.2.1 ระบบการบริการสาธารณสุข

ประเทศสวีเดนจัดบริการทางการแพทย์โดยการกระจายอำนาจผ่านหน่วยงานภาครัฐ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับรัฐบาลกลาง โดยกระทรวงสาธารณสุขและกิจการสังคม (The Ministry of Health and Social Affairs) ระดับภูมิภาคโดยสภาเขต (County Councils) และระดับท้องถิ่นโดย เทศบาลเมือง (Municipalities)⁵⁷ ในแต่ละระดับมีหน้าที่แตกต่างกัน โดยรัฐบาลกลางเป็นผู้ออก นโยบายหลัก แต่หน่วยงานด้านสาธารณสุขที่สำคัญคือ สภาเขตเนื่องจากมีหน้าที่รับผิดชอบในการ จัดบริการทางการแพทย์โดยบริหารจัดการจากเงินภาษีที่เก็บจากประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ส่วน เทศบาลเมืองจะดูแลงานด้านสังคมสงเคราะห์และผู้สูงอายุ

⁵⁷ From *The Swedish Health Care System, 2015 in 2015 International Profiles of Health Care Systems* (p. 153), by A.H. Glenngård, 2016, New York, NY: Commonwealth Fund Pub. Copyright 2016 by A.H. Glenngård.

การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศสวีเดนอยู่ในความรับผิดชอบของ รัฐ สวีเดนเป็นประเทศที่มีระบบสวัสดิการสูงมากเป็นอันดับแรกของโลก รัฐบาลได้เชื่อมโยง ระบบ รัฐสวัสดิการกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้สอดคล้องกัน ได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติ ประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Act) เมื่อปี ค.ศ. 1946 กำหนดกระจายอำนาจให้ ท้องถิ่นซึ่งเรียกว่าสภาเขตรับผิดชอบในด้านสุขภาพ ให้ครอบคลุมการวางแผนงานระบบสุขภาพ ทั้งหมด รวมทั้งอำนาจบริหารจัดการการเงินการคลังด้วยตนเอง ตั้งแต่ปี 1980 ได้มีการเชื่อมโยงและ กระจายอำนาจการให้บริการสุขภาพตั้งแต่ระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิจนถึงโรงพยาบาลและศูนย์ ขนาดใหญ่ ผู้ให้บริการภาคเอกชนส่วนใหญ่ได้ รวมอยู่ในระบบสุขภาพแห่งชาติโดยมีหน่วยผู้ ให้บริการหลักอยู่ในความรับผิดชอบระดับภาค ส่วนการบริการเกี่ยวกับคนชราและผู้พิการทางจิตอยู่ ในความรับผิดชอบของท้องถิ่น ตั้งแต่ปี 1990 มีระบบประกันสังคมดูแลด้านสุขภาพของประชาชน ทั้งหมดครอบคลุมทั้งผู้เจ็บป่วยและผู้สูญเสียโอกาส เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่ขาดรายได้จากการเจ็บป่วย ผู้ที่ ต้องได้รับการอุปการะรวมทั้งบุคคลที่ต้องสูญเสียรายได้จากการอุปการะผู้อื่น เป็นต้น⁵⁸

ระบบบริการทางการแพทย์ของประเทศสวีเดนส่วนใหญ่ดำเนินการโดยรัฐ ร้อยละ 84 ของค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพรวม (Total Health Care Expenditure) มาจากสภาเขตร้อยละ 57 เทศบาลร้อยละ 25 และจากรัฐบาลกลางอีกร้อยละ 2 ทั้งนี้มีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่มีประกัน สุขภาพส่วนบุคคล โดยส่วนใหญ่หน่วยงานจะเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกันให้เพื่อเป็นสวัสดิการในการเข้าถึง บริการทางการแพทย์ที่รวดเร็วมากขึ้น สภาเขต (County Councils) มีรายได้โดยประมาณจากภาษี ร้อยละ 68 รายได้จากรัฐบาลกลางร้อยละ 18 และรายได้อื่น ๆ อีกร้อยละ 14 โดยร้อยละ 90 ของ รายได้ดังกล่าวเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดการบริการทางการแพทย์⁵⁹ อย่างไรก็ตามประชาชนยังคงต้อง ร่วมจ่าย (Co-Payment) โดยมีค่าปรึกษาแพทย์ครั้งละ 100 – 300 โครนา (350 โครนา กรณีแพทย์ เฉพาะทาง) แต่ไม่เกิน 1,100 โครนาต่อปี เกินจากนั้นรัฐจะรับภาระแทน กรณีค่ายาผู้ป่วยร่วมจ่าย 1,100 โครนาแรก แต่รวมแล้วไม่เกินปีละ 2,200 โครนา ผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลร่วมจ่ายวันละ

⁵⁸ From *Social Insurance; General Information about Social Insurance (brochure)*. by National Social Insurance Office, 2003, Copyright 2003 by National Social Insurance Office. Retrieved from http://www.spss.am/docs/SS_Sweden.pdf.

⁵⁹ From *Statistik Om Hälso-Och Sjukvård Samt Regional Utveckling 2014* (p. 9), by Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR), 2015, Stockholm: SALAR. Copyright 2015 by Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR).

ไม่เกิน 100 โครนา ผู้มีอายุไม่เกิน 20 ปีได้รับบริการฟรี หากความเจ็บป่วยเกิดจากการทำงานตั้งแต่ 2 - 21 วัน นายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายร้อยละ 80 ของรายได้คิดเป็นสัปดาห์ หากเกินกว่า 21 วัน ระบบประกันสังคมจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่อไป⁶⁰

3.2.2 ปัญหาการฟ้องร้องและการชดเชยความเสียหาย

ในปี ค.ศ.1975 ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจถือกำเนิดขึ้นในประเทศสวีเดนทั้งในภาครัฐและเอกชน เพียงสองสามปีผ่านไป เกือบร้อยละ 99 ของผู้ให้บริการก็เข้าสู่ระบบนี้ และในปี ค.ศ.1997 ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจถูกแทนที่ด้วย พ.ร.บ. ผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข (Patient Injury Act) กฎหมายนี้มีพื้นฐานมาจากระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจและผลกระทบจากระบบนั้น จาก พ.ร.บ. ผู้เสียหายฯ ผู้ให้บริการทุกแห่งในประเทศสวีเดนจะต้องรับประกันความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ให้บริการจะชดเชยความเสียหายผ่านระบบประกันสุขภาพซึ่งเชื่อมโยงโดยตรงกับการดูแลรักษา ทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้ฟ้องศาลเพื่อพิสูจน์ความผิด การจ่ายค่าชดเชยความเสียหายเป็นไปอย่างสมเหตุสมผลโดยไม่ต้องพิจารณาว่ามีความผิดพลาดเกิดขึ้นหรือไม่

หลักการสำคัญในระบบของประเทศสวีเดนก็คือ จ่ายชดเชยในทุกกรณีความเสียหาย แม้จะหลีกเลี่ยงความเสียหายได้ด้วยวิธีอื่น อย่างไรก็ตามความเสียหายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้แม้จะใช้เทคนิคและความรู้สมัยใหม่ล่าสุดตามมาตรฐานแล้ว จะไม่ได้รับค่าชดเชยมาตรฐานการดูแลรักษาที่วันนี้หมายถึงมาตรฐานที่ผู้เชี่ยวชาญผู้มีประสบการณ์ในด้านนั้นๆ เคยใช้อยู่บริษัทประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบการเรียกร้องค่าเสียหายในเบื้องต้น บริษัทประกันรายเดียวคือ County Councils' Mutual Insurance Company (LÖF) รับผิดชอบมากกว่าร้อยละ 90 ของการเรียกร้องค่าชดเชย ถ้าคนไข้รายใดไม่พอใจการประเมินของบริษัทประกัน เขาสามารถขอให้คณะกรรมการพิจารณาข้อร้องเรียนของคนไข้ (Patient Claims Panel) ทำการทบทวนใหม่ได้ แม้ว่าคณะกรรมการฯ นี้จะเป็นเพียงที่ปรึกษา แต่บริษัทประกันต่างๆ ก็มักจะยอมรับการตัดสินนั้นๆ การประเมินทั้งของบริษัทและคณะกรรมการฯ ดังกล่าวไม่มีค่าใช้จ่ายที่เกิดกับคนไข้ ดังนั้นคนไข้จึงไม่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจในการยื่นข้อร้องเรียน ถ้าคนไข้ไม่พอใจการประเมินของคณะกรรมการฯ ก็สามารถ

⁶⁰ From *Regelverk För Patientavgifter 2020* (p. 7-10), by S. Hälso-och, (2000), Stockholm: Region Stockholm. Copyright 2000 by S. Hälso-och.

ไปยื่นฟ้องต่อศาลต่อไปได้ อย่างไรก็ตาม คนไข้ก็จะมีความเสี่ยงที่จะต้องจ่ายค่าธรรมเนียมในการดำเนินคดีที่เกิดขึ้นทั้งสองฝั่งถ้าแพ้คดี จากการเรียกร้องค่าเสียหาย 10,000 รายต่อปี มีเพียง 5 – 10 รายเท่านั้นที่ไปยื่นฟ้องต่อศาล⁶¹

การแก้ปัญหของสวีเดน โดยแยกเรื่องออกจากกันระหว่างเรื่องสิทธิของคนไข้ในการเรียกร้องค่าชดเชยกับเรื่องความผิด มิเพียงแต่ทำให้คนไข้ได้รับค่าชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์ได้ง่ายขึ้น แต่ยังทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับบุคลากรทางการแพทย์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญด้วย คนไข้ที่ต้องการเรียกค่าชดเชยไม่จำเป็นต้องค้นหาสาเหตุของความผิดพลาดหรือความประมาทในการรักษา คนไข้เข้าใจได้มากขึ้นว่า ความเสียหายอาจเกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการรักษาโดยที่ไม่ได้มีแพทย์หรือเจ้าหน้าที่คนใดละเลยหรือกระทำการผิดพลาด ในทางตรงข้ามคนทำงานในทีมดูแลรักษา ก็ไม่ต้องระแวงว่าจะเกิดการเรียกร้องค่าชดเชยได้ในทุกขณะ หรือเกรงว่าจะถูกตรวจสอบพฤติกรรมอย่างเข้มข้นเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีผู้ใดละเลยหรือกระทำผิดพลาด ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์เต็มใจช่วยเหลือคนไข้ผู้เคราะห์ร้ายจากการรักษาของตน ให้ได้รับค่าชดเชยโดยไม่ต้องกังวลว่าใครจะเป็นผู้รับผิดชอบในความเสียหายนั้น⁶²

3.2.3 การชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด

ประเทศสวีเดนได้นำระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดย 'ไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (No - Fault Compensation System) มาใช้ภายใต้กฎหมาย Patient Insurance System 19759 และต่อมาได้ตรากฎหมาย Patient Injury Act 1997 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขได้รับค่าชดเชย โดยผู้ให้บริการต้องซื้อประกันเพื่อเป็นค่าชดเชยแก่ผู้เสียหาย⁶³ กฎหมายนี้ได้บัญญัติให้ผู้เสียหายได้รับค่าชดเชยในกรณีที่ความเสียหายเกิดจากการตรวจ การดูแล การรักษา หรือการให้บริการอื่นที่เทียบเท่าซึ่งความเสียหาย ดังกล่าวสามารถจะหลีกเลี่ยงได้ หรือความเสียหายที่เกิดจากความบกพร่องของผลิตภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์ การ

⁶¹ From *The County Councils' Medical Malpractice Insurance Scheme*, by K. Essinger, 2008, Copyright 2008 by K. Essinger. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/ev_20080313_co01_en.pdf

⁶² จาก *บทเรียนจากสวีเดนต่อไทยเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายจากบริการสาธารณสุข*, โดย แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553, ลิขสิทธิ์ 2553 โดย แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นจาก <https://consumersouth.org/paper/835>

⁶³ The Patient Injury Act 1997

วินิจฉัยผิดพลาด การทำให้เกิดการแพร่เชื้อเข้าสู่ผู้ป่วยจากการตรวจ รักษา ดูแล หรือการให้บริการอื่นที่เทียบเท่า รวมทั้งอุบัติเหตุจากการตรวจ รักษา ดูแลหรือการให้บริการอื่นที่เทียบเท่า ตลอดจนความเสียหายที่เกิดจากการจ่ายยา หรือขั้นตอนการเตรียมยาที่ไม่เป็นไปตามปกติ สำหรับขั้นตอนการจ่ายค่าชดเชยของประเทศสวีเดน บริษัทประกันจะเป็นผู้ประเมินและจ่ายค่าชดเชย ซึ่งโดยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 ของคำร้องทั้งหมด บริษัทประกันรายใหญ่ คือ County Council's Mutual Insurance Company จะเป็นผู้ดำเนินการรับผิดชอบประเมินและจ่ายค่าเสียหาย ซึ่งเกิดจากการรับบริการสาธารณสุขแก่ผู้เสียหาย⁶⁴ แต่ในกรณีที่ผู้เสียหายรายใดไม่พอใจการพิจารณาค่าเสียหายของบริษัทประกัน ผู้เสียหายก็สามารถยื่นคำร้องต่อคณะกรรมการพิจารณาข้อร้องเรียนของผู้ป่วย (The patient claims panel) เพื่อพิจารณาให้ความเห็น ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้ว บริษัทประกันมักจะปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการพิจารณาข้อร้องเรียนของผู้ป่วยดังกล่าว อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากฎหมายของสวีเดนจะอนุญาตให้ผู้เสียหายยื่นฟ้องคดีต่อศาลได้ หากผู้เสียหายไม่พอใจการจ่ายค่าชดเชยของบริษัทประกัน หรือไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอแนะของคณะกรรมการพิจารณาข้อร้องเรียน แต่ในทางปฏิบัติเนื่องจากการยื่นฟ้องคดีต่อศาลมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง คือ ประมาณ 22,000 ยูโร หรือประมาณ 950,000 บาท แต่การดำเนินการร้องเรียนต่อคณะกรรมการพิจารณาข้อร้องเรียนจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 900 – 1,000 ยูโร หรือประมาณ 39,000 – 43,000 บาท⁶⁵ ทำให้มีผู้เสียหายจำนวนน้อยรายเลือกใช้วิธีการฟ้องร้องต่อศาล และเมื่อมีระบบการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบดังกล่าวแล้ว ก็ทำให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยที่รวดเร็ว โดยผู้เสียหายร้อยละ 50 ได้รับการชดเชยภายใน 6 เดือน และภายใน 1 ปี ในขณะที่การยื่นฟ้องต่อศาลจะใช้เวลายาวนานหลายปี ดังนั้น จะเห็นได้ว่าระบบการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบของประเทศสวีเดนเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหายจากรับบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถช่วยสร้างจิตสัมพันธอันดีระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้รับบริการเป็นอย่างดี

