

บทที่ 3

มาตรการในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ

มาตรการในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลนั้น มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องและขั้นตอนในการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามกฎหมายไทยและกฎหมายต่างประเทศ ดังต่อไปนี้

3.1 การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายไทย

3.1.1 กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹

เนื่องจากมาตรา 52² ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82³ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้ จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน นอกจากนี้ เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิก

¹ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนที่ 116 ก หน้า 1 วันที่ 18 พฤศจิกายน 2545.

² ปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 51.

³ ปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 80.

จ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ขึ้นมา⁴ โดยให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 เป็นต้นไป ซึ่งพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

3.1.1.1 สิทธิการรับบริการสาธารณสุข

บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยยื่นคำขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการของตนเองต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาขา หรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เพื่อเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตนเอง ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับการบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดก็ได้ เว้นแต่ ผู้นั้นจะเป็นผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดให้ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ โดยการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ การขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและหน้าที่ของหน่วยบริการประจำ ให้คำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ

บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่ กรณีที่มีเหตุสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ในกรณีที่ผู้ซึ่งมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนอาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวจัดให้บุคคลนั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ และแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานสาขาทราบภายใน 30 วันนับแต่ให้บริการ โดยหน่วยบริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการครั้งนั้นจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

⁴ เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.

สำหรับข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ รวมถึงบิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลดังกล่าว และผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม โดยหลักแล้วไม่สามารถใช้สิทธิในการรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ เว้นแต่จะได้มีการตกลงร่วมกันระหว่างคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอื่นของรัฐ หรือคณะกรรมการประกันสังคม ให้ใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และออกเป็นพระราชกฤษฎีกามาใช้บังคับ

ส่วนในกรณีที่บุคคลนั้นเป็นลูกจ้างซึ่งมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ถ้าได้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อใดแล้ว ให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนเงินทดแทน กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย บริษัทผู้รับประกันภัยรถ หรือบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัด แล้วแต่กรณี แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือไม่เกินจำนวนค่าสินไหมทดแทนตามภาระหน้าที่ที่กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยต้องจ่ายตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หรือไม่เกินสิทธิที่พึงได้รับตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ส่งเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

3.1.1.2 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

1. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีฐานะเป็นประธานกรรมการ
2. ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ
3. ผู้แทนเทศบาล 1 คน องค์กรบริหารส่วนจังหวัด 1 คน องค์กรบริหารส่วนตำบล 1 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น 1 คน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง

4. ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับงานด้านเด็กหรือเยาวชน งานด้านสตรี งานด้านผู้สูงอายุ งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น งานด้านผู้ใช้แรงงาน งานด้านชุมชนแออัด งานด้านเกษตรกรและงานด้านชนกลุ่มน้อย องค์กรละ 1 คน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละ 1 คน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวน 5 คน และต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อนครบกำหนด 15 วัน นับแต่วันที่มีเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการ ถ้าองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

5. ผู้แทน ผู้ประกอบอาชีพด้านสาธารณสุขจำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้แทนแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ด้านละ 1 คน

6. ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน ซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การเงินการคลัง กฎหมายและสังคมศาสตร์ ด้านละ 1 คน

7. เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ

2. ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวง และประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุข

4. กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการถอดถอนและกำหนดคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามของเลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6. ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์

7. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล โดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร

8. กั้นเงินจำนวนไม่เกินร้อยละ 1 ของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร

9. สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่

10. สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่

11. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

12. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน

13. จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้วรายงานต่อคณะรัฐมนตรี สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายใน 6 เดือน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ

14. จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี

15. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

16. ควบคุมดูแลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ดำเนินกิจการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และให้รวมถึง

1) กำหนดนโยบายการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) อนุมัติแผนการเงินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนออกระเบียบข้อบังคับ ประกาศ หรือข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงินและทรัพย์สิน การติดตามประเมินผล และการดำเนินการอื่นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

17. แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

18. แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบขึ้นคณะหนึ่ง เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบการบริหารเงินและการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปโดยถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบแบบแผนที่เกี่ยวข้อง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีความโปร่งใส และมีผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

19. เสนอขอรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.1.1.3 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข” ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

1. อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ

2. ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนทันตแพทยสภา ผู้แทนสภาเภสัชกรรม และผู้แทนสภาทนายความ

3. ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นสมาชิกของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน 1 คน

4. ผู้แทนเทศบาล 1 คน องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 คน องค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น 1 คน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง

5. ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ทันตกรรม และเภสัชกรรม วิชาชีพละ 1 คน

6. ผู้แทนราชวิทยาลัย แพทย์เฉพาะทางสาขาสูตินรีเวช สาขาศัลยกรรม สาขา อายุรกรรม และสาขากุมารเวชกรรม สาขาละ 1 คน

7. ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สาขากายภาพบำบัด สาขาเทคนิคการแพทย์ สาขารังสีเทคนิค สาขากิจกรรมบำบัด สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก และสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย สาขาละ 1 คน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวน 3 คน

8. ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร และดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับงานด้านเด็กหรือเยาวชน งานด้านสตรี งานด้านผู้สูงอายุ งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น งานด้านผู้ไร้แรงงาน งานด้านชุมชนแออัด งานด้านเกษตรกรและงานด้านชนกลุ่มน้อย องค์กรละ 1 คน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละ 1 คน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวน 5 คน และต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อนครบกำหนด 15 วัน นับแต่วันที่มิเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการ ถ้าองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

9. ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวน 6 คน โดยในจำนวนนี้ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาจิตเวช และสาขาการแพทย์แผนไทย สาขาละ 1 คน

10. เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ทั้งนี้ ประธานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมาจากการที่บุคคลดังกล่าวข้างต้นประชุมและเลือกกันเองให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นประธานกรรมการ

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
2. กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ในกรณีที่หน่วยบริการนั้นๆ มีการให้บริการในส่วนที่สูงกว่าบริการสาธารณสุข
3. กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
4. เสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการ
5. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์ และวิธีการให้ความ

ช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

6. รายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน

7. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

8. จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

9. สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

10. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนด ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขหรือตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

11. แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติตามที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมอบหมายได้

12. ขอให้หน่วยงานของรัฐหรือสั่งให้บุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

3.1.1.4 หน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อให้ประชาชนดำเนินการลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตน และได้กำหนดให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

2. ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทาง วิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

4. รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

5. จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

3.1.1.5 การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดไว้ในกรณีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาขาแล้วแต่กรณี ตรวจสอบแล้วพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขแต่งตั้ง “คณะกรรมการสอบสวน” ซึ่งประกอบไปด้วยผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กรเอกชนหรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา และให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขกำหนดจำนวนของคณะกรรมการสอบสวนตามความเหมาะสม และอาจแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนไว้ล่วงหน้าเป็นจำนวนหลายคณะก็ได้

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการสอบสวนมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการสอบสวนหน่วยบริการที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้ และเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

2. ขอให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ผู้ร้องเรียน หรือบุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำ หรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

เมื่อคณะกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนเสร็จแล้ว ให้เสนอเรื่องพร้อมความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาต่อไป ดังต่อไปนี้

1. ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- 1) ในกรณีที่เป็นการกระทำโดยไม่เจตนาให้มีคำสั่งเตือนให้ปฏิบัติโดยถูกต้อง
- 2) ในกรณีที่มีเจตนากระทำผิด ให้มีคำสั่งให้หน่วยบริการนั้นชำระค่าปรับทางปกครองเป็นจำนวนไม่เกิน 100,000 บาท สำหรับการกระทำความผิดแต่ละครั้ง และให้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองมาใช้บังคับ และในกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการบังคับตามคำสั่ง ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจฟ้องคดีต่อศาลปกครองเพื่อบังคับชำระค่าปรับ ในการนี้ถ้าศาลปกครองเห็นว่าคำสั่งให้ชำระค่าปรับนั้นชอบด้วยกฎหมายก็ให้ศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษาและบังคับคดีให้มีการยึดหรืออายัดทรัพย์สินขายทอดตลาดเพื่อชำระค่าปรับได้

3) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งอาจมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

2. ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขตามที่กำหนดไว้ หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด หรือไม่จ่ายค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควร ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1) ตักเตือนเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นปฏิบัติต่อผู้ร้องเรียนให้เหมาะสมหรือถูกต้องตามสิทธิประโยชน์ของผู้ร้องเรียน

2) ออกคำสั่งเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นคืนเงินค่าบริการส่วนเกินหรือที่ไม่มีสิทธิเรียกเก็บให้แก่ผู้ร้องเรียนพร้อมดอกเบี้ยร้อยละ 15 ต่อปี นับแต่วันที่เก็บค่าบริการนั้นจนถึงวันที่จ่ายเงินคืน

3. ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า การกระทำผิดของหน่วยบริการนั้นเป็นการกระทำผิดร้ายแรงหรือเกิดซ้ำหลายครั้ง ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- 1) สั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการนั้น

2) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อพิจารณา
ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

3) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้กำกับดูแลเพื่อให้มีการดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหารของ
หน่วยบริการในกรณีที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

4) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหา
หรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของ
หน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

3.1.2 หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล⁵

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ได้กำหนดให้
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละ 1 ของเงินที่จะจ่ายให้หน่วย
บริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่
เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่
ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และมาตรา 18 (7) แห่งพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมี
อำนาจหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่
ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหา
ผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41 ฉะนั้น
อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 18(7) และมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ออกข้อบังคับสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือ
เบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2546 ขึ้นมาเพื่อใช้เป็น
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความ
เสียหายจากการรักษาพยาบาล ต่อมาได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเหมาะสม และเกิด
ประสิทธิภาพในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น ประกอบกับเพื่อให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของ
กฎหมาย จนปัจจุบันได้มีการประกาศใช้ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่า
ด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความ
เสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 โดยมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 เป็นต้นไป

⁵ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 129 ตอนพิเศษ 128 ง หน้า 67 วันที่ 23 สิงหาคม 2555.

ส่วนกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ให้บังคับตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 จนเสร็จสิ้นกระบวนการพิจารณา

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 นั้น ประกอบด้วย 13 ข้อ ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

3.1.2.1 ความหมายของเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

เงินช่วยเหลือเบื้องต้น หมายความว่า เงินที่จ่ายให้แก่ผู้รับบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะของผู้รับบริการ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยมีต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด

3.1.2.2 ขอบเขตของความเสียหาย

ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการที่จะเป็นเหตุให้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนั้น ให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาลด้วย แต่ความเสียหายนั้น ต้องไม่ใช่ความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพ หรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว

3.1.2.3 ประเภทของความเสียหายและอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 นั้น ได้มีการกำหนดประเภทของความเสียหาย และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไว้ ดังต่อไปนี้

1. กรณีเสียชีวิต ทูพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ 240,000-400,000 บาท

2. กรณีสูญเสียอวัยวะ หรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ 100,000-240,000 บาท

3. บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ไม่เกิน 100,000 บาท

กรณีที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์จนอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วย

บริการให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากับอัตราที่กำหนดในข้อ 1) และหากมารดาได้รับความเสียหายอื่นด้วย ก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายที่ได้รับนั้น

สำหรับกรณีที่มีความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตามข้อ 1) 2) และ 3) ได้ ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสม

3.1.2.4 ระยะเวลาในการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ทายาท ผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ที่สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้นๆ หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ ต้องยื่นคำร้องภายใน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย

3.1.2.5 คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ได้กำหนดให้คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครหรือจังหวัดใดที่ไม่มีคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นผู้เสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสมจำนวน 5-7 คน เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

1. ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 3 คน
2. ตัวแทนหน่วยบริการและตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน

ทั้งนี้ กำหนดให้ผู้อำนวยการสำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้นเป็นเลขานุการคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และให้คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี

3.1.2.6 การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

การพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนั้น ให้คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นพิจารณาว่ากรณีดังกล่าวเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับ

ความช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่ และถ้าควรได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นควรที่จะได้ตามคำร้องขอหรือไม่เพียงใด ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐกิจของผู้เสียหายประกอบด้วย และมีอำนาจอนุมัติจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ และต้องพิจารณาวินิจฉัยให้แล้วเสร็จโดยเร็ว

3.1.2.7 การอุทธรณ์

กรณีที่ผู้รับบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะของผู้รับบริการ ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เต็มตามอัตราที่กำหนดไว้ หรือไม่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น หรือจัดประเภทของความเสียหายโดยไม่ถูกต้อง มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้ โดยยื่นที่สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้น หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ ต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย และให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาว่าเป็นไปตามเงื่อนไขการยื่นอุทธรณ์หรือไม่ หากเป็นไปตามเงื่อนไขให้เสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาด ดังต่อไปนี้

1. สั่งให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ หรือ

2. สั่งให้ยกอุทธรณ์

ทั้งนี้ คำวินิจฉัยชี้ขาดของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขให้เป็นที่สุด

3.1.3 การพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น⁶

เนื่องจากการแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความเหมาะสม และเกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น ประกอบกับเพื่อให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของกฎหมาย จึงได้มีการประกาศใช้ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ขึ้นมา โดยมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 เป็นต้นไป ส่วนกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ยังคงให้ใช้บังคับตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ

⁶ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). คู่มือการดำเนินงานจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น. หน้า 19-23.

และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 ต่อไป ดังนั้น เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และในการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเริ่มตั้งแต่ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะหรือหน่วยบริการที่ให้บริการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ไปจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติและขั้นตอนในการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

3.1.3.1 การยื่นคำร้อง

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไว้ ดังต่อไปนี้

1.ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ ต้องใช้สิทธิในการยื่นคำร้องภายในกำหนด 1 ปี นับจากวันที่ทราบความเสียหาย โดยยื่นคำร้องที่หน่วยรับคำร้องหน่วยใดหน่วยหนึ่งก็ได้

2. สารสำคัญของคำร้อง การยื่นคำร้องจะยื่นตามแบบที่ได้กำหนดไว้ หรือจะยื่นโดยเขียนเป็นหนังสือก็ได้ แต่ข้อความในหนังสือดังกล่าวอย่างน้อยควรจะต้องระบุ ชื่อผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข ชื่อของหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุข วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้นหรือวันที่ทราบถึงความเสียหาย สถานที่ที่สามารถติดต่อกับผู้รับบริการหรือผู้ยื่นคำร้องได้โดยรวดเร็ว และสถานภาพของผู้รับบริการ เช่น อาชีพ รายได้หรือเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นต้น

3. เอกสารหลักฐานของผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะที่ควรยื่นมากับคำร้อง คือ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หนังสือมอบอำนาจ (กรณีที่มีการมอบอำนาจ) และเอกสารหรือหลักฐานแสดงรายละเอียดข้อมูลอื่นที่อาจใช้เป็นประโยชน์ในการประกอบการพิจารณา (ถ้ามี)

4. วิธียื่นคำร้อง อาจทำได้ 2 กรณี ด้วยการมายื่นคำร้องด้วยตนเองที่หน่วยรับคำร้อง หรือส่งคำร้องทางไปรษณีย์ลงทะเบียนก็ได้

การยื่นคำร้องโดยส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนให้ถือว่าวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นวันยื่นคำร้อง ซึ่งวันที่ประทับตราดังกล่าว จะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการนับระยะเวลาในการใช้สิทธิยื่นคำร้อง

