

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเรื่อง “แนวทางการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ให้และผู้รับบริการจากการบริการทางการแพทย์” ผู้ศึกษาได้แบ่งการนำเสนอข้อมูลออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 บริบทของการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการทางการแพทย์

ตอนที่ 2 สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันเรื่องการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการทางการแพทย์ ทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ

ตอนที่ 3 ลักษณะกลไกการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา จากการให้บริการทางการแพทย์

ตอนที่ 4 กระบวนการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ จากการบริการทางการแพทย์

ตอนที่ 5 การได้รับค่าชดเชยจากความผิดพลาดอันไม่พึงประสงค์จากการบริการทางการแพทย์และการเคลื่อนไหวเพื่อการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ กรณีศึกษาทั้งจากต่างประเทศและในประเทศ

ตอนที่ 6 การอภิปรายผลการศึกษา

ตอนที่ 1 บริบทของการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการทางการแพทย์

เพื่อทำความเข้าใจบริบทของการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ ผู้ศึกษาจึงได้ทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ แนวความคิด หลักการ โครงสร้างของระบบ และความไม่สมดุลของโครงสร้างความรู้และอำนาจในเรื่องการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ โดยผู้ศึกษาได้จำแนกตามหัวข้อที่ศึกษาดังนี้

1.1 แนวความคิดพื้นฐาน / หลักการ

1.2 โครงสร้างของระบบการพิทักษ์สิทธิ

1.3 ความไม่สมดุลของโครงสร้างความรู้และอำนาจ

ซึ่งแต่ละหัวข้อมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.1 แนวความคิดพื้นฐาน/ หลักการ

จากการที่ “สิทธิมนุษยชน” เป็นที่ยอมรับและถือเป็นหลักประกันที่สำคัญอย่างหนึ่งของมนุษย์ ประเทศที่เป็นสมาชิกองค์การสหประชาชาติจึงได้ร่วมกันกำหนดไว้เป็น “ปฏิญญาสากล” เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ.2491 เพื่อเป็นการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของมนุษยชาติทั่วโลก (สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, สืบค้นเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2551)

ชาติชาย สุวรรณนิตย์ และคณะ (2546, น. 2) ได้สรุปปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ดังนี้ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ที่บัญญัติขึ้น มีเจตนารมณ์ สนับสนุนรับรองสิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ที่มนุษย์พึงมี พึงได้ ในฐานะเป็นมนุษย์ โดยมีได้คำนึงถึงความแตกต่างทางเชื้อชาติ สีผิว เพศ ศาสนา เผ่าพันธุ์ กำเนิดของสังคม ประเทศชาติ หรือสถานภาพอื่นใดทั้งสิ้น

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนถือเป็นมาตรฐานร่วมกันที่จะส่งเสริมให้ประชาชนทุกคน และองค์กรทางสังคมทุกหน่วยเคารพต่อสิทธิ ยอมรับและถือปฏิบัติต่อสิทธิของมนุษย์อย่างเป็นสากลมีรายละเอียดเนื้อหา ประกอบด้วย 30 มาตราที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข คือ มาตรา 25 มีเนื้อหา ดังนี้

บุคคลมีสิทธิที่จะได้มีมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอ สำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตนเอง และครอบครัว รวมทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล และบริการสังคมที่จำเป็น และสิทธิที่จะได้รับความมั่นคงในกรณีว่างงาน เจ็บป่วย ทุพพลภาพ เป็นหม้าย วันชรา หรือการขาดปัจจัยในการดำรงชีพอื่นใด ในพฤติการณ์ที่เกินความสามารถของตน

รัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ถือเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศที่บังคับใช้ในปัจจุบัน ได้กำหนดการรับรองและคุ้มครองสิทธิของประชาชน ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข มีหลายมาตรา ในที่นี้ขอยกตัวอย่างที่สำคัญ 1 มาตรา คือ เกี่ยวกับการรับรองและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของคนไทยด้านสาธารณสุข ได้แก่

มาตรา 52 หมวดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ระบุว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้ มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วม เท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้กับประชาชน โดยไม่คิดมูลค่า และทันต่อเหตุการณ์

ในบรรดาสีทธิทั้งหลายที่รับรองกันไว้ในโลกนี้ สีทธิผู้ป่วยเป็นสีทธิที่ใกล้ชิดกับชีวิตมากที่สุดอย่างหนึ่ง สีทธิผู้ป่วยไม่ได้เป็นสีทธิแต่ของผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมผู้ที่ไม่เจ็บป่วยด้วย หมายถึงผู้ที่ต้องเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งหมดทุกประเภท เช่น ฉีดวัคซีน ป้องกันโรค วางแผนครอบครัว ทำหมัน เป็นต้น ดังนั้น สีทธิผู้ป่วย ก็คือสีทธิของคนทุกคนที่เข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ทัศนีย์ แน่นอุดร, 2550, น. 12)

สีทธิผู้ป่วยของประเทศไทยรับรองและประกันสีทธิไว้ในกฎหมายหลายฉบับ ทั้งกฎหมายรัฐธรรมนูญ กฎหมายแพ่ง กฎหมายอาญา กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค เราะจัดเป็นการบริโภคประเภทหนึ่ง คือบริโภคทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังบัญญัติไว้ในกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กฎหมายที่ควบคุมผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข พ.ร.บ.สถานพยาบาล เป็นต้น

กระแสการเคลื่อนไหวทางแนวคิดและทัศนะที่มองสุขภาพที่กว้างไกลกว่าขอบเขตของการแพทย์หรือสาธารณสุข และได้มองไปถึงบริบทของสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร ระบบนิเวศที่มั่นคง การใช้ทรัพยากรที่ยั่งยืน ตลอดจนความเท่าเทียมและเป็นธรรมในสังคม องค์การที่เข้ามาเกี่ยวข้องในเรื่องของสุขภาพจึงเป็นเรื่องของพหุภาคี ดังปรากฏความเคลื่อนไหว ดังนี้

ความเคลื่อนไหว เรื่อง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ สถานการณ์ทางการเมืองและสังคมได้มีการปฏิรูปการเมืองไปสู่การมีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และปฏิบัติการจนได้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ซึ่งมีบทบัญญัติ จำนวนมากที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ที่สามารถสร้างและจัดการกับปัญหาสุขภาพต่างๆ อย่างได้ผล สามารถปรับปรุงให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาได้อย่างมีพลวัต ได้มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2543 ให้มีคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกดำเนินการจากทุกภาคส่วน จัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ขึ้นมา

1.2 โครงสร้างของระบบการพิทักษ์สีทธิ

แม้ประเทศไทยยังไม่เผชิญวิกฤติการฟ้องร้องมากเท่ากับที่เกิดขึ้นในหลายประเทศ แต่ก็มีแนวโน้มของปัญหาการฟ้องร้องที่เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน จึงเริ่มมีการนำแนวคิดการบรรเทา

ทุกข์ ให้กับผู้ป่วยเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ ในเรื่องของการชดเชย โดยช่วยเหลือผู้ป่วยที่รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบแรก

ในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยได้ออกกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาบังคับใช้ในการจัดบริการสุขภาพ หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดได้ถูกนำไปบัญญัติไว้ในมาตรา 41 โดยมีเจตนารมณ์เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นในลักษณะของการเยียวยา หรือบรรเทาความเดือดร้อน ในขณะเดียวกันต้องการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการให้คงอยู่ตลอดไป โดยในขั้นตอนของการยกเว้นหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น มีแนวคิด หลักการเพื่อเป็นกรอบให้แก่หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องยึดถือปฏิบัติ 3 ประการ คือ

1. เป็นการช่วยเหลือทางศีลธรรมเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น
2. เป็นกระบวนการเพื่อปรองดอง ลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ
3. เป็นความเสียหายที่ไม่ได้เกิดจากการดำเนินไปตามปกติของพยาธิสภาพของโรค

หรือเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากการวินิจฉัยหรือรักษาโรคตามปกติ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 41 กำหนดให้มีการช่วยเหลือผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพครอบคลุมการบริการสาธารณสุขทุกประเภท เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต รวมทั้งความเสียหายที่เกิดจากการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้ โดยไม่มีการพิสูจน์ถูกผิด ซึ่งหมายถึงการจ่ายโดยไม่ต้องมีการหาผู้กระทำผิดหรือไม่ต้องรอผลการพิสูจน์ทางการแพทย์หรือทางห้องปฏิบัติการ ไม่ต้องรอคำพิพากษาของศาล ถือเป็นกลไกใหม่ที่จะช่วยบรรเทาความเดือดร้อนให้กับผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย โดยให้คณะกรรมการจัดสรรเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด จากมาตราดังกล่าว ทำให้เกิดกองทุนช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ซึ่งถือเป็นหนึ่งในโครงสร้างการพิทักษ์สิทธิที่จะช่วยบรรเทาทุกข์ให้กับผู้รับบริการที่ใช้สิทธิบัตรทอง ซึ่งได้รับความเสียหายอันเกิดจากเหตุสุดวิสัยจากการบริการสุขภาพ โดยมีกลไกคณะกรรมการเกิดขึ้นในระดับจังหวัด

(คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหายจากบริการทางการแพทย์)

หลักการเบื้องต้นในการพิจารณาวินิจฉัยของคณะกรรมการเป็นไปตามหลัก มนุษยธรรม หากเหตุนั้นไม่ควรเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นอย่างคาดไม่ถึง โดยผู้ให้บริการเองก็ได้ให้การ ดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว คณะกรรมการแต่ละจังหวัดจะพิจารณาประกอบ กับข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ได้รับความเสียหาย ส่วนจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น นั้น ขึ้นอยู่กับความเสียหายที่ได้รับตั้งแต่ 50,000 -200,000 บาท เงินช่วยเหลือเบื้องต้นคือ เงินที่ จ่ายให้ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในกรณีที่ผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการ โดยมีต้องรอการพิสูจน์ถุกผิด

การยื่นคำร้อง

ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือทายาท ซึ่งทายาท ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส ผู้สืบสันดาน (บุตร) พี่น้องร่วมบิดามารดา พี่น้องร่วมบิดา พี่น้องร่วมมารดา ปู่ ย่า ตา ยาย หลุง ป้า น้า อา โดยให้ทายาทคนใดคนหนึ่งยื่นได้โดยไม่จำเป็นต้องยื่นตามลำดับชั้น

ระยะเวลายื่นคำร้อง

1 ปี นับจากทราบความเสียหาย

วิธียื่นคำร้อง

การยื่นคำร้องทำได้ 2 วิธี คือ

1. ยื่นคำร้องด้วยตนเองที่หน่วยรับคำร้อง
2. ส่งคำร้องทางไปรษณีย์ลงทะเบียน โดยคณะกรรมการจะถือวันที่ประทับตราเป็น วันที่ยื่นคำร้อง

สถานที่ยื่นคำร้อง

ต่างจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาจังหวัด (สสจ.) ที่เกิดเหตุ
กรุงเทพฯ สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขา (กทม.) หรือ ศูนย์บริการหลักประกัน สุขภาพ อาคารจัสมินอินเตอร์เนชั่นแนลทาวเวอร์ ถนนแจ้งวัฒนะ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

สาระสำคัญของคำร้อง

การยื่นคำร้องจะเขียนตามแบบฟอร์มที่กำหนด หรือเขียนเป็นหนังสือโดยให้มี ข้อความดังต่อไปนี้

1. ชื่อ – สกุล ของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย
2. ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข
3. ชื่อของหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุข

4. วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้น หรือวันที่ทราบความเสียหาย
5. สถานที่ที่ติดต่อผู้รับบริการหรือผู้ยื่นคำร้องได้โดยรวดเร็ว
6. สถานภาพของผู้รับบริการ เช่น อาชีพ รายได้หรือเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นต้น

เอกสารหลักฐานในการยื่นคำร้อง

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- หนังสือมอบอำนาจ (กรณีที่มีการมอบอำนาจ)
- เอกสารหรือหลักฐานแสดงรายละเอียดข้อมูลอื่นที่อาจใช้เป็นประโยชน์ประกอบการ

พิจารณา (ถ้ามี)

เกณฑ์การพิจารณา

ผู้มีอำนาจพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้แก่ คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นซึ่งมีอยู่ในทุกจังหวัดคณะกรรมการดังกล่าวจะทำหน้าที่พิจารณาว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการควรได้รับเงินช่วยเหลือตามข้อบังคับหรือไม่เพียงใด หากควรได้รับเงินช่วยเหลือก็จะพิจารณาโดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐกิจฐานะของผู้เสียหายด้วย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดในข้อบังคับ คือ ผู้รับบริการต้องเป็นผู้มีสิทธิตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และเป็นผู้ได้รับความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ต้องเป็นการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ต้องไม่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพโรค หรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นและได้มีการวินิจฉัยและรักษาตามมาตรฐานทั่วไป และต้องยื่นคำร้องภายใน 1 ปี นับจากทราบความเสียหาย ไม่ต้องรอพิสูจน์ถูกผิด หรือผลพิสูจน์ทางการแพทย์

2. พิจารณาถึงประเภทของความเสียหาย

3. พิจารณาถึงความรุนแรงและเศรษฐกิจฐานะของผู้เสียหาย

เกณฑ์การพิจารณาเงินช่วยเหลือ

เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร	จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน	200,000	บาท
พิการหรือสูญเสียอวัยวะ	จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน	120,000	บาท
บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง	จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน	50,000	บาท

การแจ้งผลการพิจารณา

เลขานุการของคณะกรรมการจะมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหายหรือทายาททราบพร้อมแจ้งสิทธิในการยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วัน หลังได้รับ หนังสือแจ้งผลทางไปรษณีย์ตอบรับ

การอุทธรณ์

หากผู้รับบริการหรือทายาทที่ยื่นคำร้อง ไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะกรรมการ สามารถยื่นอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน หลังได้รับแจ้ง โดยวิธีการและสถานที่ยื่นคำร้องเหมือนกับการยื่นคำร้องครั้งแรก โดยสำนักงานสาขาจะนำคำร้องอุทธรณ์และผลการวินิจฉัยครั้งแรกส่งมาที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา

สาระสำคัญของการอุทธรณ์

1. ชื่อผู้อุทธรณ์
2. วันที่ทราบผลการวินิจฉัย
3. เหตุผลที่ไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัย
4. สถานที่ที่สามารถติดต่อผู้ยื่นอุทธรณ์ได้โดยเร็ว

โดยผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์เป็นที่สิ้นสุด ผู้รับบริการหรือทายาทจะอุทธรณ์อีกไม่ได้

ถึงแม้ว่าเงินช่วยเหลือจะไม่ใช่ว่าเงินที่สูง แต่สำหรับความเดือดร้อนแล้ว การให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วทำให้บรรเทาความทุกข์ และพิทักษ์สิทธิผู้ได้รับความเสียหาย โดยมีหน่วยงาน หรือเจ้าหน้าที่ เข้ามาติดต่อ พูดคุย แสดงความเห็นใจ และช่วยเหลือทางการเงินบ้างพอสมควร ในขณะที่แพทย์ก็ไม่ต้องตกอยู่ในความทุกข์จากกระบวนการฟ้องร้องด้วยเช่นกัน โครงสร้างในปัจจุบัน การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้เสียหายจากการบริการทางการแพทย์ โดยการช่วยเหลือเบื้องต้น คลอบคลุมเฉพาะผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น

1.3 ความไม่สมดุลของโครงสร้างความรู้และอำนาจ

ความไม่สมดุลของโครงสร้างความรู้และอำนาจของแพทย์และผู้ป่วย คือความรู้ของ คนทั้งสองฝ่ายไม่เสมอกัน ผู้รับบริการมีความรู้ในบางส่วน ซึ่งเป็นปัญหาความเจ็บป่วยของตัวเอง แพทย์ผู้รักษาจะมีความรู้ในเรื่องของชีววิทยาทางการแพทย์ แต่อาจจะมีรู้ด้านอื่น ไม่ครอบคลุมที่จะดูแลสุขภาพในความหมายที่กว้างขวางกว่าที่เป็นอยู่ ความสัมพันธ์ระหว่างคน 2 ฝ่าย

ก็จะเป็นไปในลักษณะของการใช้อำนาจ ยิ่งความรู้ไม่เท่ากันมากเท่าใด ช่องว่างของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่มีต่อกันยิ่งกว้างมากขึ้น ในระบบบริการที่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเฉพาะโรคซึ่งมีอำนาจของวิชาชีพสูง มีโอกาสที่จะกระทำและกระทบกับผู้มารับบริการสูงขึ้นตามไปด้วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2551, น. 23)

โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในระบบบริการทางการแพทย์ปัจจุบัน เป็นส่วนหนึ่งที่เรียกว่า ความรุนแรงที่แฝงอยู่ในโครงสร้าง (Structural Violence) หากไม่ทำความเข้าใจกับเรื่องโครงสร้างในระบบบริการแล้ว จะทำให้แก้ปัญหาเรื่องนี้ได้ยาก ลักษณะทางโครงสร้างของระบบบริการทางการแพทย์ จะเป็นตั้งแต่โครงสร้างของวิถีคิดที่มีต่อความเจ็บป่วยแบบแยกส่วนเรื่องของอำนาจและวัฒนธรรมของวิชาชีพ ที่แม้ผู้รับบริการจะให้อำนาจกับวิชาชีพแพทย์สูง เพราะในยามเจ็บป่วยก็ต้องใช้อำนาจนั้น แต่ขณะเดียวกันก็มีแง่มุมในเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ด้วย ระบบบริการที่แยกขาดจากชุมชนเป็นปัจจัยที่ทำให้โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไม่สมดุล คือ แพทย์ไม่รู้จักชาวบ้าน ชาวบ้านก็ไม่รู้จักแพทย์ ในฐานะที่เป็นบุคคลหนึ่งในชุมชน เวลาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลก็ไปพบแพทย์ในฐานะเพื่อนบ้าน ก็ปฏิบัติตัวต่างกัน

การศึกษาในทางสังคมศาสตร์ มีการทบทวนว่าปัจจัยที่ทำให้การดูแลรักษาล้มเหลวและนำไปสู่ความขัดแย้งมีหลายมิติ นอกจากความขัดแย้งที่เกิดจากการรักษาไม่ได้ผลหรือรักษาแล้วผิดพลาด ยังมีอีกหลายปัจจัยที่เกิดขึ้นก่อนการรักษาซึ่งมาจาก “ความไม่เข้าใจ” เป็นเหตุให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ ได้แก่

1. จับประเด็นปัญหาผิด ผู้รับบริการมาด้วยปัญหาอย่างหนึ่ง ผู้ให้บริการเห็นว่าเป็นปัญหาอีกอย่างหนึ่ง

2. เข้าใจปัญหาไม่ตรงกัน ผู้รับบริการอธิบายโรคแบบหนึ่ง ผู้ให้บริการอธิบายอีกแบบหนึ่ง ความวิตกกังวลเป็นคนละแบบกัน ผู้รับบริการไม่เข้าใจวิธีการรักษาก็อาจจะไม่ยอมรับวิธีการซึ่งกันและกัน

3. มีโรคแต่ไม่มีความเจ็บป่วย ในทางสังคมศาสตร์ “โรค” (Disease) กับ “ความเจ็บป่วย” (Illness) เป็นคนละเรื่องกัน ในบางกรณีอาจมีโรคแต่ไม่มีความเจ็บป่วย เช่น ผู้สูงอายุเป็นต่อกระดูก ตามองเห็นไม่ชัดแต่ไม่เดือดร้อนเพราะทำงานได้ ใช้ชีวิตอยู่ได้ตามปกติ ซึ่งในชนบทจะพบกรณีแบบนี้ ซึ่งก็มีชีวิตอยู่ได้ปกติไม่ทุกข์ร้อน ถือว่ามีโรคแต่ไม่มีความเจ็บป่วย

4. เจ็บป่วยโดยไม่เป็นโรค เช่น อาการทางด้าน Psychosocial คือ ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล เหนื่อยง่าย กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ไม่มีแรง ตรวจร่างกายแล้วไม่พบความผิดปกติใดๆ

คือหาโรคไม่พบแต่มีความเจ็บป่วยชัดเจน แต่แพทย์ให้การรักษาเฉพาะด้านร่างกาย ซึ่งนำมาซึ่งความไม่เข้าใจได้

5. ปัญหาคำศัพท์และภาษา เรื่องศัพท์และภาษาทางการแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างความไม่เข้าใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

6. รักษาไม่ได้ผลหรือผิดพลาด เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นเป็นลำดับสุดท้ายในกระบวนการดูแลสุขภาพ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งและนำไปสู่การฟ้องร้อง ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอาจไม่ใช่ความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่เกิดขึ้นทั้งระบบตั้งแต่ผู้ป่วยมายื่นบัตร ก็คือการเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพแล้ว คือยังมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ข้างต้นที่แสดงให้เห็นว่าการรักษาไม่ได้ผล ไม่ได้นำไปสู่การฟ้องร้อง แต่ความเข้าใจที่เกิดขึ้นก่อนหน้าสะสมมาจนนำไปสู่การฟ้องร้องในกระบวนการรักษาท้ายที่สุด

ความไม่สมดุลของโครงสร้างความรู้และอำนาจ ยังอยู่ภายใต้วิธีคิดเรื่องผลประโยชน์ ซึ่งนำไปสู่ความขัดแย้งในเชิงผลประโยชน์ของทั้ง 2 ฝ่าย คือฝ่ายผู้รับบริการก็คิดว่าระบบโรงพยาบาลต้องการรักษาผลประโยชน์ของตัวเองจะต้องปกป้องแพทย์ ฝ่ายผู้ให้บริการก็คิดว่าผู้ป่วยฟ้องร้องเพราะอยากได้เงิน เป็นวิธีคิดเรื่องผลประโยชน์เหมือนกันแต่สวนทิศทางกัน ในทางสังคมศาสตร์เรียกปรากฏการณ์แบบนี้ว่าเป็น “วังวนแห่งอคติ” หรือ Spiral of Negativity ซึ่งวังวนนี้มักพบปฏิบัติการในระบบการแพทย์มากกว่าระบบอื่นๆ คือความขัดแย้งเป็นผลมาจากความรู้ที่ต่างกัน ซึ่งก่อให้เกิดการปฏิบัติต่อกันในทางลบ และมีสัมพันธภาพกันในทางลบ และสิ่งที่เกิดขึ้นต่อมาก็ยิ่งหมุนไปในทิศทางตรงกันข้ามแบบมากขึ้นตลอดเวลา สัมพันธภาพและพฤติกรรมที่วิกฤต

สาเหตุหลักของความขัดแย้ง

1. ความไม่ไว้วางใจ วันชัย วัฒนศัพท์ (2547, น. 14) ได้ระบุว่าปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดความขัดแย้งจนนำไปสู่การฟ้องร้อง คือ ความไว้วางใจ ในทางสังคมถือว่าความไว้วางใจเป็นทุนใหญ่ของวิชาชีพแพทย์ ซึ่งมี 2 รูปแบบคือ ความไว้วางใจระหว่างบุคคล กับความไว้วางใจของผู้ป่วยกับสถาบันที่ให้การรักษา ความไว้วางใจทั้งสองรูปแบบจะมีลักษณะขดเคี้ยวกัน ในระบบบริการนั้น หากว่าระบบบริการไม่ดี ไว้วางใจที่ระบบไม่ได้ ผู้ป่วยจะไปหาความไว้วางใจได้ในฐานะความสัมพันธ์ส่วนบุคคล เพราะฉะนั้นในระบบการแพทย์ปัจจุบัน หากใครเจ็บป่วยจนต้องไปโรงพยาบาล จะต้องหาเพื่อนหรือญาติที่รู้จักในระบบนั้นๆ ก่อน

2. ความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรมในการจัดการความขัดแย้งที่เกิดจากความเสียหายจะพบว่า ผู้เสียหายจะให้ความสำคัญกับเรื่องความรู้สึกก่อนเรื่องเหตุผล ซึ่งไม่ใช่

เรื่องที่ผิด คือมีความรู้สึกเกิดขึ้นจริงๆ ความรู้สึกที่ไม่ได้รับความเป็นธรรม เช่น เวลาขอพบแพทย์ หรือขอทราบข้อมูลจากสถานบริการแล้วได้รับการปฏิเสธ จะเกิดความรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม รวมทั้งความไม่เป็นธรรมในการให้บริการในระบบประกันสุขภาพที่ต่างกัน เช่น ผู้ป่วยรับรู้ แพทย์ไม่สั่งตรวจวินิจฉัยในบางกรณีหรือการรักษาต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็น เพราะตนเองมีประกันสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกับระบบอื่น จึงไม่ได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสม

3. การใช้อำนาจของผู้ให้บริการ ปัญหาความขัดแย้งอาจเกิดจากการขาดทักษะในการจัดการความขัดแย้ง บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีทักษะที่เหมาะสมในการเผชิญหน้ากับผู้เสียหาย อาจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เสียหายในลักษณะใช้อำนาจ เช่น ไม่ให้พบ หรือ ตอบโต้ว่าหากต้องการก็ไปฟ้องเอา ซึ่งการใช้อำนาจเข้ามาเกี่ยวข้องจะนำไปสู่กระบวนการไกล่เกลี่ยด้วยสันติวิธีได้ยากขึ้น

4. ปัญหาการสื่อสาร เป็นเรื่องของการณ์มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ตลอดเวลา ไม่ว่าจะก่อนเกิดความขัดแย้ง ระหว่างที่ความขัดแย้งเริ่มพัฒนาตัว และความขัดแย้งที่พัฒนาถึงขั้นสูงสุดแล้วก็ตาม การสื่อสารไม่ดีทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจ การสื่อสารเจรจาเบื้องต้นที่ดีทำให้เกิดการป้องกันการเกิดความขัดแย้งหรือแม้แต่เริ่มเกิดความขัดแย้งก็สามารถที่จะระงับได้ และเมื่อความขัดแย้งปรากฏชัดแล้ว ก็ยังสามารถไกล่เกลี่ยให้ตกลงกันด้วยดีได้

ตอนที่ 2 สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันเรื่องการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการทางการแพทย์ ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ

เพื่อทำความเข้าใจถึงสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้ทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันเรื่องการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ในมิติของประเทศไทยและสถานการณ์ปัญหาในต่างประเทศ โดยผู้ศึกษาได้จำแนกตามหัวข้อที่ศึกษาดังนี้

2.1 สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย

2.2 สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ

ซึ่งแต่ละหัวข้อมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.1 สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย

ปัจจุบันสังคมไทยมีความตื่นตัวในเรื่องปัญหาภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการบริการทางการแพทย์มากขึ้น เพราะเริ่มมีการฟ้องร้องเพื่อเรียกร้องให้มีการชดเชยความเสียหาย มีความคาดการณ์ว่าปัญหานี้จะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ เช่น วิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การทำเวชปฏิบัติที่เน้นปกป้องตนเอง และสื่อมวลชนเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหานี้อย่างกว้างขวาง เช่น

13 กรกฎาคม 2549 ศาลจังหวัดสุราษฎร์ธานี พิพากษาจำคุกนายแพทย์ 2 คน คนละ 4 ปี และโทษ 1 ปีสำหรับพยาบาลอีก 1 คน ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ฐานประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ตามคดีที่ชายคนหนึ่งฟ้องว่าทั้งแพทย์และพยาบาลไม่ดูแลอาการป่วยของภรรยาตนเอง ซึ่งเข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดศีรษะแต่กลับต้องเสียชีวิตจากการได้รับยาแก้ปวดอย่างรุนแรงมากเกินไปขนาด คดีอยู่ระหว่างอุทธรณ์

21 พฤษภาคม 2550 ศาลจังหวัดนนทบุรี รับฟ้องคดีแพ่งที่คู่สามีภรรยายื่นฟ้องโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความผิดฐานละเมิดกรณีกระทำการโดยประมาททำให้ลูกสาวต้องพิการจากการทำคลอด เรียกค่าชดเชยมากกว่า 57 ล้านบาท

6 ธันวาคม 2550 ศาลจังหวัดทุ่งสง พิพากษาจำคุกแพทย์หญิงของโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่งในนครศรีธรรมราช 3 ปี โดยไม่รอลงอาญา ฐานกระทำการโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย จากความผิดกรณีวางยาปลอกหลังคนไข้ที่มาผ่าตัดไส้ติ่งในปริมาณที่มากเกินไปทำให้คนไข้ช็อกและเสียชีวิต คดีอยู่ระหว่างอุทธรณ์

เหตุการณ์ 3 กรณีข้างต้น เป็นเพียงส่วนหนึ่งของความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งจบลงด้วยการเป็นคดีความในชั้นศาลทั้งคดีแพ่ง และคดีอาญา ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ (ผู้ให้บริการ) กับผู้ป่วย (ผู้รับบริการ) ในประเทศไทยเริ่มกลายเป็นความสัมพันธ์ที่มีปัญหาเมื่อจำนวนแพทย์ที่ตกเป็นจำเลยในคดีที่ผู้ป่วยและญาติเป็นผู้ฟ้องร้องทั้งทางแพ่งและอาญามีมากขึ้น โดยส่วนใหญ่แพทย์จะถูกฟ้องร้องในข้อหาละเมิดทำให้ผู้อื่นพิการ หรือเสียชีวิตโดยประมาท อันเป็นการฟ้องร้องที่เกิดขึ้นภายหลังผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์ นับถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2551 สถานการณ์ฟ้องร้องแพทย์ที่อยู่ในกระบวนการยุติธรรมพบว่ากระทรวงสาธารณสุขมีคดีที่ถูกฟ้องร้องอยู่ในศาลจำนวนทั้งสิ้น 75 คดี แบ่งเป็นคดีแพ่ง 66 คดี คดีอาญา 9 คดี โดยแบ่งตามสาเหตุการฟ้องร้องคือ การรักษาผิดพลาดและไม่ได้มาตรฐาน 27 เรื่อง อันดับ

รองลงมา คือ คดีเกี่ยวกับการคลอด วินิจฉัยผิดพลาด ไม่ดูแลเอาใจใส่ และแพ้ยา ซึ่งพิจารณาจากสถานที่เกิดเหตุ จะพบว่าอยู่ในระดับโรงพยาบาลระดับจังหวัดมากที่สุด คือ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป 38 คดี เป็นคดีที่เกิดในโรงพยาบาลชุมชน 26 คดี มีคดีที่ศาลชั้นต้นพิพากษาให้ผู้ได้รับผลอันไม่พึงประสงค์จากการบริการทางการแพทย์เป็นฝ่ายชนะรวม 12 คดี และมีคดีที่ศาลชั้นต้นยกฟ้อง 20 คดี

ตารางที่ 4.1

จำนวนคดีที่แพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขถูกฟ้อง
โดยผู้ได้รับผลกระทบอันไม่พึงประสงค์
จากบริการทางการแพทย์

คดี	พนักงาน สอบสวน	ศาลชั้นต้น	ศาลอุทธรณ์	ศาลฎีกา	ถึงที่สุด	ถอนฟ้อง	รวม
แพ่ง	-	24	15	10	1	16	66
อาญา	4	1	2	-	-	2	9

ที่มา: “หาทางออกเชิงระบบปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยแพทย์,” โดย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มกฎหมาย, 2551.