⁶⁴ From Henry, footnote 5, (p. 89)

⁶⁵ From *The Swedish Patient Injury Act*, by E. Carl, 2020, Copyright 2020 by E. Carl Retrieved from http://commongood.org/assets/attachments/Carl_Espersson_USA.pdf

ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ของประเทศสวีเดน ในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 ระบบ คือ การชดเชยความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และการชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการใช้ยา

1) ความเสียหายที่ได้รับการชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการจากบุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลที่ทำประกัน ไม่รวมผู้ให้บริการทางการแพทย์ทางเลือกที่ไม่มีใบอนุญาต หรือไม่ได้ปฏิบัติตามได้ความรับผิดชอบของผู้ได้รับใบอนุญาต โดยความเสียหายที่เข้าข่ายการขอรับการชดเชย ได้แก่ การเจ็บป่วยมากกว่า 30 วัน หรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 10 วัน หรือเสื่อมสมรรถภาพอย่างถาวร หรือเสียชีวิต แต่ต้องไม่เป็นความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามปกติของพยาธิสภาพของโรค หรือเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากการวินิจฉัยหรือรักษาโรคตามปกติ หรือเป็นความเสียหายเล็กน้อยที่ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ครอบคลุมการบริการสาธารณสุขทุกประเภท เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ความเสียหายที่เกิดจากการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2) หลักเกณฑ์การวินิจฉัยเพื่อจ่ายค่าชดเชย มีดังต่อไปนี้

ก. ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลให้หมายความรวมถึงผู้ที่สมัครใจ เข้าร่วมการทดลองทางการแพทย์ หรือผู้ที่บริจาคอวัยวะหรือส่วนประกอบทางชีววิทยาสำหรับการ ปลูกถ่าย หรือเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์อื่น ๆ

ข. ความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเกี่ยวเนื่องกับบริการทางการแพทย์ในประเทศสวีเดน ความเสียหายนั้นต้องมีลักษณะดังนี้

(1) ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาทางการแพทย์ (Treatment Injury) ไม่ที่จะเป็นการตรวจ การให้การดูแล การรักษา หรือการกระทำอย่างอื่นที่คล้ายกันที่สามารถหลีกเลี่ยงความเสียหายได้ ไม่ว่าจะด้วยการใช้วิธีการในการปฏิบัติที่แตกต่างกัน หรือการเลือกใช้วิธีการอย่างอื่นที่เมื่อมีการประเมินการกระทำจากทัศนะทางการแพทย์แล้วจะทำให้การรักษามีอันตรายน้อยที่สุด

(2) ความเสียหายเกิดจากความบกพร่องของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือการใช้งานที่ไม่ถูกต้อง

(3) ความเสียหายจากการวินิจฉัยที่ผิดพลาด เช่น การวินิจฉัยโรคผิด ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม หรือให้การรักษาล่าช้า เช่น การไม่ได้สังเกตอาการแสดง หรือการอธิบายอาการที่ผิดพลาดเมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

(4) ความเสียหายจากการติดเชื้อในระหว่างการตรวจรักษา

(5) ความเสียหายจากอุบัติเหตุในระหว่างกระบวนการรักษา เช่น อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นระหว่างการตรวจรักษา การเคลื่อนย้าย แต่กรณีความเสียหายจากการใช้ชีวิตประจำวันจะไม่ได้รับการคุ้มครอง

(6) ความเสียหายจากการจ่ายยาผิดพลาด (Medication Injury) ชดเชยเฉพาะการจ่ายยาผิดพลาดที่ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้หรือไม่เป็นไปตามมาตรฐาน แต่จะไม่คุ้มครองผลข้างเคียงที่เกิดจากการจ่ายยาที่ถูกต้องตามมาตรฐานแล้ว โดยในกรณีดังกล่าวเป็นความรับผิดชอบของกองทุนชดเชยการประกันด้านเภสัชกรรมการพิจารณาสิทธิในการชดเชยที่มีสาเหตุมาจากกระบวนการในการรักษาในข้อ (1) และการวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้องในข้อ (3) อยู่ภายใต้การพิจารณาตามแนวทางการปฏิบัติของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์หรือผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ในด้านนั้น ๆ และการติดเชื้อในข้อ (4) หากโดยสภาพแวดล้อมของการติดเชื้อนั้นสามารถต้านทานได้ จะไม่มีสิทธิได้รับค่าชดเชย โดยการพิจารณาขึ้นอยู่กับธรรมชาติและความรุนแรงของความเจ็บป่วยหรือความเสียหายซึ่งขึ้นอยู่กับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความน่าจะเป็นของการติดเชื้อ

3) ข้อยกเว้นการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ได้แก่

ก) ความเสียหายที่มีผลมาจากหัตถการที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรค หรือการรักษาความเจ็บป่วย หรือความเสียหายซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลต่อชีวิตหรือได้รับความพิการอย่างรุนแรง

ข) ความเสียหายที่มีสาเหตุมาจากยาหรือเภสัชภัณฑ์ นอกเหนือจากความเสียหายที่เกิดจากการจ่ายยาผิดพลาด

4) องค์ประกอบผู้พิจารณาวินิจฉัยจ่ายค่าชดเชย คณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย มีองค์ประกอบ 5-7 คน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์ และ สาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์ จำนวน 3 คน ผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการฝ่ายละเท่า ๆ กัน คณะกรรมการประเมินค่าชดเชย มีองค์ประกอบ 5-7 คน อย่างน้อยต้องประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้าน เศรษฐศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์ ด้านคนพิการ ด้าน

การคุ้มครองสิทธิ⁶⁶ คณะกรรมการอุทธรณ์ ประกอบด้วยประธาน 1 คน ซึ่งเป็นผู้ดำรงตำแหน่งผู้พิพากษา และสมาชิกอื่น ๆ อีก 6 คน มาจากตัวแทนของผู้รับบริการ 3 คน มาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 คน เป็นผู้มีความรู้พิเศษเกี่ยวกับประเด็นภัยพิบัติ 1 คน เป็นผู้มีความรู้พิเศษในงานบริการสุขภาพอีก 1 คน คณะกรรมการมีวาระคราวละ 3 ปี

5) สิทธิที่จะได้รับในการชดเชย การชดเชยถูกกำหนดโดยอ้างอิงจากหลักการชดเชย ความเสียหายที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิด ปี ค.ศ. 1972 (Tort Liability Act 1972) หลักการในการออกกฎหมายนี้ คือ ผู้เสียหายที่สิทธิที่จะได้รับชดเชยจากการสูญเสียของพวกเขา อย่างเต็มที่ การจ่ายค่าชดเชยโดยทั่วไปประกอบด้วยสองส่วน คือ ความเสียหายเป็นตัวเงิน และไม่เป็น ตัวเงิน ความเสียหายที่เป็นตัวเงินครอบคลุมถึงการสูญเสียรายได้และค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น เนื่องจาก การได้รับความเสียหาย แต่ไม่ครอบคลุมการชดเชยตามกฎหมายอื่น และกรรมธรรม์ประกันอื่น ความเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงินจะชดเชยสำหรับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ความพิการและการเสียโฉม และการสูญเสียความสะดวกสบาย ระดับการสูญเสียกำหนดตามประเภทของความเสียหาย ความรุนแรง และระยะเวลาผู้ป่วยที่เสียชีวิต ครอบครัวจะมีสิทธิได้รับค่าอุปการะ ชาติไร้อุปการะ ผู้เรียกร้องอาจรับเงินชดเชยเป็นเงินก้อนเนื่องจากความพิการถาวร การชดเชยการสูญเสียความสามารถในการทำงาน การชดเชยการสูญเสียรายได้และการสูญเสียสิทธิการได้รับบำนาญในอนาคตเนื่องจากความเสียหายทางการแพทย์

6) การใช้สิทธิฟ้องศาล หากผู้เรียกร้องไม่พอใจกับการตัดสินใจโดยบริษัทประกัน ผู้เรียกร้องมีสิทธิที่จะเลือกที่จะนำข้อเรียกร้องของตนเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการอุทธรณ์หรือดำเนินการโดยตรงไปยังศาล และเงินที่ได้รับการชดเชยไปแล้วถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทน

7) ความเชื่อมโยงกับองค์การวิชาชีพและความปลอดภัยของผู้ป่วยการดำเนินการทางวินัยทั้งหมดจะแยกต่างหากจากระบบการชดเชย โดยกรณีที่ผู้ป่วยได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ประเทศสวีเดนกำหนดให้ผู้ให้บริการมีหน้าที่รายงานรายละเอียดของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นไปยังคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ (National Board of Health and Welfare: NBW) และถ้าพบว่าความผิดพลาดดังกล่าวมาจากผู้ให้บริการคนหนึ่ง ๆ ข้อมูลจะถูกส่งไปยังคณะกรรมการความรับผิดชอบทางการแพทย์ (Medical Responsibility Board: MRB) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่

⁶⁶ จาก บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสร้างเสริมสุขภาพและข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (น. 70), โดย ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และ หทัยชนก สุมาลี, 2553, กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ลิขสิทธิ์ 2553 โดย ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และ หทัยชนก สุมาลี.

มีหน้าที่ในการดูแลและควบคุมวิชาชีพ โดยที่คณะกรรมการความรับผิดชอบทางการแพทย์ทำหน้าที่ ตักเตือน ลงโทษ แต่ไม่มีบทบาทในการพิจารณาจ่ายค่าเสียหายที่เกิดขึ้นแต่อย่างใด กระบวนการชดเชย เป็นหน้าที่ของระบบประกันผู้ป่วยที่แยกออกมาต่างหาก

การวิเคราะห์ความผิดพลาดทางการแพทย์เพื่อเพิ่มความปลอดภัยผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในประเทศสวีเดน โดยใช้การวิเคราะห์สาเหตุของเหตุการณ์ที่นำไปสู่การเรียกร้องที่เกิดจากความเสียหายทางการแพทย์ ภายใต้ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด มีการเข้าเยี่ยมโดยผู้แทนของบริษัทประกันที่โรงพยาบาล และมีการอภิปรายว่าอะไรเป็นสิ่งที่สามารถทำได้เพื่อหลีกเลี่ยงความเสียหายทางการแพทย์ดังกล่าวในอนาคต มีการจัดประชุมความปลอดภัยผู้ป่วยแห่งชาติเป็นประจำ โดยผู้เข้าร่วม ประชุมเป็นผู้แทนจากสมาคมโรงพยาบาลแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ และแพทย์ เพื่อนำมาปรับปรุงความปลอดภัยในการให้การดูแลสุขภาพในประเทศสวีเดน⁶⁷

3.3 ประเทศอังกฤษ

3.3.1 ระบบการบริการสาธารณสุข

ประเทศอังกฤษถือเป็นต้นแบบของระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law) ระบบ สาธารณสุขของประเทศอังกฤษเป็นแบบ “การสาธารณสุขครบวงจร” (Comprehensive Health System) กล่าวคือ เป็นระบบสวัสดิการสาธารณสุข⁶⁸ ประชากรได้รับบริการทางการแพทย์อย่างทั่วถึง โดยไม่มีค่าใช้จ่ายภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงอนามัยและบริการสังคม (Department of Health and Social Care: DHSC) และสำนักงานการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service: NHS) วิธีการทำงานของ NHS คือทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ (Commissioning Trust) โดย จะเข้าต่อรองและทำสัญญากับผู้ให้บริการ เช่น แพทย์เอกชน พยาบาลชุมชน คลินิกท้องถิ่น หรือ หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น ลักษณะเดียวกันกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ประชาชนจะต้องเลือกหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในเขตที่ตนสะดวกเข้ารับ

⁶⁷ จาก *ประสบการณ์ต่างแดน ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข* (น. 80), โดย ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ ภักดี, จิราพร ชมศรี และจเร วิชาไทย, 2553, กรุงเทพฯ: วันดีคืนดี. ลิขสิทธิ์ 2553 โดย ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ ภักดี, จิราพร ชมศรี และจเร วิชาไทย.

⁶⁸ From “Overview of Healthcare in the UK.” by G. Konstantina & B. Peter & J. Burbidge, 2010, *The EPMA Journal*, 1(4), 529-534. Copyright 2010 by G. Konstantina & B. Peter & J. Burbidge.

บริการ แล้ว NHS จะจ่ายเงินรายหัวให้แก่หน่วยบริการ นอกจากนี้ NHS ยังทำหน้าที่เป็นผู้ขายบริการ (Provider Trusts) ด้วย คือ NHS จัดบริการสาธารณสุขเองรวมถึงการทำหน้าที่เป็นองค์กรกลางในการรับเรื่อง ร้องเรียนต่าง ๆ และการไกล่เกลี่ยหากเกิดข้อพิพาทด้วย⁶⁹

ศูนย์สมานฉันท์การสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service Resolution: NHS Resolution) เป็นหน่วยงานในสังกัดของสำนักงานการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service: NHS) ตั้งขึ้นมาเพื่อจัดการการข้อพิพาททางเวชปฏิบัติเป็นการเฉพาะ มีหน้าที่ที่สำคัญ⁷⁰ ได้แก่

- 1) จัดการข้อเรียกร้อง (Claims Management) โดยการให้คำปรึกษาทางการแพทย์แก่ผู้ที่เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนความผิดอันเกิดจากข้อผิดพลาดทางเวชปฏิบัติ
- 2) เป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ประกอบการเวชปฏิบัติ (Practitioner Performance Advice) โดยให้คำแนะนำ สนับสนุน และช่วยเหลือการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์
- 3) จัดการบริการหน่วยสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Appeals) โดยเป็นผู้ประสานงานจัดการดูแลสัญญา และข้อพิพาทต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยสุขภาพปฐมภูมิอย่างเหมาะสม และเป็นธรรม

3.3.2 ปัญหาการฟ้องร้องและการชดเชยความเสียหาย

ในการรับบริการสุขภาพของประชาชน องค์กรบริการสาธารณสุขแห่งชาติถือว่าผู้ป่วยมีสิทธิร้องเรียน (Complaints) หรือขอรับการชดเชย ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และสอบสวนอย่างเหมาะสม มีสิทธิรู้ผลของการสอบสวน และหากผลการพิจารณาคำร้องเรียนไม่เป็นที่พอใจ ก็ยังมีสิทธินำข้อร้องเรียนยื่นต่อกลไกตรวจสอบอิสระที่ได้จัดตั้งขึ้นในภาคสาธารณสุข เทียบเคียงกับประเทศไทย คือ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (Health Service Ombudsman) หรือจะยื่นคำร้องต่อคณะกรรมการยุติธรรมอื่น ๆ หากเห็นว่าได้รับผลกระทบโดยตรงจากการกระทำหรือการตัดสินใจที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายของกระบวนการขององค์กรบริการสาธารณสุขแห่งชาติ และมีสิทธิได้รับการชดเชยความเสียหาย เมื่อถูกทำให้ได้รับการบาดเจ็บเสียหายจากการรักษาที่บกพร่อง (Negligence Treatments) ยังถือเป็นข้อผูกมัดว่า ในระหว่างการ

⁶⁹ จาก ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงค์ ภักดี, จิราพร ชมศรี และจเร วิชาไทย, *อ้าวแล้วเชิงอรรถที่ 68*, (น. 87)

⁷⁰ From *Annual Report and Accounts 2017/2018* (p. 13), by NHS Resolution, 2018, Manchester: APS Group. Copyright 2018 by NHS Resolution.