3.1.3.2 การตรวจสอบข้อมูลและการรวบรวมข้อเท็จจริง

เมื่อหน่วยรับคำร้องรับได้รับคำร้องไว้แล้ว ให้ตรวจสอบเอกสารหรือหลักฐานต่างๆ ที่ผู้ยื่นคำร้องส่งมาให้ครบถ้วน และอาจต้องแสวงหาข้อเท็จจริง หรือเอกสารหลักฐาน หรือข้อมูลที่เห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาเพิ่มเติมพร้อมกับสรุปข้อเท็จจริง เพื่อนำเสนอคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นพิจารณา โดยอาจใช้แบบบันทึกตามแบบที่แนบ ทั้งนี้ กรณีผู้ยื่นคำร้องได้ยื่นคำร้องเมื่อพ้นระยะเวลาที่กำหนดไว้ในข้อบังคับ (1 ปี) เจ้าหน้าที่ในหน่วยรับคำร้องต้องรับคำร้องไว้ก่อน และดำเนินการไปตามขั้นตอน (อย่าปฏิเสธโดยไม่รับคำร้อง)

3.1.3.3 การพิจารณาวินิจฉัย

คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นว่าควรได้รับเงินช่วยเหลือตามข้อบังคับหรือไม่ อย่างไร หากควรได้รับเงินช่วยเหลือต้องพิจารณาโดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหาย และเศรษฐกิจของผู้เสียหายด้วย โดยมีขั้นตอนในการพิจารณา ดังต่อไปนี้

1. พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดในข้อบังคับ เมื่อประมวลจากข้อบังคับแล้วจะเห็นได้ว่าเกณฑ์ในการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นอาจแบ่งได้เป็น 6 ข้อ ได้แก่

- 1) ผู้รับบริการต้องเป็นผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และเป็นผู้ได้รับความเสียหาย
- 2) ความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข
- 3) ต้องเป็นการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
- 4) ความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขต้องไม่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค เหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้น
- 5) ยื่นคำร้องภายใน 1 ปี นับจากวันที่ทราบความเสียหาย
- 6) ไม่ต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด หรือผลพิสูจน์ทางการแพทย์

เมื่อคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้พิจารณาวินิจฉัยคำร้องใดตามเกณฑ์การพิจารณาดังกล่าวข้างต้น และเป็นกรณีที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าวทุกข้อ ถือว่าผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะเป็นผู้มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือตามข้อบังคับนี้

2. พิจารณาถึงประเภทของความเสียหาย เมื่อคำร้องใดเข้าเกณฑ์ในการพิจารณาทั้ง 6 ข้อตามที่กล่าวมาข้างต้น ขั้นตอนต่อไป คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นควรวินิจฉัยคำร้องให้ได้ว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นจัดเป็นความเสียหายประเภทใด เพื่อจะได้อนุมัติเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้

3. พิจารณาถึงความรุนแรง และเสรษฐฐานะของผู้เสียหาย เนื่องจากความเสียหายในแต่ละประเภทที่ผู้รับบริการได้รับอาจมีความรุนแรงไม่เท่ากัน และผลกระทบต่อเสรษฐฐานะของผู้เสียหายก็เป็นตัวชี้วัดอีกตัวหนึ่งที่ทำให้การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน อาจมีจำนวนมากน้อยต่างกัน ได้ การพิจารณาว่าสมควรจ่ายเป็นจำนวนเงินเท่าใด จึงต้องพิจารณาประเด็นดังกล่าวประกอบด้วย

คำว่า “เสรษฐฐานะ” มิได้หมายถึงความยากดมีเงิน แต่หมายรวมถึงความเดือดร้อนหรือผลกระทบที่ผู้รับบริการหรือทายาท หรือผู้อุปการะจะได้รับ เช่นผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหาย เป็นหัวหน้าครอบครัวมีภาระต้องเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว ก็อาจจะได้รับผลกระทบมากกว่าผู้รับบริการรายอื่น เป็นต้น⁷

4. ผลการพิจารณาวินิจฉัย หลังจากทีคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้พิจารณาวินิจฉัยตามขั้นตอนดังกล่าวแล้ว ควรสรุปความเห็นอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ อนุมัติจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามประเภทความเสียหาย หรือ ไม่อนุมัติเนื่องจากไม่เข้าหลักเกณฑ์

3.1.3.4 การแจ้งผลการพิจารณา

เมื่อคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้พิจารณา วินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแล้วไม่ว่าจะมีมติเป็นประการใด เลขานุการของ คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นต้องมีหนังสือแจ้งผลการ พิจารณาให้ผู้เสียหายทราบโดยแจ้งสิทธิอุทธรณ์ด้วย ซึ่งหนังสือที่แจ้งควรส่งทางไปรษณีย์ ลงทะเบียนตอบรับ พร้อมทั้งแจ้งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย เพื่อสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้ดำเนินการต่อไป ดังต่อไปนี้

1. กรณีคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีมติอนุมัติ ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามอัตราที่กำหนด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องนำ เรื่องเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อทราบ และดำเนินการ เพื่อส่งจ่ายเงินไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดังนั้น ในทางปฏิบัติสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน สาระสำคัญของหนังสืออย่างน้อยควรแจ้งจำนวนเงินที่ได้รับอนุมัติจากคณะอนุกรรมการพิจารณา วินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และชื่อผู้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมกับแนบรายงาน การประชุมของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไปด้วย

⁷ แหล่งเดิม. หน้า 15.

2. กรณีคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีมติไม่อนุมัติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องนำเรื่องเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อทราบ ทั้งนี้ หนังสือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องแนบรายงานการประชุมของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไปด้วย

รายงานการประชุมของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ทั้ง 2 กรณีข้างต้น ควรประกอบด้วยสาระสำคัญซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่ได้รับจากผู้รับบริการหรือทายาท หรือผู้อุปการะ หน่วยบริการหรือผู้ให้บริการ ผู้เชี่ยวชาญ (ถ้ามี) พร้อมกับเหตุผลในการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีนั้น

อนึ่ง เมื่อเลขานุการของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามทั้ง 2 กรณีข้างต้น ไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วต้องแจ้งผลดังกล่าวให้ผู้ยื่นคำร้องทราบพร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการอุทธรณ์ไปด้วย ทั้งนี้ หากส่งทางไปรษณีย์ควรเป็นไปรษณีย์ลงทะเบียนและเก็บหลักฐานการตอบรับไว้ด้วย เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาอุทธรณ์ (ถ้ามี) แต่หากผู้ยื่นคำร้องมารับทราบคำร้องด้วยตัวเองก็ควรให้ผู้ยื่นคำร้องลงลายมือชื่อพร้อมวันที่รับทราบผลการพิจารณาไว้ในสำเนาหนังสือเพื่อเป็นหลักฐาน

3.1.3.5 การอุทธรณ์

ในกรณีที่ผู้เสียหายได้รับแจ้งผลการพิจารณาแล้ว และไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ก็มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้ ซึ่งมีวิธีการและขั้นตอนในการพิจารณาอุทธรณ์ ดังต่อไปนี้

1. ผู้มีสิทธิอุทธรณ์ ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะต้องใช้สิทธิยื่นอุทธรณ์ภายในกำหนด 30 วัน นับจากวันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยต้องยื่นอุทธรณ์ที่หน่วยรับคำร้อง และเมื่อหน่วยรับคำร้องได้รับคำอุทธรณ์แล้วให้รีบส่งเรื่องไปยัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยเร็ว

2. สาระสำคัญของคำอุทธรณ์ การยื่นอุทธรณ์ต้องทำเป็นหนังสือ และข้อความในหนังสืออุทธรณ์อย่างน้อยควรระบุ ชื่อผู้อุทธรณ์ วันที่รับทราบผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เหตุผลที่ไม่เห็นด้วย และสถานที่ที่สามารถติดต่อกับผู้อุทธรณ์ได้โดยรวดเร็ว

3. วิธีการยื่นอุทธรณ์ วิธีการยื่นอุทธรณ์ อาจทำได้โดยมายื่นด้วยตนเองที่หน่วยรับคำร้อง หรือส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนก็ได้