ตารางที่ 4.2

จำนวนคดีฟ้องร้องจำแนกตามสาเหตุการฟ้อง

สาเหตุการฟ้อง	จำนวน (เรื่อง)
รักษาผิดพลาด ไม่ได้มาตรฐาน	27
เกี่ยวกับการคลอด	15
วินิจฉัยผิดพลาด	10
ไม่ดูแลเอาใจใส่	6
แพ้ยา	5

ที่มา: “หาทางออกเชิงระบบปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยแพทย์,” โดย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มกฎหมาย, 2551.

ตารางที่ 4.3
จำนวนคดีฟ้องร้องจำแนกตามสถานที่เกิดเหตุ

สถานที่เกิดเหตุ	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป	38
โรงพยาบาลชุมชน	26
อื่นๆ	2

ที่มา: “หาทางออกเชิงระบบปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยแพทย์,” โดย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มกฎหมาย, 2551.

ตารางที่ 4.4
จำนวนคดีฟ้องร้องจำแนกตามประเด็นปัญหาที่ฟ้องร้อง
ในแพทยสภา พ.ศ.2534-2550

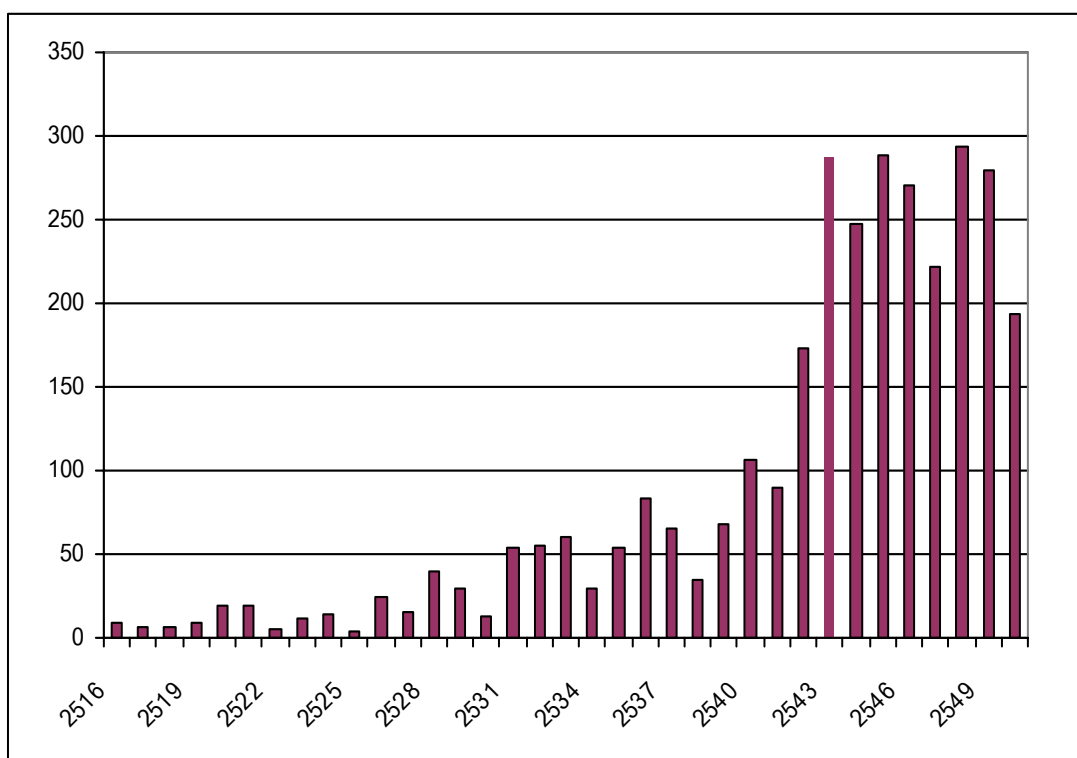
ประเด็นปัญหา	จำนวน (คดี)
แพทย์ไม่รักษามาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	1,567
การโฆษณาประกอบวิชาชีพเวชกรรม	344
การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสถานพยาบาล	262
ไม่คำนึงถึงความปลอดภัยและความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	242
ไม่เคารพกฎหมายและการทำแท้ง	198
เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ในวิชาชีพ	141
ออกไปรับรองแพทย์เท็จ	126
รวม	2,880

ที่มา: “หาทางออกเชิงระบบปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยแพทย์,” โดย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มกฎหมาย, 2551.

ความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเริ่มเป็นประเด็นในปี 2541 เมื่อมีการฟ้องร้องแพทย์และโรงพยาบาลในคดีแพ่งเป็นครั้งแรก และในปี 2547 ศาลชั้นต้นมีคำพิพากษาให้โจทก์เป็นฝ่ายชนะคดีก่อนที่ศาลอุทธรณ์จะมีคำพิพากษาตามมาในปี 2548 โดยเป็นคดีที่แพทย์และ

โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งถูกฟ้อง เนื่องจากไม่สามารถให้การรักษาเด็กแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ได้อย่างถูกหลักวิชาการทำให้เด็กเสียชีวิต ศาลพิพากษาให้แพทย์และโรงพยาบาลมีความผิดฐาน ละเมิดและให้ร่วมกันชดใช้ค่าเสียหายแก่โจทก์เป็นจำนวนเงิน 1.58 ล้านบาท

ภาพที่ 4.1
จำนวนเรื่องร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา
พ.ศ.2516-2550



ที่มา: “หาทางออกเชิงระบบปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยแพทย์,” โดย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มกฎหมาย, 2551.

ในปี 2542 การร้องเรียนแพทยสภามีจำนวนมากขึ้นอย่างก้าวกระโดดคือจาก 90 เรื่อง ในปี 2541 เป็น 173 เรื่องในปี 2542 และเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก่อนจะลดลงเหลือ 193 เรื่อง ในปี 2550

ตารางที่ 4.5

ผลการพิจารณาเรื่องที่ร้องเรียนเข้าสู่แพทยสภา พ.ศ.2534-2550

สาเหตุการร้องเรียน	ยกข้อกล่าวหา	ตักเตือน	ภาคทัณฑ์	พักใช้ใบอนุญาต	เพิกถอนใบอนุญาต
แพทย์ไม่รักษามาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	251	104	57	34	5
การโฆษณาประกอบวิชาชีพของตน	97	82	4	7	0
การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสถานพยาบาล	31	95	9	7	0
ไม่คำนึงถึงความปลอดภัย และ ความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย	50	39	13	16	0
ไม่เคารพกฎหมายและการทำงาน	33	38	28	19	1
เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์วิชาชีพ	19	18	17	12	2
ออกไปรับรองแพทย์เท็จ	18	8	9	10	0
อื่นๆ	63	63	42	14	2
รวม	562	447	179	119	10

ที่มา: “หาทางออกเชิงระบบปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยแพทย์,” โดย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มกฎหมาย, 2551.

นอกจากนี้จำนวนผู้รับบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น ก็ทำให้ความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้นด้วย ดังตารางที่ 4.6 อัตราของการเข้าใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชน จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของประชาชน สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่ามีประชาชนมาใช้บริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนเพิ่มมากขึ้นทุกปีจากร้อยละ 49.8 ของจำนวนผู้เจ็บป่วยทั้งหมดในปี 2544 มาเป็นร้อยละ 56.2 ในปี 2549 จำนวนครั้งของการเข้าใช้บริการในแผนผู้ป่วยนอกก็มีเพิ่มขึ้นเช่นกัน

ตารางที่ 4.6

อัตราของการเข้าใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชน

พ.ศ.	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน	
	อัตรา ครั้ง/คน/ปี	จำนวนครั้ง	อัตรา ครั้ง/คน/ปี	จำนวนครั้ง
2544	3.92	247,027,679	0.08	4,928,328
2546	4.78	301,463,859	0.08	5,300,437
2547	4.76	309,820,714	0.09	5,874,073

ที่มา: “หาทางออกเชิงระบบปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยแพทย์,” โดย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มกฎหมาย, 2551.

จำนวนแพทย์ผู้ให้บริการไม่ได้เพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้รับบริการ ทำให้แพทย์ภาระหนัก มีผลต่อระยะเวลาที่แพทย์สามารถให้บริการตรวจโรคกับผู้ป่วยแต่ละคนน้อยลงเพื่อให้สามารถให้บริการได้ทุกคน ข้อมูลจากแพทยสภาพบว่าในปี 2549 มีแพทย์ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพเวชกรรมรวมทั้งสิ้น 33,166 คน และได้มีการคาดการณ์ว่าใน ปี 2558 ประเทศไทยจะต้องการแพทย์ประมาณ 40,633 – 46,015 คน ซึ่งเมื่อคำนวณกำลังการผลิตแพทย์ที่จบออกมาปฏิบัติวิชาชีพจะพบว่าในปี 2558 ประเทศไทยจะสามารถมีแพทย์ได้เพียง 38,217 – 41,282 คน ในอนาคตจึงยังขาดแคลนแพทย์อยู่ถึงประมาณ 2,426 – 4,733 คน การขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางและความไม่พร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขพบว่าปัจจุบันมีวิสัญญีแพทย์ประมาณ 700 คน โดยประมาณร้อยละ 50 ประจำอยู่ในโรงพยาบาลเอกชนและโรงเรียนแพทย์ ที่เหลืออยู่ในโรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีเพียง 1 คนเท่านั้นที่ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลอำเภอ ความไม่พร้อมของระบบบริการในประเทศไทย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การขาดแคลนเครื่องมือ ขาดบุคลากร ซึ่งมักเกิดขึ้นในพื้นที่ชนบท ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก ภาระงานอันไม่สอดคล้องกับจำนวนบุคลากรย่อมเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความผิดพลาดในกระบวนการรักษา และเป็นความเสี่ยงต่อการวินิจฉัย การรักษาที่ไม่ละเอียดรอบคอบด้วยเวลาที่มีให้ผู้ป่วยน้อยลง เพื่อให้บริการต่อผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้นในทุกวัน

ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษานั้น นำมาซึ่งความเดือดร้อนของครอบครัวและผู้ใกล้ชิดของผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ ผู้เสียหายและครอบครัวที่ต้องประสบ

กับปัญหาความเจ็บป่วยต่อเนื่อง, ทุพพลภาพ หรือ การตาย ต้องประสบกับความสูญเสีย เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การขาดรายได้จากการทำงาน การสูญเสียโอกาสในการทำงาน ความสูญเสียทางด้านจิตใจ ในประเทศไทยยังไม่มีรายงานความผิดพลาดที่เกิดจากการรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากความผิดพลาดทางการแพทย์ แต่จากสถานการณ์ฟ้องร้องแพทย์ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา จะพบว่าผู้รับบริการเรียกร้องค่าเสียหายเป็นจำนวนเงินที่สูงมากขึ้นกว่าที่ปรากฏในอดีต หลายครั้งพบว่าจำนวนเงินนั้นสูงถึงหลักล้าน สะท้อนให้เห็นถึงมูลค่าของความสูญเสียต่างๆ อันเป็นผลกระทบที่ผู้เสียหายได้รับ การฟ้องร้องแพทย์ที่ปรากฏเป็นข่าวทางสื่อมวลชนนั้นเป็นเพียงส่วนหนึ่ง ยังมีผู้ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์อีกจำนวนมากที่ไม่ได้นำเรื่องเข้าสู่กระบวนการทางศาล นอกจากนี้ผู้ที่ได้รับการชดเชยจากระบบฟ้องร้องยังมีจำนวนน้อยมากในขณะที่ต้องเสียเวลากับกระบวนการทางศาลเป็นเวลายาวนานหลายปี หากประเทศไทยไม่มีระบบการคุ้มครองความเสียหายที่เป็นธรรม ผู้เสียหายเหล่านี้ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายและความสูญเสียที่เกิดขึ้นเอง โดยเฉพาะคนยากจน คนด้อยโอกาสขาดความรู้ไม่มีหนทางที่จะเรียกร้องหรือแม้แต่ว่าตนมีสิทธิและควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเยียวยาอย่างไร

2.2 สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ

นอกจากสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศไทยแล้ว ความผิดพลาดทางการแพทย์ก็เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก จากการศึกษาจะขอยกตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาจาก 3 ประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา แคนาดา และออสเตรเลีย ดังนี้

2.2.1 สหรัฐอเมริกา

ความผิดพลาดทางการแพทย์เป็นปัญหาใหญ่ในระบบบริการทางการแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา มีการประมาณการณ์ว่าในแต่ละปี จะมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยไม่จำเป็นอันเป็นผลจากความผิดพลาดทางการแพทย์ถึงประมาณ 44,000 – 98,000 ราย ขณะที่ผู้ป่วยอีกประมาณ 1,000,000 ราย ได้รับอันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้น ในการศึกษาบันทึกทางการแพทย์ (Medical charts) ของผู้ป่วย 30,121 คนที่ถูกเก็บการรักษาในโรงพยาบาลในรัฐนิวยอร์กในปี 1984 ของนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Brennan et al., 1991) พบว่า ประมาณร้อยละ 3.7 ของผู้ป่วย (1,133 ราย) ได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บอันเนื่องมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล โดยในจำนวนนี้ ร้อยละ 69 เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical errors) (Weingart et al., 2000, p. 7)

จากรายงานของแพทยสภาของสหรัฐอเมริกา สถานการณ์ของความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งอัตราของเบี้ยประกันภัยทางการแพทย์ที่สูงขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน เป็นสิ่งที่กำลังคุกคามการเข้าถึงการใช้บริการทางสาธารณสุขทั่วประเทศ จากรายงานปี 1994 – 2001 พบว่าค่าเฉลี่ยการชดเชยเพิ่มขึ้นร้อยละ 176 ค่าเฉลี่ยของแพทย์ในการใช้จ่าย เพื่อป้องกันตัวเอง ประมาณ 77,000 ดอลลาร์ ในปี 2002 บริษัทประกันภัยทางการแพทย์ต้องจ่ายเงินสินไหมทดแทนมากกว่าเบี้ยประกันที่พวกเขาได้รับ (จ่าย 1.6 แต่รับเบี้ยประกัน 1)

จากรายงานของ Jury Verdic Research ในปี 2002 รายงานว่า ค่าเฉลี่ยของความรับผิดชอบทางการแพทย์ (Medical Liability) เพิ่มขึ้นร้อยละ 110 จากปี 1994 – 2002 และสูงสุดถึง 1 ล้านดอลลาร์ ค่าเฉลี่ยของเงินชดเชยที่ให้ 3.9 ล้านดอลลาร์ในปี 2001 แต่ในภาพรวมผู้ที่เสียหาย หรือ ผู้ร้องทุกข์ชนะคดีเพียงร้อยละ 30.5 ของผู้ที่ทำการเรียกร้องค่าเสียหายทั้งหมด ในปี 2002 มีเพียงร้อยละ 7 ของการเรียกร้องที่เข้าถึงการพิจารณาของคณะลูกขุนและพบว่าร้อยละ 82.4 จำเลยเป็นฝ่ายชนะ แต่ถึงอย่างไรก็ตาม แพทย์ที่ชนะคดีก็ยังคงจ่ายเงินเป็นจำนวนมากสำหรับการปกป้องตัวเองโดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยจะอยู่ที่ประมาณ 91,803 ดอลลาร์/ราย ในช่วงปี 1995-1997 ร้อยละ 36 ของคำตัดสินสำหรับความเสียหายมีค่าประมาณ 1 ล้านดอลลาร์ หรือมากกว่า และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 54 ในปี 2000 - 2001 และร้อยละ 25 ของคำตัดสินเหล่านั้นมีค่ามากกว่า 2.7 ล้านดอลลาร์

วิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นต่อแพทย์ในแต่ละรัฐ

ผลกระทบจากความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา สามารถสรุปวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นต่อแพทย์ในแต่ละรัฐ ได้ดังนี้

รัฐอาร์คันซอ (Arkansas) : สูตินารีแพทย์ 13 คน จาก Fayetteville's first care family doctors ถูกบีบบังคับให้หยุดการทำงานตลอด หลังจากที่บริษัทประกันหยุดการดำเนินการ สถานการณ์นี้กระทบกับการดำเนินชีวิตในภาพรวม จากการสำรวจ พบว่าแพทย์มากกว่าร้อยละ 50 ถูกบีบให้ลด หรือเลิกการให้บริการทางด้านทางการแพทย์ เนื่องจากเบี้ยประกันทางสุขภาพเพิ่มขึ้น การรักษาพยาบาลที่ได้รับผลกระทบมาก ได้แก่ การผ่าตัด รองลงมาคือการรักษาในห้องฉุกเฉิน การรักษาที่บ้าน และสูตินารีเวช

รัฐคอนเนตทิคัต (Connecticut) : แพทย์ในรัฐนี้ได้ปิดการให้บริการ เพราะหาเบี้ยประกันที่เพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ปี 1994 เป็นต้นมา สูตินารีแพทย์ ศัลยแพทย์ระบบประสาท รังสีแพทย์ อายุรแพทย์ระบบประสาท พบกับปัญหาของเบี้ยประกันที่เพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 118

จากการสำรวจในปี 2003 สูตินารีแพทย์ 28 คน ตัดสินใจที่จะไม่ทำคลอดอีกต่อไป ซึ่งโดยเฉลี่ยแต่ละปี สูตินารีแพทย์จะทำคลอดประมาณ 100 ราย นั้นหมายความว่ามีการดาอย่างน้อย 2,800 คน ต้องหาสูตินารีแพทย์คนใหม่เพื่อการทำคลอด

รัฐฟลอริดา (Florida) : สิงหาคม ปี 2003 แพทย์มากกว่า 1,600 คน ทั้งรัฐ ได้กล่าวคำสาบานต่อหน้าคณะวุฒิสมาชิก ในรายละเอียดถึง Medical Liability Crisis ของรัฐ ซึ่งบีบให้พวกเขาต้องเปลี่ยนการปฏิบัติ และรวมทั้งการหยุดให้บริการ ในด้านต่างๆ เช่น การทำคลอด และการผ่าตัดที่ซับซ้อนยุ่งยาก โรงพยาบาลในรัฐ Florida อย่างน้อย 7 แห่ง ปิดให้บริการทางสูติกรรม เนื่องจากปัญหาด้านการประกัน โรงพยาบาลอีก 4 แห่งมีการจำกัดการบริการทางสูติกรรม และการผ่าตัดสมอง

รัฐจอร์เจีย (Georgia) : แพทย์ 2,800 คน ได้รับการคาดหวังให้หยุดบริการที่มีขั้นตอนของความเสี่ยงสูง เพื่อเป็นการจำกัดความรับผิดชอบ แพทย์ 1,750 คน รายงานว่าหยุดการให้บริการทางห้องฉุกเฉิน แพทย์ 630 คน มีแผนที่จะเลิก และย้ายออกจากรัฐไป ประมาณ 1 ใน 5 ของแพทย์เวชปฏิบัติ สูติแพทย์ร้อยละ 33 และ รังสีแพทย์เกือบร้อยละ 40 รายงานแผนการที่จะหยุดการรักษาที่มีขั้นตอนที่มีความเสี่ยงสูง จำนวนแพทย์ที่ออกไปทำงานในชนบทก็มีจำนวนลดลง ร้อยละ 50 ในปี 2002 – 2003

รัฐอิลลินอยส์ (Illinois) : โรงพยาบาลในรัฐนี้ 2 แห่งได้แก่ Silver Cross Hospital และ Provinea St. Joseph Medical Center ไม่สามารถรับมือกับความเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ศีรษะ ทำได้เพียงให้อาการคงที่ และส่งต่อไปยังศูนย์การรักษาที่ใกล้ที่สุด ภายในเวลา 45 นาทีทั้งนี้เนื่องจาก ไม่มีแพทย์ที่ทำงานเต็มเวลาทางด้านนี้ สูตินารีแพทย์ ทำคลอด ประมาณ 700 คนต่อปี ในปีที่ผ่านมาค่าใช้จ่ายในการรับผิดชอบของสูตินารีแพทย์เพิ่มมากขึ้นจาก 71,848 \$ เป็น 118,742 \$

รัฐเคนทักกี (Kentucky) : รัฐเคนทักกีสูญเสียศัลยแพทย์ระบบประสาท ร้อยละ 36 ศัลยแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 29 สูตินารีแพทย์ ร้อยละ 25 โรงพยาบาล Pikeville Methodist Hospital รายงานว่า สูติแพทย์ 3 ใน 4 ได้รับแจ้งเรื่องการยกเลิกการให้ความคุ้มครองในการรับผิดชอบการรักษา ที่ Cleveland สูญเสียสูตินารีแพทย์ถึง 3 ใน 6 ที่ Greenwood สูญเสีย 2 ใน 4 ที่ Yazoo city แพทย์ประจำบ้าน 14,550 คน ไม่มีใครเลือกฝึกปฏิบัติทางด้านสูตินารีเวช

รัฐมิสซูรี (Missouri) : เครือข่ายการรักษาความเจ็บป่วยใน Missouri อยู่ในสภาวะที่น่าเป็นห่วงเพราะ ปัญหาการขาดแคลนเงินทุน สูญเสียแพทย์ที่ให้บริการ อันเนื่องจากสาเหตุที่เบี้ยประกันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

รัฐนอร์ทแคโรไลนา (North Carolina) : ประสบปัญหาขาดแคลนแพทย์ ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บป่วยที่รุนแรงจึงจำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ

รัฐเนวาดา (Nevada) : ในปี ค.ศ.2001 เมืองลาสเวกัส (Las Vegas) มี ศูนย์รักษาความเจ็บป่วยมากกว่า 11,000 คน แต่ศูนย์รักษาความเจ็บป่วยในรัศมี 400 ไมล์ ของเมืองลาสเวกัส ปิดตัวประมาณ 10 วัน ในปี ค.ศ.2002 เพราะว่าไม่มีแพทย์ผ่าตัดเพียงพอ เกิดการฟ้องร้องทางด้านกฎหมายขึ้นตลอดเวลา พบงานด้านศัลยแพทย์ออโรโธปิดิก สูตินารีแพทย์ ได้มากกว่าด้านอื่นๆ โรงเรียนแพทย์ในรัฐเนวาดา แพทย์ประจำบ้านที่เรียนทางด้านสูตินารีเวช จะไม่อยู่ทำงานในเมืองลาสเวกัส เพราะว่าค่าเบี้ยประกันที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

รัฐนิวเจอร์ซีย์ (New Jersey) : จักษุแพทย์ 8 คนที่รักษาทารกคลอดก่อนกำหนด และมีอาการ Retinopathy ซึ่งจะเป็นสาเหตุที่สามารถนำไปสู่อาการตาบอดได้ พวกเขาไม่สนับสนุนการรักษาในขั้นตอนนี้ก็ เพราะว่ามีความเสี่ยงสูง และเสี่ยงต่อการรับผิด ในเดือนมกราคม ปี 2002 มีศัลยแพทย์หยุดให้การรักษา ที่โรงพยาบาลใน Warrant County ขณะที่ มีศัลยแพทย์ระบบประสาทเพียง 2 คนเท่านั้น

รัฐนิวยอร์ก (New York) : ร้อยละ 16 ของสูตินารีแพทย์หยุดทำงานทางสูตินารีเวช เนื่องจากเบี้ยประกันที่เพิ่มมากขึ้นกว่า 40 เซต มีสูตินารีแพทย์น้อยกว่า 5 คน ใน 7 เซต ที่มีผู้ป่วยมากกว่า 300 รายต่อปี

รัฐโอไฮโอ (Ohio) : ศัลยแพทย์ เผชิญกับค่าเบี้ยประกันที่เพิ่มมากขึ้น แพทย์ผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านมเลิกทำงาน เพราะรู้สึกถึงความเสี่ยงในการรักษาเช่นเดียวกับสูตินารีแพทย์ ต้องเลิกทำงาน เพราะว่าสู้กับเบี้ยประกันที่สูงขึ้นไม่ไหว

รัฐออริกอน (Oregon) : Rosenberg Women's Healthcare ทำคลอดให้กับประชาชนในพื้นที่มากกว่าร้อยละ 80 ต้องปิดกิจการในปี 2002 เพราะว่ากรยกเลิกค่าชดเชย ที่มีค่ามากถึง 8.5 ล้านดอลลาร์

รัฐเพนซิลเวเนีย (Pennsylvania) : แพทย์กำลังออกจากเมืองนี้ เพราะว่าค่าเบี้ยประกันที่เพิ่มมาอย่างรวดเร็ว แพทย์ผ่าตัดลดลง 1,000 – 1,800 คน แพทย์ผ่าตัดกระดูก 745 – 890 คน ศัลยแพทย์ระบบประสาท ลดลง 180 – 215 คน แพทย์ในรัฐเพนซิลเวเนีย ลดลง 450 คน

รัฐเท็กซัส (Texas) : แพทย์ร้อยละ 62 เริ่มปฏิเสธการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงประมาณ 2 ใน 3 ของแพทย์ มีความกลัวเรื่องของกฎหมายร้องเรียน และใน

บางครั้งส่งผลให้แพทย์ปฏิเสธการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์คนอื่นๆ ต่อ อีกทั้งปัญหาเรื่องการคลอดเป็นปัญหาอันดับหนึ่งของรัฐนี้

รัฐวอชิงตัน (Washington) : การทำคลอดในรัฐนี้มีค่าใช้จ่ายสูงมากสำหรับการรับผิดชอบ เงินที่ต้องจ่ายสำหรับเบี้ยประกันสำหรับแพทย์ที่ทำงาน part time ในแต่ละปีต้องจ่ายมากถึง 79,000 ดอลลาร์ การเพิ่มขึ้นของอัตราเบี้ยประกันทำให้ Vally women's health care ต้องลดการให้บริการทางสูตินารีเวชลง แพทย์ในชนบทให้บริการทางด้านสูตินารีเวชลดลง และพวกเขาถูกห้ามจากบริษัทประกันไม่ให้ทำการรับฝากครรภ์ ทำให้ผู้หญิงต้องขับรถออกไปท้องที่อื่นเพื่อฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล

รัฐเวสต์เวอร์จิเนีย (West Virginia) : ศูนย์รักษาความเจ็บป่วยประสบปัญหาเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอเพราะปัญหาจากศัลยแพทย์ต้องเจอกับค่าเบี้ยประกันที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว

รัฐไวโอมิง (Wyoming) : สูตินารีแพทย์ ศัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ กำลังละทิ้งหน้าที่ การงาน อันเนื่องมาจากวิกฤติของการรับผิดชอบทางการแพทย์

ตารางที่ 4.7

สรุปวิกฤตความเจ็บป่วยจากความผิดพลาดทางการแพทย์
ของรัฐต่างๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกา

รัฐ	แพทย์ที่หยุดให้บริการเพราะค่าเบี้ยประกันเพิ่มขึ้น
อาร์คันซอ	สูตินารีแพทย์ ศัลยแพทย์ การรักษาในห้องฉุกเฉิน การรักษาที่บ้าน หรือ on-cell duty
คอนเนตทิคัต	สูตินารีแพทย์ ศัลยแพทย์ระบบประสาท รังสีแพทย์ อายุรแพทย์ระบบประสาท
ฟลอริดา	สูตินารีแพทย์ ศัลยแพทย์ ศัลยแพทย์ระบบประสาท
จอร์เจีย	สูตินารีแพทย์ รังสีแพทย์ การให้บริการทางห้องฉุกเฉิน
อิลลินอยส์	สูตินารีแพทย์ ความเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ศีรษะ
เคนทักกี	สูตินารีแพทย์ ศัลยแพทย์ระบบประสาท ศัลยแพทย์ทั่วไป
มิสซูรี	สูตินารีแพทย์ อายุรแพทย์
นอร์ทแคโรไลนา	สูตินารีแพทย์ ศัลยแพทย์ ศัลยแพทย์ระบบประสาท