ดำเนินการยื่นข้อร้องเรียน ถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติด้วยการเอื้อเฟื้อและสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเต็มที่ รวมทั้งประกันว่าการร้องเรียนจะไม่มีผลกระทบทางลบต่อการได้รับบริการสุขภาพในภายหลัง หากพบว่า เกิดความผิดพลาดขึ้นในการให้บริการ องค์กรบริการสาธารณสุขแห่งชาติถือเป็นข้อสัญญาที่จะยอมรับข้อผิดพลาด จะมีการขอโทษผู้เสียหาย การให้อธิบายถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้น และแก้ไขให้ถูกต้องโดยเร็วและอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรบริการสาธารณสุขแห่งชาติยังถือเป็นข้อสัญญาว่า องค์กรจะถือเอาการร้องเรียนในความผิดพลาดเสียหายเหล่านั้นเป็นการเรียนรู้ และจะใช้ประโยชน์จากบทเรียนนั้น เพื่อการปรับปรุงคุณภาพของบริการขององค์กรบริการสาธารณสุข แห่งชาติต่อไป⁷¹

มีการสร้างกลไกในการจัดการและรับมือกับผลกระทบที่เกิดขึ้น กลไกหนึ่งที่สำคัญ คือ National Health Service Litigation Authority-NHSLA ซึ่งเป็น ส่วนหนึ่งขององค์กรบริการสาธารณสุข แห่งชาติ จัดตั้งขึ้นในปี 1995 ในฐานะองค์กรอิสระ เพื่อทำหน้าที่ได้ตอบและจัดการกับการฟ้องร้อง รัฐ ในกรณีความผิดพลาดทางการแพทย์ โดยเป็นกลไกขององค์กรบริการสาธารณสุข แห่งชาติ ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการการฟ้องร้องอันเนื่องมาจากความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดกับแพทย์และหน่วยงานขององค์กรบริการสาธารณสุขแห่งชาติ รวมทั้งมีหน้าที่พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานขององค์กรบริการสาธารณสุขแห่งชาติ ทำหน้าที่บริหารแผนในการจัดการกับการฟ้องร้องกับหน่วยงานภายใต้องค์กรบริการสาธารณสุขแห่งชาติ ทั้งหมด 5 แผนงาน (Schemes) โดย 3 แผนงานแรก เป็นเรื่องเกี่ยวกับการชดเชยความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Negligence) มีสามแผนคือ Existing Liability Scheme (ELS), Clinical Negligence Scheme for Trusts (CNST) และ EX-RHAs โดยที่ ELS และ EX-RHAs ได้รับงบประมาณสนับสนุน จากรัฐบาลทั้งหมด และ CNST ใช้เงินที่เรียกเก็บจากสมาชิกที่เป็นคู่สัญญากับผู้ให้บริการเงินสมทบ (Premium) ที่เก็บจากสมาชิกหรือ Trusts ต่างๆ ขึ้นกับประเภทความแตกต่างของ Trusts ในปี 1996- 97 CNST จะเก็บเงินสมทบ ตั้งแต่ 2,000 ปอนด์ สำหรับ Trusts เล็กๆ ไปจนถึง 60,000 ปอนด์สำหรับโรงพยาบาลใหญ่สังกัด NHS Trusts การคำนวณอัตราการเก็บนั้น ใช้การคำนวณตามความเสี่ยงและ อัตราตามประสบการณ์ จากนั้นจึงพิจารณาส่วนลดจากระดับการจัดการความเสี่ยงในแต่ละ Trusts ปี 2004-2005 มีค่าใช้จ่ายโดยประมาณ 410 ล้านปอนด์ที่จะต้องเก็บจาก trusts โดยการคำนวณจากประมาณการของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในแต่ละ Trusts แล้วเรียกเก็บ

⁷¹ From *Medical Liability Litigation: An Historical Look At The Causes For Its Growth In The United Kingdom* (pp. 77), by D. Chacko, 2009, Discussion Papers in Economic and Social History: University of Oxford. Copyright 2009 by D. Chacko.

ตามอัตราเสี่ยงที่คำนวณได้ สำหรับ Trusts ที่มีการบริหารจัดการความเสี่ยงได้ดี จะได้รับอัตราส่วนลดของเงินที่จะเรียกเก็บ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ 2 ประการ ประการแรกคือ Risk Management Discount (RMDs) เป็นมาตรฐานที่ตั้งขึ้นสำหรับประเมิน Trusts มีการกำหนดมาตรฐานไว้ ประการที่สอง ใช้เกณฑ์อัตราตามประสบการณ์ (Experience Rating) มาเป็นตัวกำหนดก่อนปี 2000⁷²

Existing Liability Scheme (ELS) จะรับผิดชอบคำร้องที่เกิดก่อนวันที่ 1 เมษายน 1995 ที่ยังไม่สิ้นสุด อย่างไรก็ตาม เมื่อการร้องเรียนสิ้นสุดลง Trusts จะต้องรับผิดชอบรายจ่าย 10,000 ปอนด์แรก ส่วนที่เหลือ ELS จะเป็นผู้จ่าย แต่หลังจากปี 2000 เป็นต้นมา ELS เป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด สำหรับการร้องขอชดเชยที่เกิด ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 1995 เป็นต้นมา จะอยู่ในความรับผิดชอบของ CNST ในกรณีนี้ Trusts จะต้องตกลงจำนวนเงินเป็นเพดานสูงสุดกับ NHSLA และสามารถเลือกจำนวนวงเงินโดยอิสระ จัดจำกัวงเงินดังกล่าว แตกต่างกันในแต่ละ Trusts ขึ้นกับองค์ประกอบต่างๆ ที่ผ่านมาจะอยู่ในช่วงประมาณ 10,000-500,000 ปอนด์ ถ้าเป็นการร้องเรียนที่มีมูลค่าไม่เกินเพดานที่กำหนด Trusts จะเป็นผู้จ่ายเงินชดเชยทั้งหมด เมื่อมูลค่าของการร้องเรียนสูงกว่าเพดาน Trusts จะต้องจ่ายค่าชดเชยทั้งหมดสำหรับการร้องเรียนที่เกิดระหว่างปี 1995-1998 ส่วนกรณีที่เกิดตั้งแต่ปี 1998 เป็นต้นมา และมีมูลค่าสูงกว่า เพดานที่กำหนด Trusts จะต้องจ่ายเงินชดเชยในวงเงินสูงสุดที่ตกลงกันได้ และอีกร้อยละ 20 ของส่วนเกิน ที่เหลือจากนั้นจะใช้ประมาณจาก CNST⁷³

3.3.3 การชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด

การชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดในอังกฤษ เริ่มเป็นประเด็นพิจารณาในทางสาธารณะด้วยเหตุที่ผลกระทบเชิงลบของการใช้กลไกการฟ้องศาลปรากฏชัด และเป็นที่วิตกมากขึ้น มีการถกเถียงกันว่าระบบการฟ้องศาลมีข้อดีในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง โดยเฉพาะการลงโทษบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีการกระทำที่ประมาทเลินเล่อ จนทำให้เกิดการบาดเจ็บเสียหายกับผู้ป่วย ในทางทฤษฎีแล้วการฟ้องศาลจึงเป็นการปกป้องผู้ป่วย อย่างไรก็ตามพบว่าระบบการฟ้องศาลมีข้อบกพร่องอย่างมากไม่ว่าจะเป็นกระบวนการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมากใช้เวลานาน และเงินชดเชย

⁷² From “Medical Negligence and The NHS: An Economic Analysis.” by A. Towse & P. Danzon, 1999, *Office of Health Economics, London, UK*, 8(2), 93-101. Copyright 1999 by A. Towse & P. Danzon.

⁷³ From “The economics of clinical negligence for min England.” by G. Fenn & Rickman, 2004, *Royal Economic Society The Economic Journal*, 114, 272-292. Copyright 2004 by G. Fenn & Rickman.

ที่ได้รับ ไม่คุ้ม ข้อมูลจาก National Consumer Council พบว่าโดยเฉลี่ย 85% ของเงินชดเชยที่ผู้เสียหายได้รับหมด ไปกับค่าใช้จ่ายกระบวนการฟ้องร้อง ฯลฯ เป็นต้น⁷⁴

ข้อบกพร่องของระบบการฟ้องศาลที่เป็นที่วิพากษ์วิจารณ์มากขึ้นนี้เอง เป็นส่วนหนึ่งของการนำไปสู่การพิจารณาทางเลือกในการใช้ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดในปี 1973 รัฐบาลอังกฤษ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้น ชื่อ Royal Commission on Civil Liability and Compensation for Personal Injury หรือ The Pearson Commission คณะกรรมการดังกล่าวใช้เวลา 5 ปี ในการศึกษาปัญหาและมีข้อเสนอแนะหลายประการ หนึ่งในนั้น คือ การไม่เห็นด้วยกับการยกเลิกการใช้ระบบศาลในการตัดสินให้การชดเชยผู้เสียหาย คณะกรรมการดังกล่าว ยังเสนอว่ากรณีของเด็กที่บาดเจ็บหรือพิการอย่างรุนแรงควรได้รับการชดเชย โดยไม่ต้องคำนึงว่าความพิการนั้นมาจากความผิดพลาดของใคร ข้อเสนอแนะนี้เองที่ถือว่าการเคลื่อนไหวที่นำไปสู่ทิศทางของการแสวงหาทางออก โดยระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิด ซึ่งแม้ว่าข้อเสนอของคณะกรรมการชุดนี้จะไม่เห็นด้วยกับการใช้ระบบนี้กับการชดเชยความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์ แต่ก็มองเห็นคุณค่าประโยชน์และได้เสนอแนะให้รัฐบาลอังกฤษศึกษาประสบการณ์ของระบบชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิดในประเทศสวีเดนและนิวซีแลนด์เพื่อนำบทเรียนมาปรับใช้ประมาณ 10 ปี ต่อมา สมาคมแพทย์แห่งอังกฤษ (British Medical Association) ประกาศให้การสนับสนุนแนวคิดนี้ และในเดือนธันวาคม 1999 รัฐบาลอังกฤษโดยคณะกรรมการที่ชื่อ Health Select Committee ได้แสดงความสนใจกับการใช้ระบบการชดเชยความเสียหายแบบนี้ โดยเรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุขมีการศึกษาทบทวนและจัดพิมพ์ เผยแพร่ข้อมูลในเรื่องนี้ในปี 1999 ในการประชุมของสมาคมแพทย์อังกฤษที่เมืองเบลฟาสต์ได้มีรายงานว่าทั้งผู้ป่วยที่เป็นเหยื่อของความเสียหายและแพทย์ และระบบดังกล่าวได้นำมาใช้เฉพาะการจ่ายเงินช่วยเหลือความเสียหายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์

⁷⁴ จาก “การชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบเปรียบเทียบกรณีประเทศไทยกับอังกฤษ.” โดย พรเทพ อ่อนรัตน์, 2565, วารสารสหวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, 6(1), 45-59. ลิขสิทธิ์ 2565 โดย พรเทพ อ่อนรัตน์.

มีการศึกษาทบทวนและจัดพิมพ์เผยแพร่ข้อมูลในเรื่องนี้ในปี 1999 ในการประชุมของสมาคมแพทย์อังกฤษ ที่เมืองเบลฟาสต์ ได้มีรายงานว่าทั้งผู้ป่วยที่เป็นเหยื่อของความเสียหายและแพทย์ต่างเรียกร้องให้มีการนำระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิดมาใช้ นายแพทย์เดวิด พิคเกอร์สจิล ประธานคณะกรรมการด้านกฎหมายของสมาคมแพทย์อังกฤษได้เรียกร้องให้มีการใช้กลไกดังกล่าว โดยกล่าวว่า การฟ้องร้องแพทย์ในข้อหาที่เกี่ยวกับความเสียหายทางการแพทย์ กำลังกลายเป็นอุตสาหกรรมที่เติบโตอย่างมหาศาลให้กับผู้ประกอบการวิชาชีพกฎหมาย อย่างไรก็ตาม แม้อังกฤษจะไม่มีการใช้ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิดในการแก้ปัญหาการบาดเจ็บจากความผิดพลาดทางการแพทย์ แต่ก็พบว่า ระบบดังกล่าวนี้ มีการใช้ในเงื่อนไขอื่น คือ การชดเชยการบาดเจ็บในโรงงาน (Industrial Injuries Scheme) การชดเชยการบาดเจ็บจากอาชญากรรม (Criminal Injuries Compensation Scheme) และที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ ซึ่งครอบคลุมเฉพาะการจ่ายเงินช่วยเหลือความเสียหายจากการรับวัคซีน (Vaccine Damage Payment Scheme) แม้ว่าระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิดของอังกฤษจะยังไม่ถูกนำมาใช้อย่างเป็นทางการ ในการแก้ปัญหาความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์ โดยที่กลไกทางศาลยังเป็นกลไกหลัก และมีกลไกขององค์กรบริการสาธารณสุขแห่งชาติ คือ NHSLA ทำหน้าที่จัดการกับปัญหาอยู่กระนั้น วิฤติจากจำนวนการฟ้องร้องและมูลค่าความเสียหายที่เป็นผลกระทบที่ตามมาดูเหมือนจะทำให้แนวคิดการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิด กำลังเป็นประเด็นที่ได้รับการพิจารณาจากฝ่ายที่เกี่ยวข้องมากขึ้น ปัจจุบันนี้สังคมได้ตั้งคำถามเกี่ยวกับค่านิยมการจ่ายค่าชดเชยในศตวรรษที่ 21 นี้ในประเทศอังกฤษกันอย่างแพร่หลาย ระบุว่าค่านิยมดังกล่าวกำลังเป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อสาธารณสุข ความปลอดภัย โดยเฉพาะการกลัวการฟ้องร้องทางการแพทย์ ความกลัวนี้ทำให้ต้องมีการทำประกันกันอย่างกว้างขวางจนกลายเป็นเป็นธุรกิจอุตสาหกรรมไปแล้ว และมีการดำเนินคดีกันมากในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ทำให้ต้องมีการจัดการในการปรับปรุงกฎหมายและระบบการประกัน เช่นเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกาที่เบี้ยประกันได้สูงขึ้นมากจนวิฤติ ทำให้บางพื้นที่ไม่สามารถประกอบวิชาชีพแพทย์ได้ในบางสาขา เป็นเหตุให้ต้องหันมาทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวกับการจัดการการจ่ายค่าชดเชยที่มีอยู่ Lord Falconer เคยพูดว่าค่านิยมการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายนั้นคือการที่ทุก ๆ ครั้งของการเกิดความเสียหายขึ้นจะต้องมีคนที่ทำผิดและจะต้องจ่ายค่าชดเชย และนี่ไม่ใช่กฎหมายแต่เป็นค่านิยมตามความเข้าใจของสังคม แม้ว่าจะมีความพยายามที่จะปรับปรุงกฎหมาย โดยเฉพาะกฎหมายละเมิดแต่ก็ยังอยู่บนพื้นฐานของการฟ้องร้องเพื่อตอบสนองต่อค่านิยมของการเรียกร้องค่าชดเชยเมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นเสมอ ปัจจุบันได้มีหลายประเทศได้ออกกฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิดเป็นทางออกของการแก้ไขปัญหาดังกล่าวแตกต่างจากความ