4. การพิจารณาวินิจฉัย เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับคำอุทธรณ์ที่ส่งมาจากหน่วยรับคำร้องแล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องดำเนินการสรุปข้อเท็จจริงของเรื่องนั้น ซึ่ง คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เคยพิจารณาวินิจฉัยไว้พร้อมกับรวบรวมข้อมูล หรือเอกสารหลักฐาน และแสวงหาข้อเท็จจริงเท่าที่จำเป็น เพื่อที่จะได้นำเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาต่อไป ทั้งนี้เกณฑ์ในการพิจารณาวินิจฉัยจะใช้เกณฑ์เดียวกับที่คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นใช้พิจารณา

5. ผลการวินิจฉัย คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข จะพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาดคำอุทธรณ์ของผู้เสียหายที่ได้อุทธรณ์ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นโดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขวินิจฉัยชี้ขาดได้เป็น 2 ทางเลือก ได้แก่ สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามอัตราที่กำหนด หรือสั่งยกอุทธรณ์

6. การแจ้งผลการวินิจฉัย เมื่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้พิจารณาวินิจฉัยแล้วเสร็จไม่ว่าจะมีมติเป็นประการใด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องแจ้งผลการพิจารณานั้นให้หน่วยรับคำร้องทราบ เพื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะได้แจ้งผลให้ผู้ยื่นคำร้องและคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นทราบ ในกรณีที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีมติให้สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็จะดำเนินการจ่ายเงินดังกล่าวไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อสั่งจ่ายเงินให้ผู้เสียหายตามขั้นตอนต่อไป

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขดังกล่าว ให้ถือเป็นที่สุด ผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะ จะอุทธรณ์อีกไม่ได้

3.1.4 การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น⁸

3.1.4.1 พิจารณาจากระดับความรุนแรงของความเสียหาย โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับดังต่อไปนี้

ระดับที่ 1 เห็นชัดเจนว่าความเสียหายเกิดจากการรักษาพยาบาลโดยตรง และไม่สัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย พิจารณาจ่ายเต็มตามอัตรา

ระดับที่ 2 เห็นชัดเจนว่าความเสียหายเกิดจากการรักษาพยาบาลโดยตรง และสัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย พิจารณาจ่ายตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับที่ 3 เห็นว่าความเสียหายส่วนใหญ่เกิดจากการรักษาพยาบาล พิจารณาจ่ายตั้งแต่ร้อยละ 60-80

ระดับที่ 4 เห็นว่าความเสียหายส่วนน้อย หรือเป็นความเสียหายที่ไม่ชัดเจนนักว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล พิจารณาจ่ายไม่เกินร้อยละ 50

3.1.4.2 พิจารณาจากเศรษฐกิจฐานะของผู้เสียหาย จ่ายได้ไม่เกินร้อยละ 10 ยกเว้นกรณีจ่ายเงินเต็มตามอัตราที่กำหนด ไม่ต้องพิจารณาเศรษฐกิจ

3.1.4.3 การกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ปรากฏตามตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 การกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเบื้องต้น

ระดับความรุนแรง	ประเภทความเสียหาย		
	เสียชีวิต	สูญเสียอวัยวะ	บาดเจ็บ
ระดับ 1	200,000	120,000	50,000
ระดับ 2	160,000-200,000	96,000-120,000	40,000-50,000
ร้อยละ 80+ ร้อยละ 10	+20,000	+12,000	+5,000
ระดับ 3	120,000-160,000	72,000-96,000	30,000-40,000
ร้อยละ 60-80+ ร้อยละ 10	+20,000	+12,000	+5,000
ระดับ 4	ไม่เกิน 100,000	ไม่เกิน 60,000	ไม่เกิน 25,000
ร้อยละ 50+ ร้อยละ 10	+20,000	+12,000	+5,000

⁸ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “แนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น.” เอกสารประกอบการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของสำนักงานกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

3.1.5 การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามร่างกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

หลังจากที่ประเทศไทยได้นำเอาแนวคิดเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคลและไม่พิสูจน์ความรับผิดชอบของต่างประเทศมาใช้ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ไม่ครอบคลุมไปถึงบุคคลที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลอื่น และเป็นการให้ความช่วยเหลือทางศีลธรรมเพื่อเยียวยาหรือบรรเทาความเดือดร้อนในเบื้องต้น ไม่ใช่การชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง ปัจจุบันได้เกิดแนวคิดที่จะขยายความคุ้มครองดังกล่าว ให้แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยให้ครอบคลุมประชาชนชาวไทยทุกคนและให้การชดเชยความเสียหายที่ใกล้เคียงกับความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

3.1.5.1 ร่างกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเสนอโดยคณะรัฐมนตรี

เหตุผลในการเสนอร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ของคณะรัฐมนตรี เนื่องจากเห็นว่าปัจจุบันความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขยังไม่ได้รับการแก้ไขเยียวยาอย่างเป็นระบบให้ทันทั่วถึง ทำให้มีการฟ้องร้องผู้ให้บริการสาธารณสุขทั้งทางแพ่งและทางอาญา และทำให้ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสาธารณสุขเปลี่ยนไปจากเดิม อันส่งผลร้ายมายังผู้รับและผู้ให้บริการสาธารณสุข รวมถึงระบบบริการสาธารณสุขด้วย จึงสมควรที่จะแก้ปัญหาดังกล่าวเพื่อให้ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุขได้รับการแก้ไขเยียวยาโดยรวดเร็วและเป็นธรรม โดยการจัดตั้งกองทุนเพื่อชดเชยความเสียหายให้แก่ผู้เสียหาย ส่งเสริมให้มีการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท และเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสาธารณสุข จัดให้มีการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายจากบริการสาธารณสุข ทั้งให้ศาลอาญาใช้ดุลพินิจในการลงโทษหรือไม่ลงโทษผู้ให้บริการสาธารณสุขในกรณีที่ถูกฟ้องคดีอาญาข้อหากระทำการโดยประมาทด้วย จึงได้มีการร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ขึ้นมา⁹ ซึ่งร่างพระราชบัญญัตินี้มีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

⁹ เหตุผลในการประกาศใช้ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ที่เสนอโดยคณะรัฐมนตรี.

1. ขอบเขตการบังคับใช้กฎหมาย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 5 ได้กำหนดให้ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยจากกองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ และในมาตรา 6 ของร่างพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดข้อยกเว้นที่ทำให้ผู้เสียหายไม่มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยไว้ ในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) ความเสียหายที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรคนั้น แม้มีการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 2) ความเสียหายซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 3) ความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตตามปกติ

2. คณะกรรมการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 7 ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข” ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- 1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน
- 2) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ
- 3) ผู้แทนสถานพยาบาล จำนวน 3 คน
- 4) ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพ จำนวน 3 คน
- 5) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ สื่อสารมวลชน สิทธิมนุษยชน และการเจรจาไกล่เกลี่ยสาธารณสุข ด้านละ 1 คน
- 6) อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นกรรมการและเลขานุการ
- 7) เจ้าหน้าที่ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวนไม่เกิน 2 คน เป็นผู้ช่วยเลขานุการซึ่งอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นผู้แต่งตั้ง

นอกจากนี้ ในมาตรา 10 ของร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดให้คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1) กำหนดนโยบายและมาตรการเพื่อคุ้มครองผู้เสียหาย พัฒนาระบบความปลอดภัย และป้องกันความเสียหาย และการสนับสนุนการไกล่เกลี่ยและการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

2) กำหนดประกาศการจ่ายเงินสมทบกองทุนเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

3) กำหนดระเบียบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการบริหารกองทุน รวมทั้งระเบียบเกี่ยวกับค่าพาหนะ ค่าเช่าที่พัก และค่าป่วยการ

4) กำหนดระเบียบเกี่ยวกับการยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหาย ระเบียบการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และระเบียบการจ่ายเงินชดเชย

5) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการอุทธรณ์ และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์

6) กำหนดระเบียบเกี่ยวกับการทำสัญญาประนีประนอมยอมความ และการดำเนินการไกล่เกลี่ย การทำสัญญาประนีประนอมยอมความ และค่าตอบแทนของผู้ไกล่เกลี่ย