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

รัฐ	แพทย์ที่หยุดให้บริการเพราะค่าเบี้ยประกันเพิ่มขึ้น
เนวาดา	สูตินารีแพทย์ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิก
นิวเจอร์ซีย์	จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ ศัลยแพทย์ระบบประสาท
เทกซัส	สูตินารีแพทย์
โอไฮโอ	สูตินารีแพทย์ ศัลยแพทย์
ออริกอน	สูตินารีแพทย์
เพนซิลเวเนีย	ศัลยแพทย์ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิก ศัลยแพทย์ระบบประสาท
เทกซัส	สูตินารีแพทย์
วอชิงตัน	สูตินารีแพทย์
เวสต์เวอร์จิเนีย	ศัลยแพทย์
ไวโอมิง	สูตินารีแพทย์ ศัลยแพทย์ วัสดุญีแพทย์

จากผลกระทบจากอุบัติการณ์ของความเจ็บป่วยทางการแพทย์ที่สูงมาก ได้ทำให้เกิดวิกฤติทั้งด้านของผู้ป่วยและแพทย์ สามารถสรุปเป็นประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

1. แพทย์ถูกบีบให้ต้องบริการอย่างจำกัด เกษียณตัวเองเร็วขึ้น ย้ายไปรัฐอื่นที่อัตราเบี้ยประกันคงที่
2. ในห้องฉุกเฉินขาดแคลนเจ้าหน้าที่
3. สูติแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติหยุดให้บริการ และยังหลีกเลี่ยงขั้นตอนการรักษาที่มีความซับซ้อนมาก และมีความเสี่ยงสูง
4. เกิดวิกฤติใน 19 รัฐ อีก 25 รัฐ ก็กำลังใกล้จะเกิดวิกฤติเช่นกัน
5. แพทย์เชื่อว่าการฟ้องร้องทางการแพทย์จะส่งผลกระทบทางด้านลบต่อตนเอง ในการให้การดูแลที่มีคุณภาพ
6. แพทย์ พยายามหลีกเลี่ยงขั้นตอนที่มีความเสี่ยงสูง
7. สถานที่ให้การรักษามีปฏิกิริยากับวิกฤตินี้ โดยงดการให้บริการในบาง

แผนก

8. ชาวอเมริกันหวาดกลัวกับค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นอย่างมาก ซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

9. จากวิกฤติของการรับมือขอขอบทการแพทย์นี้ จะส่งผลในการตัดสินใจของนักเรียนแพทย์ในการเลือกเรียนเฉพาะทาง

ในกรณีของประเทศสหรัฐอเมริกา ปัญหาการเพิ่มของเบี้ยประกันสุขภาพส่งผลต่อระบบฟ้องร้อง ด้วยผลการตัดสินใจที่บริษัทประกันต้องจ่ายชดเชยด้วยวงเงินที่สูง มีผลให้บริษัทประกันในหลายรัฐหรือแม้กระทั่งระดับชาติ เลิกการทำประกัน หรือเพิ่มเบี้ยประกันสูงมากจนแพทย์ไม่สามารถจ่ายได้ หรือไม่สามารถหาบริษัทรับประกันได้ ซึ่งผลที่ตามมาคือ แพทย์ลาออก เลิกหรือลดการให้บริการ หรือย้ายรัฐ มีผลถึงปัญหาการขาดแคลนแพทย์และบริการทางการแพทย์ของประชาชน

2.2.2 แคนาดา

ปัญหาความผิดพลาดที่เกิดจากเวชปฏิบัติมีอัตราสูงขึ้น ทั้งในประเทศแคนาดาและประเทศในซีกโลกตะวันตก พบบทความต่างๆ ที่กล่าวถึงการร้องเรียน เรื่องความผิดพลาดทางการแพทย์เพิ่มขึ้น (Prichard, สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2552) นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายทางกฎหมายและค่าบริหารจัดการมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น รายงานการศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญที่ศึกษาเรื่องความรับผิดชอบทางการแพทย์ และโรงพยาบาลในประเทศแคนาดาพบว่าจำนวนและค่าใช้จ่ายของการฟ้องร้องทางกฎหมายเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของแพทย์ องค์กรทางสุขภาพ องค์กรที่ทำหน้าที่ปกป้องแพทย์ และรัฐบาลในระดับจังหวัด รัฐบาลจะมีส่วนเกี่ยวข้องในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายของแพทย์ ค่าธรรมเนียมการเจรจาต่อรอง และการจ่ายเบี้ยประกัน

วิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้น

จากรายงานของ Prichard (สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2552) มีการรวบรวมรายงานทบทวนกฎหมาย ซึ่งได้พบปรากฏการณ์ที่สำคัญดังนี้

1. ความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นทางการแพทย์ โดยเฉพาะศัลยแพทย์ออโรดิคิสต์ วัสดุแพทย์ สูตินารีแพทย์
2. ความรับผิดชอบทางการแพทย์สูงขึ้น ถึงแม้ว่าหลักการในการปฏิบัติไม่มีการเปลี่ยนแปลง
3. ค่าใช้จ่ายในการประกันสูงขึ้น
4. การฟ้องร้องทางกฎหมายมีค่าใช้จ่ายสูงมาก มีความซับซ้อน และใช้เวลานาน

5. ภัยคุกคามของการฟ้องร้องทางแพ่ง ช่วยทำให้มีการพัฒนาปรับปรุง คุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการทางการแพทย์

6. แม้ว่าจะมีการฟ้องร้องกันมาก แต่ก็มีผู้ป่วยเป็นส่วนน้อยที่ได้รับเงินชดเชย (น้อยกว่าร้อยละ 10)

ผลกระทบจากปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์ ทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า Defensive Medicine มีผลอย่างมากต่อทัศนคติและการทำงานของแพทย์ เช่น แพทย์ใช้เวลานานขึ้นในการตรวจ การอธิบาย การเก็บบันทึกข้อมูล ทั้งนี้เพื่อปกป้องตนเองจากการฟ้องร้องทางกฎหมาย การตัดสินใจให้การรักษามีอิทธิพลจากทางด้านกฎหมาย มากกว่าการคำนึงถึงอาการทางคลินิก

นอกจากนี้แพทย์ใน 3 สาขาอาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป วิสัญญีแพทย์ สูตินารีแพทย์ ได้รับผลกระทบจากการฟ้องร้อง แพทย์ร้อยละ 30-60 จะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมากขึ้น เอกซเรย์มากขึ้น และมีการใช้บริการอื่นๆ ในการวินิจฉัยมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบอีกว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะลดเหตุการณ์เกี่ยวกับการคลอด การดมยา การรักษาฉุกเฉิน วิสัญญีแพทย์จะมีการใช้ชนิดยาสลบที่น้อยลง สูตินารีแพทย์ร้อยละ 33 ได้หยุดหรือลดการทำการคลอด

การแก้ปัญหาจากความผิดพลาดทางการแพทย์

ประเทศแคนาดามององค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ Canadian Medical Protection Association (CMPA) โดยดูแลแพทย์ในเรื่องการให้บริการ การชดเชยความเสียหาย การบริหารความเสี่ยง การศึกษา และการให้คำแนะนำทั่วไป แพทย์ในประเทศแคนาดาประมาณ 95% เป็นสมาชิกของ CMPA โดยจ่ายค่าสมาชิกรายปี มีอัตราการเก็บแตกต่างกันตามพื้นที่ และลักษณะงานที่ทำ นอกจากนี้แหล่งเงินทุนของ CMPA ที่ได้จากการเก็บสมาชิกรายปีแล้ว CMPA นำเงินส่วนนี้ไปลงทุนทำธุรกิจต่างๆ ทำให้มีเงินสำรองไว้เป็นแหล่งทุนในอนาคตสำหรับการชดเชยค่าเสียหายในการฟ้องร้อง และมีการจ้างทนายความในองค์กรซึ่งทำหน้าที่ปกป้องแพทย์ที่เป็นสมาชิก (Canadian Medical Protection Association, สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2552)

การแก้ปัญหาโดยใช้กฎหมายของประเทศแคนาดาตั้งอยู่บนพื้นฐาน 2 ประการ คือ การชดเชยแก่ผู้เสียหาย และการยับยั้งความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น จำนวนของการฟ้องร้องที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดทางการแพทย์ที่สูงขึ้นใน สหรัฐอเมริกา และแคนาดาเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของเทคโนโลยีทางการแพทย์ บริการทางการแพทย์ และค่าอัตราเงินเพื่อจำนวนเงินที่ชดเชยในประเทศแคนาดาจะมีจำนวนที่น้อยกว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา โดย

พิจารณาชดเชยใน 4 ประเภท คือ ค่าเสียหายพิเศษ รายได้หรือสวัสดิการที่สูญเสียในอนาคต ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการสูญเสียที่ไม่ใช่ด้านเศรษฐกิจ การชดเชยจำนวนเงินในระดับที่ต่ำมีจำนวนมาก แต่การชดเชยจำนวนเงินที่สูงมีจำนวนน้อย โดยสัดส่วนของเงินส่วนใหญ่ถูกใช้เป็นค่าบริหารจัดการ ดังนั้นจึงเหลือสำหรับผู้เสียหายน้อยมาก ประเทศแคนาดาจำกัดระยะเวลาการชดเชย 1-2 ปี นับตั้งแต่ได้รับทราบความเสียหาย โดยทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละจังหวัด (Pichard, สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2552)

ในกรณีของประเทศแคนาดา ก็ประสบปัญหาค่าใช้จ่ายทางกฎหมายและค่าบริหารจัดการมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลด้านกำลังคนทางด้านสุขภาพ ซึ่งผลที่ตามมาคือ แพทย์ลาออก ประสบปัญหาการขาดแคลนแพทย์ตามมาเช่นกัน โดยธรรมชาติการรักษาทางการแพทย์ความผิดพลาดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอ การที่แพทย์สื่อสารกับผู้ป่วยก่อนตั้งแต่เริ่มการรักษาเพื่อให้เข้าใจตรงกันเป็นสิ่งที่ควรกระทำ อีกทั้งประเทศแคนาดาควรควรตระหนักความรับผิดชอบด้านสังคม ในการสร้างระบบการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด เหมือนหลายๆ ประเทศ และจากการศึกษาของ ลีอชัย ศรีเงินยวง และคณะ (2548, น. 74) พบว่าทางออกของประเทศแคนาดาควรมีลักษณะเป็นรัฐสวัสดิการ และมีขอบเขตของการชดเชยที่จำกัดในค่าใช้จ่ายจริงสามารถวัดได้ เช่น การสูญเสียรายได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษา

2.2.3 ออสเตรเลีย

ในประเทศออสเตรเลียผู้ป่วยจำนวนมากเสียชีวิตจากความผิดพลาดทางการแพทย์ประมาณ 18,000 คน/ปี นอกจากนี้ยังมีความพิการถาวรเกิดขึ้น 17,000 คน/ปี ซึ่งจากการสำรวจพบว่าประมาณร้อยละ 50 ของคนเหล่านั้นสามารถป้องกันความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นได้ ความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นบ่อยๆ ได้แก่ การสื่อสารที่ไม่ตรงกัน ข้อมูลที่ล่าช้า ข้อมูลที่ขัดแย้งกัน (Fiona, 2004) ในปี ค.ศ.2000 ประเทศออสเตรเลียได้จัดตั้ง Australia Council for Safety and Quality in Health Care (ACQSHC) ซึ่งมีงบประมาณ 50 ล้านดอลลาร์/ปี โดยทำหน้าที่ในการปรับปรุงพัฒนาระบบให้ได้มาตรฐาน สนับสนุนระบบการรายงาน การวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งจะช่วยในการแยกแยะเหตุของความผิดพลาด ความผิดพลาดที่พบจะเกี่ยวข้องกับการผ่าตัด การติดเชื้อ และที่สำคัญความผิดพลาดที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์

ในประเทศออสเตรเลียการพิทักษ์สิทธิประโยชน์จะอยู่บนพื้นฐานการพิจารณาของความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ และความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดที่ไม่ได้เกิดจากความผิดพลาดใดและเป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Northern Territory Government Australia, สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2552)

1. ในขั้นตอนแรกของกระบวนการจะเริ่มจากการตกลงร่วมกันระหว่าง 2 ฝ่าย ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ถ้าหากว่าเรื่องนั้นเป็นเรื่องที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และไม่ใช่ว่าความผิดของฝ่ายใด

2. ในกรณีที่เป็นการความผิดของผู้ให้บริการ ผู้เสียหายสามารถยื่นเรื่องไปยังองค์กรตัวแทนวิชาชีพของผู้ให้บริการนั้นๆ เพื่อผ่านกระบวนการ Medical Tribunal ที่ประกอบด้วยผู้พิพากษา ตัวแทนผู้ให้บริการ และตัวแทนผู้บริโภค คำตัดสินของ Medical Tribunal จะลงโทษผู้ให้บริการ แต่ไม่สามารถบังคับให้มีการจ่ายเงินชดเชยความเสียหายได้ ถ้าหากว่าเรื่องยังไม่ยุติ และผู้เสียหายยังคงต้องการที่จะได้เงินชดเชย จะต้องดำเนินการต่อไปโดยส่งเรื่องต่อไปยัง complaint body เพื่อทำหน้าที่ในการไกล่เกลี่ยให้ทั้งสองฝ่ายตกลงกันได้ ในกรณีที่ไม่สามารถตกลงกันได้เรื่องจะถูกส่งไปที่ศาล เพื่อทำการตัดสิน แต่ก่อนจะถึงที่ศาล มีหน่วยงานที่ดูแลเรื่องนี้โดยตรงคือ Medical Defence Organization (MDO) เป็นหน่วยงานที่รับประกันความเสี่ยง ให้กับผู้ให้บริการ ถ้าพิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ให้บริการผิดจริง MDO ก็จ่ายเงินค่าชดเชยให้ทันที โดยส่วนใหญ่เรื่องจะจบลงที่ MDO (Medical Defence Organization, สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2552)

วิธีการพิทักษ์สิทธิประโยชน์

วิธีที่ 1 การตกลงร่วมกัน

การตกลงยอมความกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ วิธีนี้ใช้ในกรณีที่ ไม่ได้เกิดจากความผิดของฝ่ายใด เช่น ผลข้างเคียงจากยา รูปแบบการชดเชยที่ผู้รับบริการจะได้รับ ได้แก่

- คำอธิบายที่ชัดเจนจากผู้ให้บริการว่าเกิดจากสาเหตุใด ทำไม
- ค่าขอโทษ
- ผู้ให้บริการยินยอมที่จะให้การรักษาเพิ่มเติม โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย
- ผู้ให้บริการยินยอมยื่นข้อเสนอจ่ายค่าเสียหายในรูปแบบของเงิน

ถ้าผู้รับบริการเลือกวิธีการไกล่เกลี่ยระหว่าง 2 ฝ่าย ผู้รับบริการควรปรึกษากับนักกฎหมายเพื่อขอความเห็นว่าคุณค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากความผิดของผู้ให้บริการ แต่เป็นความผิดพลาดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กรณีผู้ให้บริการยินยอมและให้ข้อเสนอ ผู้รับบริการจะปรึกษานักกฎหมายว่าจะยอมรับข้อเสนอหรือไม่ ถ้าไม่จะทำอย่างไรต่อไป

วิธีที่ 2 ดำเนินการฟ้องร้องผ่านองค์กรวิชาชีพ

ถ้าผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ สามารถยื่นคำร้องต่อองค์กรวิชาชีพได้ เพื่อทำการสืบสวน ยกเว้นใน New South Wales การสืบสวนจะผ่าน Health Care Complaints Commission ก่อนจะได้ส่งจาก Medical Tribunal

ซึ่งประกอบด้วย ผู้พิพากษา 1 คน ผู้ให้บริการ (Specialist) ในสาขาที่ถูกฟ้อง 2 คน ตัวแทนที่ไม่ได้มาจากวิชาชีพ 1 คน ผู้รับบริการฟ้องเองหรือจะใช้ทนายฟ้องก็ได้ ในทุกองค์กรวิชาชีพมีการหาทนายให้กับผู้ฟ้องร้องโดยไม่คิดค่าบริการ ผลจากการไต่สวนจากองค์กรวิชาชีพมีดังนี้

- กำหนดเงื่อนไขต่อผู้ฟ้องร้อง ถ้าต้องการจะอยู่ในวิชาชีพต่อไป เช่น ต้องทำงานภายใต้ผู้เชี่ยวชาญวิชาชีพในสาขานั้นๆ ภายในช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ

- สั่งเพิกถอนไม่ให้ปฏิบัติงานบริการที่ทำให้ผู้ฟ้องร้องได้รับความเสียหาย
- ไม่อนุญาตให้ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่กำหนด หรือจนกว่าจะได้รับอนุญาต
- เพิกถอนใบอนุญาตการปฏิบัติงาน

หมายเหตุ : องค์กรวิชาชีพไม่สามารถบังคับให้มีการชดเชยค่าเสียหายในรูปแบบของตัวเงินต่อผู้เสียหาย สำหรับการฟ้องร้องผ่านองค์กรวิชาชีพ

วิธีที่ 3 ดำเนินการฟ้องร้องผ่าน Complaints Authority

Health Complaints Authority ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ย ได้ผลลัพธ์ที่เกิดจากการยอมรับทั้ง 2 ฝ่าย

วิธีที่ 4 ดำเนินการฟ้องร้องผ่านกระบวนการศาล

เป็นหนทางสุดท้ายเพราะว่ามีค่าใช้จ่ายสูง ระยะเวลาาน ผู้เสียหายที่ต้องการฟ้องร้องจะต้องปรึกษากับนักกฎหมายก่อนเพื่อดูว่ามีทางชนะมากน้อยแค่ไหน ถ้าผู้ฟ้องร้องไม่มีเงินจะมี Legal Aid เพื่อให้ความช่วยเหลือในกรณีที่มีแนวโน้มจะชนะ ถ้าชนะผู้ถูกฟ้องร้องต้องชดเชยและจ่ายเงินค่าใช้จ่ายทั้งหมด แต่ถ้าหากแพ้รัฐบาลจะต้องรับภาระทั้งหมด ในประเทศออสเตรเลียมีองค์กรอิสระที่รับประกันความเสียหายที่เกิดจากผู้ให้บริการ (Medical Defense Organization) ในทุกรัฐ ถ้าหากพิจารณาแล้วเห็นว่ามีโอกาสน้อยมากที่จะชนะมักจะยื่นความจำนงต่อผู้เสียหาย เพื่อทำการไกล่เกลี่ย เพราะถ้าปล่อยให้เรื่องไปถึงศาลแล้วแพ้จะต้องชดเชยค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้น

กระบวนการร้องทุกข์

การร้องทุกข์ผ่านคณะกรรมการ จะกระทำต่อเมื่อผู้ให้บริการมีความบกพร่องหรือให้การรักษาที่ไม่สมเหตุสมผล ข้อร้องเรียนอาจจะพาดพิงถึงความล้มเหลวในด้านต่างๆ เช่น การรักษา การให้ข้อมูลการรักษา การให้ความยินยอม เป็นต้น กระบวนการร้องทุกข์จะเริ่มต้นจากคณะกรรมการพิจารณาเรื่องราวจะทบทวนเรื่องของทั้งฝ่ายผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ คณะกรรมการจะปฏิบัติต่อผู้ร้องทุกข์ 2 ขั้นตอน คือ

1. การใช้กระบวนการอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Process) ประกอบด้วย

1.1 การส่งเสริมและการให้ความช่วยเหลือโดยตรงในการติดต่อระหว่างผู้ร้องทุกข์กับผู้ให้บริการเพื่อแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน คณะกรรมการจะถามถึงความต้องการของผู้ร้องทุกข์ถึงสิ่งที่ต้องการอยากจะได้จากผู้ให้บริการ คณะกรรมการจะติดต่อประสานงานกับผู้ร้องทุกข์อย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งได้รับคำตอบที่เหมาะสมสำหรับทั้ง 2 ฝ่าย

1.2 การประเมินข้อร้องเรียน จะประกอบด้วย 2 ส่วน

- ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน ทั้งในส่วนของผู้ร้องทุกข์และผู้ให้บริการ

- ทำการพิจารณาถึงความเป็นเหตุเป็นผลของบริการทางการแพทย์ ขั้นตอนของการประเมินข้อร้องเรียนจะเกี่ยวข้องกับการอภิปรายกลุ่ม การเก็บข้อมูล การรับคำอธิบาย การให้คำอธิบาย ทางเลือกในการแก้ไขปัญหาของขั้นตอนต่อไปที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหา กรรมการจะสอบถามข้อมูลจากผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้ในการตัดสินใจ โดยกำหนดระยะเวลาไว้ 60 วัน นับตั้งแต่รับข้อมูลร้องทุกข์ การประเมินคณะกรรมการจะต้องเลือกกระทำการต่างๆ ดังต่อไปนี้

- ยกเลิก ข้อร้องเรียน
- ส่งต่อ ข้อร้องเรียนสำหรับการไกล่เกลี่ยภายใต้ความยินยอมของกลุ่มต่างๆ
- ส่งต่อ ข้อร้องเรียนไปยังคณะกรรมการใหญ่หรือองค์กรอื่นๆ
- สืบสวน ข้อร้องเรียน

2. การใช้อำนาจทางกฎหมาย ผู้รับบริการ จะเคลื่อนไหวไปยังขั้นตอนอย่างเป็นทางการเมื่อไม่ได้รับการแก้ปัญหาที่สมเหตุสมผล จากรายงานพบว่าร้อยละ 70-80 สามารถจัดการได้ในขั้นตอนของการจัดการอย่างไม่เป็นทางการ (Health and Community Service Complaints Commissions)

2.1 การไกล่เกลี่ยของข้อร้องเรียนที่เหมาะสม

พระราชบัญญัติ ถูกจัดตั้งขึ้น ในหลักการของวิธีการแก้ปัญหาโดยการไกล่เกลี่ย และในท้ายสุด การไกล่เกลี่ยจะออกมาในรูปแบบที่เป็นประโยชน์กับทุกๆ ฝ่าย ในการเข้าสู่กระบวนการทางกฎหมายนั้น

- เป็นความสมัครใจของทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งตกลงใจร่วมกันในการเข้าสู่กระบวนการของคณะกรรมการ ทั้งสองฝ่ายยอมรับที่จะต่อรองและประสานกับในผลประโยชน์ของวิธีการแก้ปัญหา

- ข้อมูลนี้ไม่สามารถถูกเปิดเผยให้กับฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด ไม่ว่าจะด้วยวัตถุประสงค์ใดๆ ก็ตาม และไม่สามารถถูกส่งเป็นหมายเรียกในชั้นศาลหรือเปิดเผยในที่สาธารณะได้

ปัญหาที่สามารถไกล่เกลี่ยได้โดยทั่วไปจะจัดได้ 2 ประเภท คือ

1. กลุ่มที่ต้องการคำอธิบายว่าเกิดอะไรขึ้น และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ความต้องการมีส่วนร่วมในการแบ่งปันความรู้สึกร่วมกัน หรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การได้รับทราบปัญหาที่ได้รับการแก้ไขแล้ว รายงานจากกรมการรัฐต่างๆ รายงานว่าผู้ร้องทุกข์หลายรายกล่าวถึงวิธีการนี้ว่าสามารถลดความเจ็บป่วยที่พวกเขาได้ประสบมาได้

2. กลุ่มที่เรียกร้องค่าเสียหาย ค่าชดเชย หรือการรักษา

คณะกรรมการจะแต่งตั้งผู้ไกล่เกลี่ยซึ่งจะทำหน้าที่ตัดสินด้วยความเป็นธรรม และเป็นอิสระจากองค์กรต่างๆ กระบวนการที่ถูกเลือกในการแก้ปัญหาข้อร้องเรียนและผลลัพธ์ที่ได้ จะเป็นไปตามความต้องการของทั้งสองฝ่ายที่เห็นพ้องต้องกัน กระบวนการต่างๆ ที่นำมาใช้มีดังต่อไปนี้

- การประชุมอภิปราย ตัวต่อตัว
- การเขียนจดหมาย
- การอภิปรายทางไกล
- การทบทวน การบันทึกทางการแพทย์และรายงาน
- แนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญ
- การต่อรอง เรื่องการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงหนทางต่างๆ ในเรื่อง

การปฏิบัติ นโยบายและกระบวนการ

หมายเหตุ : ควรจัดทำเอกสารซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันของทั้งสองฝ่ายไว้ เพื่อเป็นการแสดงถึงความสำเร็จของการเจรจาไกล่เกลี่ย

2.2 การส่งต่อคณะกรรมการหรือผู้มีอำนาจอื่นๆ

หลังจากการปรึกษาหารือ เมื่อการเจรจาอย่างไม่เป็นทางการไม่ประสบความสำเร็จข้อร้องเรียนจะถูกส่งต่อไปยังส่วนที่มีอำนาจเหมาะสม คณะกรรมการจะแจ้งข้อมูลไปยังคณะกรรมการอื่นๆ เพื่อจะทำงานร่วมกันในการหาหนทางที่เหมาะสมในการจัดการกับข้อร้องเรียน

คณะกรรมการจะปรึกษาและส่งต่อข้อร้องเรียนอย่างเป็นลำดับซึ่งรวมส่วนต่างๆ เช่น คณะกรรมการของตำรวจ ผู้อำนวยการอัยการ รัฐบาลท้องถิ่นโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีกฎหมายกำหนด

2.3 การสืบสวนข้อร้องเรียนของคณะกรรมการ

เมื่อการแก้ปัญหาของข้อร้องเรียนด้วยการเจรจาไกล่เกลี่ยและวิธีการอื่นๆ ไม่ประสบความสำเร็จ คณะกรรมการจะปฏิบัติการสืบสวนอย่างเป็นทางการ คณะกรรมการมีอำนาจในการสืบสวน และนำหลักการมาประยุกต์ใช้โดยอยู่บนพื้นฐานของความยุติธรรมและความยืดหยุ่น โดยพิจารณาผลกระทบของเหตุการณ์ในแต่ละเหตุการณ์โดยมีหลักการ 3 ข้อ ดังนี้

1. ความถูกต้องในการรับข่าวสารเกี่ยวกับข้อร้องเรียน ทั้งข่าวที่ต่อต้านและต้องการให้เรื่องราวดำเนินต่อไป

2. การรู้ความจริงเกี่ยวกับการตัดสินใจ

3. ความยุติธรรม และความเป็นอิสระ

คณะกรรมการจะเป็นอิสระจากรัฐบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า คณะกรรมการจะไม่มีส่วนได้ส่วนเสียในการให้บริการทางสุขภาพ เมื่อการสืบสวนเสร็จสมบูรณ์ รายงานจะถูกส่งไปยังผู้ร้องทุกข์ บุคคลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง แต่จะไม่มีคำวิจารณ์ในรายงาน คณะกรรมการจะให้ข้อเสนอแนะที่เป็นเหตุเป็นผลกับผู้ให้บริการ โดยที่ข้อเสนอแนะจะเกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติ การทบทวนมุมมองหรือแนวคิดของโครงสร้างองค์กรและนโยบาย ผู้ให้บริการต้อง รายงานคณะกรรมการภายใน 45 วัน เจ้าหน้าที่ไกล่เกลี่ย สืบสวน จะจัดการเกี่ยวกับการร้องเรียน ดังต่อไปนี้ (Northern Territory Government Australia, สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2552)

- ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์

- รับ เรื่องราวจากผู้ให้บริการ

- ยอมรับงานวิจัยจากแหล่งต่างๆ เช่น วารสารทางการแพทย์ อินเทอร์เน็ต

- รับคำแนะนำและความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ

คณะกรรมการโดยทั่วไปจะไม่มีความรู้ทางการแพทย์ และไม่มีหน้าที่ ในการตัดสินใจความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ให้บริการ ตามพระราชบัญญัติให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่ไกล่เกลี่ย เจ้าหน้าที่สืบสวนสามารถขอความช่วยเหลือคำแนะนำจากบุคคลภายนอก ที่ทำหน้าที่คล้ายกันกับผู้ให้บริการที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องร้องทุกข์ได้ ซึ่งบุคคลผู้นั้นเรียกว่า Professional Mentors เมื่อเรื่องร้องทุกข์ที่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ให้บริการถึงคณะกรรมการ

คณะกรรมการสามารถแต่งตั้งบุคคลบุคคลที่เหมาะสมเข้าเป็นที่ปรึกษาสำหรับคำร้องทุกชิ้น ถ้าต้องการเจ้าหน้าที่ใกล้เคียงจะหาบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งนั้นและค้นหาข้อตกลง เพื่อให้เป็นที่ปรึกษา บุคคลนั้นจะไม่สามารถถูกตั้งเป็นที่ปรึกษา ถ้าคณะกรรมการเห็นว่าไม่ได้มีความเชี่ยวชาญในด้านนั้น เจ้าหน้าที่ของ Professional Mentors* มีดังนี้

- ช่วยในการทบทวนคำร้องเบื้องต้น ช่วยในการหาบุคคลที่เหมาะสมในการให้คำปรึกษาทางคลินิก และประเด็นทางด้านจริยธรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การรับรู้ผลข้างเคียง

- ทบทวน บันทึกทางการแพทย์และให้ความคิดเห็น

- ช่วยเจ้าหน้าที่ในการแปล บันทึกทางการแพทย์ เช่น ตัวย่อ ผล Lab

- ช่วยในการจำแนกปรากฏการณ์ทางคลินิก มาตรฐานทางคลินิก

- ช่วยในการแจกแจงคำถามเฉพาะสำหรับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือ

Peer Reviewer ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

- เขียนบรรยายเกี่ยวกับการรักษาโดยเฉพาะเน้นไปที่ประเด็นที่ร้องเรียนเข้ามา

*หมายเหตุ : Professional Mentors ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบประเมินการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ใกล้เคียง

การใกล้เคียงหรือการสืบสวนจะพิจารณาตัดสินถึงมาตรฐานของการรักษาในเรื่องนั้นๆ ดังนั้น คณะกรรมการจึงต้องการความคิดเห็นหรือคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญและ Peer Reviewer

การเป็นที่ปรึกษาภายนอก จะได้รับข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกทางการแพทย์ รายงานข้อความร้องทุกข์ ผู้เชี่ยวชาญจะให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้การรักษา แต่จะไม่ได้รับสิทธิ์ในการออกความคิดเห็นของผลลัพธ์ที่ได้ ความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการจึงต้องตรงตามวัตถุประสงค์ และอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลจริงที่ได้รับ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสามารถถูกร้องขอในขณะที่ทำการใกล้เคียงหรือการสืบสวน ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสามารถช่วยให้ทั้งสองฝ่ายมีความตกลงใจร่วมกันได้ ในบางกรณีผู้เชี่ยวชาญจะถูกร้องขอในกรณีที่ต้องมีการแยกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง การไม่สามารถอย่างเต็มที่สมบูรณ์ การบริการที่แย่ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่ดี หรือความบกพร่องต่างๆ ซึ่งประเด็นที่กล่าวอ้างมานั้นเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อนและพบได้บ่อยครั้ง (Northern Territory Government Australia, สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2552)

ความแตกต่างระหว่างการไกล่เกลี่ยกับการฟ้องร้อง

การไกล่เกลี่ยเป็นกระบวนการของการแก้ปัญหาข้อร้องทุกข์โดยผ่านการอภิปรายพูดคุย การต่อรองโดยปราศจากการฟ้องร้อง ทั้งสองฝ่ายถูกนำเข้ามาแก้ปัญหา ร่วมกันแต่ไม่จำเป็นต้องเป็นเวลาเดียวกัน การไกล่เกลี่ยจะอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อมั่นระหว่าง 2 ฝ่าย และผู้ที่ทำหน้าที่ในการไกล่เกลี่ยที่เป็นกลาง ในการแก้ปัญหาข้อร้องทุกข์ การฟ้องร้องเป็นกระบวนการในชั้นศาล การเรียกร่องจะมีผู้ปวยเป็น เจ้าทุกข์ และผู้ให้บริการเป็นจำเลยและมีการตัดสินในชั้นศาล (Northern Territory Government Australia, สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2552)

กระบวนการที่แตกต่างของการไกล่เกลี่ยกับการฟ้องร้อง คือ ความไม่เหมือนกันของการออกคำสั่งโดยแต่ละฝ่าย คณะกรรมการไกล่เกลี่ยมีหน้าที่ในการแก้ไข ปัญหาข้อร้องทุกข์และจะไม่ใช้วิธีการที่ต้องพึ่งทนายหรือตำรวจในการจัดการปัญหา บทบาทของ เจ้าหน้าที่ไกล่เกลี่ยจะเกี่ยวข้องกับการอภิปรายประเด็นสำคัญและไม่เอนเอียงไปยังฝ่ายใดๆ ความคิดเห็นจะเป็นสิ่งที่ช่วยแต่ละฝ่ายให้เข้าใจประเด็นนั้นๆ ชัดเจน การทำงานของเจ้าหน้าที่ ไกล่เกลี่ยจะเป็นลักษณะของการขอความร่วมมือมากกว่าจะเป็นการกล่าวหาฝ่ายใดๆ ข้อมูลที่ได้ ในกระบวนการไกล่เกลี่ยเป็นส่วนที่สำคัญที่สุด ซึ่งเป็นข้อมูลเอกสารที่นำมาเป็นตัวอย่างหรือนำมา อภิปราย แต่ทั้งนี้ไม่สามารถนำไปใช้ในงานอื่นๆ ได้ ทุกสิ่งทุกอย่างที่ดำเนินการจะถูกเก็บไว้เป็น ความลับ

(หมายเหตุ : พระราชบัญญัติ กล่าวไว้ว่าสิ่งที่อภิปรายหรือเตรียมไว้ สำหรับการไกล่เกลี่ยไม่สามารถถูกใช้จนถึงศาลได้ ถ้าเจ้าหน้าที่ไกล่เกลี่ยไม่ยินยอม)

ประเด็นมาตรฐานของการรักษา และการชดเชยผล เจ้าหน้าที่ ไกล่เกลี่ยจะเสนอทางเลือกที่ได้มาจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งทำหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของ แพทย์ บัณฑิตทางการแพทย์และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเจ้าหน้าที่ไกล่เกลี่ยจะทำหน้าที่เชื่อมโยงทั้งสอง ฝ่ายเข้าด้วยกัน ทั้งสองฝ่ายจะได้รับข้อมูลที่เป็นความคิดของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นหลักๆ และ ผลลัพธ์ที่เป็นที่ต้องการ ขั้นตอนที่แตกต่างกันจากการฟ้องร้องคือ แต่ละฝ่ายจะค้นหาผู้เชี่ยวชาญ อิสระเพื่อทำการตรวจหลักฐานต่างๆ ซ้ำอีกครั้ง การเจรจาไกล่เกลี่ยอาจจะจบเมื่อมีการตกลง ร่วมกัน หรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งต้องการยกเลิกการดำเนินการต่อไปผลลัพธ์จากการไกล่เกลี่ยเป็น ความพยายามของเจ้าหน้าที่ไกล่เกลี่ยในการช่วยให้ทั้งสองฝ่ายได้มีโอกาสค้นหาทางแก้ปัญหาที่ เหมาะสม

การฟ้องร้องมีแนวโน้มที่จะยาวนานมากกว่า ค่าใช้จ่ายมากกว่า ความเสี่ยงสูง ในขอบเขตของการฟ้องร้อง จะมุ่งไปที่การแพ้ชนะ โดยเฉพาะการให้ผลประโยชน์ในรูปของเงิน ฝ่ายที่แพ้จะต้องเผชิญกับความยุ่งยากในการจ่ายเงินให้กับฝ่ายชนะ

ระหว่างกระบวนการไกล่เกลี่ย แต่ละฝ่ายจะถูกสนับสนุนเพื่อค้นหาความคิดเห็นเชิงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับรายงานของผู้เชี่ยวชาญก่อนที่จะมีการดำเนินงานใดๆ ในส่วนนี้เป็นส่วนที่สำคัญมากเพราะว่าการชดเชยอาจจะสามารถจ่ายได้ให้กับทั้ง 2 ฝ่าย

ข้อดีของการไกล่เกลี่ย สามารถสรุปได้หลายประเด็น ดังนี้

- ความสามารถของทั้งสองฝ่ายในการประเมินข้อมูลทั้งหมดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจได้

- ให้บริการฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย

- ห่วงเวลา กระบวนการของการไกล่เกลี่ยจะเร็วกว่ากระบวนการในชั้นศาล

- ให้อำนาจกับแต่ละฝ่ายในการแก้ปัญหาข้อร้องเรียนโดยปราศจากอำนาจบุคคลภายนอก

- มิตรภาพของผู้ใช้ สนับสนุนให้มีการร้องทุกข์และผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการจัดการและหนทางแก้ไขปัญหา

- การรักษาความลับ การให้ความมั่นใจในกระบวนการและข้อมูลที่ถูกรักษาไว้

- การสื่อสาร แต่ละฝ่ายสามารถอภิปรายคำร้องเรียน และสามารถรับรู้และเข้าใจในความคิดเห็นของแต่ละฝ่ายได้

จากสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นของทั้ง 3 ประเทศ แสดงถึงผลกระทบเชิงลบหรือความเสียหาย ที่เกิดขึ้นปัญหาการเข้าถึงแพทย์และบริการทางแพทย์ที่ยากขึ้น และด้วยค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเนื่องจากแพทย์ลาออก จำกัดการให้บริการ หรือย้ายออก เพราะปัญหาค่าเบี้ยประกันที่สูงขึ้น ในกรณีของประเทศสหรัฐอเมริกาไม่มีองค์การระดับชาติที่ดูแลในเรื่องความรับผิดชอบทางการแพทย์ การจัดการกับปัญหาส่วนใหญ่ใช้ระบบการฟ้องละเมิดเรียกค่าสินไหมจากแพทย์ในการแก้ปัญหา ส่งผลต่อมาให้บุคลากรในการพัฒนาคุณภาพบริการลดลง และแนวทางการแก้ปัญหาของประเทศแคนาดายังไม่ครอบคลุมผู้รับบริการ จะเน้นคุ้มครองผู้ให้บริการ เป็นหลัก คือ มีองค์การที่ดูแลเรื่องการบริหารความเสี่ยงสำหรับแพทย์ที่เป็นสมาชิกสำหรับในส่วนของประเทศออสเตรเลียลักษณะการจัดการโดยทั่วไปมีด้วยกันหลายรูปแบบ เช่น

การใกล้เคียง การสืบสวน กลไกการรับเรื่อง โดยมี 2 รูปแบบที่ได้ผลดี คือ การใกล้เคียง วิธีนี้มีขอบเขตที่ชัดเจน ระหว่างวิธีการแก้ปัญหากับเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจเกี่ยวข้อง และรูปแบบที่ต้องใช้การดำเนินการทางกฎหมาย ซึ่งเน้นมาตรฐานการรักษาโดยมีคณะกรรมการทำหน้าที่ในการดูแลและสืบสวนคำร้องทุกข์ ในการจัดการปัญหาของแต่ละประเทศจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับรูปแบบและปัญหาในระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ ของประเทศนั้นๆ แต่ที่ชัดเจนก็คือ การทำความเข้าใจกับแนวคิดและประสบการณ์ และบริบทต่างๆ ก็จะช่วยให้เกิดแนวทางในการปัญหาที่ประสบผลสำเร็จต่อไป

ตอนที่ 3 ลักษณะกลไกการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา จากการให้บริการทางการแพทย์

ปัจจุบันประเทศไทยมีการออกกฎหมาย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยมีกลไกคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีกรรมการจาก 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายการเมือง (ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น) ฝ่ายวิชาการและวิชาชีพ (ทุกสาขาวิชาชีพ) และฝ่ายชุมชนและองค์กรภาคประชาชน โดยมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการ จึงเป็นกลไกที่เป็นกลางและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายมากที่สุด และเป็นกลไกที่ผลักดันให้เกิดการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา จากการให้บริการทางการแพทย์ แต่ทั้งนี้กลไกหลักในการดำเนินงานจะต้องเป็นกลไกเฉพาะที่มีอยู่ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง กรมการประกันภัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ โดยผู้ศึกษาได้จำแนกลักษณะกลไกการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา จากการให้บริการทางการแพทย์ดังต่อไปนี้

- 3.1 กลไกการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการ
- 3.2 กลไกพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการ
- 3.3 กลไกบริหารความเสี่ยงระดับพื้นที่
- 3.4 กลไกการจัดการความรู้และขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์

3.1 กลไกการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการ

การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการ เป็นงานพื้นฐานที่สำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนกำลังคนให้มีการผลิตและกระจายที่เหมาะสม การดูแลระบบการทำงานที่เอื้อให้บุคลากร

ทำงานได้อย่างมีคุณภาพ มีความสุข ไม่ว่าจะอยู่ในเมืองหรือในชนบท งานไม่หนักเกินไป ค่าตอบแทนและจิตใจเหมาะสม ได้รับการพัฒนาวิชาการและความสามารถต่อเนื่อง เครื่องมือและการสนับสนุนต่างๆ ดีพอ เช่น ในโรงพยาบาลชุมชนกว่า 700 แห่ง ทั่วประเทศยังคงขาดแคลนแพทย์อยู่มาก จะทำอย่างไรให้มีแพทย์เพียงพอบริการ มีพยาบาลวิชาชีพครบถ้วน (เพราะโรงพยาบาลชุมชนทั้งประเทศมีสัญญาแพทย์อยู่เพียงคนเดียว) และควรมีพยาบาลเวชปฏิบัติช่วยทำงานบริการทั่วไปหรือบริการเวชศาสตร์ครอบครัว/ชุมชน ซึ่งจะเพิ่มคุณภาพบริการได้มาก ตลอดจนการฝึกอบรมให้แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขทุกคนมีทักษะในการสื่อสาร การพูดคุยกับผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับปัญหาหรือการสูญเสียต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ

3.2 กลไกพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการ

การบริการทางการแพทย์เป็นบริการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตมนุษย์ จำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการที่เป็นที่ยอมรับในทุกระดับ เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาไม่พึงประสงค์ทั้งปวง คุณภาพและความปลอดภัย นับเป็นสิ่งที่สังคมคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพในทุกประเทศ ประเทศไทยก็เช่นกันมีความพยายามในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามก็ยังมีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จะเห็นได้จากการฟ้องแพทย์ ฟ้องสถานพยาบาล เนื่องจากความไม่พึงพอใจ ความขัดแย้ง ความเสี่ยง และความสูญเสียที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีกลไกที่จะช่วยส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

ระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) เป็นระบบที่มีต้นกำเนิดมาจากสหรัฐอเมริกา 70 ปีก่อน และมีการใช้อย่างแพร่หลายในประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งแคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อังกฤษ และสวีเดน ขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาซึ่งรวมทั้งประเทศไทยเพิ่งจะมีการนำมาใช้ไม่นาน โดยมีองค์การอนามัยโลกให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มกราคม 2552)

ระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศนั้นมีการศึกษาวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 โดยจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลทดลองนำไปปฏิบัติ เรียนรู้กระบวนการสำรวจ มีการจัดทำมาตรฐานในโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพและเริ่มนำมาปฏิบัติเพื่อทดลองประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2540 ในลักษณะโครงการวิจัยและพัฒนา ซึ่งส่งผลให้เกิดภาคีเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รวมทั้งการปรับจากโครงการวิจัยและพัฒนา มาเป็นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ. ; HA Thailand) ภายใต้สถาบันวิจัย

ระบบสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2542 และพร้อมให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมได้ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 เป็นต้นมา

ในปัจจุบันสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ. ; HA Thailand) ถือเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยใช้การประเมินจากภายนอกและการรับรองคุณภาพโดยหน่วยงานที่เป็นกลาง เป็นแรงจูงใจโดยเฉพาะการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลด้วยการให้ข่าวสาร คู่มือ แนวทางพัฒนาคุณภาพ ฝึกอบรม ให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลที่ต้องการพัฒนาคุณภาพ สร้างโปรแกรมทดสอบความพร้อมสำหรับให้โรงพยาบาลประเมินตนเอง การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลหรือ HA. นับว่ามีบทบาทสำคัญต่อวงการสาธารณสุขไทยในปัจจุบันมาก เพราะสามารถใช้เป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ควบคู่ไปกับการเรียนรู้แลกเปลี่ยนและการรับรองจากองค์กรภายนอกได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การรับรองเป็นเพียงส่วนเดียวและส่วนสุดท้ายของกระบวนการแต่จุดสำคัญอยู่ที่การกำหนดมาตรฐานตรวจสอบและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลนั้นๆ

สำหรับโรงพยาบาลที่จะได้รับการรับรองคุณภาพจะต้องมีกิจกรรมหลักๆ อยู่ 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ และการรับรองคุณภาพ ซึ่งหากโรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพเป็นไปตามเกณฑ์ของมาตรฐานที่ได้จัดทำไว้ก็จะได้รับการรับรองจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยการรับรองในครั้งแรกจะมีอายุการรับรอง 2 ปี หลังจากนั้นโรงพยาบาลจะต้องขอการรับรองใหม่

กิจกรรมและมาตรการต่างๆ ที่ HA ส่งเสริมสนับสนุนให้โรงพยาบาลดำเนินการเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551, น. 1) ได้แก่

1. กิจกรรมทบทวนคุณภาพเพื่อนำประเด็นปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสพัฒนาต่างๆ ไปปรับปรุงแก้ไข เช่น การทบทวนคำร้องเรียน การทบทวนการส่งต่อ การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญ การทบทวนตัวชี้วัด การทบทวนการใช้ทรัพยากร
2. การวิเคราะห์หน่วยงานอย่างเป็นระบบทั้งในด้านความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง เป้าหมาย กระบวนการ และความเสี่ยงในแต่ละขั้นตอน เพื่อออกแบบวิธีการทำงานที่รัดกุม
3. การวางระบบบริหารความเสี่ยงในระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การออกแบบวิธีการทำงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงและนำไปปฏิบัติ การปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งการรายงานและการตอบสนองต่อ

ปัญหาที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบ การประสานระบบ ข้อมูลและระบบงานที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงเพื่อประสิทธิภาพในการทำงานและการประเมินผล

4. การกำหนดเป้าหมายความปลอดภัย (Patient Safety Goals - PSG) เพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีจุดเน้นในการพัฒนาร่วมกันอย่างชัดเจน โดยเริ่มต้นมาตั้งแต่ พ.ศ.2549 และใน พ.ศ.2551 ได้ปรับปรุงการจัดกลุ่ม PSG ออกเป็น SIMPLE ซึ่งเป็นตัวย่อมาจาก Safe Surgery, Infection Control, Medication & Blood Safety, Patient Care Process, Line/ Tube/ Catheter, Emergency Response ใน PSG แต่ละเรื่อง จะมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนให้โรงพยาบาลนำไปประยุกต์ใช้

5. การส่งเสริมให้ทีมงานเรียนรู้จุดอ่อนของระบบงานด้วยการทบทวนเวชระเบียนซึ่งคัดกรองจากเกณฑ์ง่าย ๆ เช่น การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ การส่งต่อผู้ป่วย การเสียชีวิต การแพ้ยา การติดเชื้อในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลมารดาและทารก และนำข้อมูลเหล่านี้มาปรับปรุงระบบงาน

6. การส่งเสริมให้ทีมงานนำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพไปสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นเรื่องปกติประจำ มองหาโอกาสที่จะ Empower ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับผิดชอบต่อเรื่องสุขภาพของตนเองได้

7. การส่งเสริมให้ทีมงานนำแนวคิด Humanized Healthcare ไปสู่การปฏิบัติ พบว่าได้รับการตอบรับค่อนข้างดีจากวิชาชีพพยาบาล และได้พบประสบการณ์เชิงบวกในผู้อำนวยการที่มีความเข้าใจ สามารถนำไปใช้เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการและชุมชนได้

ประเด็นปัญหาการพัฒนาจากประสบการณ์ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551, น. 3)

1. ความเข้าใจ ขาดความเข้าใจกระบวนการคุณภาพเชิงระบบ ไม่เข้าใจในเป้าหมายของแต่ละมาตรฐาน และไม่ได้นำบริบทของตนมาพิจารณา จึงเป็นการพัฒนาเพียงรูปแบบ แต่ผลลัพธ์ที่ได้ไม่ใช่คุณภาพ

2. ผู้นำองค์กรและหัวหน้าทุกระดับ ในองค์กรที่ผู้นำไม่ได้ลงมาสสนับสนุนอย่างเต็มที่ และไม่เปิดใจรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมงาน จะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา

3. การมุ่งเน้นกิจกรรม มีโครงการและกิจกรรมมากมายในหน่วยงานต่างๆ แต่ไม่สามารถเชื่อมโยงให้เกิดเป็นการพัฒนาระบบงานได้ยังเป็นการทำงานแยกส่วน และบางครั้งกิจกรรมต่างๆ เป็นการคิดเพื่อการแข่งขัน ในขณะที่ปัญหาในการปฏิบัติงานประจำวันนั้นยังไม่ได้ได้รับความสนใจที่จะแก้ไขหรือพัฒนาแต่อย่างใด

4. การสื่อสารในองค์กร เรื่องนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และแนวทางปฏิบัติต่างๆ ลงมาไม่ถึงผู้ปฏิบัติ อีกทั้งการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่ไม่ชัดเจน ทำให้ปัญหาในการปฏิบัติงานไม่ได้รับการแก้ไข

5. ข้อมูลและการเรียนรู้ร่วมกัน การกำหนดตัวชี้วัดที่ตรงประเด็นและท้าทาย การวิเคราะห์ข้อมูล การใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด การเรียนรู้จากเวชระเบียน การนำบทเรียนมาเรียนรู้ร่วมกัน การสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้

6. ปัญหาเฉพาะตามลักษณะโรงพยาบาล เช่น โครงสร้างสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลขนาดเล็ก การหมุนเวียนแพทย์และผู้อำนวยการในโรงพยาบาลชุมชน การทำงานเป็นทีมในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

7. ระบบการดูแลผู้ป่วย การประเมินปัญหาที่ไม่ครอบคลุม ระบบการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ความพยายามที่จะไม่รักษาผู้ป่วยที่ซ้ำซ้อน ทำให้ทีมงานขาดประสบการณ์ในการซ้ำซ้อน การดูแลผู้ป่วยหนักในพื้นที่ห่างไกล เช่น ศักยภาพในการทำผ่าตัดคลอด การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่ไม่ถึงรากทำให้เกิดปัญหาซ้ำ ทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหนัก

3.3 กลไกบริหารความเสี่ยงระดับพื้นที่

การบริการสาธารณสุข ต่อให้พัฒนาคุณภาพมาตรฐานหรือระบบงานดีเพียงใด ก็ยังคงมีปัญหาคือหรือผลแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้ในสหรัฐอเมริกา ประเทศที่มีความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการแพทย์สูงที่สุดในโลก ก็ยังมีผู้ป่วยเสียชีวิต พิกัดหรือได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขปีละหลายหมื่นคน

ดังนั้น การลดปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือ การสร้าง “กลไกบริหารความเสี่ยง” (Risk Management) เช่น การตั้งกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล หรือการตั้งกลไกบริหารความเสี่ยงระบบจังหวัด เพื่อทำงานวิเคราะห์ ติดตาม เฝ้าระวังปัญหาแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยได้รับจากบริการ หรือปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสาธารณสุขของจังหวัดแล้วเข้าไปช่วยดูแลแก้ไขจัดการตั้งแต่ต้นด้วยสันติวิธี ไม่ให้ปัญหามานปลายเกินการแก้ไข ไปจนถึงกระบวนการศาล

3.4 กลไกการจัดการความรู้และขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนให้เกิด “สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ” (สวค.) ขึ้นมาทำงานทางวิชาการที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ และในขณะเดียวกัน “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” (คสช.) ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ก็ได้ตั้งกลไกทำงานเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ขึ้น เรียกว่า “คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ” (Commission on National Human Resources for Health Development) เป็นกลไกทำงานเพื่อแปลงความรู้ออกมาเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหา แล้วทำงานเชื่อมโยงกับสังคมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกับภาครัฐ แก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

ทั้ง 4 กลไกเป็นกลไกเบื้องต้น ที่จะผลักดันให้เกิดการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา จากการให้บริการทางการแพทย์ เพราะปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นปัญหาเชิงระบบที่มีความสลับซับซ้อน จึงจำเป็นต้องคิดอย่างเป็นระบบใช้การทำงานทางวิชาการและองค์ความรู้ที่เพียงพอ และวางแผนแก้ไขอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมและครบถ้วน นำไปสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม

ตอนที่ 4 กระบวนการในการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ จากการบริการทางการแพทย์

เพื่อทำความเข้าใจใน ขั้นตอนการดำเนินงานเมื่อเกิดความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์ ผู้ศึกษาจึงได้ทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ จากการบริการทางการแพทย์ โดยผู้ศึกษาได้ทำการเรียงลำดับและจำแนกหัวข้อต่างๆ ไว้ดังต่อไปนี้

4.1 การระบุปัญหา รวบรวมข้อมูล

4.2 การเสริมสร้างความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับสู่กลุ่มเป้าหมาย

4.3 ช่องทางในการเข้าถึงการพิทักษ์สิทธิประโยชน์

4.4 การเรียกร้องชดเชยความเสียหาย

4.5 การออกกฎหมายหรือการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ

4.6 การได้รับค่าชดเชยจากความผิดพลาดอันไม่พึงประสงค์จากการบริการทางการแพทย์และการเคลื่อนไหวเพื่อการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ กรณีศึกษาทั้งจากต่างประเทศและในประเทศไทย

ซึ่งแต่ละส่วนมีรายละเอียดของเนื้อหา ดังต่อไปนี้

4.1 การระบุปัญหา รวบรวมข้อมูล

เป็นกระบวนการแรกที่คุณเสียหายจะแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพของการให้บริการของสถานพยาบาลที่ตนเองได้สัมผัสทั้งก่อนและหลังการเกิดความเสียหายในลักษณะของการบอกเล่าที่เป็นการผสมผสานประสบการณ์ที่ได้รับมาโดยตรงและประสบการณ์ที่ถูกระบุจากบุคคลอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติๆ เช่น สามีหรือภรรยา บิดาหรือมารดา บุตรหลานหรือเพื่อนบ้าน ที่อาจมีประสบการณ์ในการใช้บริการ ณ สถานพยาบาลในพื้นที่นั้นๆ แต่อาจต่างเวลา ฉะนั้นข้อมูลที่ได้รับจึงเป็นการผสมผสานประสบการณ์ของคุณเสียหายที่มีความหลากหลายทั้งความจริงและความเห็น โดยจำแนกเป็นกระบวนการของปัญหา (รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ และคณะ, 2550, น. 85) ได้ดังนี้

4.1.1 ลักษณะปัญหา

ปัญหาของคุณเสียหายจากบริการสุขภาพส่วนใหญ่ พบว่า ได้รับความเสียหายจากการไปบริการเกี่ยวกับการคลอด เช่น คลอดแล้วมารดาเสียชีวิต หรือเด็กเสียชีวิต รองลงมาได้แก่การบริการเกี่ยวกับอายุรกรรม เช่น การปวดท้อง ท้องเสีย ความดัน และการบริการศัลยกรรม เช่น อุบัติเหตุจากรถ ตกต้นไม้ การผ่าตัดตา การผ่าตัดไส้ติ่ง

4.1.2 ขั้นตอนการเกิดปัญหา

1) ระยะเริ่มต้น โดยทั่วไปและเป็นส่วนใหญ่ปัญหาของคุณเสียหายจะเกิดขึ้นตั้งแต่การเข้าไปใช้บริการในโรงพยาบาลจากพฤติกรรมของผู้ให้บริการในการพูดจาและกริยาท่าทาง ความล่าช้าละเลยเพิกเฉยในการให้บริการ การไม่มีแพทย์มาให้บริการ ความไม่แน่ใจในความสามารถของแพทย์หรือพยาบาล การขาดเครื่องมืออุปกรณ์หรือเครื่องมืออุปกรณ์ไม่มีความพร้อม เป็นต้น

2) ระยะสะสม หลังจากนั้นปัญหาสะสมเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับความเสียหาย โดยในขั้นต้นจะมีปัญหาในเรื่องการไม่ได้รับคำอธิบายหรือปกปิดความเสียหายจากผู้ให้บริการ พฤติกรรมการพูดจาและกริยาท่าทางต่อผู้ป่วยหรือญาติ ความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วย ความไม่สะดวกในการเดินทางไปกลับระหว่างบ้านกับสถานพยาบาลที่ให้การเยียวยา เป็นต้น

3) ระยะเพิ่มปัญหา ปัญหาจะเพิ่มขึ้นอีกเมื่อผู้เสียหายกลับไปที่บ้าน เช่น ไม่มีพาหนะสำหรับที่จะส่งผู้ป่วยกลับ ในกรณีที่เสียชีวิตก็จะได้รับความทุกข์ในเรื่องในการจัดการงานศพมีภาระค่าใช้จ่ายที่อาจไม่เพียงพอ ในกรณีที่ทุพพลภาพหรือบาดเจ็บต่อเนื้อจะไดพบปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาฟื้นฟูและค่าเดินทาง การใช้เวลาในการดูแลและฟื้นฟูสภาพเป็นระยะเวลานาน การไม่สามารถทำงานได้ตามปกติของคุณเสียหายหรือญาติ การรับภาระดูแลเด็กโดยภรรยาหรือสามีโดยลำพังหรือโดยผู้สูงอายุ เป็นต้น

4) ระยะขัดแย้ง ผู้เสียหายจะมีปัญหาเกี่ยวกับ การเรียกร้องเงินชดเชยจาก โรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ความไม่รู้วิธีการและช่องทางการติดต่อขอรับเงินชดเชย การจ่ายค่านายหน้าแก่อาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ดำเนินการช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับเงินชดเชย การรอเงินช่วยเหลือที่ต้องใช้เวลานาน การได้รับอนุมัติเงินชดเชยที่ไม่พอกับค่าใช้จ่าย การถูกละเลยโดยทนายและตำรวจเกี่ยวกับการอุทธรณ์ฟ้องร้อง การไม่รู้วิธีการดำเนินคดีทางศาล การจัดหาทนายที่มีความเชี่ยวชาญได้ยาก การไม่มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินคดีที่เพียงพอ การไม่สามารถเข้าถึงเวชระเบียนเพื่อใช้เป็นหลักฐานในการฟ้องร้อง การดำเนินคดีที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนและใช้เวลานาน เป็นต้น