พยายามตามแนวทางของประเทศสหรัฐอเมริกา การที่จะเปลี่ยนแปลง กฎหมายเพื่อตอบรับกับผลของค่านิยมของการเรียกร้องค่าชดเชยจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงในระดับที่เป็นรากฐาน⁷⁵

ดังนั้นสรุปได้ว่า ประเทศอังกฤษในปัจจุบันนี้ยังไม่มีกองทุนชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิด เพื่อประกันบุคคลที่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือเสียชีวิตที่เกิดจากการรักษาทางการแพทย์ (Personal Medical Injuries Compensation) แต่มีการจัดตั้งกองทุนการชดเชยการบาดเจ็บโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดกับการบาดเจ็บที่เกิดจากการอุตสาหกรรม และได้มีการออกกฎหมายชดเชยค่าเสียหายแก่บุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการได้รับวัคซีนจนเป็นเหตุให้เสียชีวิตหรือพิการอย่างรุนแรง ครอบคลุมทั้งมารดาและทารกอายุตั้งแต่ 2 ขวบขึ้นไป ชื่อเรียกกฎหมายนี้ว่า “The Vaccination Damage Payments Act 1979” ความเสียหายจากการให้วัคซีนจะ无需การพิสูจน์ความผิด (No Requirement to Prove Fault) เช่น วัคซีนโปลิโอ (Poliomyelitis) และวัคซีนหัดเยอรมัน (Rubella) เป็นต้น⁷⁶

⁷⁵ From *Compensation culture : coming or going? A review of civil and criminal liability for personal injury in the light of the Compensation Act 2006 and a number of recent court decisions. Proceedings of the Rics Roots rural research conference held on 17-18 March 2008* (p. 1-17), by C. de Silva, 2008, London: Trinity College. Copyright 2008 by C. de Silva.

⁷⁶ From *Optimality of no-fault medical liability systems* (p. 17-18), by T. Kao & R. Vaithianathan, 2010, Australian National University and University of Auckland. Copyright 2010 by T. Kao & R. Vaithianathan.

3.4 การเปรียบเทียบมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด

การเปรียบเทียบมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดระหว่างประเทศไทย ประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศสวีเดน และประเทศอังกฤษ ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 การเปรียบเทียบมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศ

กรณีศึกษา	ประเทศไทย	ประเทศนิวซีแลนด์	ประเทศสวีเดน	ประเทศอังกฤษ
1. ความครอบคลุมกลุ่มผู้เสียหาย	ชดเชยแต่เฉพาะผู้เสียหายที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือผู้เสียหายที่มีบัตรทองเท่านั้น โดยไม่คุ้มครองครอบคลุมไปถึงผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม ตลอดจนข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น	ครอบคลุมการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายได้กว้างขวาง แต่ก็มีข้อยกเว้นคือ 1) การบาดเจ็บจากการรักษาที่ทั้งหมดหรือเกิดตามมาจากสาเหตุที่เป็นสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอง 2) การบาดเจ็บจากการรักษาที่เกิดจากการที่ต้องตัดสินใจแบ่งปันทรัพยากรกับการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต	ไม่มีการแยกสิทธิการรักษา	ชดเชยความผิดพลาดจากการได้รับวัคซีน

ตารางที่ 3.1 การเปรียบเทียบมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศ (ต่อ)

กรณีศึกษา	ประเทศไทย	ประเทศนิวซีแลนด์	ประเทศสวีเดน	ประเทศอังกฤษ
1. ความครอบคลุมกลุ่มผู้เสียหาย (ต่อ)		3) การบาดเจ็บที่เกิดจากการ ยั่วยุหรือล่าช้าต่อการให้การ ยินยอมรับการรักษาอย่างไม่มี เหตุผลอันควร		
2. เพดานเงินช่วยเหลือเบื้องต้น	งบประมาณที่ได้รับ ร้อยละ 1 เป็นเงิน กองทุนสำหรับ ช่วยเหลือ ผู้ที่ได้รับความเสียหาย จากการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือ เบื้องต้น ช่วยเหลือสูงสุดเท่ากับ 200,000 บาท (กรณีเสียชีวิตหรือ ทุพพลภาพถาวร)	41 เปอร์เซ็นต์	ยื่นเรื่อง 10,000 รายต่อปี ได้รับการชดเชย 43-45 เปอร์เซ็นต์	ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของ ศาล

ตารางที่ 3.1 การเปรียบเทียบมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศ (ต่อ)

กรณีศึกษา	ประเทศไทย	ประเทศนิวซีแลนด์	ประเทศสวีเดน	ประเทศอังกฤษ
3. กำหนดระยะเวลาในการยื่นคำร้อง	ไม่เกิน 180 วัน แต่ถ้าหากผู้ป่วย ที่ไม่ได้รับความเสียหาย ไม่เห็นด้วยกับการ วินิจฉัยของหน่วยงาน ของรัฐ ผู้ป่วยที่ ได้รับความเสียหาย ก็มีสิทธิ์ที่จะร้องทุกข์ ภายใน 90 วัน นับตั้งแต่วันที่ ตนได้รับแจ้งผล การวินิจฉัยการนำ คดีขึ้นสู่ศาล โดยการฟ้อง	ไม่จำกัดเวลา	3 ปี ที่ทราบว่ามีสิทธิ หรือ 10 ปี นับจากเกิดเหตุ หลังจากตัดสินใจแล้ว มี เวลา 6 เดือนในการ อุทธรณ์	-

ตารางที่ 3.1 การเปรียบเทียบมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศ (ต่อ)

กรณีศึกษา	ประเทศไทย	ประเทศนิวซีแลนด์	ประเทศสวีเดน	ประเทศอังกฤษ
4. วิธีการจ่ายเงินชดเชย	ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษา พยาบาล แต่ไม่ใช่ความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพ หรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้น ซึ่งโรคนั้นได้รับการวินิจฉัยและรักษาตามมาตรฐานทั่วไป	ผู้เสียหายจะต้องดำเนินการยื่นคำร้องผ่านผู้ให้บริการสาธารณสุข เพื่อให้ส่งคำร้องไปยัง Medical Misadventure Unit (MMU) จากนั้น MMU ก็จะส่งเรื่องไปยังคณะที่ปรึกษาอิสระ เพื่อพิจารณาจ่ายค่าชดเชยจากกองทุน เพื่อการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข	ผู้รับบาดเจ็บกรอกแบบฟอร์มจากที่ทำการเขตหรือคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้ป่วย ส่งเรื่องให้กับคณะกรรมการพิจารณา	หลักการพื้นฐานการเยียวยาของประเทศอังกฤษขึ้นอยู่กับดุลพินิจของศาล โดยจะพิจารณาด้วยเหตุผลต่าง ๆ ว่าผู้เสียหายนั้นจะได้รับการเยียวยาหรือไม่ มีศาลจะเป็นผู้ใช้ดุลพินิจ มีข้อพิจารณาคือ ผู้เสียหายนั้นมีการได้รับการเยียวยา (Inadequacy of common law remedy) และผู้เสียหายนั้นเป็นผู้กระทำการขัดกับบทบัญญัติ (Maxims) ต่างๆ

ตารางที่ 3.1 การเปรียบเทียบมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศ (ต่อ)

กรณีศึกษา	ประเทศไทย	ประเทศนิวซีแลนด์	ประเทศสวีเดน	ประเทศอังกฤษ
5. บทบัญญัติและมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง/การใช้อำนาจศาล	บัญญัติไว้ในมาตรา 41 แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และ มาตรา 63 (7) แห่ง พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (แก้ไขเพิ่มเติมโดยมาตรา 30 แห่ง พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558) โดยให้จ่ายเป็นค่าชดเชยความเสียหายเบื้องต้น	ใช้กฎหมายประกันสังคมคุ้มครอง ตัดสิทธิการฟ้องศาลแพ่งและอาญา แต่ฟ้องศาลปกครองได้ กรณีกองทุนจ่ายค่าชดเชยไม่เป็นธรรม	ภายใต้กฎหมาย Patient Insurance System 19759 และต่อมาได้ตรา กฎหมาย Patient Injury Act 1997 หลังจากได้รับการชดเชยแล้ว ถ้าไม่พอใจผลการชดเชยของบริษัทประกัน สามารถฟ้องแพทย์ได้อีก และเงินที่รับชดเชยไปแล้ว เป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหม	The Vaccination Damage Payments Act 1979 ความเสียหายจากการให้วัคซีนจะไม่มี การพิสูจน์ความผิด (No Requirement to Prove Fault)

ตารางที่ 3.1 การเปรียบเทียบมาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศ (ต่อ)

กรณีศึกษา	ประเทศไทย	ประเทศนิวซีแลนด์	ประเทศสวีเดน	ประเทศอังกฤษ
6. เกณฑ์กำหนดความคุ้มครอง	ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ และกำหนดประเภทความเสียหาย ดังนี้ 1. เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร 2. สูญเสียอวัยวะหรือพิการ 3. บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง ซึ่งมีการกำหนดอัตราจ่ายเงินเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนหรือเป็นการช่วยเหลือทางด้านมนุษยธรรม มิใช่เป็นการชดเชยความเสียหาย	1. กลุ่มที่เป็นความผิดพลาดของเครื่องมือ หรือยา หรือความประมาท 2. กลุ่มที่เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้หากรักษาด้วยวิธีอื่น 3. กลุ่มที่เป็นเหตุสุดวิสัย แต่จำกัด เฉพาะผลเสียร้ายแรง	1. การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (ถ้าเป็นไปตามมาตรฐานแล้ว แม้บาดเจ็บรุนแรงก็ไม่ได้รับการ ชดเชย) 2. มีทางเลือกอื่นในกระบวนการรักษาที่สามารถหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บได้ 3. การชดเชยไม่รวมในกรณีที่เป็นการรักษาเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งถ้าไม่ช่วยเหลือจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ	1. กลุ่มได้รับผลกระทบจากการได้รับวัคซีนจนเป็นเหตุให้เสียชีวิตหรือพิการอย่างรุนแรง 2. การบาดเจ็บในโรงงาน 3. การบาดเจ็บจากอาชญากรรม

บทที่ 4

การวิเคราะห์ปัญหามาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองผู้เสียหาย

จากการศึกษามาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองผู้เสียหาย จากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด พบว่า ปัญหาความผิดพลาดในกระบวนการรักษาพยาบาลสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ทั้งจากความเสียหายที่เกิดจากความประมาทเลินเล่อของมนุษย์ ความบกพร่องของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ หรือระบบการทำงาน การประสานงาน การที่จะระบุตัวคนผิดในบางกรณีจึงเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ต้องใช้เวลานาน และอาจไม่เป็นธรรมกับตัวบุคคล ผู้ปฏิบัติงานที่บางครั้งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของปัจจัยแห่งความผิดพลาดนั้น โดยแม้แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมีระบบการแพทย์ที่ทันสมัยก็มีความเสี่ยงที่จะเกิดความเสียหายได้ เพียงแต่ความเสียหายที่เกิดขึ้นจะมากน้อยแตกต่างกันไป ดังนั้นการกล่าวหาและลงโทษบุคคลว่าเป็นผู้กระทำผิด นอกจากจะไม่ใช่การแก้ปัญหาอย่างตรงจุดแล้วยังบั่นทอนแรงจูงใจที่จะเรียนรู้จากความผิดพลาดเพื่อนำไปสู่การพัฒนาไม่ให้เกิดเหตุการณ์เช่นนั้นอีก

ดังนั้น เพื่อนำไปสู่การแก้ไข และให้ความช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดไม่ใช่ระบบที่สร้างขึ้นมาเพื่อปกป้องผู้ให้บริการสาธารณสุข แต่สร้างขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขให้ได้รับการชดเชยความเสียหายอย่างเป็นธรรมและรวดเร็ว และช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการสาธารณสุขกับผู้ให้บริการสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงได้ทำการการวิเคราะห์ปัญหามาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด ดังนั้นในบทนี้จะนำข้อมูลที่ทำการศึกษาจากบทที่ 1- 3 มาทำการวิเคราะห์ในประเด็นสำคัญต่างๆ เพื่อหาคำตอบ เป็นข้อสรุปเสนอแนะในบทต่อไป ซึ่งจะได้นำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

4.1 วิเคราะห์ปัญหาความครอบคลุมกลุ่มผู้เสียหาย

การชดเชยจะให้การชดเชยแต่เฉพาะผู้เสียหายที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือผู้เสียหายที่มีบัตรทองเท่านั้น ผู้ได้รับความเสียหายที่มีสิทธิประกันสุขภาพแบบอื่นจะไม่สามารถขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นี้ได้ กล่าวคือ ไม่คุ้มครองครอบคลุมไปถึงผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม ตลอดจนข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยยังคงมีปัญหการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุข ถึงแม้จะมีการนำระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบไว้ในกฎหมายไทยแต่การเยียวยาในกรณีต่างๆ ยังไม่ครอบคลุมและมีข้อจำกัดในการพิจารณาเงินชดเชยให้แก่ผู้เสียหายที่เกิดจากการใช้บริการสาธารณสุข