4.1.3 วิธีการแก้ปัญหา

ผู้เสียหายเองหรือญาติจะมีวิธีในการจัดการความทุกข์ที่หลากหลายแตกต่างกัน ได้แก่ การร้องเรียนผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การขอความร่วมมือไปยังเครือข่ายผู้เสียหายหรือมูลนิธิ การร้องเรียนสื่อมวลชน การแจ้งความร้องทุกข์กับตำรวจ การจ้างทนายฟ้องร้องคดี และท้ายที่สุดคือ การมีความเชื่อว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเวรกรรม

4.2 การเสริมสร้างความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับสู่กลุ่มเป้าหมาย

สื่อและเทคโนโลยีต่างๆ ได้มีส่วนให้ความรู้กับประชาชน ในเรื่องสิทธิของตนมากขึ้น การให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยหรือญาติจึงเป็นเรื่องจำเป็น ขั้นตอนการรักษาหรือเมื่อเกิดความเสียหายขึ้น แพทย์ผู้รักษาก็ต้องอธิบายได้ด้วยข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ การบันทึกขั้นตอนการรักษาในเวชระเบียนจึงถือเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญและเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะขอได้

แสง บุญเฉลิมวิภาส (2551, น. 87) ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับสู่กลุ่มเป้าหมาย ไว้ดังนี้

4.2.1 ความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ นอกจากความรับผิดชอบต่อการรักษา บทบาทของแพทย์ อีกส่วนหนึ่งก็คือ การสร้างความเข้าใจอันดีกับผู้ป่วยและญาติว่าสิ่งที่แพทย์กำลังดำเนินการอยู่คืออะไร ซึ่งแพทย์ส่วนหนึ่งไม่มีเวลาในจุดนี้ การชี้แจงถึงอาการของโรค ขั้นตอนการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นเป็นเรื่องที่ต้องชี้แจง จะชี้แจงต่อผู้ป่วยโดยตรงหรือชี้แจงให้ญาติผู้ป่วยได้ทราบ เป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาตามความเหมาะสม การที่ไม่ชี้แจงไม่ว่าต่อผู้ป่วยหรือญาติ เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้วถึงชี้แจง คำชี้แจงนั้นอาจจะทำให้เข้าใจว่าเป็นการแก้ตัว ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ปัจจุบันเป็นโลกของข้อมูลข่าวสาร ประชาชนมีความรู้มากขึ้น การให้คำอธิบายที่ถูกต้อง และจะไม่เป็นปัญหาตามมาก็คือ การสร้างความเข้าใจหรือความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับ

ผู้ป่วยหรือญาติ ที่เรียกว่า P.B.M (Personalize-Based Medicine) ในขณะเดียวกัน วิธีการรักษา ขั้นตอนการรักษา ผลดี ผลเสีย ที่เกิดขึ้น ก็จะต้องอธิบายได้ด้วยหลักวิทยาศาสตร์ที่เรียกว่า E.B.M. (Evidence-Based Medicine) ถ้าทำได้ทั้ง 2 ส่วน การฟ้องร้องจะไม่เกิดขึ้น

นอกจากความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยแล้ว ความรับผิดชอบอีกประการหนึ่งคือ ความรับผิดชอบในคำพูดที่อาจจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิด คดีฟ้องร้องส่วนหนึ่งเกิดขึ้นจากผู้ป่วย หรือญาติได้รับความเห็นมาจากแพทย์ท่านอื่นว่าการรักษานั้นเกิดความผิดพลาดทำให้เกิด ความเชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดพลาดจริง การให้ความเห็นโดยไม่ทราบข้อเท็จจริงหรือ รายละเอียดที่เกิดขึ้นจึงเป็นเรื่องที่ต้องระมัดระวัง การกล่าวพูดความจริงให้ปรากฏถือว่าเป็นเรื่องที่ดี และจะเป็นประโยชน์ต่อสังคม แต่การด่วนสรุปโดยไม่ทราบรายละเอียดถือเป็นอันตรายยิ่ง

4.2.2 ความเข้าใจในบทบาทขององค์กรวิชาชีพ วิชาชีพแพทย์เป็นศาสตร์ที่เป็น ความรู้เฉพาะ ในหลายๆ กรณี ประชาชนทั่วไปไม่สามารถเข้าใจว่า สิ่งที่แพทย์ปฏิบัติถูกต้องตาม หลักวิชาการหรือถูกต้องตามจริยธรรมหรือไม่ ผู้ที่จะเข้าใจและควบคุมให้การประกอบวิชาชีพ เป็นไปโดยถูกต้องก็คือ บุคคลในวิชาชีพเดียวกัน ดังนั้นองค์กรวิชาชีพ คือ แพทยสภา จึงมีหน้าที่ โดยตรงในการควบคุมดูแลความประพฤติของแพทย์ เป็นองค์กรที่มีขึ้นเพื่อดูแลแพทย์ ความคิด และแนวปฏิบัติเช่นนี้ถือเป็นหลักสากลที่ปฏิบัติกันโดยทั่วไปในนานาประเทศ แต่ในประเทศไทยยัง มีความเข้าใจไม่ตรงกัน แพทย์และประชาชนส่วนหนึ่งยังเข้าใจว่า องค์กรแพทยสภาจะต้อง ทำหน้าที่ปกป้องแพทย์มากกว่าที่จะทำหน้าที่ควบคุมความประพฤติ ด้วยสังคมไทยมีรากฐานมา จากสังคมในระบบอุปถัมภ์ จึงมีความคิดในเรื่องของความเป็นพรรคพวก ประกอบกับ ความไม่เข้าใจในบทบาทขององค์กรวิชาชีพ จึงมองว่าแพทยสภามีบทบาทเหมือนสมาคมหรือชมรม ทางวิชาชีพที่จะช่วยเหลือปกป้องสมาชิกมากกว่าการควบคุม ทำให้ประชาชนขาดความเชื่อถือใน สภาวิชาชีพ เมื่อมีปัญหาไม่ไปร้องเรียนที่แพทยสภา แต่จะใช้วิธีร้องเรียนผ่านสื่อหรือฟ้องร้องทาง กฎหมายแทน ดังกล่าวมาแล้วว่าความเข้าใจที่เป็นสากลในการตั้งวิชาชีพ คือ แพทยสภา ก็เพื่อ ควบคุมดูแลให้การปฏิบัติงานของแพทย์อยู่ในกรอบที่ถูกต้องของวิชาชีพและจริยธรรม เมื่อสภา วิชาชีพดูแลแพทย์ได้ ประชาชนก็จะเกิดศรัทธา เมื่อมีปัญหาก็จะมาร้องเรียนที่แพทยสภา ถ้า แพทยสภาดำเนินการให้โดยรวดเร็ว และอธิบายถึงเรื่องที่เกิดขึ้นได้ด้วยเหตุและผลที่รับฟังได้ ปัญหาที่จะยุติที่แพทยสภา

4.2.3 ความเข้าใจในลักษณะงานทางการแพทย์และสาธารณสุข การทำความเข้าใจ ในความหมายของวิชาชีพแพทย์ให้ถูกต้อง จะทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพดำรงตนอยู่ได้โดยไม่มีปัญหา และจะทำให้การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่บนพื้นฐานของมนุษยธรรม แต่ในระยะ

หลังกลายเป็นกระแสทางธุรกิจ มีการใช้คำว่าธุรกิจโรงพยาบาล มีการโฆษณาและนำโรงพยาบาลเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์ มีการเรียกค่ารักษาพยาบาลที่สูง และขยายไปรักษาชาวต่างชาติตามนโยบาย Medical Hub คือ ให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางในเอเชีย ทำให้ผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลในราคาสูง มีความรู้สึกที่ว่ามาพบแพทย์เพื่อมาใช้บริการหรือมาเพื่อซื้อบริการ เมื่อบริการไม่ดีหรือผิดพลาดก็ต้องดำเนินการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย เมื่อไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่เป็นไปตามที่สถานพยาบาลโฆษณาไว้ ก็ย่อมจะต้องเรียกร้อง ซึ่งถือเป็นความสัมพันธ์เชิงสัญญาในทางกฎหมาย

4.2.4 ความรับผิดชอบของแพทย์ ถือเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เพราะลักษณะงานเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับร่างกายและชีวิตของมนุษย์ คดีที่ร้องเรียนต่อแพทยสภาและฟ้องร้องต่อศาล ส่วนหนึ่งมาจากการขาดความรับผิดชอบของแพทย์ การขาดความรับผิดชอบส่วนหนึ่งเกิดจากลักษณะนิสัยส่วนตัวของแพทย์โดยเฉพาะ แต่ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากระบบ เช่น โรงพยาบาลของรัฐที่มีผู้ป่วยจำนวนมากในแต่ละวัน ในขณะที่บุคลากรผู้ชำนาญไปอยู่ในภาคเอกชน ส่วนหนึ่งไปบริการและรักษาชาวต่างชาติ เป็นธุรกิจการแพทย์

4.3 ช่องทางในการเข้าถึงการพิทักษ์สิทธิประโยชน์

สำหรับช่องทางในการเข้าถึงการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของประเทศไทย วิธีการขั้นตอนการร้องขอ และสิทธิทางศาล ผู้เสียหายจะต้องยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือได้ตามช่องทางที่กำหนด ได้แก่ สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้น หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียน หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ภายใน 90 วัน นับจากวันที่มีความเสียหายเกิดขึ้น หากไม่ใช้สิทธิภายในเวลาดำเนินการ ถือว่าสิทธิในการยื่นคำร้องเป็นอันหมดสิ้นไป เมื่อคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยเป็นประการใด ต้องแจ้งผลเป็นหนังสือไปยังผู้เสียหายทราบพร้อมแจ้งสิทธิการอุทธรณ์ ในกรณีที่ผู้เสียหายไม่พอใจการอนุมัติวงเงินชดเชยของคณะกรรมการ ได้กำหนดให้ผู้เสียหายมีสิทธิอุทธรณ์ตามช่องทางที่ยื่นคำร้องครั้งแรกภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย ทั้งนี้ ผลการพิจารณาวินิจฉัยของคณะกรรมการ ให้เป็นที่สุด และหากผู้เสียหายยังไม่พอใจต่อคำวินิจฉัยอุทธรณ์ สามารถนำข้อโต้แย้งที่เกิดขึ้นเพื่อฟ้องร้องต่อศาลได้ตามปกติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยฝ่ายกฎหมายได้สรุปจำนวนผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้เสียหายตามมาตรา 41 ระหว่างเดือนมกราคม

ปี 2547 ถึง เดือนมิถุนายน 2550 ว่า มีผู้ยื่นคำร้องจำนวน 1,140 ราย คณะกรรมการพิจารณา คำร้องแล้วเข้าเกณฑ์ตามข้อบังคับและได้รับค่าชดเชยไปรวม 940 ราย

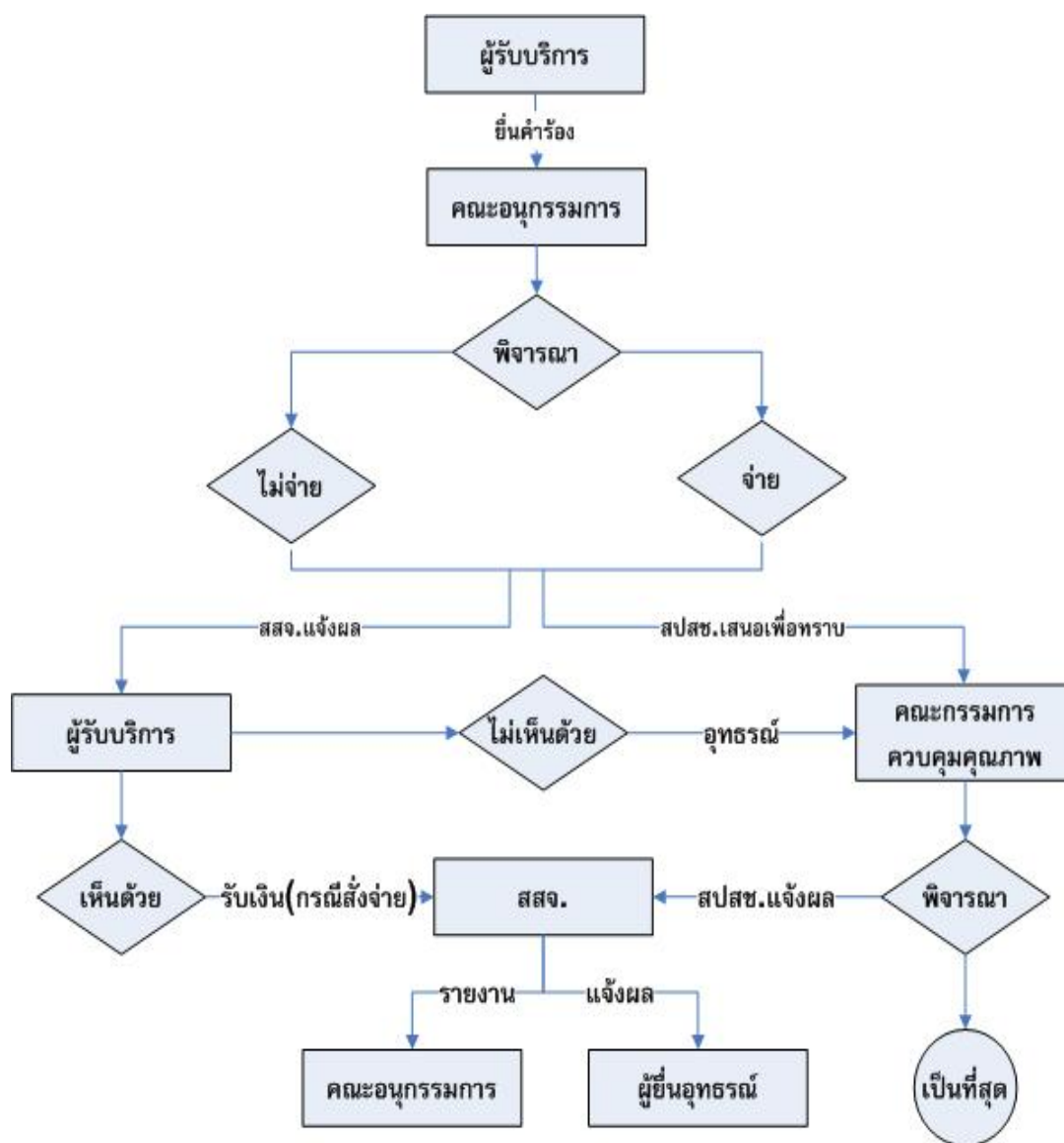
เกณฑ์การจ่ายเงินและขอบเขต ได้มีการกำหนดไว้สามกลุ่ม คือ ความเสียหายแก่ ชีวิตหรือสุขภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 80,000 บาท การสูญเสียอวัยวะ หรือพิการ จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 50,000 บาท และการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 20,000 บาท และกำหนดการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณี มีการอุทธรณ์ได้ไม่เกินสองเท่าของวงเงินแต่ละลักษณะ (ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา มีการกำหนดวงเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามกลุ่มที่กล่าวมาเป็นลำดับคือ 200,000 บาท 120,000 บาท และ 50,000 บาท และเกณฑ์การอุทธรณ์ถูกยกเลิก) อย่างไรก็ตาม มีการกำหนด เกณฑ์ให้องค์กรสามารถเสนอความเห็นเพื่อขออนุมัติวงเงินเพิ่มมากกว่าที่กำหนดไว้จาก คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาในกรณีที่เห็นว่ามี ความรุนแรงของความเสียหายค่อนข้างมาก

องค์กรพิจารณา กำหนดให้มีการพิจารณาวินิจฉัยโดยคณะอนุกรรมการพิจารณา วินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้รับบริการหรือทายาท ในระดับจังหวัดทุกจังหวัด และมีองค์ประกอบของกรรมการสามส่วน คือ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถหรือผู้อาวุโส หรือเป็นบุคคลที่ได้รับความนับถือในพื้นที่ไม่น้อยกว่าสามคน ตัวแทนหน่วยบริการ และตัวแทน ประชาชนผู้ให้บริการฝ่ายละเท่าๆ กัน ซึ่งในทางปฏิบัติมีองค์กรนี้มีตัวแทนองค์กรเอกชนเข้าไปทำ หน้าที่ในฐานะประชาชนอยู่ด้วย

ช่องทางในการเข้าถึงการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ที่มีอยู่มีเจตนารมณ์เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นในลักษณะของการเยียวยา หรือบรรเทาความเดือดร้อน ใน ขณะเดียวกันต้องการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการให้คงอยู่ตลอดไป

ภาพที่ 4.2

การดำเนินการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น



ที่มา: “สิทธิผู้ป่วย เรียนรู้และเข้าใจเพื่อใช้ให้เป็น,” โดย ทศนีย์ เน้นอุดร, 2550.

4.4 การเรียกร้องชดเชยความเสียหาย

ระบบการชดเชยความเสียหายของประเทศไทย อยู่ภายใต้หลักกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคโดยคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (Consumers

Protection Board หรือ CPB) ส่วนระบบในการควบคุมกำกับสถานพยาบาลอยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่เกี่ยวกับการควบคุมดูแลของกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ ระบบการควบคุมจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพจะเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพนั้นๆ ตามสาขาต่างๆ เช่น พระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา เป็นต้น แม้จะมีกฎหมายเพื่อป้องกัน ควบคุมและชดเชยความเสียหายในหลายมุมมอง แต่พบว่ายังมีปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคุ้มครองสิทธิมากมาย ได้แก่ การร้องเรียนแพทยสภาเกี่ยวกับการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น (อนงค์ เพียรภิภักดิ์, 2546) การฟ้องร้องคดีแพ่งและอาญากับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีมากขึ้น (อำนาจ กุศลนันท์, 2549) และการเสนอข่าวสารเกี่ยวกับผู้เสียหายทางการแพทย์ผ่าน หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์เพิ่มมากขึ้น (พรหมมินทร์ หอมหวล, 2542) เป็นต้น

การทบทวนประสบการณ์ของประเทศไทย พบว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากบริการสุขภาพในบางกรณี เป็นเรื่องที่เป็นความผิดของผู้ให้บริการอย่างชัดเจน เช่น ลืมอุปกรณ์ผ่าตัดไว้ในช่องท้อง ถอนฟันผิดซี่ ในขณะที่ ความเสียหายที่นำไปสู่การพิจารณาคดีในชั้นศาลหลายลักษณะจะไม่เข้าข่ายเป็นการกระทำความผิดฐานละเมิดเพราะผู้ให้บริการมิได้จงใจ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคณะ, 2544) ด้วยเหตุนี้ อาจเป็นการไม่สมควรยิ่งที่จะให้ผู้เสียหายต้องเป็นผู้รับบาปเคราะห์หรือต้องรับความทุกข์ทรมานกับสิ่งที่ตนเองที่มีได้เกิดขึ้นทั้งทาง ชีวิต ร่างกาย จิตใจ ทรัพย์สินและการดำเนินชีวิตในสังคม

สำหรับประเทศไทยแนวคิดการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดได้ถูกทำให้ปรากฏชัดเจนในกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยการกำหนดให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นเฉพาะผู้รับบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเข้าไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายบริการของ สปสช. แล้วได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์นั้น (พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, มาตรา 41) แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องวงเงินในการให้ความช่วยเหลือและการขยายการชดเชยความเสียหายที่ได้รับจากบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาความทุกข์จากระบบบริการสุขภาพแก่ผู้เสียหายได้อย่างแท้จริง ข้อมูลการจัดสรรงบประมาณในปี 2547 พบว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับเงินรายหัวเพิ่มขึ้นเป็น 1,308.5 บาทต่อคนต่อปี (ในปี 2546 ได้รับ 1,202.4 บาทต่อคนต่อปี) แต่ได้กันเงินเพื่อการชดเชยเบื้องต้นไว้เพียง 5 บาทต่อคนต่อปี แทนที่จะเป็นร้อยละ 1 หรือ 12 บาทต่อคนต่อปี ในขณะที่

การจ่ายเงินชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นของ สปสช. ตลอดปี 2547 มีเพียงร้อยละ 2.7 ของยอดเงิน 230 ล้านบาทที่กักไว้ หากผู้เสียหายต้องการได้รับการชดเชยเพิ่มขึ้นมากกว่าการชดเชยเบื้องต้นก็ยังไม่มียางเลือกอื่นในการดำเนินการที่ดีกว่าการฟ้องต่อศาลสถิตยุติธรรม ทำให้ในรอบปีที่ผ่านมาได้มีกรณีความเสียหายที่เกิดขึ้นจากบริการทางแพทย์ ปรากฏให้เห็นเป็นข่าวความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยหรือผู้ได้รับความเสียหายเป็นระยะและเพิ่มมากขึ้น และมีบางกรณีที่มีการฟ้องร้องนั้น ผู้เสียหายชนะคดีในชั้นศาล (อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินคดีทางศาล ผู้เสียหายเองก็พบกับข้อจำกัดที่เป็นภาระอันหนักในกระบวนการทางศาล การใช้ระยะเวลาในการดำเนินคดีที่ยาวนาน เสียค่าใช้จ่ายมาก ผู้ป่วยส่วนน้อยที่ชนะคดี (สมหญิง สายธนู และคณะ, 2546) ความซับซ้อนยุ่งยากในการพิสูจน์ความผิดโดยผู้เสียหาย การไม่อนุญาตให้ใช้เวชระเบียนผู้ป่วยในการพิจารณาข้อมูลการรักษา และข้อจำกัดในการหาพยานผู้เชี่ยวชาญในการให้การในคดีความเป็นต้น) ดังนั้น หากรัฐบาลไทยและสังคมยังคงละเลยต่อปรากฏการณ์ของระบบการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพดังกล่าว อาจกลายเป็นวิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้ที่ไม่อาจแก้ไขได้และไม่ได้เป็นผลดีกับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง รวมทั้งเกิดผลกระทบต่อสังคมโดยรวม

โดยทั่วไป เมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ (Medical adverse event) แก่บุคคลหนึ่งบุคคลใด บุคคลผู้ได้รับความเสียหายจะใช้ช่องทางเพื่อแก้ไขเยียวยาผ่านกลไกการชดเชย 2 ระดับ คือ กลไกการชดเชยก่อนศาลที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งแต่ละระดับจะมีวิธีการและความสามารถในการช่วยเหลือเยียวยาความเสียหายทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการแตกต่างกัน เช่น การให้การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพแก่ผู้เสียหาย การแก้ปัญหาความขัดแย้งโดยการมีส่วนร่วมของชาวบ้านและเครือข่ายทางสังคม หรือการใช้กระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยที่เป็นกลไกเดิมของโรงพยาบาลโดยทีมจัดการความเสี่ยง การใช้เงินสวัสดิการของโรงพยาบาลเพื่อชดเชยผู้เสียหาย การให้บริการพิเศษกับบุคคลผู้ได้รับความทุกข์นั้น การร่วมงานหรือช่วยค่าทำศพ และการใช้กลไกการชดเชยเบื้องต้นตามมาตรา 41 ในโรงพยาบาลขนาดเล็กเมื่อไม่สามารถจัดการหรือควบคุมปัญหาในระดับสถานบริการได้ ฯลฯ เป็นต้น (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2548) และการดำเนินการฟ้องร้องคดีต่อศาลสถิตยุติธรรม (ผ่านการคำนวณภาระหรือต้นทุนที่เกิดขึ้นทั้งตรง และทางอ้อม (ระยะสั้นและระยะยาว) ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ค่าสูญเสียรายได้และอาชีพ ค่าดูแลรักษาความพิการ ค่าสูญเสียการผลิตของครัวเรือน และค่าสูญเสียความสำราญและรื่นเริงในการดำรงชีวิต(Linda, Janet, and Molla, 2000) อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินคดีเพื่อเรียกค่าเสียหายต่อศาล บุคคลผู้เสียหายนั้นก็จะได้ความทุกข์

เกี่ยวกับความรู้ทางกฎหมายและการดำเนินคดี ค่าใช้จ่ายในการฟ้องคดีที่ค่อนข้างสูง การสูญเสียเวลาในการดำเนินคดีที่ยาวนานและไม่แน่นอน เนื่องจากมีเทคนิคซับซ้อนที่ต้องใช้ทนายและพยานที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและค่อนข้างจะหาได้ยาก

4.5 การออกกฎหมายหรือการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ

รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ และคณะ (2550, น. 64) ได้สรุปกลไกการเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์จากบริการสุขภาพของประเทศไทยซึ่งเป็นช่องทางโดยกฎหมาย ไว้ดังนี้

4.5.1 กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยสัญญาและละเมิด

ในกรณีที่มีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการไม่ว่าจะเป็นข้อโต้แย้งระหว่างบุคคลและหรือองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนและไม่อาจยุติได้โดยวิธีการอื่นๆ คู่กรณีฝ่ายที่ได้รับความเสียหายมีสิทธิที่จะนำมูลคดียื่นขึ้นสู่การพิจารณาวินิจฉัยโดยศาลยุติธรรม เพื่อเรียกร้องค่าเสียหายหรือค่าสินไหมทดแทน โดยกระบวนการวิธีพิจารณาความคดีแพ่งทั่วไป โจทก์ (ผู้เสียหาย) มีหน้าที่ในการพิสูจน์ความผิดของจำเลยตามมูลฐานแห่งความผิด (สัญญาหรือละเมิด) โดยการนำพยานหลักฐานมาแถลงหรือแสดงต่อศาล หากศาลพิจารณาแล้วเห็นว่าน้ำหนักพยานหลักฐานเหล่านั้นน่าเชื่อถือ ศาลก็จะมีคำพิพากษาให้โจทก์ชนะคดีโดยการบังคับให้จำเลยต้องชดเชยค่าเสียหายและหรือค่าสินไหมทดแทนเพื่อเยียวยาความเสียหายนั้น

4.5.2 กฎหมายว่าด้วยอนุญาโตตุลาการ

1) การอนุญาโตตุลาการนอกศาล คู่พิพาทอาจตกลงกันให้เสนอข้อพิพาทของตนให้อนุญาโตตุลาการพิจารณาชี้ขาด ไม่ต้องฟ้องคดีต่อศาลซึ่งอาจตกลงกันได้ล่วงหน้าก่อนเกิดข้อพิพาทหรืออาจตกลงกันเมื่อข้อพิพาทเกิดขึ้นแล้วก็ได้ โดยกระบวนการระงับข้อพิพาทเริ่มต้นจากคู่พิพาทแต่งตั้งอนุญาโตตุลาการโดยดำเนินการเองหรือใช้บริการอนุญาโตตุลาการของสถาบันอนุญาโตตุลาการ หรือเสนอข้อพิพาทนั้นต่อสถาบันอนุญาโตตุลาการที่ตนตกลงใช้บริการ หลังจากนั้นเมื่ออนุญาโตตุลาการได้รับการแต่งตั้งแล้วก็จะดำเนินการพิจารณาชี้ขาดข้อพิพาทที่คู่พิพาทเสนอต่อตน ตามพยานหลักฐานต่างๆ ที่คู่พิพาทแต่ละฝ่ายเสนอ ซึ่งอาจเป็นพยานบุคคล พยานเอกสาร พยานวัตถุ หรืออื่นๆ โดยใช้วิธีพิจารณาตามระเบียบข้อบังคับต่างๆ ที่คู่พิพาทตกลงกันหรือต้องปฏิบัติตามกฎข้อบังคับที่เกี่ยวกับการอนุญาโตตุลาการของสถาบัน (หากเป็นการอนุญาโตตุลาการของสถาบันอนุญาโตตุลาการ) หลังจากอนุญาโตตุลาการพิจารณาข้อพิพาทเสร็จแล้วก็ต้องทำคำชี้ขาด และเมื่อทำคำชี้ขาดให้คู่พิพาทฝ่ายใดปฏิบัติอย่างใดแล้ว คู่พิพาทก็ต้อง

ปฏิบัติตามคำชี้ขาดนั้น แต่ถ้าคู่พิพาทฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่ยอมปฏิบัติตามคำชี้ขาดและคู่กรณีอีกฝ่ายหนึ่งยังประสงค์ที่จะให้มีการบังคับตามคำชี้ขาดนั้น คู่พิพาทฝ่ายนั้นต้องขอให้องค์กรของรัฐที่กฎหมายบัญญัติให้บังคับตามคำชี้ขาด เช่นร้องขอต่อศาลให้บังคับตามคำชี้ขาดนั้น

2) การอนุญาโตตุลาการในศาล คู่กรณีอาจตกลงกันให้เสนอข้อพิพาทของตนที่เป็นคดีอยู่ในระหว่างการพิจารณาของศาลชั้นต้น ในประเด็นใดประเด็นหนึ่งหรือทุกประเด็นในคดีให้อนุญาโตตุลาการชี้ขาดโดยความเห็นชอบของศาลได้ โดยยื่นคำร้องขอต่อศาลที่พิจารณาคดีนั้น และเมื่อศาลเห็นว่าข้อตกลงดังกล่าวไม่ขัดต่อกฎหมายก็จะอนุญาตตามคำขอ หลังจากที่ได้รับอนุญาตตุลาการทำการพิจารณาข้อพิพาทเสร็จแล้วก็ต้องทำคำชี้ขาดและต้องเสนอคำชี้ขาดนั้นต่อศาลเพื่อให้ศาลพิพากษาตามคำชี้ขาดนั้นต่อไป

3) การอนุญาโตตุลาการที่คู่พิพาทดำเนินการเอง (Ad-hoc arbitration) คู่พิพาทซึ่งประสงค์จะระงับข้อพิพาทโดยวิธีการอนุญาโตตุลาการอาจดำเนินการระงับข้อพิพาทได้ด้วยตนเองโดยตั้งอนุญาโตตุลาการและกำหนดรายละเอียดของวิธีพิจารณาต่างๆ (หรือออกข้อบังคับ หรือใช้ดุลพินิจของตนเองโดยต้องไม่ขัดต่อบทบัญญัติของกฎหมายที่ใช้บังคับกับการอนุญาโตตุลาการนั้น) ให้อนุญาโตตุลาการใช้ในการพิจารณาชี้ขาดข้อพิพาทตามพยานหลักฐานต่างๆที่คู่พิพาทเสนอก็ได้ หากคู่พิพาทมิได้ตกลงกันกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีพิจารณาไว้ ให้อนุญาโตตุลาการพิจารณาชี้ขาดข้อพิพาทตามกฎหมายที่ใช้บังคับกับการอนุญาโตตุลาการ ซึ่งคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการย่อมมีผลผูกพันให้คู่พิพาทต้องปฏิบัติตามคำชี้ขาดนั้น

4) การอนุญาโตตุลาการที่ดำเนินการโดยสถาบันอนุญาโตตุลาการ (Institutional arbitration) คู่พิพาทที่ประสงค์จะระงับข้อพิพาทโดยการอนุญาโตตุลาการ อาจตกลงกันให้ใช้บริการของสถาบันที่ให้บริการในเรื่องอนุญาโตตุลาการได้ สถาบันอนุญาโตตุลาการเหล่านี้ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นอนุญาโตตุลาการ แต่ให้บริการด้านอนุญาโตตุลาการโดยเฉพาะทางด้านการบริหารงาน กล่าวคือ สถาบันแต่ละแห่งจะมีรายชื่อของบุคคลที่ยินดีทำหน้าที่อนุญาโตตุลาการและเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญทางด้านต่างๆ ที่จะทำหน้าที่อนุญาโตตุลาการได้ เช่น กฎหมาย การก่อสร้าง การค้า การลงทุน วิศวกรรม แพทย์ สถาปัตยกรรม อุตสาหกรรม และอื่นๆ ไว้ให้คู่พิพาทที่ประสงค์จะใช้บริการของสถาบันเลือก ผู้ที่ได้รับเลือกให้เป็นอนุญาโตตุลาการจะเป็นผู้ทำหน้าที่พิจารณาชี้ขาดข้อพิพาทโดยปฏิบัติตามข้อบังคับว่าด้วยอนุญาโตตุลาการของสถาบัน หรือคู่พิพาทจะเลือกอนุญาโตตุลาการจากบุคคลภายนอกก็ได้ นอกจากนี้ สถาบันอนุญาโตตุลาการจะมีข้อบังคับการอนุญาโตตุลาการของตนเอง และมีเจ้าหน้าที่ทางด้านบริหาร ตลอดจนเจ้าหน้าที่อื่นเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกแก่คู่พิพาทที่ใช้บริการ

4.5.3 กฎหมายความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่

ที่มีอำนาจหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยสรุป คือ

1) ความรับผิดชอบของหน่วยงานและข้อจำกัดสิทธิในการฟ้องร้องของผู้เสียหาย หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบต่อผู้เสียหายในผลแห่งละเมิด ที่เจ้าหน้าที่ของตนได้กระทำการในการปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีนี้ ผู้เสียหายอาจฟ้องหน่วยงานของรัฐดังกล่าวได้โดยตรง แต่จะฟ้องเจ้าหน้าที่ไม่ได้

2) การขยายอายุความในการฟ้องร้อง ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ กำหนดสิทธิในการเรียกร้องค่าเสียหายอันเกิดแต่มูลละเมิดมีอายุความ 1 ปีนับแต่วันที่ผู้ต้องเสียหายรู้ถึงการละเมิดและรู้ตัวผู้ที่จะต้องชดเชยค่าสินไหมทดแทนหรือไม่เกิน 10 นับแต่วันทำละเมิด และในกรณีที่ความผิดนั้นมีโทษทางอาญาด้วยให้เอาอายุความอาญาที่ยาวกว่ามาบังคับ อย่างไรก็ตามถ้าศาลพิพากษายกฟ้องเพราะเหตุที่หน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ที่ถูกฟ้องมิใช่ผู้ต้องรับผิด กฎหมายฉบับนี้ได้ขยายอายุความฟ้องร้องผู้ที่ต้องรับผิดซึ่งมิได้ถูกเรียกเข้ามาในคดีออกไปถึงหกเดือนนับแต่วันที่คำพิพากษานั้นถึงที่สุด

3) อายุความและเงื่อนไขการใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนคืน หน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ได้ใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหาย มีสิทธิที่จะเรียกให้อีกฝ่ายหนึ่งชดเชยค่าสินไหมทดแทนแก่ตนภายในกำหนดอายุความ 1 ปีนับแต่วันที่หน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ได้ใช้ค่าสินไหมทดแทนนั้นแก่ผู้เสียหาย ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายเพื่อการละเมิดของเจ้าหน้าที่ ให้หน่วยงานนั้นมีสิทธิเรียกให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดชดเชยค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวแก่หน่วยงานได้ ถ้าเจ้าหน้าที่ได้กระทำการนั้นด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงระดับความร้ายแรงแห่งการกระทำและความเป็นธรรมในแต่ละกรณีเป็นเกณฑ์ โดยมีต้องให้ใช้เต็มจำนวนของความเสียหายก็ได้ ในกรณีที่การละเมิดเกิดจากเจ้าหน้าที่หลายคน มิให้นำหลักเรื่องลูกหนี้ร่วมมาใช้บังคับและเจ้าหน้าที่แต่ละคนต้องรับผิดใช้ค่าสินไหมทดแทนเฉพาะส่วนของตนเท่านั้น และถ้าการละเมิดเกิดจากความผิดหรือความบกพร่องของหน่วยงานของรัฐหรือระบบการดำเนินงานส่วนรวม ให้หักส่วนแห่งความรับผิดชอบดังกล่าวออกด้วย

4) สิทธิร้องขอให้หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดใช้ค่าสินไหมทดแทนโดยไม่ฟ้องร้องศาล ในกรณีที่ผู้เสียหายเห็นว่า หน่วยงานของรัฐต้องรับผิด ผู้เสียหายจะยื่นคำขอต่อหน่วยงานของรัฐให้พิจารณาชดเชยค่าสินไหมทดแทนสำหรับความเสียหายที่เกิดขึ้นก็ได้ ในการนี้ หน่วยงานของรัฐต้องออกไปรับคำขอให้ไว้เป็นหลักฐานและพิจารณาคำขอนั้นโดยไม่ชักช้า เมื่อ

หน่วยงานของรัฐมีคำสั่งเช่นใดแล้วหากผู้เสียหายยังไม่พอใจในผลการวินิจฉัยของหน่วยงานของรัฐก็ให้มีสิทธิร้องทุกข์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยร้องทุกข์ตามกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ภายใน 90 วันนับแต่วันที่ตนได้รับแจ้งผลการวินิจฉัย หน่วยงานของรัฐต้องพิจารณาคำขอดังกล่าวให้แล้วเสร็จภายใน 180 วัน หากเรื่องใดไม่อาจพิจารณาได้ทันในกำหนดนั้นจะต้องรายงานปัญหาและอุปสรรคให้รัฐมนตรีเจ้าสังกัดหรือกำกับหรือควบคุมดูแลหน่วยงานของรัฐแห่งนั้นทราบ และขออนุมัติขยายระยะเวลาออกไปได้ แต่รัฐมนตรีดังกล่าวจะพิจารณาอนุมัติให้ขยายระยะเวลาให้อีกได้ไม่เกิน 180 วัน (พ.ร.บ.ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539)

4.5.4 กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการรวบรวมเอกสารเพื่อทบทวนองค์ความรู้ เกี่ยวกับระบบชดเชยความเสียหาย ตั้งแต่การเริ่มต้นพัฒนากลไกการชดเชยความเสียหายเบื้องต้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และพัฒนามาสู่การออกกฎหมาย แนวทางปฏิบัติ กรณีตัวอย่างของการพิจารณาวินิจฉัยของคณะกรรมการในระดับต่างๆ พบว่า

1) ปรัชญา แนวคิด วัตถุประสงค์ กลไกการชดเชยที่มีอยู่มีเจตนารมณ์เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นในลักษณะของการเยียวยา หรือบรรเทาความเดือดร้อน ในขณะเดียวกันต้องการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ให้คงอยู่ตลอดไป โดยในขั้นตอนของการยกร่างหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น มีแนวคิด หลักการเพื่อเป็นกรอบให้แก่หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องยึดถือปฏิบัติสามประการ คือ ประการแรก เป็นการช่วยเหลือทางศีลธรรมเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น ประการที่สอง เป็นกระบวนการเพื่อปรองดอง ลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ และประการที่สาม เป็นความเสียหายที่ไม่ได้เกิดจากการดำเนินไปตามปกติของพยาธิสภาพของโรค หรือเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากการวินิจฉัยหรือรักษาโรคตามปกติ โดยกำหนดให้มีการช่วยเหลือผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพ ครอบคลุมการบริการสาธารณสุขทุกประเภท เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต รวมทั้งความเสียหายที่เกิดจากการบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้ โดยไม่มีการพิสูจน์ถูกผิด ซึ่งหมายถึงการจ่ายโดยไม่ต้องมีการหาผู้กระทำผิดหรือไม่ต้องรอผลการพิสูจน์ทางการแพทย์หรือทางห้องปฏิบัติการ ไม่ต้องรอคำพิพากษาของศาล

2) องค์การพิจารณา กำหนดให้มีการพิจารณาวินิจฉัยโดยคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้รับบริการหรือทายาท ในระดับจังหวัด

ทุกจังหวัด และมีองค์ประกอบของกรรมการสามส่วน คือ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถ หรือผู้อาวุโสหรือเป็นบุคคลที่ได้รับความนับถือในพื้นที่ไม่น้อยกว่าสามคน ตัวแทนหน่วยบริการ และตัวแทนประชาชนผู้ให้บริการฝ่ายละเท่าๆ กัน ซึ่งในทางปฏิบัติมีองค์กรนี้มีตัวแทนองค์กรเอกชนเข้าไปทำหน้าที่ในฐานะประชาชนอยู่ด้วย

3) เกณฑ์การจ่ายเงินและขอบเขต ได้มีการกำหนดไว้สามกลุ่ม คือ ความเสียหายแก่ชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 80,000 บาท การสูญเสียอวัยวะหรือพิการ จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 50,000 บาท และการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 20,000 บาท และกำหนดการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีมีการอุทธรณ์ได้ไม่เกินสองเท่าของวงเงินแต่ละลักษณะ (ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา มีการกำหนดวงเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามกลุ่มที่กล่าวมาเป็นลำดับคือ 200,000 บาท 120,000 บาท และ 50,000 บาท และเกณฑ์การอุทธรณ์ถูกยกเลิก) อย่างไรก็ตาม มีการกำหนดเกณฑ์ให้องค์กรรมการ สามารถเสนอความเห็นเพื่อขออนุมัติวงเงินเพิ่มมากกว่าที่กำหนดไว้จากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข พิจารณาในกรณีที่เห็นว่ามีความรุนแรงของความเสียหายค่อนข้างมาก

ตอนที่ 5 การได้รับค่าชดเชยจากความผิดพลาดอันไม่พึงประสงค์ จากการบริการทางการแพทย์และการเคลื่อนไหว เพื่อการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ กรณีศึกษาทั้งจากต่างประเทศ และในประเทศ

จากการศึกษาค้นคว้ากรณีศึกษาทั้งจากต่างประเทศและในประเทศไทย ผู้ศึกษาได้ทำการคัดเลือกกรณีศึกษาที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการได้รับค่าชดเชยจากความผิดพลาดอันไม่พึงประสงค์จากการบริการทางการแพทย์และการเคลื่อนไหวเพื่อการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ดังนี้

5.1 “กรณีศึกษาการได้รับค่าชดเชยความเจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีนในประเทศแคนาดา” ได้จากการสรุปเนื้อหาจากรายงานการวิจัยและเอกสารเผยแพร่ และนำข้อมูลมาเรียบเรียงสรุปให้เห็นภาพที่ชัดเจน

5.2 “กรณีศึกษาการเคลื่อนไหวเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา” ได้จากการสรุปเนื้อหาจากเอกสารเผยแพร่ และนำข้อมูลมาเรียบเรียงสรุปให้เห็นภาพที่ชัดเจน

ซึ่งแต่ละตัวอย่างกรณีศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 กรณีศึกษาการได้รับค่าชดเชยความเจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีนในประเทศแคนาดา

โปรแกรมการฉีดวัคซีนในแคนาดา ได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากรัฐบาลและให้แนวคิดการฉีดวัคซีนเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติเป็นงานประจำ โปรแกรมนี้ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายทางด้านการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคและปรับปรุงทางด้านสาธารณสุข แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ก็ยังมีผลเสียอยู่ในโปรแกรมการให้วัคซีนของประเทศแคนาดา ได้แก่ ความเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จากผลลัพธ์ของการฉีดวัคซีน พบว่าจะเกิดผลข้างเคียงอย่างรุนแรงจากการให้วัคซีน พบได้เป็นจำนวนมากในเด็ก ๆ ที่ได้รับการฉีดวัคซีนในแต่ละปี และความเสี่ยงจากระบบที่แฝงอยู่ ซึ่งเกิดจากการบริหารและระบบการทำงานของการทำงานการให้วัคซีน

สถานการณ์ปัจจุบันแคนาดา ยกเว้นในเมือง Quebec เด็กที่ได้รับอันตรายจากการฉีดวัคซีนจะไม่ได้รับการชดเชยจาก Tort system เนื่องจากจะโดนปฏิเสธการเรียกร้องจากความเจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีน เพราะไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าวัคซีนเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย บริษัทผู้รับประกันบุคคลที่ 1 (First party insurance) และการช่วยเหลือทางสังคมของรัฐไม่มีความสามารถพอที่จะจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยเนื่องจากการฉีดวัคซีน

ดังนั้นเนื่องจากระบบการให้ค่าชดเชยในปัจจุบันของแคนาดาไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการของเหยื่อที่ได้รับความเสียหายจากวัคซีน การให้ภูมิคุ้มกันนั้นมีประโยชน์แต่การบังคับให้มีการฉีดวัคซีนสำหรับเด็กในแคนาดา ไม่ได้มีการออกกฎหมายบังคับ แต่รัฐบาลกลาง (Federal government) ของแคนาดาก็มีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนการให้วัคซีน ดังนี้

1. การลงนามในการประกาศ 1990 Word summit for children เป้าหมายการให้ภูมิคุ้มกันของชาติได้กำหนดโดยศูนย์การปฏิบัติการควบคุมโรคของบริการด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของแคนาดา (HSPB = Health Service and Promotion Branch)

2. รัฐบาลดูแลควบคุมการผลิตวัคซีน โดย Biological and Genetic of Health Canada การออกใบอนุญาตการผลิตโดย Buureau of Biologics and Radiopharmaceutical of HSPB

3. ระบบการดูแลผลข้างเคียงที่เกิดจากวัคซีน รัฐบาลรับผิดชอบในการดูแลการให้ภูมิคุ้มกันปลงเกิดผลข้างเคียงโดยผ่าน Laboratory Center for Disease Control

4. คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านการให้ภูมิคุ้มกันแห่งชาติ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข โรคติดเชื้อ และกุมารแพทย์ ให้คำแนะนำทั่วไปในการให้ภูมิคุ้มกันแห่งชาติการกระทำในรูปแบบต่างๆ สามารถทำได้หลายวิธี ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 การบังคับทางกฎหมายโดยอ้อม (Indirect legal enforcement) การออกกฎหมายที่บังคับผู้ประกอบการทางอ้อมให้นักเรียนต้องได้รับวัคซีน ถ้ายังเรียนอยู่ในโรงเรียน ตัวอย่างเช่น ในรัฐ Ontario มีกฎหมายเรื่องภูมิคุ้มกันสำหรับเด็กนักเรียนในสถานดูแลเด็กกลางวัน

4.2 เป็นความรับผิดชอบของแต่ละรัฐ (Provincial Government)

4.3 การร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (Proactive and Collaborative approach)

4.4 การร่วมมือกันระหว่างโรงเรียนในท้องถิ่น

4.4.1 ระบบการควบคุมส่วนกลาง เพื่อบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของนักเรียนแต่ละคน ตัวอย่างเช่น ระบบการควบคุมการให้ภูมิคุ้มกันโรคของระบบ Manitoba Immunization Monitoring System (MIMS)

4.4.2 การรณรงค์การให้วัคซีนอย่างจริงจัง ตัวอย่างเช่น Canadian Immunization Awardness Program (CIAP) ซึ่งได้ก่อตั้งในปี 1996 โดยสมาคมกุมารแพทย์แห่งแคนาดา ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานสำคัญๆ ของแคนาดา

อย่างไรก็ตาม ก็ยังคงมีความเสี่ยงของการให้ภูมิคุ้มกัน คือความเสี่ยงจากตัวผลิตภัณฑ์และจากระบบของการให้วัคซีน

ความเสี่ยงจากตัวผลิตภัณฑ์

ผลข้างเคียงที่รุนแรง (Serious adverse event: SAE) ผลข้างเคียงที่รุนแรงนี้เกิดขึ้นเป็นจำนวนไม่น้อยในแต่ละปี ผลที่พบบ่อยๆ มีตั้งแต่ การเจ็บปวดเล็กน้อยในระยะสั้น และรอยแดง จนถึงอาการที่รุนแรง เช่น ไข้สูง ปวดข้อ และกล้ามเนื้อ ในที่พบบ่อยในเด็กอาจเกิด ความเจ็บป่วยของระบบประสาทอย่างถาวรและอาจถึงตายได้ มีความผิดปกติของภูมิคุ้มกันต่อตนเอง (Autoimmune disorder) เช่น โรคหอบหืด และเบาหวาน ที่เกิดขึ้นช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา และการเพิ่มขึ้นของโรค Autism และการตายอย่างเฉียบพลัน (sudden infant dead syndrome)

เมื่อมีการใช้วัคซีนอย่างแพร่หลาย ผลข้างเคียงที่รุนแรง สามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยทางพันธุกรรม หรือจากตัววัคซีน ซึ่งในวัคซีนบางตัวประกอบด้วยเชื้อที่อ่อนแรง หรือเชื้อที่ตายแล้ว หรือในวัคซีนบางตัวประกอบด้วยพิษที่เป็นอันตราย เช่น พอร์มาลดีไฮด์ ไทเมอโรซอล (ประกอบด้วยสารปรอท เกือบร้อยละ 50) อลูมิเนียมฟอสเฟต ยาปฏิชีวนะและฟีนอล

ความเสี่ยงที่เกิดจากระบบ

การขาดการได้รับการยินยอมในการรักษา (Lack of formed Consent) ถึงแม้ว่าระบบสุขภาพของแคนาดาสนับสนุนกระบวนการเห็นไปยินยอมสำหรับการฉีดวัคซีน แต่ในความเป็นจริง พบว่าแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและทางกฎหมายน้อยมาก ทำให้เกิดความไม่เชื่อถือนำไปสู่เกิดความกลัวต่อระบบ นอกจากนี้ ยังพบว่าขาดระบบที่เป็นรูปธรรมสำหรับการชดเชยให้กับเด็กที่เจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีน การชดเชยความเจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีนในประเทศแคนาดายังไม่มีประสิทธิภาพ ยกเว้น ในรัฐ Quebec ที่มีการชดเชยที่มีประสิทธิภาพ

ปัญหาของการพิสูจน์หาสาเหตุของความเสียหายในด้านต่างๆ ดังนี้

1. สาเหตุทางวิทยาศาสตร์ (ผลิตภัณฑ์ที่สามารถทำให้เกิดความเสี่ยง) พบว่าผู้เสียหายต้องพิสูจน์สาเหตุของความเจ็บป่วย วัคซีนมีลักษณะเฉพาะที่ยากจะตัดสินว่าความเจ็บป่วยนั้น มีความเกี่ยวข้องกับวัคซีนหรือมีความขัดแย้งกันระหว่างหลักฐานทางวิทยาศาสตร์กับผลข้างเคียงของวัคซีน

2. สาเหตุที่เฉพาะเจาะจงหรือสาเหตุที่แท้จริง พบว่า การวิเคราะห์ว่าวัคซีนทำให้เกิดความเจ็บป่วยในผู้เสียหายหรือไม่ การพิสูจน์ที่เป็นมาตรฐาน ควรอยู่บนพื้นฐานของความน่าจะเป็นหรือปัญหาความยุ่งยากในการพิสูจน์หลักฐานทางวิทยาศาสตร์

3. สาเหตุทางกฎหมาย (ต้องพิสูจน์ว่า ถ้าผู้เสียหายไม่ถูกละเลยก็จะไม่ได้รับบาดเจ็บ) พบว่าผู้ป่วย 82% ไม่ประสบความสำเร็จในการพิสูจน์ในการพิสูจน์หาสาเหตุ การทดสอบโดยใช้ modified objective standard ซึ่งถามบุคคลภายใต้สถานการณ์นี้ จะปฏิเสธการรักษาได้หรือไม่ ถ้าทราบความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์นั้นหรือการที่ไม่สามารถจำแนกผู้ถูกกล่าวหาเพียงคนเดียวจากกลุ่มที่กระทำการเพิกเฉยได้

ข้อสรุปของการชดเชยโดย Tort system ทำให้เกิดสิ่งต่างตามมา คือ ค่าใช้จ่ายที่สูง ความล่าช้าในการชดเชย การไม่ค่อยพบกับความสำเร็จและสุดท้ายคือ การเข้าไม่ถึง Tort system

ตารางที่ 4.8

ทางเลือกของการชดเชยด้วยวิธีต่างๆ และปัญหาที่พบ

การชดเชย	ปัญหา
ประกันบุคคลที่ 1 และ ประกันความพิการ	- ครอบคลุมเฉพาะผู้ใหญ่ แต่ไม่ครอบคลุมเด็กที่ได้รับความเจ็บป่วย - ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถมีได้ และเป็นประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง - ระบบทำให้บุคคลต้องประสบความเสี่ยงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้
ความรับผิดชอบของ บริษัทผู้ผลิตวัคซีน	- มีแนวโน้มที่จะเกิดวิกฤตของความรับผิดชอบ (liability crisis) บริษัทผู้ผลิตวัคซีนอาจจะไม่มีเงินลงทุนในการผลิตวัคซีนเนื่องจากต้องใช้เงินในขั้นตอนทางกฎหมาย - ในปี 1960, 1970 ผู้เสียหายในอเมริกา สามารถอ้างสิทธิเรียกค่าชดเชยจากบริษัทผู้ผลิตวัคซีนได้และเพิ่มมากขึ้นเป็นมากกว่า 100 ราย/ปี ทำให้บริษัทขาดต้องเสียเงิน 3.5 ร้อยล้านดอลลาร์ ผลที่ตามมาคือ บริษัทผู้ผลิตวัคซีนได้ค่อยๆ เพิ่มราคาของวัคซีนหรือไม่ก็ถูกบังคับให้ออกไปจากตลาดและทำให้จำนวนวัคซีนในตลาดลดลง
สิทธิส่วนบุคคล	สิทธิส่วนบุคคลควรได้มีการทำให้สมดุลกับผลประโยชน์ของสาธารณชน เพราะว่าผลที่เกิดขึ้นอาจจะคุกคามด้านสาธารณสุขได้ในระยะยาว
แผนงานสวัสดิการ สังคม	- หลายแผนงานของแคนาดา (Employment insurance, Canada pension plan and some provincial no-fault plan, worker compensation plan, federal contribution to health service insurance) ในแต่ละแผนงานจะมีรายการเฉพาะในแต่ละสถานการณ์ แต่อาจจะไม่ครอบคลุมถึงความเจ็บป่วยจากวัคซีน - ส่วนมากจะใช้ได้ดีกับผู้ใหญ่ และแบ่งเบาภาระทางเศรษฐกิจของผู้ปกครองของเด็ก ที่ได้รับอันตรายจากวัคซีน
ความรับผิดชอบของ รัฐ	ในรัฐ Quebec กรณีผู้ป่วยเด็กหญิง viral encephalitis หลังจากที่ได้รับวัคซีนหัด และทำให้พิการอย่างถาวร ศาลชั้นต้นเห็นว่าความเจ็บป่วยของเด็กเป็นไปตามกฎหมายรัฐว่าด้วยการไม่ต้องรับผิดชอบดังกล่าว แต่ศาลอุทธรณ์มีความเห็นตรงกันข้าม ดังนั้นศาลฎีกาจึงปฏิเสธข้อโต้แย้งและให้เป็นความรับผิดชอบของรัฐ

สรุป สถานการณ์ความเจ็บป่วยจากวัคซีน มีความแตกต่างจากกรณีอื่นตรงที่ ผลที่เกิดขึ้นไม่ได้มาจากอุบัติเหตุ หรือความผิดของผู้อื่น แต่มาจากผลของความเล็งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ภัยที่มากับการให้ภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งมีผลประโยชน์กับทั้งส่วนบุคคลและสังคมส่วนรวม ดังนั้น การชดเชยต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และสังคมโดยส่วนรวม

การแก้ปัญหา รัฐควรพิจารณาให้ความช่วยเหลือ และชดเชยแก่ผู้เสียหาย ไม่ว่าจะมีความผิดอย่างไร ในรัฐ Quebec เด็กที่ได้รับอันตรายได้รับการชดเชยจากสังคม และเป็น การชดเชยแบบไม่ต้องพิสูจน์ความผิด รัฐต่างๆ ทั่วโลกได้มีการชดเชยแบบไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (No-fault liability) สำหรับความเจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีน

5.2 กรณีศึกษาการเคลื่อนไหวเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

ตำบลต้อม จังหวัดพะเยา เป็นพื้นที่ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตำบลแห่งนี้ตั้งอยู่ใน เขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยามีหมู่บ้านรับผิดชอบ 18 หมู่ ทั้ง 18 หมู่ มีการทำงานโดยจัด โครงสร้างแบบบูรณาการ และมีการจัดกระบวนการต่างๆ มารองรับสู่เวทีภาคประชาชน เชื่อมโยง ทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคอื่นๆ จนส่งผลให้การจัดการด้านต่างๆ ประสบ ผลสำเร็จ

แรงจูงใจ เกิดขึ้นเนื่องจาก คนทำงานในพื้นที่ได้เห็นว่ามีคนต่างคนต่างทำงานงาน ก็ไปคนละทิศละทาง อย่างไรก็ตามผู้ที่ทำการบุกเบิกในเรื่องนี้ ได้แก่ คุณสาคร นาโต๊ะ เจ้าหน้าที่ สถานีนอนามัยตำบลต้อมที่ได้พัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน จนหมู่บ้านหลายหมู่บ้านในตำบล ได้รับรางวัลเป็นหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัด ในช่วงที่มีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น คุณสาคร ได้ลง มาทำหน้าที่รักษาการปลัด อบต. อีกตำแหน่งด้วยความคิดที่จะมาเรียนรู้ และพัฒนางานในตำบล พร้อมกับสมาชิก อบต. ในทีม และโอกาสนี้เอง ที่เป็นจุดเริ่มทำให้เกิดความคิดที่จะต้องเริ่มทำ สิ่งแรกคือ การปรับเปลี่ยนวิธีคิด และปรับเปลี่ยนระบบวิธีทำงานให้เป็นหนึ่งเดียวหรือใกล้เคียงกัน ซึ่งเรื่องนี้เป็นเรื่องที่ยากจะแก้ไขได้ ต้องมีการฉีกกำลังและทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สิ่งที่ทาง ทีมงานในตำบลได้ทำก็คือ การเคลื่อนการทำงานบนเป้าหมาย ตำบลน่าอยู่โดยการทำงานครั้งนี้ได้ ดึงฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในตำบลมาพูดคุย ปรึกษาหารือกัน ไม่ว่าจะเป็นทีมงาน อบต. ครู เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย พระสงฆ์ กลุ่มแม่บ้าน อ.ส.ม. เยาวชน และผู้สูงอายุ และร่วมกันวาง โครงสร้างการทำงานออกมา สิ่งที่น่าสนใจคือการตั้งกรรมการฝ่ายต่างๆ ขึ้นมารองรับแผนงาน โครงการที่ออกมาจากชุมชน ภายใต้การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ทั้งนี้การได้มาซึ่งแผนงาน

โครงการต่างๆ ทีมงานจะใช้เวที อบต. สัญจร โดยคณะกรรมการจะออกไปทุกหมู่บ้านสำรวจว่าชุมชนมีปัญหาอะไร ประชาชนอยากให้ชุมชนเป็นอย่างไร(วิสัยทัศน์) และอยากให้ อบต. พัฒนาไปในทิศทางใด หลังจากนั้นจะทำการรวบรวม แล้วแยกออกเป็นด้านๆ นำมาสู่การทำแผนเพื่อเสนอเข้าสู่สภา และจัดทำเป็นโครงการต่างๆ