ในการนี้ให้คณะกรรมการมีหน้าที่จัดการให้บุคคลดังกล่าวสามารถได้รับบริการสาธารณสุขตามที่ได้ตกลงกันกับรัฐบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐแล้วแต่กรณี การกำหนดให้บุคคลตามวรรคหนึ่งประเภทใดหรือหน่วยงานใด ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัตินี้ได้เมื่อใด ให้เป็นไปตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา

มาตรา 10 บัญญัติว่า “ขอบเขตของสิทธิรับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม การขยายบริการสาธารณสุขตาม พระราชบัญญัตินี้ไปยังผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการ และคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกันให้คณะกรรมการจัดเตรียมความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิ ตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม และเมื่อได้ตกลงกันเกี่ยวกับความพร้อมให้บริการสาธารณสุขกับคณะกรรมการประกันสังคมแล้ว ให้คณะกรรมการเสนอรัฐบาลเพื่อตราพระราชกฤษฎีกากำหนดระยะเวลาการเริ่มให้บริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้แก่ผู้มีสิทธิดังกล่าว เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสองใช้บังคับแล้ว ให้สำนักงานประกันสังคมส่งเงินค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคมให้แก่กองทุนตามจำนวนที่คณะกรรมการและ คณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน

จากบทบัญญัติในมาตรา 9 และมาตรา 10 ทำให้การขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามบทบัญญัติมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงยังไม่คุ้มครองบุคคลเหล่านี้ แม้ว่าปัจจุบันกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ได้กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าใช้จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ โดยได้มีประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ ประกาศ ณ วันที่ 17 มกราคม 2561 ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม 2558 เป็นต้นไป ดังนั้น ผู้ป่วยประกันสังคมที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ในช่วงเวลาดังกล่าว และยังไม่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นใดๆ จะสามารถใช้สิทธิตามประกาศฉบับนี้ได้โดยมีผลย้อนหลังให้ โดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมฉบับนี้ได้กำหนดประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเช่นเดียวกับข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือ เบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ดังนั้น จึงมีเพียงผู้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองในการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

จากการศึกษามาตรการทางกฎหมายของต่างประเทศ พบว่า พระราชบัญญัติความเสียหายในผู้ป่วย ค.ศ. 1996 ของประเทศสวีเดน อันเป็นกฎหมายต้นแบบของร่างพระราชบัญญัติฯ นั้น เป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการประกอบเวชปฏิบัติ ได้รับการชดเชยโดยไม่มีการแยกสิทธิการรักษา พระราชบัญญัตินี้จึงมีบทบัญญัติให้สถานบริการทางการแพทย์ที่เป็นเอกชนต้องซื้อประกันจากบริษัทประกันภัยเอกชน ส่วนสถานบริการที่เป็นของรัฐ รัฐจะสนับสนุนงบประมาณค่าเบี้ยประกันผ่านกองทุนประกันภัยเพื่อการชดเชยผู้ป่วย (Swedish Patient Insurance Compensation Fund: SPICF) เท่ากับว่าสถานบริการทางการแพทย์ในประเทศสวีเดนมีประกันภัยความเสียหายจากการประกอบเวชปฏิบัติทั้งหมด ซึ่งเป็นข้อดีสำหรับประชาชนที่ไม่ต้องสับสนว่าสถานพยาบาลแห่งใดมีประกัน ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศนิวซีแลนด์ใช้ระบบหลักประกันสุขภาพรูปแบบเดียวหรือกองทุนเดียวตาม The Social Security Act 1938 กำหนดระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศนิวซีแลนด์ครอบคลุมประชาชนทุกคนภายในประเทศ โดยประชาชนไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

ดังนั้น เมื่อกลุ่มบุคคลนี้ได้รับความเสียหายความผิดพลาดทางตรงของพยาบาลหรือแพทย์ จึงจำเป็นต้องมีการร้องเรียนหรือฟ้องร้องเป็นคดีต่อศาล ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการค่อนข้างนาน และเกิดความระส่ำระสายอันดีระหว่างกัน

4.2 วิเคราะห์ปัญหาเพดานเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

จากการศึกษากฎหมายต่างประเทศเรื่องการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการด้านสุขภาพโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด พบว่า ประเทศนิวซีแลนด์มีการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด แต่มีการพิสูจน์ว่าเข้าเกณฑ์ Medical Error หรือ Medical Mishap หรือไม่ และมีการจำกัดและลดเพดานเงินชดเชย ซึ่งประชาชนนิวซีแลนด์ทุกคนจะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนผ่านระบบภาษี และภาษีร่วมในแผนการชดเชยอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นการประกันภาคบังคับ ผู้ไม่มีรายได้รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายให้ตามจริง ส่วนการประกันสุขภาพภาคเอกชนเป็นแบบสมัครใจ ไม่มีการเก็บเงินสมทบจากผู้ให้บริการ

สำหรับประเทศไทยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการด้านสุขภาพโดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ความผิดมาใช้ โดยเริ่มมีในกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการรักษาพยาบาลในสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้กระบวนการดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ต้องมีปัจจัยหลักที่สำคัญ คือ งบประมาณที่จะนำไปใช้ในการชดเชยความเสียหายนั้น จากการที่ประเทศไทยได้นำเอาหลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาใช้เป็นครั้งแรก โดยบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งมาตรา 41 บัญญัติว่า “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้กับผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด” โดยกำหนดประเภทความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 แบ่งเป็น

- (1) เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท
- (2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท
- (3) บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน 100,000 บาท

กรณีมีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์จนอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากับอัตราที่กำหนดในวรรคหนึ่ง (1) และหากมารดาได้รับความเสียหายอื่นด้วยก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายที่ได้รับนั้น

กรณีที่มีความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตามวรรคหนึ่ง (1) (2) และ (3) ได้ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสม

จะเห็นได้ว่าการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นข้างต้นเป็นการจ่ายให้กับเฉพาะผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ผู้ได้รับความเสียหายที่มีสิทธิประกันสุขภาพแบบอื่นจะไม่สามารถขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นี้ได้ และการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นก็เป็นเพียงการเยียวยาความเดือดร้อนเบื้องต้นเท่านั้น ไม่ใช่การชดเชยความเสียหายที่แท้จริง จึงยังไม่ถือว่าเป็นการเป็นธรรมกับผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ตามระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์

อย่างไรก็ตามกฎหมายนี้ยังไม่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ รวมถึงเพดานเงินชดเชยที่จ่ายกรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวรสูงสุดจำนวน 400,000 บาท หรือกรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 240,000 บาท และกรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 100,000 บาท โดยคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จ ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับคำร้องขอ ซึ่งยังคงไม่เพียงพอสำหรับผู้เสียหายบางรายการประกันความรับผิดชอบของผู้ประกอบ

วิชาชีพทางเวชปฏิบัติใช้หลักการในลักษณะเดียวกันกับการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิด เพียงแต่เปลี่ยนจากการที่รัฐเป็นผู้ถือเงินเป็นเอกชนเท่านั้น ทำให้เกิดการช่วยเหลือ และเยียวยาความทุกข์เบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและสามารถลดการร้องเรียนหรือฟ้องคดีเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายได้จำนวนหนึ่ง อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายมากและได้รับการเยียวยาในเบื้องต้นแล้ว ก็ยังคงมีการฟ้องร้องเรียกค่าชดเชยความเสียหายอยู่ ประกอบกับมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สามารถนำมาใช้ได้เฉพาะกลุ่มสำหรับผู้ใช้สิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น และแม้ว่าการเยียวยาความเสียหายดังกล่าวจะมีพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ได้กำหนดให้สามารถฟ้องร้องหน่วยงานของรัฐได้ แต่ก็เป็นการคุ้มครองเฉพาะบุคคลที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลรัฐและเป็นกรณีที่มีผู้กระทำผิดเท่านั้น ในขณะที่ความเสียหายจากการรักษาพยาบาลจำนวนหนึ่งไม่สามารถหาผู้กระทำผิดหรือป้องกันได้

เมื่อพิจารณาจำนวนเงินที่ผู้เสียหายจะได้รับแล้วจะเห็นว่าเป็นจำนวนเงินที่ค่อนข้างน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับความสูญเสียของผู้เสียหาย ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาค่าความทุกข์และสร้างความเป็นธรรมแก่ผู้เสียหายได้อย่างแท้จริง อีกทั้งการได้รับเงินช่วยเหลือที่ค่อนข้างน้อยและยังไม่เป็นการตัดสิทธิของผู้เสียหายในการที่จะใช้สิทธิทางศาลเพื่อเรียกค่าสินไหมทดแทนเพิ่มเติมในคดีแพ่ง และดำเนินคดีอาญากับผู้ให้บริการสาธารณสุขได้อีก ซึ่งจำนวนเงินที่จ่ายแก่ผู้เสียหายตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 เป็นเพียงเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งมีอัตราเงินที่ไม่เพียงพอต่อการเยียวยารักษาผู้เสียหายได้อย่างแท้จริง ทำให้ไม่อาจจัดข้อพิพาทได้อย่างเด็ดขาด โดยในทางปฏิบัติการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นไปเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของผู้รับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ว่ามีผู้กระทำความผิดหรือไม่ แต่จากข้อจำกัดของจำนวนเงินและหลักการของกฎหมายที่กำหนดให้หน่วยบริการจ่ายเงินเพียงเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเท่านั้น ไม่ได้เป็นการชดเชยความเสียหายตามความเป็นจริง จึงยังไม่สามารถจัดข้อพิพาทได้อย่างเด็ดขาด เป็นเพียงการบรรเทาความเสียหายเท่านั้น และยังไม่มีความมาตรการใดที่จะช่วยยุติข้อพิพาทได้อย่างเด็ดขาด ผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขยังสามารถใช้สิทธิฟ้องหรือร้องทุกข์ให้ดำเนินคดีอาญา และเรียกค่าสินไหมทดแทนทางแพ่งได้อีก ซึ่งไม่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้รับบริการสาธารณสุขกับผู้ให้บริการสาธารณสุข

การกำหนดจำนวนเงินที่จ่ายแก่ผู้เสียหายตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 และข้อ 5 ของประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงิน ช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ เป็นการกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเท่านั้น มิใช่เป็นการชดเชยความเสียหายตามความเป็นจริง ซึ่งมีอัตราเงินที่ไม่เพียงพอต่อการเยียวยาผู้เสียหายได้อย่างแท้จริง ทำให้ไม่อาจจัดข้อพิพาทได้อย่างเด็ดขาด โดยในทางปฏิบัติการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นไปเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของผู้รับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ว่ามีผู้กระทำความผิดหรือไม่ แต่จากข้อจำกัดของจำนวนเงินและหลักการของกฎหมายที่กำหนดให้หน่วยบริการจ่ายเงินเพียงเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเท่านั้น ไม่ได้เป็นการชดเชยความเสียหายตามความเป็นจริง จึงยังไม่สามารถจัดข้อพิพาทได้อย่างเด็ดขาด เป็นเพียงการบรรเทาความเสียหายเท่านั้น และยังไม่มีการใดที่จะช่วยยุติข้อพิพาทได้อย่างเด็ดขาด ผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขยังสามารถใช้สิทธิฟ้องหรือร้องทุกข์ให้ดำเนินคดีอาญา และเรียกค่าสินไหมทดแทนทางแพ่งได้อีก ซึ่งไม่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้รับบริการ สาธารณสุขกับผู้ให้บริการสาธารณสุข

ดังนั้น เมื่อผู้เสียหายได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุข ผู้เสียหายควรได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนทันที เพื่อให้ผู้เสียหายได้รับการเยียวยา และบรรเทาความเดือดร้อนอย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง ลดปัญหาความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น จึงควรกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้เป็นจำนวนเงินที่แน่นอนและไม่ควรนำเอาความรุนแรงของความเสียหาย และเศรษฐกิจของผู้เสียหายมาเป็นหลักเกณฑ์ในการพิจารณาวินิจฉัยกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แต่ความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นจะต้องไม่ใช่ความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค หรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว โดยให้มีคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในแต่ละจังหวัด (กองทุนช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการรับการรักษาพยาบาล) เป็นผู้พิจารณาจ่ายเงินทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่ได้รับความเสียหาย จากบริการสาธารณสุขได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว และนอกจากเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ดังกล่าวแล้ว ควรมีการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยความเสียหายที่แท้จริงให้กับผู้ที่ได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุขด้วย โดยนำหลักการเกี่ยวกับการชดเชยค่าสินไหมทดแทน

เพื่อละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาใช้ในการพิจารณา ซึ่งจะเป็นการชดเชยความเสียหายที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง และใกล้เคียงกับการฟ้องร้องเรียนคำสินไหมทดแทนในศาล ทั้งนี้เพื่อจะลดปัญหาการฟ้องร้อง เป็นคดีในชั้นศาล โดยมีคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในแต่ละจังหวัดเป็นผู้พิจารณาในเบื้องต้น แล้วรายงานต่อคณะกรรมการส่วนกลางเพื่อพิจารณาวินิจฉัยการจ่ายเงินชดเชยความเสียหายดังกล่าว

4.3 วิเคราะห์ปัญหาการกำหนดระยะเวลาในการยื่นคำร้อง

การระงับข้อพิพาททางเวชปฏิบัติโดยไม่ฟ้องร้องต่อศาล คือ การที่กฎหมายกำหนดให้มีการจ่ายเงินชดเชยแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการประกอบเวชปฏิบัติ เจตนารมณ์เพื่อให้ผู้เสียหายได้รับการเยียวยาอย่างรวดเร็วและไม่นำความเสียหายนั้นฟ้องร้องคดีต่อศาลอีก

จากการศึกษากฎหมายต่างประเทศ พบว่า ประเทศนิวซีแลนด์มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องจ่ายค่าชดเชยแก่ผู้เสียหาย ไม่มีระยะเวลาจำกัดการร้องเรียนหรือไม่มีอายุความ ทำให้มีปัญหาร้องเรียนบางเรื่องไม่จบเป็นระยะเวลา 20 ปี ซึ่งไม่สอดคล้องกับระบบชดเชยความเสียหาย โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบที่ต้องการให้ผู้เสียหายได้รับการเยียวยาโดยเร็ว ส่วนประเทศสวีเดนเมื่อมีระบบการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบดังกล่าวแล้ว ก็ทำให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยที่รวดเร็ว โดยผู้เสียหายร้อยละ 50 ได้รับการชดเชยภายใน 6 เดือน และภายใน 1 ปี ในขณะที่การยื่นฟ้องต่อศาลจะใช้เวลายาวนานหลายปี ดังนั้น จะเห็นได้ว่าระบบการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบของประเทศสวีเดน เป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถช่วยสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้รับบริการเป็นอย่างดี

สำหรับประเทศไทยหากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อเกิดความเสียหายจากเวชปฏิบัติ ผู้เสียหายสามารถขอรับเงินช่วยเหลือจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. 2545 โดยผู้ที่ขอรับเงินช่วยเหลือกรณีนี้ก็คือผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุขที่มีสิทธิตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าว มีขั้นตอนการขอรับเงินช่วยเหลือ ดังนี้

1) ผู้เสียหายหรือญาติยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เงินที่จ่ายให้ผู้รับบริการหรือญาติ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลในสถานประกอบการสาธารณสุขที่กำหนด โดยมีต้องรอการพิสูจน์ความผิด ภายใน 1 ปีนับแต่ทราบความเสียหาย

2) การยื่นคำร้องทำได้ 2 วิธี คือ

(1) ส่งคำร้องโดยไปรษณีย์ลงทะเบียน คณะกรรมการจะถือว่าวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นวันยื่นคำร้อง

(2) ยื่นคำร้องด้วยตนเองที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาซึ่งอยู่ในพื้นที่ของสถานประกอบการสาธารณสุขที่เกิดเหตุขึ้น โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขานี้จะมีประจำอยู่ทุกจังหวัด

3) การยื่นคำร้องจะเขียนตามรูปแบบที่กำหนดหรือไม่ก็ได้แต่ต้องมีชื่อ นามสกุลของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย ชื่อสถานประกอบการสาธารณสุขที่ก่อผลกระทบ วันที่เกิดความเสียหาย หรือวันที่ทราบความเสียหาย สถานที่หรือวิธีการที่สามารถติดต่อผู้เสียหาย หรือผู้ยื่นคำร้อง นอกจากนี้ควรแนบภาพถ่ายสำเนาเอกสารต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น สำเนาบัตรประชาชนสถานภาพของผู้เสียหายและภาพความเสียหาย เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาด้วย

4) ผู้พิจารณาคำร้องได้แก่คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในแต่ละสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ โดยเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งจากบุคคลที่มีประสบการณ์และมีความรู้ ความสามารถเหมาะสม จำนวน 5 – 7 คน

5) การพิจารณาเงินช่วยเหลือจะคำนึงถึงความรุนแรงและฐานะทางเศรษฐกิจของผู้เสียหายโดยจะจ่ายเงินช่วยเหลือหากเป็นความผิดพลาดทางสาธารณสุขที่ไม่ได้เกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือเป็นเหตุแทรกซ้อนที่เป็นปกติธรรมดาของโรคนั้น และได้มีการตรวจวินิจฉัย และรักษาตามมาตรฐานทั่วไปแล้ว

6) หลังการพิจารณาเสร็จสิ้นคณะกรรมการฯ จะส่งหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นคำร้องพร้อมแจ้งสิทธิในการยื่นอุทธรณ์

7) หากผู้เสียหายหรือญาติที่ยื่นคำร้องไม่เห็นด้วยกับคำพิจารณาของคณะกรรมการฯ สามารถยื่นคำร้องอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับผลคำร้อง โดยวิธีการ และสถานที่ยื่นคำร้องอุทธรณ์นั้นเช่นเดียวกันกับการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมเหตุผลที่ไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขานำคำร้องอุทธรณ์และผล คำวินิจฉัยครั้งแรกส่งไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณา วินิจฉัยอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา ซึ่งคำสั่งของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ถือเป็นที่สุด

8) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถได้เบี้ยเอาจากผู้ก่อให้เกิดผลกระทบได้ในลักษณะเดียวกันกับความรับผิดชอบในทางละเมิดของเจ้าหน้าที่

ในขั้นตอนการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิด มีการดำเนินการที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน ตั้งแต่เริ่มกระบวนการพิจารณาคดี จนกระทั่งศาลชั้นต้นมีคำพิพากษาและอาจมีการอุทธรณ์/ฎีกาต่อ ซึ่งต้องใช้เวลาหลายปี หากจำเลยไม่ชำระค่าเสียหายให้โจทก์ตามคำพิพากษาก็ต้องมีการบังคับคดี ยึดทรัพย์สินของจำเลยออกขายทอดตลาด ซึ่งต้องใช้เวลานาน รวมทั้งผู้รับบริการสาธารณสุขที่ได้รับการชดเชยความเสียหายจากโรงพยาบาลเอกชน หากต้องการการเยียวยาความเสียหายก็มีช่องทางเพียงการฟ้องร้องคดีต่อศาลเท่านั้น ดังนั้น การชดเชยเยียวยาตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงมีข้อจำกัดครอบคลุมเฉพาะผู้ใช้สิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น รวมทั้งวงเงินที่ให้แก่เป็นเพียงการชดเชยเบื้องต้นยังไม่ชดเชยผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งหมด ซึ่งกรอบของระบบการจ่ายเงินชดเชยผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่ดีควรมีลักษณะที่การดำเนินการง่ายและรวดเร็ว จ่ายเงินชดเชยให้ผู้ได้รับความเสียหายโดยตรง มีความเสมอภาค การตัดสินใจมีความยุติธรรม มีประสิทธิภาพ

4.4 วิเคราะห์ปัญหาวิธีการจ่ายเงินชดเชย

จากการศึกษาการนำระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดของประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศสวีเดน และประเทศอังกฤษ พบว่า ในประเทศนิวซีแลนด์นั้นจะไม่นำระดับความรุนแรงของความเสียหายมาใช้ในการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยในกรณีผู้เสียหายได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข แต่ได้มีการกำหนดค่าใช้จ่ายที่ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขจะได้รับเงินชดเชย โดยจะครอบคลุมค่าชดเชยทั้งการดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จำเป็นระหว่างที่มีการบาดเจ็บ สำหรับการบาดเจ็บส่วนบุคคลที่ได้รับการคุ้มครอง ได้แก่

การเสียชีวิต การบาดเจ็บทางกาย การบาดเจ็บทางจิตใจที่เกี่ยวข้องจากการบาดเจ็บทางร่างกาย ความเสียหายต่องานพันธุกรรมประดิษฐ์ ทุกชนิด นอกจากนี้ยังมีเงินก้อนสำหรับชดเชยในกรณีเสียหายหรือพิการถาวร แต่มีการจำกัดเพดานสูงสุดเอาไว้ รวมทั้งค่าทำศพและเงินก้อนชดเชยสำหรับคู่สมรสและบุตรในรายที่เสียชีวิต ในประเทศสวีเดนนั้น มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยความเสียหายโดยขึ้นอยู่กับธรรมชาติและความรุนแรงของความเจ็บป่วยหรือความเสียหายขึ้นอยู่กับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความน่าจะเป็นของการติดเชื้อประกอบกัน และได้กำหนดให้มีการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายโดยอ้างอิงจากหลักการชดเชยความเสียหายที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่

ซึ่งการจ่ายค่าชดเชยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ความเสียหายที่เป็นตัวเงิน และความเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงิน โดยความเสียหายที่เป็นตัวเงินครอบคลุมถึงการสูญเสียรายได้และค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น เนื่องจากการได้รับความเสียหาย แต่ไม่ครอบคลุมการชดเชยตามกฎหมายอื่นและกรรมธรรม์ประกันอื่น ความเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงิน จะชดเชยสำหรับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ความพิการ การเสียโฉม และการสูญเสียความสะดวกสบาย ระดับของการสูญเสียกำหนดตามประเภทของความเสียหาย ความรุนแรง และระยะเวลา ในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตครอบครัวจะมีสิทธิได้รับค่าฌาปนกิจ และค่าขาดรายได้อุปการะ โดยผู้เรียกร้องอาจรับเงินชดเชยเป็นเงินก้อน เนื่องจากความพิการถาวร การชดเชยการสูญเสียความสามารถในการทำงาน การชดเชยการสูญเสียรายได้และการสูญเสียสิทธิการได้รับบำนาญในอนาคต เนื่องจากความเสียหายทางการแพทย์ ดังนั้น ทั้งประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศสวีเดนจึงได้มีการชดเชยความเสียหายที่ครอบคลุมความเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ความผิด

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทยกรณีการจ่ายเงินช่วยเหลือสำหรับผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แล้ว จะเห็นว่ายังไม่ได้ให้ความสำคัญคุ้มครองแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลอย่างครอบคลุมเหมาะสมและเป็นธรรม จึงควรที่จะต้องมีการพิจารณารูปแบบการบริหาร จัดการการคุ้มครองผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ให้เป็นไปด้วยความเหมาะสม การดำเนินการง่ายและรวดเร็ว มีความยุติธรรม เสมอภาค คุ้มครอง ประชาชนได้อย่างแท้จริง และเกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการสาธารณสุข และให้บริการสาธารณสุข ลดปัญหาการร้องเรียนหรือฟ้องร้องดำเนินคดีในศาลตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

จากการเปรียบเทียบระหว่างการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิดกับการพิสูจน์ความผิดนั้นจำเป็นต้องเปรียบเทียบผลดีผลเสียและทางแก้ปัญหาแต่ละวิธี คือ กรณีที่มีการพิสูจน์ความผิดจะทำให้ผู้กระทำความผิดต้องเป็นผู้ชดเชย แต่กระบวนการพิสูจน์จะทำให้ผู้ได้รับค่าชดเชยความเสียหายล่าช้าไม่ทันต่อการบรรเทาความเดือดร้อน ทางแก้คือ ขยายวงเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้อดีคืออย่างคือ นำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขแต่ทำให้มีข้อเสียคือ กระบวนการประกอบวิชาชีพและประชาชนเดือดร้อน แก้ไขโดยปฏิรูปการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรการเพื่อความปลอดภัย ปฏิรูปกฎหมายต่างๆ เช่น จำกัดเพดานการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายที่ไม่อาจคิดเป็นตัวเงิน จำกัดค่าขึ้นศาล ค่าทนายความหรือให้ผู้ได้รับค่าชดเชยความเสียหายหักคืนเงินบางส่วน เป็นต้น หรือแนวทางการปฏิรูปกฎหมายต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับกระบวนการประกอบวิชาชีพเช่นเดียวกับที่ประเทศสวีเดนดำเนินการดังกล่าว ความสำเร็จของแบบแผนการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิดรูปแบบสวีเดนจึงเป็นรูปแบบ (Mode) ที่ประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้หยิบยกขึ้นเพื่อศึกษาว่าเหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาของประเทศนั้นๆ ด้วยหรือไม่ สำหรับการไม่พิสูจน์ความผิดนั้นก็มีข้อดีคือ ได้ช่วยเหลือเร็วและลดการฟ้องร้อง แต่ต้องจ่ายเงินจำนวนมาก และการที่ผู้กระทำความผิดไม่ได้รับการพิสูจน์ความผิดก็จะไม่ได้มีการปรับปรุงที่สาเหตุเพื่อแก้ไข ทางแก้คือ การจำกัดขอบเขตการจ่ายค่าชดเชยและยังมีมาตรการตรวจสอบอื่นๆ ที่สามารถสะท้อนปัญหาเพื่อเพิ่มมาตรการเพื่อความปลอดภัยได้

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ร่างพระราชบัญญัติฯ ควรกำหนดแนวทางการจ่ายเงินเข้ากองทุนคุ้มครองผู้เสียหายฯ ของสถานพยาบาลเอกชนให้ชัดเจน ได้แก่ การบัญญัติให้สถานพยาบาลเอกชนที่เป็นหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และหรือเป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม จะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา 18 ด้วย เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชน ไม่ก่อให้เกิดความสับสนในกระบวนการร้องขอเงินชดเชยและมีแนวปฏิบัติอย่างเดียวกันในสถานพยาบาลเดียวกัน ในส่วนของสถานพยาบาลเอกชน นอกเหนือจากนี้หากไม่ประสงค์จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนคุ้มครองผู้เสียหายฯ ควรมีบทบัญญัติให้ต้องทำประกันภัยความเสียหายจากการประกอบวิชาชีพโดยมีทุนประกันภัยไม่น้อยกว่าที่กองทุนคุ้มครองผู้เสียหายฯ จะจ่ายให้ด้วย

4.5 วิเคราะห์ปัญหาการจ่ายค่าชดเชยไล่เบียดผู้กระทำความผิด

การไล่เบียดแก่ผู้กระทำความผิดที่ก่อให้เกิดความเสียหายได้ ซึ่งมาตรานี้เป็นบทบัญญัติที่ขัดกับเจตนารมณ์ของมาตรา 41 อย่างชัดเจน เนื่องจากต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบเพื่อหาตัวผู้กระทำความผิด ก่อให้เกิดความกังวลต่อผู้ประกอบการวิชาชีพอย่างมาก แม้ปฏิเสธไม่ได้ว่าความผิดพลาดส่วนหนึ่งมาจากบุคคล แต่การพิจารณาตัดสินผิดหรือถูกควรเป็นหน้าที่ขององค์กรวิชาชีพต่างๆ ที่ควบคุมดูแล ไม่ควรให้คณะกรรมการต่างๆ ที่เกิดจากพระราชบัญญัติฉบับนี้มาตัดสิน และในกฎหมายฉบับนี้ไม่ควรกำหนดเรื่องการไล่เบียดไว้ อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการไล่เบียดเลยหรือแม้มีการพยายามไล่เบียดก็อาจไม่มีผลในทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้ก่อให้เกิดความเสียหาย เนื่องจากการคุ้มครองจากพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ซึ่งมุ่งคุ้มครองผู้ที่ปฏิบัติงานให้หน่วยงานของรัฐ มิได้มุ่งคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการของรัฐ โดยบัญญัติว่าหน่วยงานราชการอาจไล่เบียดจากเจ้าหน้าที่ของรัฐได้ ถ้าหน่วยงานราชการได้จ่ายเงินทดแทนให้แก่ผู้เสียหาย แต่ไล่เบียดได้เฉพาะกรณีเจ้าหน้าที่ของรัฐกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเท่านั้นถ้าประมาทไม่ร้ายแรงก็ไล่เบียดไม่ได้ ดังนั้น มาตรา 42 จึงไม่มีสภาพบังคับในตัวเอง ต้องนำพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 มาใช้บังคับประกอบด้วย แต่สำหรับภาคเอกชนแล้วโอกาสถูกไล่เบียดถึงตัวบุคคลสูงมากแม้เป็นการประมาทธรรมดา เนื่องจากไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายนี้ เมื่อเทียบกับในต่างประเทศแล้ว ระบบการชดเชยแบบครอบคลุมเฉพาะกรณีในบางประเทศไม่ได้เคร่งครัดนักกับการพิสูจน์สาเหตุ โดยมุ่งให้การคุ้มครองคนจำนวนมากแต่จำกัดค่าชดเชยที่ผู้เสียหายจะได้รับ เป็นระบบที่บางทีเรียกว่า การบรรเทาความเดือดร้อนมากกว่าการชดเชยอย่างเต็มที่กับความเสียหายที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ในบางประเทศค่าขอชดเชยอาจได้รับการพิจารณาเพียงการชั่งน้ำหนักถึงความเป็นไปได้ของเหตุการณ์เท่านั้น