การขับเคลื่อน อีกด้านหนึ่งที่เป็นภาคประชาชนนั้นเรียกว่าเป็นกลุ่มประชาคมสุขภาพ กระบวนการทำงานแบ่งออกเป็นระดับหมู่บ้านและตำบล โดยในหมู่บ้านนั้นจะแบ่งเป็นคุ้มหมู่บ้านละ 5 คุ้ม แต่ละคุ้มจะมีคณะกรรมการคุ้มดูแล ทั้งนี้ในทีมจะมี อ.ส.ม. 2 คน กรรมการในคุ้มจะช่วยกันค้นหาปัญหา และช่วยกันวางแผนการแก้ไข และร่วมกันจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยวิธีต่างๆ และบางอย่างจะนำเสนอสู่เวที อบต. สัญจร อย่างไรก็ตามกระบวนการที่น่าสนใจในการทำงานที่เชื่อมประสานกันทุกฝ่ายนั้นตำบลบ้านต่อมได้ตั้งทีมวิชาการออกมาอีก 1 ทีม ซึ่งองค์ประกอบมาจากทุกภาคส่วนได้แก่ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขตำบล ปลัด อบต. เกษตรตำบล พระสงฆ์ ผู้นำท้องถิ่น อ.ส.ม. ครู พัฒนาการ ข้าราชการบำนาญ ผู้แทนประชาคม สมาชิก อบต. และผู้สนใจอื่นๆ โดยทีมวิชาการ จะมีจำนวนทั้งสิ้น 159 คน แบ่งออกเป็น 8 ทีม แต่ละทีมจะรับผิดชอบหมู่บ้าน 1-3 หมู่บ้าน โดยทั้งตำบลก็แบ่งเป็น 8 คุ้ม ทั้งนี้ทีมวิชาการเหล่านี้จะถูกเตรียมให้มีทักษะต่างๆ ทั้ง AIC PRA และกระบวนการอื่นๆ ปัจจุบันทีมงานนี้กลายเป็นทีมวิทยากรกระบวนการให้กับอำเภอเมืองที่จะไปทำหน้าที่ถ่ายทอดให้กับตำบลอื่นๆ ในการขับเคลื่อนพลังภาคประชาชนต่างๆ อาทิ พลังแผ่นดินพิชิตยาเสพติด เป็นต้น

การบริหารจัดการ ที่น่าสนใจคือ การบูรณาการ เรื่องแผนงานโครงการและการจัดการด้านงบประมาณที่พบว่าแผนงานโครงการที่ออกมาได้กระจายไปสู่ทุกส่วน พบว่างบประมาณได้กระจายอย่างเหมาะสม โดยเน้นไปที่ด้านสังคม การศึกษา และสาธารณสุข ในขณะที่ด้านโครงสร้างพื้นฐานนั้น จะประมาณ 40% งบประมาณด้านโครงสร้างพื้นฐานจะไปขอสนับสนุนจากกรมอื่นๆ เช่น กรมโยธา หรือจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำหรับการแก้ไขปัญหาในท้องถิ่นนั้น จะใช้การมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อาทิ ด้านสิ่งแวดล้อม การขจัดขยะ การทำหลุมซึม โดย อบต. ออกค่าอุปกรณ์ ส่วนภาคประชาชนต้องออกแรงกันเอง ด้านการศึกษาจะทำไหล่ทางถนนให้นักเรียนเดิน การพัฒนาโรงอาหาร การให้ อบต. ไปถ่ายทอดความรู้ การตั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นไปช่วยสอนในโรงเรียนด้านสาธารณสุขจะให้ อ.ส.ม. เขียนโครงการแล้วเสนอเข้าสู่สภาพร้อมกัน เป็นต้น

กระบวนการทำงาน ที่ทางทีมงานได้จัดทำสม่ำเสมอ คือการจัดให้มีการพบกันเป็นประจำ ได้แก่ ทุกวันจันทร์แรกของเดือน ทีมประชาคมสุขภาพจะมีการประชุมที่ทำการประชาคม

สุขภาพที่ทำการอยู่บนสถานีอนามัย ทุกวันที่ 4 ของเดือน ทีมกรรมการจะประชุมกัน ทางฝั่งทีมวิชาการนัดสภากาแฟทุกปลายวันศุกร์ โดยไม่ต้องมีหนังสือนัด สำหรับการประเมินผลภาพใหญ่ทั้งตำบลจะมีทีมประเมินผลทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ ทีมวิชาการ ทีมกรรมการ และบุคคลภายนอก อาทิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด วิทยาลัยพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นต้น

ผลการทำงานที่ผ่านมา ตำบลบ้านต๋อมได้ทำให้เป้าหมายที่เป็นตำบลน่าอยู่ปรากฏรูปธรรม คือ การมีโรงเรียนน่าอยู่ มีการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียน นักเรียนเรียนอย่างมีความสุข และร่วมในการจัดการด้านสุขภาพ อาทิ กิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภคร ตลาดสดน่าอยู่ เกิดกลุ่มที่เป็นอาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภคในตลาดสด โรงงานน่าอยู่ มีการอบรม อ.ส.ม ในโรงงานที่ผลิตดอกไม้ วัดน่าอยู่ พระสงฆ์ได้ออกมาร่วมกิจกรรมต่างๆ ด้านการพัฒนาชุมชน นอกจากนี้ยังได้ขยายเครือข่ายการทำงานออกไปยังอำเภอต่างๆ ด้วยจนทำให้เกิด เครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง 36 เครือข่าย เครือข่ายขับเคลื่อนสุขภาพ 9 อำเภอ เครือข่ายเอดส์ 18 เครือข่าย เครือข่ายพระสงฆ์ (กลุ่มพิราบเหลือง 80 รูป) เกิดชมรม อบต. จังหวัดพะเยา ชมรมเทศบาลจังหวัดพะเยา การทำงานมาตั้งแต่ปี 2537 เริ่มเป็นรูปร่าง ปี 2539 สิ่งที่เป็นผลสัมฤทธิ์คือ ทุกคนมีจิตวิญญาณที่จะทำให้ตำบลบ้านต๋อมเป็นตำบลน่าอยู่ การมีทีมงานที่มีใจรัก หุ่มเททำงานอย่างจริงจัง ทุกอย่างที่ทำไม่ได้เป็นการแยกส่วน เป็นการบูรณาการทุกสิ่งทั้งคน ทั้งเงิน ทั้งการจัดการ สิ่งเหล่านี้เรียกว่าเป็นการพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพ โดยชุมชนช่วยกันพิทักษ์สิทธิให้ระบบสุขภาพสมบูรณ์ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพการควบคุมป้องกันโรค การบริการ การตั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ อะไรต่างๆ ที่ชาวบ้านควรจะได้รับอย่างเสมอภาคและทัดเทียม แม้แต่เรื่องการใช้สมองที่เป็นวิถีคิดใหม่ของชาวบ้านที่มาทำงานด้านสังคมและสุขภาพ และการจัดกำลังคนทุกภาคส่วนที่มาเกี่ยวข้องกับสุขภาพและการจัดในเรื่องของการเงินที่เป็นภาษีของเขาเองและมาช่วยกันจัดสรรว่าจะทำอย่างไรให้คุ้มทุน ปัญหาบางอย่างเช่น ไข้เลือดออก มีเป้าหมายว่าทำอย่างไรที่จะไม่ให้ อบต. ตั้งบั้งซื้อทรายอะเบท น้ำยาพ่นหมอกควันหรือเครื่องจักร เครื่องยนต์ต่างๆ แต่ให้เอาเงินมาเติมองค์ความรู้ให้กับชาวบ้าน นั่นคือ อบต. เติมเงินมาที่ประชาคมสุขภาพ ประชาคมสุขภาพเคลื่อนไหวเชิงกายภาพให้ชาวบ้านคิดเป็น ทำเป็นรูปธรรมของกิจกรรมที่เป็นการดำเนินงาน โดยสิ่งที่เป็นการพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพคือ

1. การที่ประชาชนในเขตรับผิดชอบเข้าถึงบัตรทุกประเภท สถานบริการให้บริการอย่างมีคุณภาพ มีการจัดทีมเยี่ยมบ้าน การมีศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ในสถานีอนามัย ทั้งทาง

โทรศัพท์ และเข้ามาร้องเรียนโดยตรงในสถานีอนามัย โดยมีเงื่อนไขว่าถ้ารับเรื่องแล้วจะแก้ไขให้ไม่เกิน 3 วัน ถ้าเกินกว่านั้น หมายถึงมีการประสานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องให้

2. การพิทักษ์สิทธิ์ไม่ให้ประชาชนถูกสารเคมีหรือใช้สารเคมีที่ผิดทางโดยจะใช่วัสดุจางเป็นตัววัดสายน้ำ ถ้าพื้นที่ใดมีการทิ้งขยะหรือปล่อยสารเคมีลงน้ำ มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรหากมีปลาตาย ปลาเน่า จะมีอาสาสมัครนำน้ำไปตรวจทุก 3 เดือน โดยส่งไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจแล้วจะมีการแจ้งผลไปที่ อบต. และมีการแจ้งในที่ประชุม นำสู่การแก้ไขต่อไป

3. กรณีกลิ่นรบกวน ในตำบลต่อมมีอุตสาหกรรมปลาหนึ่ง น้ำที่ล้างส่งกลิ่นรบกวนทำให้ความเดือดร้อน จนมีการร้องเรียนขึ้น การจัดการที่ได้ทำคือ การเชิญผู้ประกอบการ ผู้ที่ได้รับผลกระทบ และผู้ที่อยู่รอบข้างที่ไม่ได้รับผล เอาฝ่ายราชการที่เกี่ยวข้องเข้าไปเจรจาร่วมกัน ผลปรากฏว่าลงเอยด้วยดีที่จะมีการแก้ไขปรับปรุง โดยที่ไม่ทำแบบเก่าคือแจ้งเรื่องไปที่ศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้อง มีการตั้งกรรมการไปประสานงานและตั้งพนักงานไปสอบสวน พร้อมแบบฟอร์มหลายแผ่นก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทจนขึ้นศาล ซึ่งรูปแบบนี้มีหลายแห่งกำลังศึกษาเพื่อนำไปปฏิบัติ

4. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร มีอาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภค ในตลาดสดช่วยกันเก็บตัวอย่างอาหารเพื่อไปตรวจสอบ ในโรงเรียนมีอาสาสมัครนักเรียนช่วยกันตรวจสอบอาหารในโรงเรียนเช่นเดียวกัน

5. ผู้พิการ 100% มีสิทธิ์เข้าถึงในสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ตาเทียม ขาเทียม เบี้ยยังชีพ ทุนการศึกษา เป็นต้น

สิ่งที่เป็นความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นในขณะนี้คือ อัตราเกิด อัตราตาย สมดุลกัน ไม่มีการตายแบบไม่สมศักดิ์ศรีเกิดขึ้นในชุมชน เพราะถือว่าการตายแบบมีศักดิ์ศรี เป็นการพิทักษ์สิทธิ์อันหนึ่ง อบต.ต่อม เป็น อบต. แห่งแรกของจังหวัดที่ออกข้อบังคับเรื่องการควบคุมสถานประกอบการที่เป็นเหตุรำคาญในตลาดสด ร้านค้า และได้ผ่านการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว เป็น 1 ใน 8 ของตำบลในจังหวัดพะเยาที่ปลอดยาเสพติด และขณะนี้ทางจังหวัดได้ให้ความสนใจในพื้นที่บ้านต่อม ในการที่จะส่งเสริมให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงบูรณาการ โดยได้งบประมาณถึง 22 ล้านบาทมาพัฒนา และสิ่งที่เป็นที่การันตี อีกประการคือ การที่ตำบลต่อมได้รับรางวัลต่างๆ มากมาย อาทิ รางวัลหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่นปี 2540, 2542, 2543, 2545 รางวัลหมู่บ้านพิทักษ์สิ่งแวดล้อมกว๊านพะเยาดีเด่น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพดีเด่นระดับประเทศปี 2543 รางวัลศูนย์สาธารณสุขชุมชนดีเด่น เขต 10 ปี 2545 เป็นพื้นที่ศึกษาดูงานทั้งในและต่างประเทศ นอกจากนี้ทีมงานในตำบลยังเป็นวิทยากรทั้งในและนอกพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ

ตำบลต่อมเป็นกรณีหนึ่งของพื้นที่ที่ได้ทำงานด้านสุขภาพ โดยมีการสร้างกระบวนการทำงานโดยดึงทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมงานกัน ภาครัฐทำหน้าที่สนับสนุนส่งเสริมและลงมือทำร่วมกัน เป้าหมายคือการมีชุมชนที่น่าอยู่ สิ่งที่ทำในขณะนี้ได้เดินไปสู่เป้าหมายระดับหนึ่งแล้วตามวิสัยทัศน์ที่วางไว้ แต่ก็ยังไม่หยุดที่จะเดินต่อไป เพื่อความเสมอภาคและทัดเทียมกันในการที่จะมีชีวิตอยู่ด้วยกันอย่างสมศักดิ์ศรี

จากการศึกษาจากกรณีศึกษาทั้งจากต่างประเทศและในประเทศไทย ผู้ศึกษาสามารถสรุปผลการศึกษาและสังเคราะห์องค์ความรู้จากกรณีศึกษาได้ดังนี้

ตารางที่ 4.9

สรุปผลการศึกษาและสังเคราะห์องค์ความรู้จากกรณีศึกษา

ประเด็นการศึกษา	กรณีศึกษา	
	1. กรณีศึกษาการได้รับค่าชดเชยความเจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีนในประเทศไทยแคนาดา	2. กรณีศึกษาการเคลื่อนไหวเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ตำบลบ้านต่อม อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา
ความเป็นมา	ออกกฎหมายในการป้องกันผู้รับบริการจากการได้รับวัคซีน ในปี ค.ศ.1985	การเคลื่อนการทำงานบนเป้าหมาย ตำบลน่าอยู่
แรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการพัฒนา	เกิดขึ้นหลังจากความล้มเหลวในการชดเชยให้ผู้รับบริการจากการได้รับวัคซีน	การทำงานแบบเดิม คือ ต่างคนต่างทำงานกันไปคนละทิศละทาง ทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จ คนทำงานในพื้นที่จึงเห็นว่าการทำงานโดยจัดโครงสร้างแบบบูรณาการ และมีการจัดกระบวนการต่างๆ มารองรับสู่เวทีภาคประชาชน เชื่อมโยงทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคอื่นๆ จะส่งผลให้การจัดการด้านต่างๆ ประสบผลสำเร็จ

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ประเด็นการศึกษา	กรณีศึกษา	
	1. กรณีศึกษาการได้รับค่าชดเชยความเจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีนในประเทศไทยแคนาดา	2. กรณีศึกษาการเคลื่อนไหวกเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
การบริหารจัดการ	- ระดับรัฐ (Provincial Level) - ระบบประกันแบบไม่มีความผิด	- ระดับชุมชน การตั้งกรรมการฝ่ายต่างๆ ขึ้นมารองรับแผนงานโครงการที่ออกมาจากชุมชน ภายใต้การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ทั้งนี้การได้มาซึ่งแผนงานโครงการต่างๆ ที่ทีมงานจะใช้เวทีอบต. สักขรโดยคณะกรรมการจะออกไป ทุกหมู่บ้านสำรวจว่าชุมชนมีปัญหา อะไร ประชาชนอยากให้ชุมชนเป็นอย่างไร (วิสัยทัศน์) และอยากให้ อบต. พัฒนาไปในทิศทางใด หลังจากนั้นจะทำการรวบรวม แล้วแยกออกเป็นด้านๆ นำมาสู่การทำแผนเพื่อเสนอเข้าสู่สภา และจัดทำเป็นโครงการต่างๆ
ระยะเวลา	3 ปี นับจากการได้รับวัคซีน หรือ 3 ปี หลังจากที่เกิดอาการ	ตั้งแต่ปี 2537 เริ่มเป็นรูปร่าง ปี 2539 จนถึงปัจจุบัน โดยจัดให้มีการพบกันเป็นประจำ - ทีมประชาคมสุขภาพจะมีการประชุม ทุกวันจันทร์แรกของเดือน - ทีมกรรมการจะประชุมกัน ทุกวันที่ 4 ของเดือน - ทีมวิชาการนัดสภากาแฟทุก ปายวันศุกร์

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ประเด็นการศึกษา	กรณีศึกษา	
	1. กรณีศึกษาการได้รับค่าชดเชยความเจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีนในประเทศไทยแคนาดา	2. กรณีศึกษาการเคลื่อนไหวเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ตำบลบ้านด้อม อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา
แหล่งเงิน	รัฐ	40% ของงบประมาณด้านโครงสร้างพื้นฐาน ได้รับการสนับสนุนจาก กรมโยธา หรือจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำหรับการแก้ไขปัญหาในท้องถิ่นนั้น จะใช้การมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อาทิ ด้านสิ่งแวดล้อม การขจัดขยะ การทำหลุมซึม โดย อบต. ออกค่าอุปกรณ์ ส่วนภาคประชาชนต้องออกแรง
การชดเชยความเจ็บป่วย	- ความเจ็บป่วยทางกาย/จิต อย่างถาวร ที่เกิดจากวัคซีนทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ - โรคที่เกิดขึ้นจากการได้รับวัคซีน - ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ หรือผู้รับวัคซีน - เป็นการชดเชยแบบไม่มีความผิดของ Quebec Auto Insurance - รวมถึงการชดเชยรายได้ การพิการทางกาย ค่าใช้จ่ายในอนาคต ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสภาพและผลประโยชน์แก่ครอบครัวในกรณีที่เสียชีวิต	

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ประเด็นการศึกษา	กรณีศึกษา	
	1. กรณีศึกษาการได้รับค่าชดเชยความเจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีนในประเทศไทยแคนาดา	2. กรณีศึกษาการเคลื่อนไหวเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ตำบลบ้านด้อม อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา
การพิสูจน์	ผู้เรียกร้องจะต้องพิสูจน์ว่าอันตรายนั้นเกิดจากวัคซีน	
ความครอบคลุมการพิทักษ์สิทธิประโยชน์	- ไม่มีกฎหมายบังคับใช้วัคซีน - ชดเชยให้กับความเจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีนที่เกิดขึ้นอย่างถาวร	- สถานบริการให้บริการอย่างมีคุณภาพ - มีศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ในสถานีนอามัย ทั้งทางโทรศัพท์และเข้ามาร้องเรียนโดยตรงในสถานีนอามัย - มีอาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภค ในตลาดสดช่วยกันเก็บตัวอย่างอาหารเพื่อไปตรวจสอบ - ในโรงเรียนมีอาสาสมัครนักเรียนช่วยกันตรวจสอบอาหารในโรงเรียน - มีอาสาสมัครนำน้ำไปตรวจทุก 3 เดือน โดยส่งไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจแล้วจะมีการแจ้งผลไปที่ อบต. และมีการแจ้งในที่ประชุม นำสู่การแก้ไขต่อไป

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ประเด็นการศึกษา	กรณีศึกษา	
	1. กรณีศึกษาการได้รับค่าชดเชยความเจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีนในประเทศไทยแคนาดา	2. กรณีศึกษาการเคลื่อนไหวเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ตำบลบ้านด้อม อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา
สิทธิประโยชน์	ผู้เรียกร้องมีสิทธิฟ้องทางแพ่งแต่ต้องไม่เรียกร้องเงินคืนจากผลประโยชน์ใด ที่ได้รับการจ่ายแล้วผ่านทาง No-fault scheme	- ประชาชนในเขตรับผิดชอบเข้าถึงบัตรทุกประเภท - ผู้พิการ มีสิทธิเข้าถึงในสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ตาเทียม ขาเทียม เบี้ยยังชีพทุนการศึกษา

ตอนที่ 6 การอภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาเรื่อง “แนวทางการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการทางการแพทย์” ผู้ศึกษาได้พบประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ได้ดังนี้

1. บริบทของการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการทางการแพทย์

จากการศึกษาจะเห็นว่าแนวคิดพื้นฐานและหลักการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ มีความสำคัญและจำเป็นต้องคำนึงถึง เนื่องจากเป็นพื้นฐานในการกำหนดกรอบและทิศทางให้มีความชัดเจนและบรรลุผลสำเร็จ โดยแนวคิดพื้นฐานนี้ประกอบด้วย ความเป็นบุคคล ที่เกิดขึ้นพร้อมกับสิทธิ เสรีภาพ คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเป็นธรรม คือ สมาชิกในสังคมจะต้องมีโอกาสแห่งความเสมอภาคในเรื่องสิทธิการได้รับบริการอย่างน้อยที่สุดควรจะได้รับ การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และสังคม จะต้องมีความรับผิดชอบในการทำให้สมาชิกในสังคมมั่นใจว่าสิทธิต่างๆ ของบุคคลเป็นสิ่งที่สมาชิกทุกคนในสังคมควรจะได้รับ (วาริณี ชันธุสิทธิ, 2539, น. 32) จากการที่ “สิทธิมนุษยชน” เป็นที่ยอมรับและถือเป็นหลักประกันที่สำคัญอย่างหนึ่งของมนุษย์ ประเทศที่เป็นสมาชิกองค์การสหประชาชาติจึงได้ร่วมกันกำหนดไว้เป็น

“ปฏินญาสากล” เพื่อเป็นการคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิของมนุษยชาติทั่วโลก ปฏินญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ที่บัญญัติขึ้นไว้ มีเจตนารมณ์ สนับสนุน รับรอง สิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ที่มนุษย์พึงมี พึ่งได้ ในฐานะเป็นมนุษย์ โดยมีได้คำนึงถึงความแตกต่างทางเชื้อชาติ สีผิว เพศ ศาสนา เผ่าพันธุ์ กำเนิดของสังคม ประเทศชาติ หรือสถานภาพอื่นใดทั้งสิ้น ถือเป็นมาตรฐานร่วมกันที่จะส่งเสริมให้ประชาชนทุกคน และองค์กรทางสังคมทุกหน่วยเคารพต่อสิทธิ ยอมรับและถือปฏิบัติต่อสิทธิของมนุษย์อย่างเป็นสากล ในการพิทักษ์สิทธิประโยชน์นั้น จะต้องคำนึงถึงสาระสำคัญของแนวคิด คือ เรื่องสิทธิ เป็นการคุ้มครองสิทธิทางสังคม การให้ความคุ้มครองในแง่ความมั่นคงทางสังคม สิทธิที่จะได้รับการรับรองจากกฎหมาย สิทธิมนุษยชน ความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองในฐานะที่เป็นมนุษย์ สิทธิที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแผนงานหรือนโยบาย เรื่องความเสมอภาคและความเป็นธรรม สมาชิกในสังคม ควรมีโอกาสของความเสมอภาคโดยเท่าเทียมกัน และได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม รวมทั้งได้รับการกระจายทรัพยากรในสังคมอย่างเป็นธรรมด้วย การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ จะต้องมีการเผยแพร่และอธิบายให้กว้างขวางครอบคลุมผู้รับบริการทุกกลุ่ม และประชาชนทั่วไป มิใช่เฉพาะแต่เพียงกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสังคมเท่านั้น (ศรีทัตติม พานิชพันธ์, 2535, น. 118) รัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ถือเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศที่บังคับใช้ในปัจจุบัน ได้กำหนดการรับรองและคุ้มครองสิทธิของประชาชน ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข มีหลายมาตราที่เกี่ยวข้องกับการรับรองและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของคนไทยด้านสาธารณสุข

แม้ประเทศไทยยังไม่เผชิญวิกฤติการฟ้องร้องมากเท่ากับที่เกิดขึ้นในหลายประเทศ แต่ก็มีแนวโน้มของปัญหาการฟ้องร้องที่เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน จึงเริ่มมีการนำแนวคิดการพิทักษ์สิทธิบรรเทาทุกข์ ให้กับผู้ป่วยจากการรับบริการทางการแพทย์ ในเรื่องของการชดเชย โดยช่วยเหลือผู้เสียหายที่รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบแรก

กองทุนช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นกลไกใหม่ที่ช่วยบรรเทาความเดือดร้อนให้กับผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย จากมาตราดังกล่าว ทำให้เกิดกองทุนช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ซึ่งถือเป็นหนึ่งในโครงสร้างการพิทักษ์สิทธิที่จะช่วยบรรเทาทุกข์ให้กับผู้รับบริการที่ใช้สิทธิบัตรทอง ซึ่งได้รับความเสียหายอันเกิดจากเหตุสุดวิสัยจากการบริการสุขภาพ โดยมีกลไกคณะกรรมการเกิดขึ้นในระดับจังหวัด หลักการเบื้องต้นในการพิจารณาวินิจฉัยของคณะกรรมการเป็นไปตามหลักมนุษยธรรม หากเหตุนั้นไม่ควรเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นอย่างคาดไม่ถึง โดยผู้ให้บริการเองก็ได้ให้

การดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว คณะอนุกรรมการแต่ละจังหวัดจะพิจารณาประกอบกับข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ได้รับความเสียหาย ส่วนจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนั้น ขึ้นอยู่กับความเสียหายที่ได้รับ

ในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ (ผู้ให้บริการ) กับผู้ป่วย (ผู้รับบริการ) ในประเทศไทยเริ่มกลายเป็นความสัมพันธ์ที่มีปัญหา เมื่อจำนวนแพทย์ที่ตกเป็นจำเลยในคดีที่ผู้ป่วยและญาติเป็นผู้ฟ้องร้องทั้งทางแพ่งและอาญามีมากขึ้น โดยส่วนใหญ่แพทย์จะถูกฟ้องร้องในข้อหาละเมิดทำให้ผู้อื่นพิการ หรือเสียชีวิตโดยประมาท อันเป็นการฟ้องร้องที่เกิดขึ้นภายหลังผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์ นอกจากสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศไทยแล้ว ความผิดพลาดทางการแพทย์ก็เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก จากผลกระทบจากอุบัติการณ์ของความเจ็บป่วยทางการแพทย์ที่สูงมากในต่างประเทศ ได้ทำให้เกิดวิกฤติทั้งด้านของผู้ป่วยและแพทย์ แพทย์ถูกบีบให้ต้องบริการอย่างจำกัด เกษียณตัวเองเร็วขึ้น ย้ายไปรัฐอื่นที่อัตราเบี้ยประกันคงที่ ขาดแคลนเจ้าหน้าที่ในห้องฉุกเฉิน สูติแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติหยุดให้บริการ และยิ่งหลีกเลี่ยงขั้นตอนการรักษาที่มีความซับซ้อนมาก และมีความเสี่ยงสูง แพทย์เชื่อว่าการฟ้องร้องทางการแพทย์จะส่งผลกระทบทางด้านลบต่อตนเอง ในการให้การดูแลที่มีคุณภาพ และพยายามหลีกเลี่ยงขั้นตอนที่มีความเสี่ยงสูง สถานที่ให้การรักษามีปฏิสัมพันธ์กับวิกฤตินี้ โดยงดการให้บริการในบางแผนก ผู้รับบริการหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้ารับการรักษา จากวิกฤติของการรับผิดชอบทางการแพทย์นี้ ส่งผลในการตัดสินใจของนักเรียนแพทย์ในการเลือกเรียนเฉพาะทางเกิดปัญหาด้านกำลังคนทางสาธารณสุขตามมา

2. สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันเรื่องการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการทางการแพทย์ ทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ

การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันเรื่องการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ในมิติของประเทศไทยและสถานการณ์ปัญหาในต่างประเทศ พบว่าระบบบริการทางการแพทย์ในปัจจุบันเป็นระบบที่รองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวนมาก ภายใต้วิถีคิดในการรักษาโรคเป็นหลัก บริการที่ผู้ป่วยได้รับจึงเป็นบริการเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคตามระบบอวัยวะต่างๆ ซึ่งอาจสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับอาการของผู้รับบริการ ทั้งที่ปรากฏชัดแจ้งหรือที่แอบแฝงอยู่ กรณีฟ้องร้องและปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้น จึงสะท้อนจุดอ่อนของวิถีคิดและกลไกต่างๆ ของระบบบริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ในขณะเดียวกันยังสะท้อนให้เห็น

จุดอ่อนของกลไกและระบบการจัดการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความขัดแย้งที่เกิดขึ้น

ในมิติของประเทศไทย จำนวนแพทย์ผู้ให้บริการไม่ได้เพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้รับบริการ ทำให้แพทย์ภาระหนัก มีผลต่อระยะเวลาที่แพทย์สามารถให้บริการตรวจโรคกับผู้ป่วยแต่ละคน น้อยลงเพื่อให้สามารถให้บริการได้ทุกคน ข้อมูลจากแพทยสภาพบว่าในปี 2549 มีแพทย์ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพเวชกรรมรวมทั้งสิ้น 33,166 คน และได้มีการคาดการณ์ว่าในปี 2558 ประเทศไทยจะต้องการแพทย์ประมาณ 40,633 – 46,015 คน ซึ่งเมื่อคำนวณกำลังการผลิตแพทย์ที่จบออกมาปฏิบัติวิชาชีพจะพบว่าในปี 2558 ประเทศไทยจะสามารถมีแพทย์ได้เพียง 38,217 – 41,282 คน ในอนาคตจึงยังขาดแคลนแพทย์อยู่ถึงประมาณ 2,426 – 4,733 คน การขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางและความไม่พร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขพบว่าปัจจุบันมีวิสัญญีแพทย์ประมาณ 700 คน โดยประมาณร้อยละ 50 ประจำอยู่ในโรงพยาบาลเอกชนและโรงเรียนแพทย์ ที่เหลืออยู่ในโรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยส่วนใหญ่จะอยู่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีเพียง 1 คนเท่านั้นที่ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลอำเภอ ความไม่พร้อมของระบบบริการในประเทศไทย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การขาดแคลนเครื่องมือ ขาดบุคลากร ซึ่งมักเกิดขึ้นในพื้นที่ชนบท ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก ภาระงานอันไม่สอดคล้องกับจำนวนบุคลากรย่อมเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความผิดพลาดในกระบวนการรักษา และเป็นความเสี่ยงต่อการวินิจฉัย การรักษาที่ไม่ละเอียดรอบคอบด้วยเวลาที่มิให้ผู้ปวยน้อยลง เพื่อให้บริการต่อผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้นในทุกวัน