กระบวนการไล่เบียดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องใช้ผลการไล่เบียดของหน่วยงานตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 เห็นว่าเมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไปแล้วก็ชอบที่จะไล่เบียดจากหน่วยบริการตามจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จ่ายไป ตามมาตรา 42 โดยไม่จำเป็นต้องรอผลการเรียกให้ชดเชยค่าสินไหมทดแทนของหน่วยงานของรัฐตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ แต่การไล่เบียดดังกล่าวต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขว่า

หาผู้กระทำผิดได้ ดังนั้นเมื่อหาผู้กระทำผิดได้แล้วเช่นจากคำพิพากษาผลการวินิจฉัยของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือผลการพิจารณาข้อเท็จจริงอื่นใดปรากฏว่าผู้ใดเป็นผู้กระทำผิด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงสามารถใช้สิทธิไล่เบี้ยได้ การกระทำของเจ้าหน้าที่ทำให้เกิดความเสียหายเกิดจากเจ้าหน้าที่หลายคนการแบ่งความรับผิดชอบจะมีวิธีการดำเนินการอย่างไร และใครเป็นผู้มีอำนาจพิจารณานั้นเห็นว่าเมื่อได้พิจารณาในประเด็นแล้วว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องใช้สิทธิไล่เบี้ยเอาแก่หน่วยงานของรัฐซึ่งเป็นต้นสังกัดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงไม่สามารถใช้สิทธิไล่เบี้ยโดยตรงจากเจ้าหน้าที่ของรัฐได้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีดุลพินิจในการใช้สิทธิไล่เบี้ยเมื่อปรากฏว่ามีผู้กระทำผิดโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำวินิจฉัยถึงที่สุดแล้วเท่านั้น ได้หรือไม่เห็นว่าการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นกองทุนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการตามมาตรา 38 ดังนั้นเมื่อหาผู้กระทำผิดได้ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการแล้วสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องใช้สิทธิไล่เบี้ยเอาแก่ผู้กระทำผิดด้วย

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 คือการที่เจ้าหน้าที่ดำเนินการต่าง ๆ ของหน่วยงานของรัฐนั้น หาได้เป็นไปเพื่อประโยชน์เป็นการเฉพาะตัว การปล่อยให้ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ ในกรณีที่ปฏิบัติงานในหน้าที่และเกิดความเสียหายแก่เอกชน เป็นไปตามหลักกฎหมายเอกชนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ จึงเป็นการไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดว่าเจ้าหน้าที่จะต้องรับผิดในการกระทำต่าง ๆ เป็นการเฉพาะตัวเสมอไป เมื่อการที่นำไปทำให้หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอกเพียงใดก็จะมี การฟ้องร้องไล่เบี้ยเอาจากเจ้าหน้าที่เต็มจำนวนนั้น ทั้งที่บางกรณีเกิดขึ้นโดยความไม่ตั้งใจหรือความผิดพลาดเพียงเล็กน้อยในการปฏิบัติหน้าที่ นอกจากนั้นยังมีการนำหลักเรื่องลูกหนี้ร่วมในระบบกฎหมายแพ่งมาใช้บังคับให้เจ้าหน้าที่ต้องรับผิดในการกระทำของเจ้าหน้าที่ผู้อื่นด้วย ซึ่งระบบนั้นมุ่งหมายแต่จะได้เงินครบโดยมิคำนึงถึงความเป็นธรรมที่จะมีต่อแต่ละคน กรณีเป็นการก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่เจ้าหน้าที่และเป็นการบั่นทอนกำลังใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่ด้วย จนบางครั้งกลายเป็นปัญหาในการบริหาร เพราะเจ้าหน้าที่ไม่กล้าตัดสินใจดำเนินงานเท่าที่ควร เพราะเกรงความรับผิดชอบที่จะเกิดแก่ตน อนึ่งการให้ทุนให้โทษแก่เจ้าหน้าที่เพื่อควบคุมการทำงานของเจ้าหน้าที่ยังมีวิธีการในการบริหารงานบุคคลและการดำเนินการทางวินัยกำกับดูแลอีก ส่วนหนึ่งอันเป็นหลักประกันมิให้เจ้าหน้าที่ทำการใด ๆ โดยไม่รอบคอบอยู่แล้ว ดังนั้น จึงสมควรกำหนดให้

เจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบละเมิดในการปฏิบัติงานในหน้าที่ เฉพาะเมื่อเป็นการจงใจกระทำเพื่อการเฉพาะตัว หรือจงใจให้เกิดความเสียหายหรือประมาทเลินเล่อ อย่างร้ายแรงเท่านั้น และให้แบ่งแยกความรับผิดชอบของแต่ละคนมิให้นำหลักลูกหนี้ร่วมมาใช้บังคับ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและเพิ่มพูนประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของรัฐ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ นอกจากนี้กฎหมายยังกำหนดเงื่อนไขการใช้สิทธิไล่เบี้ยระหว่างเจ้าหน้าที่กับหน่วยงานของรัฐ กรณีที่เจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานของรัฐได้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายไปแล้วด้วย



บทที่ 5

บทสรุป และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษามาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด มีบทสรุป และข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.1 บทสรุป

การระงับข้อพิพาททางเวชปฏิบัติโดยกระบวนการทางเลือกเป็นวิธีที่นิยมใช้ในหลาย ๆ ประเทศ แต่ละประเทศมีรูปแบบที่แตกต่างกันไปตามบริบทของวัฒนธรรม สังคมและเศรษฐกิจของประเทศนั้นๆ ซึ่งในประเทศไทยเองก็มีกฎหมายหลายฉบับที่บัญญัติโดยมีเจตนาที่จะระงับข้อพิพาททางเวชปฏิบัติได้โดยไม่ต้องนำข้อพิพาทไปฟ้องร้องต่อศาล กล่าวคือ การชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด เป็นวิธีการที่ถือตามหลักการที่ว่าผู้ประกอบการเวชปฏิบัติไม่มีเจตนาที่จะก่อให้เกิดความเสียหายกับผู้ป่วย ดังนั้นหากมีความผิดพลาดเกิดขึ้น จึงไม่จำเป็นต้องมุ่งหาว่าความผิดเกิดจากใคร แต่มุ่งหาสาเหตุเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดขึ้นอีก และที่สำคัญที่สุดคือ การชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเพื่อลดอารมณ์ของความสูญเสีย อันจะนำไปสู่การเกิดข้อพิพาทได้

การชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดของแต่ละประเทศมีวิธีการที่แตกต่างกันไป โดยประเทศที่ถือเป็นต้นแบบของวิธีการนี้คือ ประเทศสวีเดน มีการตั้งกองทุนประกันภัยเพื่อการชดเชยผู้ป่วย และกองทุนชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการใช้ยา หลักการคือเมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้น ผู้เสียหายสามารถร้องขอรับค่าชดเชยได้ทันที เมื่อรับค่าชดเชยแล้วผู้เสียหายจะไม่สามารถฟ้องร้องได้อีก ในประเทศอังกฤษ ใช้วิธีการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดเป็นบางกรณี เช่น ความเสียหายที่เกิดจากการได้รับวัคซีนในประเทศอังกฤษ หรือการชดเชยในกรณีความเสียหายทางสมองอันเนื่องมาจากการคลอด ในรัฐเวอร์จิเนียและรัฐฟลอริดา ส่วนในประเทศไทยนั้นมีการนำวิธีการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมา บัญญัติเป็นกฎหมายได้แก่ มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และ มาตรา 63 (7) แห่งพระราชบัญญัติ

ประกันสังคม พ.ศ. 2533 (แก้ไขเพิ่มเติมโดยมาตรา 30 แห่ง พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558)

การจ่ายค่าชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยการไม่พิสูจน์ความผิดทางแพ่งแม้จะสามารถกระทำได้นั้นแต่ผู้ให้บริการยังมี โอกาสถูกฟ้องดำเนินคดีอาญาได้ วัตถุประสงค์ความรับผิดชอบทางอาญาแตกต่างจากความรับผิดชอบทางแพ่งเพื่อชดเชยค่าเสียหาย แต่ในทางอาญามี วัตถุประสงค์เพื่อปกป้องสังคมเป็นหลัก ปัจจุบันก็มีแนวคิดวัตถุประสงค์ในการลงโทษทางอาญามี 4 กรณี ได้แก่ การลงโทษเพื่อป้องกันการกระทำความผิดอีก เพื่อยับยั้งไม่ให้เกิดการก่ออันตราย เพื่ออบรมสั่งสอนให้ทั้งผู้กระทำผิดและสังคมได้รับรู้ว่าการกระทำใดเป็นการกระทำที่ผิด และเพื่อฟื้นฟูเพื่อคืนผู้กระทำผิดให้แก่สังคม ดังนั้นปัจจุบันจึงเป็นการให้โอกาสต่อผู้กระทำความผิดเป็นสำคัญเพื่อให้สามารถกลับเข้าสู่สังคมและโดยเฉพาะบุคลากรที่มีความจำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อสังคม ในภาวะขาดแคลนบุคลากรดังกล่าวนี้ ในทางตรงกันข้ามแนวคิดในการลงโทษเพื่อแก้ไขปรับปรุงผู้กระทำความผิดในกรณีประเภทเลวอย่างร้ายแรงก็สามารถทำให้ผู้กระทำความผิดมีความระมัดระวังมากขึ้นได้ แต่กรณีประเภทเลวอย่างร้ายแรง ๆ ไปที่เกิดจากการกระทำโดยพลั้งเผลอซึ่งอาจเกิดกับบุคคลทุกคน แนวคิดในการลงโทษเพื่อปรับปรุงแก้ไขผู้กระทำความผิดอาจจะขาดประสิทธิภาพ การป้องกันมิให้เกิดความเสียหายอันเนื่องมาจากความผิดพลาดทางการแพทย์ โดยพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรการป้องกันความเสี่ยงเป็นทางออกที่เหมาะสมมากกว่าการดำเนินคดีอาญาเพื่อปรับปรุงแก้ไขผู้กระทำความผิด ดังนั้นแม้จะไม่มี การพิสูจน์ความผิดก็สามารถดำเนินการสะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ให้บริการทราบถึงสาเหตุของความผิดพลาดทางการแพทย์ ที่ก่อให้เกิดความเสียหาย เพื่อการพัฒนามาตรการเพื่อความปลอดภัยได้เหมาะสมกว่าการใช้สิทธิการฟ้องคดีอาญานั้น แตกต่างจากการใช้สิทธิทางแพ่งที่ผู้เสียหายสามารถเลือกได้ว่าจะใช้สิทธิหรือไม่ แต่ในคดีอาญารัฐเป็นผู้กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นมาตรฐานการควบคุม

นอกจากการที่ไม่พิสูจน์ความผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญากรณิดังกล่าวแล้วนั้น ผู้วิจัยยังเห็นว่าการสะท้อนกลับเพื่อแก้ไขผู้ให้บริการและป้องกันการเกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ซ้ำนั้น ยังมีหน่วยงานที่พิจารณาความผิดของการให้บริการอีก ได้แก่ การพิจารณาคดีจริยธรรมโดยสภาวิชาชีพ ด้านสุขภาพ ที่ผู้ประกอบวิชาชีพมีวิชาชีพสำหรับสถานพยาบาลจะได้รับการพิจารณาจากผู้บังคับบัญชาในระดับที่สูงขึ้นไป หากเป็นภาครัฐ ส่วนภาคเอกชนก็มีกองประกอบโรคศิลปะที่มีหน้าที่พิจารณาคดีของสถานพยาบาลเอกชน เพื่อจะได้มีการสะท้อนกลับเพื่อให้มีการปรับปรุงมาตรการเพื่อความปลอดภัย และอาจจะต้องได้รับโทษทางจริยธรรมโดยสภาวิชาชีพ แม้ความ

เสียหายส่วนใหญ่จะเกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่เช่นเดียวกันที่เป็นความเสียหายที่สามารถป้องกันได้หรือหลีกเลี่ยงได้ และเมื่อได้นำเอาแบบแผนการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิดมาใช้ การไม่พิสูจน์ความผิดอาจจะไม่สามารถทำให้ผู้ให้บริการและสถานพยาบาลพัฒนาแก้ไขปัญหาข้อบกพร่องที่ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างจริงจัง การสะท้อนกลับเพื่อให้มีการปรับปรุงสร้างมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต้องมีปรากฏอยู่ในแบบแผนการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิดของประเทศในกลุ่มประเทศนิวซีแลนด์

จากการศึกษาวิเคราะห์ได้ผลว่าการนำระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิดมาใช้ ผู้เสียหายได้รับการเยียวยา เป็นการบรรเทาความโกรธแค้นที่ต้องได้รับความเสียหายหรือสูญเสีย และการสื่อสารที่เหมาะสมที่ควรจะทำให้ผู้เสียหายเข้าใจกระบวนการรักษาพยาบาลและทราบถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้เสียหายมีความคิดที่จะฟ้องร้องลดน้อยลง อย่างไรก็ตามกฎหมายที่ใช้ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิดในประเทศไทย รวมถึงกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องยังต้องมีการพัฒนาอีกมาก เพื่อให้ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้ประกอบเวชปฏิบัติกลับมาดีดังเช่นในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากความสัมพันธ์นี้ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรในประเทศด้วย

ซึ่งผู้ศึกษาสรุปปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับประเด็นปัญหามาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด โดยผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ปัญหา โดยแบ่งเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

1) ความครอบคลุมกลุ่มผู้เสียหาย

การชดเชยตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จะให้การชดเชยแต่เฉพาะผู้เสียหายที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือผู้เสียหายที่มีบัตรทองเท่านั้น โดยไม่คุ้มครองครอบคลุมไปถึงผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม ตลอดจนข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยยังคงมีปัญหการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขถึงแม้จะมีการนำระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมาใช้ ในกฎหมายไทยแต่การเยียวยาในกรณีต่างๆ ยังไม่ครอบคลุมและมีข้อจำกัดในการพิจารณาเงินชดเชยให้แก่ผู้เสียหายที่เกิดจากการใช้บริการสาธารณสุข

2) เพดานเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้มีการกักเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดไม่ได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทำให้เกิดการช่วยเหลือ และเยียวยาความทุกข์เบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและสามารถลดการร้องเรียนหรือฟ้องคดีเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายได้จำนวนหนึ่ง อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายมาก และได้รับการเยียวยาในเบื้องต้นแล้ว ก็ยังคงมีการฟ้องร้องเรียกค่าชดเชยความเสียหายอยู่ รวมถึงเพดานเงินชดเชยที่จ่ายกรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพาวารสูงสุดจำนวน 400,000 บาท ยังคงไม่เพียงพอสำหรับผู้เสียหาย บางรายการประกันความรับผิดของผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชปฏิบัติใช้หลักการในลักษณะเดียวกันกับการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิด เพียงแต่เปลี่ยนจากการที่รัฐเป็นผู้ถือเงินเป็นเอกชน

3) การกำหนดระยะเวลาในการยื่นคำร้อง

ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง มีขั้นตอนการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิด ที่ต้องดำเนินการที่ใช้เวลาก่อนข้างนาน รวมทั้งผู้รับบริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากโรงพยาบาลเอกชน หากต้องการการเยียวยาความเสียหาย มีเพียงช่องทางการฟ้องร้องคดีต่อศาลเท่านั้น

4) วิธีการจ่ายเงินชดเชย

ประเทศไทยกรณีการจ่ายเงินชดเชยสำหรับผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แล้ว จะเห็นว่ายังไม่ได้ให้ความคุ้มครองแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลอย่างครอบคลุมเหมาะสมและเป็นธรรม การจ่ายค่าชดเชยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ความเสียหายที่เป็นตัวเงิน และความเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงิน ชดเชยตามระดับของการสูญเสียกำหนดตามประเภทของความเสียหาย ความรุนแรง และระยะเวลาในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตครอบครัวจะมีสิทธิได้รับค่าฌาปนกิจ และค่าเช่าไว้อุปการะ โดยผู้เรียกร้องอาจรับเงินชดเชยเป็นเงินก้อน เนื่องจากความพิการถาวร การชดเชยการสูญเสียความสามารถในการทำงาน การชดเชยการสูญเสียรายได้และการสูญเสียสิทธิการได้รับบำนาญในอนาคต เนื่องจากความเสียหายทางการแพทย์

5) การจ่ายค่าชดเชยไล่เบียดผู้กระทำความผิด

การที่เจ้าหน้าที่ดำเนินการต่าง ๆ ของหน่วยงานของรัฐนั้น หากได้เป็นไปเพื่อประโยชน์เป็นการเฉพาะตัว การปล่อยให้ความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ ในกรณีที่ปฏิบัติงานในหน้าที่และเกิดความเสียหายแก่เอกชน เป็นไปตามหลักกฎหมายเอกชนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ จึงเป็นการไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดว่าเจ้าหน้าที่จะต้องรับผิดชอบในการกระทำต่าง ๆ เป็นการเฉพาะตัวเสมอไป เมื่อการที่นำไปทำให้หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอกเพียงใดก็จะมีภาระฟ้องร้อง ไล่เบียดเอาจากเจ้าหน้าที่เต็มจำนวนนั้น ทั้งที่บางกรณีเกิดขึ้นโดยความไม่ตั้งใจหรือความผิดพลาดเพียง เล็กน้อยในการปฏิบัติหน้าที่ นอกจากนั้นยังมีการนำหลักเรื่องลูกหนี้ร่วมในระบบกฎหมายแพ่งมาใช้บังคับ ให้เจ้าหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในการกระทำของเจ้าหน้าที่ผู้อื่นด้วย ซึ่งระบบนั้นมุ่งหมายแต่จะได้เงินครบโดย มิคำนึงถึงความเป็นธรรมที่จะมีต่อแต่ละคน

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาค้นคว้ามาตรการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด ผู้ศึกษาพบว่ามีข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.2.1 กรณีผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม ตลอดจนข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองในการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขควรมีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการรับการรักษาพยาบาล โดยเป็นกองทุนที่ดูแลในทุกระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนชาวไทยทุกประเภท

5.2.2 ควรออกกฎหมายเป็นระเบียบแบบแผนมาใช้ในประเทศไทย รูปแบบที่ควรจะเป็นคือ โมเดลของประเทศสวีเดนเป็นหลัก คือ การจ่ายค่าชดเชยเฉพาะความเสียหายที่สามารถป้องกันได้ หรือหลีกเลี่ยงได้เท่านั้น มิใช่จ่ายทุกกรณีเป็นการบรรเทาทุกข์เหมือนประเทศนิวซีแลนด์ เพราะคำนึงถึงความขาดแคลนงบประมาณของประเทศไทย แต่ต้องมีฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการจ่ายค่าชดเชยด้วย เช่น สถานพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ รวมทั้งหักบางส่วนจากมูลค่าความเสียหายที่ผู้เสียหายได้รับการชดเชยความเสียหายร่วมเป็นเงินกองทุนด้วย เมื่อคำนึงถึงระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยแตกต่างจากประเทศสวีเดนที่ประเทศสวีเดนมีการเก็บภาษีในอัตราที่สูงมาก

5.2.3 ควรออกกฎหมายโดยการกำหนดให้มีขั้นตอนการไกล่เกลี่ยที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ได้รับความเสียหายจากการรับการรักษาพยาบาลและผู้ให้บริการด้วย โดยเป็นการตกลงร่วมกันเลือกผู้ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย และให้เป็นไปในรูปของคณะกรรมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท โดยกำหนดคุณสมบัติของคณะกรรมการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทจากผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในสาขาต่าง ๆ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านกฎหมาย และจากบุคคลภายนอกในสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม และเกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน

5.2.4 ควรออกกฎหมายการจ่ายค่าชดเชยที่มีมูลค่าต่ำก่อน เพื่อไม่ให้สูญเสียงบประมาณมากเกินไปจนดำเนินการไม่ได้ แต่การจ่ายค่าชดเชยที่ต่ำกว่าค่าชดเชยทางแพ่งมาก ทำให้ผู้เสียหายบางรายที่มีความเสียหายมากได้รับความเดือดร้อนมาก ควรมีข้อบังคับที่แยกออกมาต่างหากหรือเพิ่มเติมขึ้นเพื่อชดเชยความเสียหายมากขึ้นเพื่อบรรเทาความเดือดร้อน



บรรณานุกรม

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2563 ฉบับส่งเสริมและพัฒนาสถานพยาบาล. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ระบบบริการสุขภาพ 10 ตัวชี้วัด สุขภาพคนไทย. สืบค้นจาก https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-12-08--465.pdf
- การสาธารณสุขไทย. (2550). การอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย. สืบค้นจาก https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/thp2007/THP2007_8thai.pdf
- โครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป. (2007). ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พึงโทษส่วนบุคคลและไม่พิสูจน์ความผิด. สืบค้นจาก www.consumerthai.org/.../No-fault%20or%20no-blam.
- จุฬารัตน์ ะปะนัน. (2553). ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหาย จากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. สืบค้นจาก <http://web.senate.go.th/lawdatacenter/includes/FCKeditor/>
- ชาญชัย แสงศักดิ์. (2554). คำอธิบายกฎหมายความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- ธนโรจน์ หล่อธนะไพศาล. (2562). ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์: กรณีศึกษาเปรียบเทียบในอาเซียน. วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 10(1), 138-160.
- ธิดารัตน์ ขาวเงินขวง. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ พ.ศ. 2535, เล่มที่ 109 ตอนที่ 42 หน้า 8 (2535).
- ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499, เล่มที่ 73 ตอนที่ 95 หน้า 1 (2499).
- ปาริย์ ตำราญจิตต์. (2561). แนวทางจัดการแก้ไขปัญหาความเสียหายทางการแพทย์: ความปลอดภัยผู้ป่วยและระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 4(2), 223-235.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- เผ่าพงศ์ เอกสาขธาร. (2561). การแก้ไขปัญหาผู้ได้รับผลกระทบจากการรับบริการสาธารณสุข ด้วยระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด. สืบค้นจาก http://ombstudies.ombudsman.go.th/article_attach
- แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2553). บทเรียนจากสวีเดนต่อไทย เกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายจากบริการสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://consumersouth.org/paper/835>
- พรเทพ อ่อนรัตน์. (2565). การชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบเปรียบเทียบกรณีประเทศไทยกับอังกฤษ. วารสารสหวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, 6(1), 45-59.
- พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533, เล่มที่ 107 ตอนที่ 161 หน้า 1 (2533).
- พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525, เล่มที่ 99 ตอนที่ 111 หน้า 1 (2525).
- พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541, เล่มที่ 115 ตอนที่ 15 ก หน้า 35 (2541).
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, เล่มที่ 124 ตอนที่ 16 ก หน้า 1 (2550).
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, เล่มที่ 119 ตอนที่ 116 ก หน้า 1 (2545).
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560, เล่มที่ 134 ตอนที่ 40 ก หน้า 1 (2560).
- ลันดา อุตมะโกกิน. (2554). ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด : การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของไทยจุลนิติ พ.ด. - มิ.ย. จุลนิติ, 8(6), 93 - 99.
- ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ ภักดี, จิราพร ชมศรี และจเร วิชาไทย. (2553). ประสบการณ์ต่างแดน ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: วันดีคืนดี.
- วัชรินทร์ จอมพลพล. (2550). ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหาย จากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... เอกสารเพื่อทำความเข้าใจและใช้ประกอบการร่วมแสดงความคิดเห็น. สืบค้นจาก <https://dl.parliament.go.th/handle/lirt/299626>
- ศิริระ ชูนิจนกุล. (2558). มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการ รับบริการสาธารณสุข (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต, กรุงเทพฯ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และ หทัยชนก สุมาลี. (2553). *บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสร้างเสริมสุขภาพและข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565). *ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)*. สืบค้นจาก <https://www.thecoverage.info/news/content/3606>
- สุนันทา จันทร์แก้ว. (2556). *ค่าสินไหมทดแทนกรณีละเมิดที่ก่อให้เกิดความเสียหายทางจิตใจ*. สืบค้นจาก <http://web.krisdika.go.th/data/activity/act225>
- สุพิชชา แสงโชติ. (2560). *ระบบบริการสุขภาพ กองทัพเรือ*. กรุงเทพฯ: กรมแพทยทหารเรือ กองสวัสดิการสุขภาพ.
- สุขุม ศุภนิธย์. (2550). *คำอธิบาย ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.
- แสวงบุญ เฉลิมวิภาส. (2555). *นิติเวชศาสตร์และกฎหมายการแพทย์*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- อนุชา กาศลังกา. (2556). *คู่มือการจัดการคดีทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- อริยพร โพธิ์ใส. (2553). การเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการทางสาธารณสุข. *จุลนิติ*, 7(5), 159-167.
- อุทัยวรรณ สุกมานิล. (2557). *การบริการปฐมภูมิ*. นครปฐม: กลอยการพิมพ์.
- เอนก ขมจินดา. (2542). *คดีการฟ้องร้องแพทย์และรพ.แห่งหนึ่งที่ผู้บริหารและบุคลากรทางการแพทย์ควรรทราบ*. สืบค้นจาก <https://www.srisangworn.go.th/home/ha/QC23.htm>
- Bloom, A.L. (2000). *Health Reform in Australia and New Zealand South Melbourne*. Australia: Oxford University Press.
- Carl, E. (2022). *The Swedish Patient Injury Act*. Retrieved from http://commongood.org/assets/attachments/Carl_Espersson_USA.pdf
- Chacko, D. (2009). *Medical Liability Litigation: An Historical Look at The Causes For Its Growth In The United Kingdom*. Discussion Papers in Economic and Social History: University of Oxford.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- De Silva, C. (2008). *Compensation culture : coming or going? A review of civil and criminal liability for personal injury in the light of the Compensation Act 2006 and a number of recent court decisions*. Proceedings of the Rics Roots rural research conference held on 17-18 March 2008. London: Trinity College, Oxford.
- Essinger, K. (2008). *The County Councils' Medical Malpractice Insurance Scheme*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/ev_20080313_co01_en.pdf
- Fenn, G. & Rickman, C. (2004). The economics of clinical negligence for min England. *Royal Economic Society The Economic Journal*, 114, 272–292.
- Flood, C.M. (2002). “New Zealand’s No – Fault Accident Compensation Scheme: Paradise or Panacea.” *Health Law Review*, 8(3), 1-9.
- Glenngård, A.H. (2016). *The Swedish Health Care System, 2015 in 2015 International Profiles of Health Care Systems*. New York: Commonwealth Fund Pub.
- Hälso-och, S. (2000). *Regelverk För Patientavgifter 2020*. Stockholm : Region Stockholm.
- Henry, J. (2010). The Swedish System for compensation of patient injuries. *Upsala Journal of Medical Science*, 115(2), 88-90.
- Kao, T. & Vaithianathan, R. (2010). *Optimality of no-fault medical liability systems*. Australian: National University and University of Auckland.
- Konstantina, G. & Peter B. & Burbidge, J. (2010). Overview of Healthcare in the UK. *The EPMA Journal*, 1(4), 529-534.
- Marie, B. and Ron, P. (2006). No – fault Compensation iIn New Zeland: Harmonizing Injury Compensation, Provider Accountability, And Patient Safety. *Health Affairs*, 25(1), 278-283.
- National Social Insurance Office. (2003). *Social Insurance; General Information about Social Insurance (brochure)*. Retrieved from http://www.spss.am/docs/SS_Sweden.pdf
- NHS Resolution. (2018). *Annual Report and Accounts 2017/2018*. Manchester: APS Group.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Swedish Association of Local Authorities and Regions. (2015). *Statistik Om Hälso-Och Sjukvård Samt Regional Utveckling 2014*. Stockholm: SALAR.

Towse, A. & Danzon, P. (1999). Medical Negligence and The NHS: An Economic Analysis. *Office of Health Economics, London, UK*, 8(2), 93-101.



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ปิ่นณัณวัสส์ ย่องซี่
วัน เดือน ปีเกิด	9 ธันวาคม 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดกระบี่ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช ปริญญานิติศาสตรบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์, 2556
ที่อยู่ปัจจุบัน	170/1 ม.5 ต.ชุมพล อ.ศรีนครินทร์ จ.พัทลุง 93000
สถานที่ทำงาน	หน่วยพัฒนาการเคลื่อนที่ 43 สำนักงานพัฒนาภาค 4 หน่วยบัญชาการทหารพัฒนา
ตำแหน่งปัจจุบัน	หัวหน้าชุดพัฒนาการเคลื่อนที่ หน่วยพัฒนาคุณภาพ ชีวิต หน่วยพัฒนาการเคลื่อนที่ 43 สำนักงานพัฒนา ภาค 4 หน่วยบัญชาการทหารพัฒนา