ในมิติของต่างประเทศ ความผิดพลาดทางการแพทย์ก็เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก จากการศึกษาตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาจาก 3 ประเทศ คือสหรัฐอเมริกา แคนาดา และออสเตรเลีย พบว่าความผิดพลาดทางการแพทย์เป็นปัญหาใหญ่ในระบบบริการทางการแพทย์จากรายงานของแพทยสภาของประเทศสหรัฐอเมริกา สถานการณ์ของความผิดพลาดทางการแพทย์ ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งอัตราของเบี้ยประกันภัยทางการแพทย์ที่สูงขึ้นอย่างมาก ในปัจจุบัน เป็นสิ่งที่กำลังคุกคามการเข้าถึงการให้บริการทางสาธารณสุขทั่วประเทศ จากรายงานปี 1994-2001 พบว่าค่าเฉลี่ยการชดเชยเพิ่มขึ้นร้อยละ 176 ค่าเฉลี่ยของแพทย์ในการใช้จ่าย เพื่อป้องกันตัวเอง ประมาณ 77,000 ดอลลาร์ ในปี 2002 บริษัทประกันภัยทางการแพทย์ต้องจ่ายเงินสินไหมทดแทนมากกว่าเบี้ยประกันที่พวกเขาได้รับ ในกรณีของประเทศสหรัฐอเมริกา ปัญหาการเพิ่มของเบี้ยประกันสุขภาพส่งผลต่อระบบฟ้องร้อง ด้วยผลการตัดสินที่ให้บริษัทประกันต้อง

จ่ายชดเชยด้วยวงเงินที่สูง มีผลให้บริษัทประกันในหลายรัฐหรือแม้กระทั่งระดับชาติ เลิกการทำประกัน หรือเพิ่มเบี้ยประกันสูงมากจนแพทย์ไม่สามารถจ่ายได้ หรือไม่สามารถหาบริษัททำประกันได้ ซึ่งผลที่ตามมาคือ แพทย์ลาออก เลิกหรือลดการให้บริการ หรือย้ายรัฐ มีผลถึงปัญหาการขาดแคลนแพทย์และบริการทางการแพทย์ของประชาชน นอกจากนี้ปัญหาความผิดพลาดที่เกิดจากเวชปฏิบัติมีอัตราสูงขึ้น ในประเทศแคนาดา นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายทางกฎหมายและค่าบริหารจัดการมีอัตราเพิ่มขึ้น จำนวนและค่าใช้จ่ายของการฟ้องร้องทางกฎหมาย ความรับผิดชอบทางการแพทย์และโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของแพทย์ องค์กรทางสุขภาพ องค์กรที่ทำหน้าที่ปกป้องแพทย์ และรัฐบาลในระดับจังหวัด ซึ่งรัฐบาลจะมีส่วนเกี่ยวข้องในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายของแพทย์ ค่าธรรมเนียมการเจรจาต่อรอง และการจ่ายเบี้ยประกัน และจากการศึกษาของ ลีอชัย ศรีเงินยวง และคณะ (2548, น. 74) พบว่าทางออกของประเทศแคนาดาควรมีลักษณะเป็นรัฐสวัสดิการ และมีขอบเขตของการชดเชยที่จำกัดในค่าใช้จ่ายจริง สามารถวัดได้ เช่น การสูญเสียรายได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษา อีกตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาอีกหนึ่งประเทศ คือ ออสเตรเลีย ในประเทศออสเตรเลียผู้ป่วยจำนวนมากเสียชีวิตจากความผิดพลาดทางการแพทย์ประมาณ 18,000 คน/ปี นอกจากนี้ยังมีความพิการถาวรเกิดขึ้น 17,000 คน/ปี ความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นบ่อยๆ ได้แก่ การสื่อสารที่ไม่ตรงกัน ข้อมูลที่ล่าช้า ข้อมูลที่ขัดแย้งกัน (Fiona, 2004) ประเทศออสเตรเลียมี Australia Council for Safety and Quality in Health Care (ACQSHC) ทำหน้าที่ในการปรับปรุงพัฒนาระบบให้ได้มาตรฐาน สนับสนุนระบบการรายงาน การวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งจะช่วยในการแยกแยะเหตุของความผิดพลาด ความผิดพลาดที่พบจะเกี่ยวข้องกับการผ่าตัด การติดเชื้อ และที่สำคัญความผิดพลาดที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ ในประเทศออสเตรเลียการพิทักษ์สิทธิประโยชน์จะอยู่บนพื้นฐานการพิจารณาของความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ และ ความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดที่ไม่ได้เกิดจากความผิดพลาดใดและเป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (www.nt.gov.au)

3. ลักษณะกลไกการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา จากการให้บริการทางการแพทย์

จากการศึกษาองค์ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้แบ่งกลไกการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา จากการให้บริการทางการแพทย์ออกเป็น 4 กลไก ดังต่อไปนี้

3.1 กลไกการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการ เป็นกลไกขั้นพื้นฐานที่สำคัญไม่ว่าจะเป็นการวางแผนกำลังคนให้มีการผลิตและกระจายที่เหมาะสม การดูแลระบบการทำงานที่

เชื้อให้บุคลากรทำงานได้อย่างมีคุณภาพ มีความสุข ไม่ว่าจะอยู่ในเมืองหรือในชนบท งานไม่หนักเกินไป ค่าตอบแทนและจิตใจเหมาะสม ได้รับการพัฒนาวิชาการและความสามารถต่อเนื่อง เครื่องมือและการสนับสนุนต่างๆ ดีพอ ตลอดจนการฝึกอบรมให้แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขทุกคนมีทักษะในการสื่อสาร การพูดคุยกับผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับปัญหาหรือการสูญเสียต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ

3.2 กลไกพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการ Hospital Accreditation (HA) เป็นกลไกหลักในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีเป้าหมายในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งกระตุ้นให้นำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพมาสู่การปฏิบัติโดยโรงพยาบาล ในปัจจุบันสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ. ; HA Thailand) ถือเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยใช้การประเมินจากภายนอกและการรับรองคุณภาพโดยหน่วยงานที่เป็นกลางเป็นแรงจูงใจโดยเฉพาะการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลด้วยการให้ข่าวสาร คู่มือ แนวทางพัฒนาคุณภาพ ฝึกอบรมให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลที่ต้องการพัฒนาคุณภาพ สร้างโปรแกรมทดสอบความพร้อมสำหรับให้โรงพยาบาลประเมินตนเอง การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลหรือ HA. นับว่ามีบทบาทสำคัญต่อวงการสาธารณสุขไทยในปัจจุบันมาก เพราะสามารถใช้เป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ควบคู่ไปกับการเรียนรู้แลกเปลี่ยนและการรับรองจากองค์กรภายนอกได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การรับรองเป็นเพียงส่วนเดียวและส่วนสุดท้ายของกระบวนการแต่จุดสำคัญอยู่ที่การกำหนดมาตรฐานตรวจสอบและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลนั้นๆ

3.3 กลไกบริหารความเสี่ยงระดับพื้นที่ เป็นกลไกที่สร้างสัมพันธภาพระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ที่ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมรับรู้การทำงานของโรงพยาบาล เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งขึ้น กลไกนี้จะสามารถเชื่อมประสานได้อย่างเป็นธรรมชาติ เช่น การตั้งกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล หรือการตั้งกลไกบริหารความเสี่ยงระบบจังหวัด เพื่อทำงานวิเคราะห์ ติดตาม เฝ้าระวังปัญหาแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยได้รับจากบริการ หรือปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสาธารณสุขของจังหวัดแล้วเข้าไปช่วยดูแลแก้ไขจัดการตั้งแต่ต้นด้วยสันติวิธี ไม่ให้ปัญหามานปลายเกิดการแก้ไข ไปจนถึงกระบวนการศาล

3.4 กลไกการจัดการความรู้และขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์ เป็นกลไกการทำงานทางวิชาการ เพื่อศึกษาและสังเคราะห์สถานการณ์ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อแปลงความรู้ออกมาเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหา และทำงานเชื่อมโยงกับสังคมทุกภาคส่วนที่

เกี่ยวข้องปัจจุบัน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนให้เกิด “สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ” (สวค.) ขึ้นมาทำงานทางวิชาการที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ และในขณะเดียวกัน “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” (คสช.) ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ก็ได้ตั้งกลไกทำงานเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ขึ้น เรียกว่า “คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ” (Commission on National Human Resources for Health Development) เป็นกลไกทำงานเพื่อแปลงความรู้ออกมาเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหา แล้วทำงานเชื่อมโยงกับสังคมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกับภาครัฐ แก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

4. กระบวนการในการพัฒนาศักยภาพประโยชน์ของผู้ให้และผู้รับบริการจากการบริการทางการแพทย์

จากการสังเคราะห์องค์ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้แบ่งกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพประโยชน์ของผู้ให้และผู้รับบริการ จากการบริการทางการแพทย์ ได้เป็น 5 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

4.1 การระบุปัญหา รวบรวมข้อมูล เป็นขั้นตอนในส่วนแรกเริ่มเพื่อก่อให้เกิดข้อตกลงและขจัดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น ผู้เสียหายจะแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพของการให้บริการของสถานพยาบาลที่ตนเองได้สัมผัสทั้งก่อนและหลังการเกิดความเสียหายในลักษณะของการบอกเล่าที่เป็นการผสมผสานประสบการณ์ที่ได้รับมาโดยตรงและประสบการณ์ที่ถูกบอกเล่าจากบุคคลอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติๆ เช่น สามีหรือภรรยา บิดาหรือมารดา บุตรหลานหรือเพื่อนบ้าน ที่อาจมีประสบการณ์ในการใช้บริการ ณ สถานพยาบาลในพื้นที่นั้นๆ แต่อาจต่างเวลา ฉะนั้นข้อมูลที่ได้รับจึงเป็นการผสมผสานประสบการณ์ของผู้เสียหายที่มีความหลากหลายทั้งความจริงและความเห็น

4.2 การเสริมสร้างความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับสู่กลุ่มเป้าหมาย สื่อและเทคโนโลยีต่างๆ ได้มีส่วนให้ความรู้กับประชาชน ในเรื่องสิทธิของตนมากขึ้น การให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยหรือญาติจึงเป็นเรื่องจำเป็น ขั้นตอนการรักษาหรือเมื่อเกิดความเสียหายขึ้น แพทย์ผู้รักษาก็ต้องอธิบายได้ด้วยข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ การบันทึกขั้นตอนการรักษาในเวชระเบียนจึงถือเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญและเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะขอได้

4.3 ช่องทางในการเข้าถึงการพิทักษ์สิทธิประโยชน์

วิธีที่ 1 การตกลงร่วมกัน การตกลงยอมความกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ วิธีการนี้ใช้ในกรณีที่ไม่ได้เกิดจากความผิดของฝ่ายใด ถ้าผู้รับบริการเลือกวิธีการไกล่เกลี่ยระหว่าง 2 ฝ่าย ผู้รับบริการควรปรึกษากับนักกฎหมายเพื่อขอความเห็นว่าคุณค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากความผิดของผู้ให้บริการ แต่เป็นความผิดพลาดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กรณีผู้ให้บริการยินยอมและให้ข้อเสนอ ผู้รับบริการจะปรึกษานักกฎหมายว่าจะยอมรับข้อเสนอหรือไม่ ถ้าไม่จะทำอย่างไรต่อไป

วิธีที่ 2 ดำเนินการฟ้องร้องผ่านองค์กรวิชาชีพ ถ้าผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ สามารถยื่นคำร้องต่อองค์กรวิชาชีพได้ เพื่อทำการสืบสวน ผู้รับบริการฟ้องเองหรือจะใช้ทนายฟ้องก็ได้ ในทุกองค์กรวิชาชีพมีการหาทนายให้กับผู้ฟ้องร้องโดยไม่คิดค่าบริการ โดยองค์กรวิชาชีพไม่สามารถบังคับให้มีการชดเชยค่าเสียหายในรูปของตัวเงินต่อผู้เสียหาย สำหรับการฟ้องร้องผ่านองค์กรวิชาชีพ

วิธีที่ 3 การร้องทุกข์ผ่านคณะกรรมการ จะกระทำก็ต่อเมื่อผู้ให้บริการมีความบกพร่อง หรือให้การรักษาที่ไม่สมเหตุสมผล ข้อร้องเรียนอาจจะพาดพิงถึงความล้มเหลวในด้านต่างๆ เช่น การรักษา การให้ข้อมูลการรักษา การให้ความยินยอม เป็นต้น กระบวนการร้องทุกข์จะเริ่มต้นจาก คณะกรรมการพิจารณาเรื่องราวจะทบทวนเรื่องของทั้งฝ่ายผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ คณะกรรมการจะปฏิบัติต่อผู้ร้องทุกข์ ให้ความช่วยเหลือโดยตรงในการติดต่อระหว่างผู้ร้องทุกข์กับผู้ให้บริการเพื่อแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน คณะกรรมการจะถามถึงความต้องการของผู้ร้องทุกข์ถึงสิ่งที่ต้องการอยากจะได้จากผู้ให้บริการ คณะกรรมการจะติดต่อประสานงานกับผู้ร้องทุกข์อย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งได้รับคำตอบที่เหมาะสมสำหรับทั้ง 2 ฝ่าย

วิธีที่ 4 ดำเนินการฟ้องร้องผ่านกระบวนการศาล เป็นหนทางสุดท้ายเพราะว่ามีค่าใช้จ่ายสูง ระยะเวลาานาน

4.4 การเรียกร้องชดเชยความเสียหาย ระบบการชดเชยความเสียหายของประเทศ ไทย อยู่ภายใต้หลักกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคโดย คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ส่วนระบบในการควบคุมกำกับสถานพยาบาลอยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่เกี่ยวกับการควบคุมดูแลของกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ ระบบการควบคุมจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพจะเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพนั้นๆ ตามสาขาต่างๆ เช่น พระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา ประเทศไทยได้มีการชดเชย

ความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดในกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยการกำหนดให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้น เฉพาะผู้รับบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเข้าไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายบริการของ สปสช. แล้วได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์นั้น (พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, มาตรา 41) แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องวงเงินในการให้ความช่วยเหลือและการขยายการชดเชยความเสียหายที่ได้รับจากบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาความทุกข์จากระบบบริการสุขภาพแก่ผู้เสียหายได้อย่างแท้จริง หากผู้เสียหายต้องการได้รับการชดเชยเพิ่มขึ้นมากกว่าการชดเชยเบื้องต้นก็ยังมีทางเลือกอื่นในการดำเนินการที่ดีกว่าการฟ้องต่อศาล

4.5 การออกกฎหมายหรือการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ กลไกการเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์จากบริการสุขภาพของประเทศไทยที่เป็นช่องทางโดยกฎหมาย มีดังนี้

4.5.1 กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยสัญญาและละเมิด ในกรณีที่มีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการไม่ว่าจะเป็นข้อโต้แย้งระหว่างบุคคลและหรือองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนและไม่อาจยุติได้โดยวิธีการอื่นๆ คู่กรณีฝ่ายที่ได้รับความเสียหายมีสิทธิที่จะนำมูลคดีนั้นขึ้นสู่การพิจารณาวินิจฉัยโดยศาลยุติธรรมเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายหรือค่าสินไหมทดแทน และโดยกระบวนการวิธีพิจารณาความคดีแพ่งทั่วไป โจทก์ (ผู้เสียหาย) มีหน้าที่ในการพิสูจน์ความผิดของจำเลยตามมูลฐานแห่งความผิด (สัญญาหรือละเมิด) โดยการนำพยานหลักฐานมาแถลงหรือแสดงต่อศาล หากศาลพิจารณาแล้วเห็นว่าน้ำหนักพยานหลักฐานเหล่านั้นน่าเชื่อถือ ศาลก็จะมีคำพิพากษาให้โจทก์ชนะคดีโดยการบังคับให้จำเลยต้องชดเชยค่าเสียหายและหรือค่าสินไหมทดแทนเพื่อเยียวยาความเสียหายนั้น

4.5.2 กฎหมายว่าด้วยอนุญาโตตุลาการ เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารงานยุติธรรมที่มุ่งจะส่งเสริมให้เป็นมาตรการในการระงับข้อพิพาททางแพ่งและพาณิชย์ที่ควบคู่กับการพิจารณาพิพากษาโดยศาลยุติธรรม การระงับข้อพิพาทโดยอนุญาโตตุลาการจะอำนวยความสะดวกแก่คู่พิพาทได้มาก เนื่องจากคู่พิพาทสามารถเลือกอนุญาโตตุลาการซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขามาเป็นผู้พิจารณาชี้ขาดข้อพิพาทได้ การระงับข้อพิพาทโดยวิธีอนุญาโตตุลาการจะเกิดขึ้นได้เมื่อคู่สัญญา มีการตกลงที่จะมอบข้อพิพาทที่เกิดขึ้นระหว่างกันให้บุคคลที่สามเป็นผู้ตัดสินชี้ขาด การระงับข้อพิพาทอาจกระทำได้ตั้งแต่เมื่อมีข้อพิพาทเกิดขึ้นโดยยังมีได้ฟ้องคดีต่อ

ศาล หรืออาจกระทำได้แม้ในขณะที่ข้อพิพาทเป็นคดีในศาลแล้ว หรืออาจดำเนินการโดยสถาบัน
อนุญาโตตุลาการที่คู่พิพาทตกลงกันใช้บริการ

4.5.3 กฎหมายความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ ในปี พ.ศ. 2539 ประเทศไทยได้ออกกฎหมายมหาชน ว่าด้วยความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่เพื่อวางหลักเกณฑ์
ความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ของรัฐโดยการยกเว้นหลักกฎหมายทั่วไป แต่ยังคงนำ
หลักเกณฑ์ทั่วไปที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาใช้กับความรับผิดชอบ
หน่วยงานของรัฐเช่นเดิม กฎหมายดังกล่าวมีสาระสำคัญที่สามารถนำมาปรับใช้กับการใช้สิทธิใน
การเรียกร้องของผู้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการกระทำ
ละเมิดของเจ้าหน้าที่รัฐที่มีสถานภาพเป็นข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง หรือผู้ปฏิบัติงานประเภทอื่น
หรือฐานะอื่นใดที่อยู่ในสังกัดกระทรวง กรม หรือส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นและมีฐานะเป็น
กรม ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานอื่นของรัฐ ที่มีอำนาจ
หน้าที่ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

4.5.4 กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2545 ประเทศไทยได้ออก
กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาบังคับใช้ในการจัดบริการสุขภาพ หลักการและ
แนวคิดเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดได้ถูกนำไป
บัญญัติไว้ในมาตรา 41 โดยการกำหนดให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นเฉพาะผู้รับบริการที่ได้ขึ้น
ทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเข้าไปใช้บริการ ณ
สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายบริการของ สปสช. แล้วได้รับความเสียหายจาก
การรับบริการทางการแพทย์ แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องวงเงินในการให้ความช่วยเหลือและการขยาย
การชดเชยความเสียหายที่ได้รับจากบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง

กระบวนการชดเชยในปัจจุบันที่ต้องใช้กระบวนการทางศาล ไม่อาจเสริมสร้าง
สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ส่วนการชดเชยเบื้องต้นตามพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 41 ที่ให้เงินชดเชยโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด
สามารถบรรเทาความเดือดร้อนของผู้เสียหายได้ระดับหนึ่ง แต่ครอบคลุมเฉพาะผู้ใช้สิทธิ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ทำให้ผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายเกิดแนวคิดที่จะขยาย
ความคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนและร่าง
กฎหมายที่ว่าด้วยเรื่องดังกล่าว สมควรที่จะมีการสรุปทางเลือกเชิงนโยบาย และชี้ให้เห็นผลดี
ผลเสีย เพื่อให้ข้อมูลแก่สาธารณะ เพื่อให้ทุกฝ่ายมีองค์ความรู้ที่เท่าทันกัน และสามารถประเมิน
ความเป็นไปได้ของทางเลือกและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว ผลการศึกษาพบว่า การชดเชย

ผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์โดยไม่พิสูจน์ความผิด ประเทศไทยควรเลือกรูปแบบที่อยู่บนแนวคิดความรับผิดชอบของผู้ที่ทำให้เกิดความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการได้ และควรสร้างกลไกการชดเชยเต็มรูปและตัดสิทธิทางศาล (ไม่ตัดสิทธิทางศาลถ้าไม่ขอรับเงินชดเชยจากกองทุน) ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเสียหายจากการบริการสุขภาพของผู้เสียหายได้อย่างครอบคลุมและรวดเร็ว ปัจจุบันมีความพยายามร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข ซึ่งขณะนี้ร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวได้มีการแก้ไขชื่อเป็น “ร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข” และขณะนี้ (ณ เดือน มีนาคม 2552) ร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว อยู่ในระหว่างการตรวจพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะพิเศษ) ซึ่งเป็นอีกความพยายามหนึ่งที่จะเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการมากกว่ากระบวนการศาล

5. การได้รับค่าชดเชยจากความผิดพลาดอันไม่พึงประสงค์จากการบริการทางการแพทย์และการเคลื่อนไหวเพื่อการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพกรณีศึกษาทั้งจากต่างประเทศและในประเทศไทย

จากกรณีศึกษาการได้รับค่าชดเชยความเจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีนในประเทศแคนาดา จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการฉีดวัคซีนในประเทศแคนาดา ได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากรัฐบาลและให้แนวคิดการฉีดวัคซีนเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติเป็นงานประจำ โปรแกรมนี้ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางด้านระบบสุขภาพในการป้องกันโรคและปรับปรุงทางด้านสาธารณสุข แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ก็ยังมีผลเสียอยู่ในโปรแกรมการให้วัคซีนของประเทศแคนาดา ได้แก่ ความเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จากผลลัพธ์ของการฉีดวัคซีน พบว่าจะเกิดผลข้างเคียงอย่างรุนแรงจากการให้วัคซีน พบได้เป็นจำนวนมากในเด็ก ๆ ที่ได้รับการฉีดวัคซีนในแต่ละปี และความเสี่ยงจากระบบที่แฝงอยู่ ซึ่งเกิดจากการบริหารและระบบการทำงานของกรให้วัคซีน สถานการณ์ปัจจุบันแคนาดา ยกเว้นในเมือง Quebec เด็กที่ได้รับอันตรายจากการฉีดวัคซีนจะไม่ได้รับการชดเชย เนื่องจากจะโดนปฏิเสธการเรียกร้องจากความเจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีน เพราะไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าวัคซีนเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย บริษัทผู้รับประกันบุคคลที่ 1 และการช่วยเหลือทางสังคมของรัฐไม่มีความสามารถพอที่จะจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยเนื่องจากการฉีดวัคซีน ดังนั้นเนื่องจากระบบการให้ค่าชดเชยในปัจจุบันของประเทศแคนาดาไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ที่ได้รับความเสียหายจากวัคซีน การให้ภูมิคุ้มกันนั้นมีประโยชน์แต่การบังคับ

ให้มีการฉีดวัคซีนสำหรับเด็กในประเทศแคนาดา ไม่ได้มีการออกกฎหมายบังคับ แต่รัฐบาลกลางของประเทศแคนาดาก็มีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนการให้วัคซีน สถานการณ์ความเจ็บป่วยจากวัคซีน มีความแตกต่างจากกรณีอื่นตรงที่ ผลที่เกิดขึ้นไม่ได้มาจากอุบัติเหตุ หรือความผิดของผู้อื่น แต่มาจากผลของความเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ภัยที่มากับการให้ภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งมีผลประโยชน์กับทั้งส่วนบุคคลและสังคมส่วนรวม ดังนั้นการชดเชยต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และสังคมโดยส่วนรวม

การแก้ปัญหาของประเทศแคนาดา รัฐจึงควรจะพิจารณาให้ความช่วยเหลือ และชดเชยแก่ผู้เสียหายไม่ว่าจะมีอาการอย่างไร เช่นเดียวกับในรัฐ Quebec ที่เด็กที่ได้รับอันตรายจะได้รับการชดเชยจากสังคม และเป็นการชดเชยแบบไม่ต้องพิสูจน์ความผิด เหมือนกับอีกหลายประเทศที่ได้มีการชดเชยแบบไม่ต้องพิสูจน์ความผิด สำหรับความเจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีน

ในกรณีศึกษาการเคลื่อนไหวเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ตำบลบ้านต่อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ที่มีการทำงานโดยจัดโครงสร้างแบบบูรณาการ และมีการจัดกระบวนการต่าง ๆ มารองรับสู่เวทีภาคประชาชน เชื่อมโยงทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคอื่นๆ จนส่งผลให้การจัดการด้านต่างๆ ประสบผลสำเร็จ สิ่งที่น่าสนใจคือการตั้งกรรมาธิการฝ่ายต่างๆ ขึ้นมารองรับแผนงานโครงการที่ออกมาจากชุมชน ภายใต้การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ทั้งนี้การได้มาซึ่งแผนงาน โครงการต่างๆ ทีมงานจะใช้เวที อบต. สัญจร โดยคณะกรรมการจะออกไปทุกหมู่บ้านสำรวจว่าชุมชนมีปัญหาอะไร ประชาชนอยากให้ชุมชนเป็นอย่างไร และอยากให้ อบต. พัฒนาไปในทิศทางใด หลังจากนั้นจะทำการรวบรวม แล้วแยกออกเป็นด้านๆ นำมาสู่การทำแผนเพื่อเสนอเข้าสู่สภา และจัดทำเป็นโครงการต่างๆ การขับเคลื่อนอีกด้านหนึ่งที่เป็นภาคประชาชนนั้นเรียกว่าเป็นกลุ่มประชาคมสุขภาพ สำหรับการบริหารจัดการที่เกิดขึ้นในตำบลที่น่าสนใจคือ การบูรณาการ เรื่องแผนงานโครงการและการจัดการด้านงบประมาณที่พบว่าแผนงานโครงการที่ออกมาได้กระจายไปสู่ทุกส่วน กระบวนการทำงานที่สำคัญที่ทางทีมงานได้จัดทำสม่ำเสมอ คือการจัดให้มีการพบกันเป็นประจำ สำหรับการประเมินผลภาพใหญ่ทั้งตำบลจะมีทีมประเมินผลทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ ทีมวิชาการ ทีมกรรมาธิการ และบุคคลภายนอก อาทิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด วิทยาลัยพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นต้น

ผลจากการทำงานที่ผ่านมา ตำบลบ้านต่อมได้ทำให้เป้าหมายที่เป็นตำบลน่าอยู่ปรากฏเป็นรูปธรรม สิ่งที่เป็นผลสัมฤทธิ์คือ ทุกคนมีจิตวิญญาณที่จะทำให้ตำบลบ้านต่อมเป็นตำบลน่าอยู่ การมีทีมงานที่มีใจรัก ทุ่มทำงานอย่างจริงจัง ทุกอย่างที่ทำไม่ได้เป็นการแยกส่วน

เป็นการบูรณาการทุกสิ่งทั้งคน ทั้งเงิน ทั้งการจัดการ สิ่งเหล่านี้เรียกว่าเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ด้านสุขภาพ โดยชุมชนช่วยกันพิทักษ์สิทธิ์ให้ระบบสุขภาพสมบูรณ์ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพการควบคุมป้องกันโรค การบริการ การตั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ ประชาคมสุขภาพเคลื่อนไหวยิงกายภาพให้ชาวบ้านคิดเป็น ทำเป็นรูปธรรมของกิจกรรมที่เป็นการดำเนินงาน สิ่งที่เป็นที่การันตีอีกประการคือ การที่ตำบลต่อมได้รับรางวัลต่างๆ มากมาย อาทิ รางวัลหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่นปี 2540, 2542, 2543, 2545 รางวัลหมู่บ้านพิทักษ์สิ่งแวดล้อมกว๊านพะเยาดีเด่น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพดีเด่นระดับประเทศปี 2543 รางวัลศูนย์สาธารณสุขชุมชนดีเด่น เขต 10 ปี 2545 เป็นพื้นที่ศึกษาดูงานทั้งในและต่างประเทศ นอกจากนี้ทีมงานในตำบลยังเป็นวิทยากรทั้งในและนอกพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ

ตำบลต่อมเป็นกรณีหนึ่งของพื้นที่ที่ได้ทำงานด้านสุขภาพ โดยมีการสร้างกระบวนการทำงานโดยดึงทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมงานกัน ภาครัฐทำหน้าที่สนับสนุนส่งเสริมและลงมือทำร่วมกัน เป้าหมายคือการมีชุมชนที่น่าอยู่ สิ่งที่ทำในขณะนี้ได้ดำเนินไปสู่เป้าหมายระดับหนึ่งแล้วตามวิสัยทัศน์ที่วางไว้ แต่ก็ยังไม่หยุดที่จะดำเนินต่อไป เพื่อความเสมอภาคและทัดเทียมกันในการที่จะมีชีวิตอยู่ด้วยกันอย่างสมศักดิ์ศรี