7) จัดประชุมรับฟังความเห็นของสถานพยาบาลและผู้รับบริการสาธารณสุขเพื่อรับทราบปัญหาข้อเสนอนะในการส่งเสริมและพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย รวมทั้งการไกล่เกลี่ยและการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

8) กำหนดนโยบายการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

9) จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ไกล่เกลี่ย โดยคัดเลือกจากบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เหมาะสมกับการทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทสาธารณสุข

10) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสนับสนุนการไกล่เกลี่ย และสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขและพิจารณาอนุมัติเงินกองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขเพื่อใช้จ่ายในการสนับสนุนกิจกรรมด้านการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายของผู้รับบริการสาธารณสุข

11) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

12) แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้น คณะกรรมการประเมินเงินชดเชย และคณะกรรมการอื่นๆ ตามที่เห็นสมควร เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขมอบหมาย (ร่างมาตรา 12)

13) สั่งให้สถานพยาบาล ผู้เสียหายหรือทายาท บุคคล หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องทำหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง หรือมาให้ถ้อยคำด้วยตนเอง หรือส่งข้อมูล หรือเอกสารหลักฐานตามกำหนดเวลาที่เห็นสมควร (ร่างมาตรา 18)

3. คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 12

(1) ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข โดยที่คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ จำนวน 1 คน
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 1 คน
- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 1 คน
- 4) ผู้แทนสถานพยาบาล จำนวน 1 คน
- 5) ผู้แทนผู้รับบริการสาธารณสุข จำนวน 1 คน

นอกจากนี้ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1) พิจารณาคำขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขกำหนดในระเบียบ

2) สั่งให้สถานพยาบาล ผู้เสียหายหรือทายาท บุคคล หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องทำหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง หรือมาให้ถ้อยคำด้วยตนเอง หรือส่งข้อมูล หรือเอกสารหลักฐานตามกำหนดเวลาที่เห็นสมควร

3) ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขมอบหมาย

4. คณะกรรมการประเมินเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 12

(2) ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการประเมินเงินชดเชย” ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการส่งเสริม

ความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข โดยที่คณะกรรมการประเมินเงินชดเชย ประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ จำนวน 1 คน
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมสงเคราะห์ จำนวน 1 คน
- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 1 คน
- 4) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 1 คน
- 5) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 1 คน

นอกจากนี้ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1) พิจารณาคำขอรับเงินชดเชยและจ่ายเงินชดเชยตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขกำหนดในระเบียบ

2) สั่งให้สถานพยาบาล ผู้เสียหายหรือทายาท บุคคล หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องทำหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง หรือมาให้ถ้อยคำด้วยตนเอง หรือส่งข้อมูล หรือเอกสารหลักฐานตามกำหนดเวลาที่เห็นสมควร

3) ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขมอบหมาย

4) วิเคราะห์สาเหตุแห่งความเสียหายเพื่อแจ้งให้สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายพิจารณาหาแนวทางพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย รวมทั้ง การส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข (ร่างมาตรา 42)

5. คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 13 ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์” ซึ่งแต่งตั้งโดยรัฐมนตรี โดยที่คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- 1) ประธานกรรมการ 1 คน
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านละ 1 คน
- 3) ผู้แทนสถานพยาบาล จำนวน 1 คน
- 4) ผู้แทนผู้รับบริการสาธารณสุข จำนวน 1 คน

นอกจากนี้ ในมาตรา 14 ของร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์มีอำนาจหน้าที่ในการพิจารณาและวินิจฉัยอุทธรณ์ ในกรณีที่คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีคำวินิจฉัยไม่รับคำขอของผู้เสียหาย และกรณีที่ผู้เสียหายไม่เห็นด้วยกับจำนวนเงินชดเชยที่คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยได้วินิจฉัย และมีอำนาจสั่งให้สถานพยาบาล ผู้เสียหายหรือทายาท บุคคล หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องทำหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง หรือมาให้ถ้อยคำด้วยตนเอง หรือส่งข้อมูล หรือเอกสารหลักฐานตามกำหนดเวลาที่เห็นสมควร (ร่างมาตรา 18)

6. ขั้นตอนการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดขั้นตอนในการยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยไว้ ดังต่อไปนี้

1) ผู้มีสิทธิยื่นคำขอ ได้แก่ ผู้เสียหาย หรือบิดามารดา คู่สมรส ทายาท ผู้อนุบาล กรณีที่ผู้เสียหายถึงแก่ชีวิต เป็นผู้ไร้ความสามารถ หรือไม่สามารถยื่นคำขอด้วยตนเองได้ หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใดซึ่งได้รับมอบหมายเป็นหนังสือจากผู้เสียหาย (ร่างมาตรา 25 วรรคสอง)

2) วิธีการยื่นคำขอ ผู้ยื่นคำขอจะกระทำด้วยวาจาหรือเป็นหนังสือก็ได้ ตามวิธีการรูปแบบ หรือรายละเอียดที่คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข กำหนดในระเบียบ (ร่างมาตรา 25 วรรคสาม)

3) ระยะเวลาในการยื่นคำขอ กำหนดให้ผู้เสียหายยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหายต่อกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือหน่วยงาน หรือองค์กรที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด ภายใน 3 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายและรู้ตัวผู้ให้บริการสาธารณสุขซึ่งก่อให้เกิดความเสียหาย แต่ทั้งนี้ ต้องไม่เกิน 10 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหาย (ร่างมาตรา 25 วรรคหนึ่ง) แต่ในกรณีที่มีความเสียหายปรากฏขึ้นภายหลังการทำสัญญาประนีประนอมยอมความ โดยผลของสารที่สะสมอยู่ในร่างกายของผู้เสียหาย หรือเป็นกรณีที่ต้องใช้เวลาในการแสดงอาการ ให้ผู้เสียหายมีสิทธิยื่นคำขอรับเงินชดเชยได้ภายใน 3 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายและรู้ตัวผู้ให้บริการสาธารณสุขซึ่งก่อให้เกิดความเสียหาย แต่ต้องไม่เกิน 10 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายที่ปรากฏขึ้นภายหลัง (ร่างมาตรา 37)

4) ผลของการยื่นคำขอ เมื่อมีการยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหายภายในอายุความทางแพ่ง ในมูลละเมิดอันเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ให้อายุความนั้นสะดุดหยุดอยู่ไม่นับในระหว่างนั้นจนกว่าการพิจารณาคำขอเงินชดเชยนั้นจะถึงที่สุดหรือมีการยุติการพิจารณาคำขอ (ร่างมาตรา 26)

7. การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยไว้ โดยมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชย ดังต่อไปนี้

1) หลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 27 ได้กำหนดให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนดแล้วแต่กรณี ส่งคำขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับคำขอ และให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นวินิจฉัยคำขอให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับคำขอ (ร่างมาตรา 27 วรรคหนึ่ง) กรณีที่มีเหตุจำเป็น ให้ขยายระยะเวลาการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นออกไปได้ไม่เกิน 2 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 15 วัน แต่ต้องบันทึกเหตุผลและความจำเป็นในการขยายระยะเวลาทุกครั้งไว้ด้วย หากการพิจารณายังไม่เสร็จภายในกำหนดเวลาที่ขยายดังกล่าวให้ถือว่าคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหาย และให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาท (ร่างมาตรา 27 วรรคสอง)

หากคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นเห็นว่าผู้ยื่นคำขอเป็นผู้เสียหายและความเสียหายนั้นไม่ใช่ความเสียหายที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรคนั้น แม้มีการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ และไม่ใชความเสียหายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ และไม่ใชความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตตามปกติ ให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาท (ร่างมาตรา 27 วรรคหนึ่ง) ทั้งนี้ คำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่วินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้เป็นที่สุด (ร่างมาตรา 27 วรรคท้าย)

2) หลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 30 ได้กำหนดให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์แล้วแต่กรณี ส่งคำขอให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยภายใน 7 วัน นับแต่วันที่มิคำวินิจฉัยหรือถือว่ามิคำวินิจฉัยให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น หรือนับแต่วันที่คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์มีคำวินิจฉัยให้รับคำขอ (ร่างมาตรา 30 วรรคหนึ่ง) และให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยวินิจฉัยคำขอให้แล้วเสร็จภายใน 60 วัน นับแต่วันที่ได้รับเรื่องจากคณะกรรมการพิจารณาให้เงิน

ช่วยเหลือเบื้องต้นหรือคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์แล้วแต่กรณี กรณีที่มีเหตุจำเป็น ให้ขยายระยะเวลาออกไปได้ไม่เกิน 2 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 15 วัน แต่ต้องบันทึกเหตุผลและความจำเป็นในการขยายระยะเวลาทุกครั้งไว้ด้วยขอ (ร่างมาตรา 30 วรรคท้าย)

ในการกำหนดจำนวนเงินชดเชยให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยพิจารณาจ่ายเงินชดเชยโดยคำนึงถึงหลักการเกี่ยวกับการชดเชยค่าสินไหมทดแทนเพื่อละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ร่างมาตรา 30 วรรคสอง)

8. การพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 42 ได้กำหนดให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยวิเคราะห์สาเหตุแห่งความเสียหายเพื่อแจ้งให้สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายพิจารณาหาแนวทางพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายรวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข แล้วให้สถานพยาบาลนั้นทำรายงานการปรับปรุงแก้ไขและส่งให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพภายใน 6 เดือน และเมื่อสถานพยาบาลได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามแนวทางดังกล่าวแล้ว คณะกรรมการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขอาจนำมาประกอบการพิจารณากำหนดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขในทางที่เป็นคุณให้แก่สถานพยาบาลนั้นก็ได้ รวมทั้งในกรณีที่สถานพยาบาลได้มีการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายตามที่คณะกรรมการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขกำหนด คณะกรรมการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขอาจสั่งให้ลดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขก็ได้ (ร่างมาตรา 44)

3.1.5.2 ร่างกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเสนอโดยประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง

เหตุผลในการเสนอร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ของประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง เนื่องจากเห็นว่าปัจจุบันการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ไม่สามารถทำให้ผู้เสียหายสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขธรรมดา และการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมีความจำกัด เฉพาะผู้ใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ไม่รวมถึงระบบสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสังคม หรือแม้แต่การใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขไม่มีทางเลือก ในการดำเนินการที่จะได้รับการชดเชยความเสียหาย นอกจาก ต้องอาศัยกระบวนการยุติธรรม ซึ่งเป็นภาระในการดำเนินการ

และมีอุปสรรคมากมาย ที่สำคัญส่งผลต่อความสัมพันธ์ของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขกับผู้ป่วย ดังนั้น การมีกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมทุกคน โดยมีเป้าหมายเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น ลดคดีความในการฟ้องร้องและความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับคนไข้ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะยาว และยกระดับมาตรฐานการรักษายาบาล จึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วน ดังนั้น เมื่อเกิดปัญหาความเสียหายดังกล่าวจึงควรให้มีการชดเชยผู้เสียหายในเวลาอันรวดเร็ว โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ และสนับสนุนการพัฒนาระบบความปลอดภัยและการป้องกันความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข รวมทั้ง การจัดตั้งกองทุนชดเชยความเสียหายอันเนื่องมาจากการรับบริการ จึงได้มีการร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ขึ้นมา¹⁰ ซึ่งร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 7 ได้กำหนดให้เงินชดเชยประกอบไปด้วยค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ ค่าขาดประโยชน์ทำมาหาได้ ค่าชดเชยในกรณีพิการหรือทุพพลภาพ ค่าชดเชยจากความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ค่าชดเชยในกรณีถึงแก่ความตาย ค่าชดเชยการขาดรายได้จากการถึงแก่ความตายและมีทายาทที่จะต้องอุปการะเลี้ยงดู รวมถึงค่าชดเชยเพื่อความเสียหายอย่างอื่นอันมิใช่ตัวเงินตามประกาศของคณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

2. ขอบเขตการบังคับใช้กฎหมาย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 5 ได้กำหนดให้ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยจากกองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ และในมาตรา 6 ของร่างพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดข้อยกเว้นที่ผู้เสียหายไม่มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยไว้ ในกรณีที่ความเสียหายนั้นเกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรคตามปกติธรรมดาของโรคนั้นหรือความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการรักษาแล้วไม่มีผลกระทบต่ออาการชีวิตตามปกติ

¹⁰ เหตุผลในการประกาศใช้ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ที่เสนอโดยประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง.

3. คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 8 ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข” ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- 1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ
- 2) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ และเลขาธิการสำนักงานศาลยุติธรรม
- 3) ผู้แทนสถานพยาบาล จำนวน 3 คน
- 4) ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ จำนวน 3 คน
- 5) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านนิติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ สื่อสารมวลชน การแพทย์และสาธารณสุข และด้านสิทธิมนุษยชน

นอกจากนี้ ในมาตรา 10 ของร่างพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดให้คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- 1) กำหนดนโยบายและมาตรการเพื่อคุ้มครองผู้เสียหาย และเพื่อพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย
- 2) กำหนดระเบียบการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินของสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข
- 3) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่สถานพยาบาลต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงขนาดของสถานพยาบาล ความถี่หรือความรุนแรงของการเกิดความเสียหาย และการมีระบบการพัฒนาความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย
- 4) กำหนดระเบียบการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข
- 5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
- 6) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราการจ่ายเงินชดเชย
- 7) จัดประชุมรับฟังความเห็นของสถานพยาบาลและผู้รับบริการ เพื่อรับทราบปัญหาข้อเสนอแนะในการส่งเสริมพัฒนาความปลอดภัย

8) กำหนดนโยบายการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

9) อนุมัติแผนการเงินของสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

10) ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนออกข้อบังคับระเบียบ ประกาศ หรือข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงินและทรัพย์สิน การติดตามประเมินผล และการดำเนินการอื่นของสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขและเพื่อดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

11) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

12) แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย คณะอนุกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย และคณะอนุกรรมการอื่นๆ ตามที่เห็นสมควร เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมอบหมาย (ร่างมาตรา 13)

13) คัดเลือกและถอดถอนเลขาธิการสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (ร่างมาตรา 28 วรรคสอง)

4. คณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 13

(1) ได้กำหนดให้มี “คณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย” ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยที่คณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยมีจำนวน 5-7 คน ประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ จำนวน 1 คน
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 1 คน
- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสังคมศาสตร์ จำนวน 1 คน
- 4) ผู้แทนสถานพยาบาล และผู้แทนผู้รับบริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน

นอกจากนี้ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดให้คณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1) พิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย เพื่อวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาท ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขประกาศกำหนด (ร่างมาตรา 39 วรรคหนึ่ง)

2) ส่งคำร้องขอรับเงินชดเชยให้คณะกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย ในกรณีที่มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหาย (ร่างมาตรา 40 วรรคหนึ่ง)

3) ส่งรายงานการวิเคราะห์สาเหตุความเสียหายให้สถานพยาบาล (ร่างมาตรา 44)

5. คณะกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 13

(2) ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย” ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยที่คณะกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหายมีจำนวน 5-7 คน อย่างน้อยประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านสังคมศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านคนพิการ ด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค

นอกจากนี้ ในมาตรา 40 ของร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ยังได้กำหนดให้คณะกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหายมีอำนาจหน้าที่ในการประเมินความเสียหาย กำหนดจำนวนเงินชดเชยที่ผู้เสียหายควรได้รับ และวินิจฉัยจ่ายเงินชดเชย ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขประกาศกำหนด

6. คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 14

ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์” ซึ่งแต่งตั้งโดยรัฐมนตรี โดยที่คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ประกอบไปด้วยประธานกรรมการ 1 คน และกรรมการอื่นซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านสังคมศาสตร์ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้แทนสถานพยาบาล จำนวน 1 คน ผู้แทนผู้รับบริการ จำนวน 1 คน และให้เลขาธิการสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเป็นกรรมการและเลขานุการ ซึ่งทั้งคณะมีจำนวนรวมกันไม่เกิน 9 คน

นอกจากนี้ ในมาตรา 15 ของร่างพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1) พิจารณาและวินิจฉัยคำร้องอุทธรณ์ของผู้เสียหาย

2) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการอุทธรณ์และวิธีพิจารณาอุทธรณ์

3) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์

7. ขั้นตอนการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดขั้นตอนในการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยไว้ ดังต่อไปนี้

1) ผู้มีสิทธิยื่นคำขอ ได้แก่ ผู้เสียหาย หรือทายาท ผู้อนุบาลหรือบุคคลหนึ่งบุคคลใด ซึ่งได้รับมอบหมายเป็นหนังสือจากผู้เสียหาย ในกรณีที่ผู้เสียหายถึงแก่ชีวิต เป็นผู้ไร้ความสามารถ หรือไม่สามารถยื่นคำขอด้วยตนเองได้ (มาตรา 38 วรรคสาม)

2) ระยะเวลาในการยื่นคำขอ กำหนดให้ผู้เสียหายยื่นคำร้องต่อสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่สำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขกำหนด ภายใน 3 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหาย แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกิน 10 ปี นับแต่วันที่ได้รับความเสียหาย (มาตรา 38 วรรคหนึ่ง)

3) ผลของการยื่นคำร้อง เมื่อมีการยื่นคำร้องให้อายุความทางแพ่งในมูลละเมิดอันเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุขนั้นระงับผลสุดลงจนกว่าคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์จะมีความเห็นไม่รับคำร้อง หรือมีคำวินิจฉัยถึงที่สุด (มาตรา 38 วรรคสอง)

8. การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยไว้ ดังต่อไปนี้

1) หลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 39 ได้กำหนดให้คณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยเป็นผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขหรือไม่ และความเสียหายนั้นต้องไม่ใช่ความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรคตามปกติธรรมดาของโรคนั้น และไม่ใช่ความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการรักษาแล้วไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตตามปกติ โดยให้วินิจฉัยคำร้องขอรับเงินชดเชยให้แล้วเสร็จ ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่รับคำร้อง ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขประกาศกำหนด (ร่างมาตรา 39 วรรคหนึ่ง)

ในกรณีที่คณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยไม่แล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนดไว้ ให้ขยายระยะเวลาออกไปได้อีกไม่เกิน 30 วัน และแจ้งให้ผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินชดเชยทราบ หากพ้นกำหนดระยะเวลาดังกล่าวแล้ว การพิจารณายังไม่สามารถหาเหตุผลว่าความเสียหายไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรับบริการสาธารณสุข ให้ถือว่าผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้เสียหายและให้คณะกรรมการดังกล่าววินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหาย หรือทายาท ภายใน 3 วัน นับแต่วันที่พ้นกำหนดเวลาที่ขยาย ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข

และอัตราที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขประกาศกำหนด (ร่าง มาตรา 39 วรรคสอง)

2) หลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 40 ได้กำหนดให้คณะกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหายประเมินความเสียหายที่ผู้เสียหายได้รับ โดยคำนึงถึงสภาพความเสียหาย สภาพจิตใจของผู้เสียหาย และสิทธิหรือประโยชน์ทดแทนที่ได้รับตามกฎหมายอื่น รวมทั้งพฤติการณ์แวดล้อมประกอบด้วย และกำหนดจำนวนเงินชดเชยที่ผู้เสียหายควรได้รับ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขประกาศกำหนด และพิจารณาให้แล้วเสร็จภายใน 60 วัน ถ้ายังพิจารณาไม่แล้วเสร็จ ให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกิน 30 วัน และถ้ายังพิจารณาไม่แล้วเสร็จอีก ให้ขอขยายเวลาต่อคณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ให้ขยายเวลาได้อีกไม่เกิน 30 วัน (ร่างมาตรา 40)

9. การพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 44 ได้กำหนดให้ในกรณีที่คณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแล้ว ให้ส่งรายงานการวิเคราะห์สาเหตุความเสียหายให้สถานพยาบาลและให้สถานพยาบาลรายงานแนวทางการป้องกันความเสียหายที่สถานพยาบาลได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ส่งให้สำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขภายใน 6 เดือน และถ้าสถานพยาบาลใด จัดทำรายละเอียด ซึ่งช่วยเหลือผู้รับบริการมิให้ได้รับความเสียหาย หรือจัดทำรายงานวิเคราะห์สาเหตุ การป้องกันแก้ไขความเสียหายที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมแล้ว คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขอาจสั่งให้ลดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขก็ได้ รวมทั้งในกรณีที่สถานพยาบาลใดที่มีการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายที่ดี คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขอาจสั่งให้ลดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขก็ได้ (ร่างมาตรา 46)

3.1.5.3 เปรียบเทียบร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.

จากการศึกษาพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ที่เสนอโดยคณะรัฐมนตรีและเสนอโดยประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งซึ่งได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น สามารถเปรียบเทียบในประเด็นสำคัญได้ ปรากฏตามตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 เปรียบเทียบร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.

ประเด็น	เสนอ โดยคณะรัฐมนตรี	เสนอ โดยประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง
1. นิยามความหมายของ คำว่า “ความเสียหาย”	ไม่ได้นิยามความหมายของคำว่า “ความเสียหาย” ไว้	ไม่ได้นิยามความหมายของคำว่า “ความเสียหาย” ไว้ แต่ได้มีการ กำหนดประเภทของเงิน ชดเชยไว้ ซึ่งประกอบไปด้วย 1. ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการ รักษาพยาบาล 2. ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทาง ร่างกายและจิตใจ 3. ค่าขาดประโยชน์ทำมาหาได้ 4. ค่าชดเชยในกรณีพิการหรือ ทุพพลภาพ 5. ค่าชดเชยจากความทุกข์ ทรมานทางด้านจิตใจ 6. ค่าชดเชยในกรณีถึงแก่ความ ตาย 7. ค่าชดเชยการขาดรายได้ การถึงแก่ความตายและมี ทายาทที่จะต้องอุปการะเลี้ยงดู 8. ค่าชดเชยเพื่อความเสียหาย อย่างอื่นอันมิใช่ตัวเงินตาม ประกาศของคณะกรรมการ คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับ บริการสาธารณสุข

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

ประเด็น	เสนอ โดยคณะรัฐมนตรี	เสนอ โดยประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง
2. องค์ประกอบของผู้ทำ หน้าที่ในการพิจารณา วินิจฉัยคำร้องขอรับเงิน ช่วยเหลือเบื้องต้น	ผู้ทำหน้าที่ในการพิจารณา วินิจฉัยคำร้องขอรับเงิน ช่วยเหลือเบื้องต้น คือ คณะอนุกรรมการพิจารณาให้ เงินช่วยเหลือเบื้องต้น ประกอบ ไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้ 1. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ จำนวน 1 คน 2. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ และสาธารณสุข จำนวน 1 คน 3. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการคุ้มครอง ผู้บริโภค จำนวน 1 คน 4. ผู้แทนสถานพยาบาลและ ผู้แทนผู้รับบริการ ฝ่ายละ 1 คน	ผู้ทำหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัย คำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ เบื้องต้น คือ คณะอนุกรรมการ พิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยมี จำนวน 5-7 คน ประกอบไปด้วย บุคคล ดังต่อไปนี้ 1. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ จำนวน 1 คน 2. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ และสาธารณสุข จำนวน 1 คน 3. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการ สังคมศาสตร์ จำนวน 1 คน 4. ผู้แทนสถานพยาบาลและ ผู้แทนผู้รับบริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน
3. การกำกับมาตรฐาน หน่วยบริการ	ไม่ได้มีการกำหนดให้มีการ กำกับมาตรฐานหน่วยบริการไว้ ร่างพระราชบัญญัติฯ แต่ได้มีการ กำหนดให้มีการพัฒนาระบบ ความปลอดภัยและป้องกันความ เสียหายไว้แทน	ไม่ได้มีการกำหนดให้มีการกำกับ มาตรฐานหน่วยบริการ ไว้ร่าง พระราชบัญญัติฯ แต่ได้มีการ กำหนดให้มีการพัฒนาระบบ ความปลอดภัยและป้องกันความ เสียหายไว้แทน
4. การกำหนดจำนวนเงิน ช่วยเหลือเบื้องต้น	ไม่ได้มีการกำหนดให้พิจารณา จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดย พิจารณาจากความรุนแรงของ ความเสียหายและเศรษฐกิจของ ผู้เสียหายประกอบด้วย	ไม่ได้มีการกำหนดให้พิจารณา จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดย พิจารณาจากความรุนแรงของ ความเสียหายและเศรษฐกิจของ ผู้เสียหายประกอบด้วย

จากการศึกษามาตรการในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าแม้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จะมีเจตนารมณ์ที่จะจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตให้แก่ประชาชน เพื่อให้การรักษาพยาบาลมีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง แต่อย่างไรก็ดี การให้บริการสาธารณสุขในบางครั้ง อาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการสาธารณสุขได้ ซึ่งบางกรณีหาผู้กระทำความผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำความผิดได้ แต่ผู้รับบริการสาธารณสุขไม่ได้รับค่าเสียหายในระยะเวลาอันสมควร ดังนั้น มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าวจึงได้กำหนดให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นในลักษณะเป็นการเยียวยาหรือบรรเทาความเดือดร้อน และในขณะเดียวกัน ต้องการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้รับบริการสาธารณสุขไว้ให้คงอยู่ตลอดไป¹¹

3.2 การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายต่างประเทศ

3.2.1 ประเทศในระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law)

3.2.1.1 ประเทศนิวซีแลนด์¹²

ระบบสุขภาพของนิวซีแลนด์อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health: MoH) นิวซีแลนด์เริ่มมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980 โดยกระจายอำนาจการเงินและการบริหารจัดการให้กับคณะกรรมการสุขภาพ (Health Board) 12 แห่งทั่วประเทศ ต่อมาในปี ค.ศ. 1990 รัฐบาลแห่งชาติได้จัดตั้งหน่วยจัดซื้อบริการสุขภาพระดับภูมิภาค (Regional Purchasing Authorities or Health Funding Authorities: HFAs) 4 แห่ง ให้มีอำนาจในการจัดซื้อบริการ และมีหน่วยจัดซื้อบริการสุขภาพระดับท้องถิ่น (District Health Authorities: DHAs) จำนวน 23 แห่ง เป็นตัวแทนในการจัดหาบริการให้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่ หลังจากนั้น ในช่วงปลายทศวรรษที่ 1990 รัฐบาลแห่งชาติได้ลดอำนาจของหน่วยจัดซื้อบริการสุขภาพระดับท้องถิ่นลง

¹¹ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2547). คู่มือมาตรา 41 การปฏิบัติตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. หน้า 9-10.

¹² ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ ภักดี, จิราพร ชมศรี และจเร วิชาไทย. (2553). ประสพการณ์ต่างแดน ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข บทวิเคราะห์และผลการทบทวนประสพการณ์ใน 6 ประเทศ. หน้า 118-126.

และรวมอำนาจการจัดซื้อเข้าสู่หน่วยงานกลาง เพื่อควบคุมระบบการเงินการคลังสุขภาพในประเทศ โดยใช้กลไกการตลาดมาเป็นตัวจัดการระบบบริการสุขภาพด้วยการแยกผู้ซื้อผู้ขายออกจากกัน

อย่างไรก็ตาม รัฐบาลพรรคแรงงานซึ่งเข้ามบริหารประเทศในปี ค.ศ. 1999 เห็นว่าระบบดังกล่าวไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะความไม่เท่าเทียมและความไม่เป็นธรรมกับชนกลุ่มน้อยได้ จึงเข้ามบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพอีกครั้งหนึ่งด้วยการยกเลิกหน่วยจัดซื้อบริการสุขภาพระดับภูมิภาค (Health Funding Authority: HFA) และตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่น (District Health Board: DHBs) จำนวน 21 แห่ง ภายใต้ข้อบังคับของพระราชบัญญัติสาธารณสุขและทุพพลภาพ ปี ค.ศ. 2000 (Public Health and Disability Act 2000) เพื่อกระจายอำนาจในการบริหารจัดการด้านการเงินสู่ท้องถิ่น และให้จัดบริการสุขภาพส่วนหนึ่งด้วย นับเป็นการสิ้นสุดการแยกอำนาจระหว่างผู้ซื้อกับผู้ขายบริการสุขภาพ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพแพทย์และผู้ให้บริการด้านสุขภาพหลักๆ ในประเทศนิวซีแลนด์ มีดังนี้ (Campbell 2004)

1. กระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health: MoH) เป็นหน่วยงานระดับชาติที่ทำหน้าที่ดูแลนโยบาย การติดตามควบคุมประเมินงานด้านสุขภาพ และรับผิดชอบการเงินการคลังในการดูแลสุขภาพในภาพรวม

คณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่น (District Health Board: DHBs) เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นตาม พระราชบัญญัติสาธารณสุขและทุพพลภาพ ปี ค.ศ. 2000 (Public Health and Disability Act 2000) มีทั้งหมด 21 แห่งรับผิดชอบการดูแลสุขภาพของประชากรในเขต โดยอาจจะจัดให้มีการบริการเองหรือจัดซื้อจากผู้ให้บริการอื่นๆ สำหรับคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่นแห่งหนึ่งๆ จะมีโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 แห่งในการให้บริการ สมาชิกของคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่นประกอบด้วยกรรมการที่มาจากการเลือกตั้ง กับกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสุขภาพ

2. หน่วยงานหรือองค์กรวิชาชีพ และผู้ให้บริการอื่นๆ

- 1) แพทยสภาแห่งนิวซีแลนด์ (Medical Council of New Zealand) เป็นหน่วยงานตามกฎหมายที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพที่ลงทะเบียน แต่ไม่ได้มีหน้าที่โดยตรงในการควบคุมและลงโทษบุคลากรที่กระทำผิด

- 2) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพและทุพพลภาพ (The Office of the Health and Disability Commissioner: HDC) มีหน้าที่ดูแลคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคในระบบบริการสุขภาพ ในบางครั้งผู้บริโภคสามารถร้องเรียนโดยตรงได้

3) องค์การสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Organization: PHO) เป็นองค์กรที่ตั้งขึ้นใหม่ ได้รับงบประมาณจากคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่นในการให้บริการประชาชน โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวที่มีการคำนวณจากสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

4) สมาคมวิชาชีพอิสระ (Independent Practice Association: IPA) เป็นองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร ดูแลการใช้งบประมาณในด้านเวชกรรมและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การควบคุมคุณภาพวิชาชีพและการศึกษาต่อเนื่อง

ระบบบริการสุขภาพของประเทศนิวซีแลนด์นั้นได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่มีหลักประกันทางสังคมที่ให้ความคุ้มครองทุกคนครอบคลุมแบบเบ็ดเสร็จ แพทย์หรือผู้ให้บริการอิสระจะให้บริการปฐมภูมิต่างๆ ไป ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้จากผู้ให้บริการอิสระที่สามารถเลือกได้ โดยจะจ่ายค่าบริการตามรายบริการ (Fee for Service) และรัฐจะออกค่าใช้จ่ายให้ส่วนหนึ่งสำหรับผู้มีรายได้น้อย โดยรัฐจะออกบัตรสงเคราะห์ให้

การจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการ สำหรับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลภาครัฐ จะได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน กลุ่มแพทย์จะต่อรองค่าตอบแทนกับผู้ป่วยว่าจ้างเอง แพทย์ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานส่วนตัวด้วย สำหรับแพทย์ในภาคเอกชนจะได้รับค่าตอบแทนตามการบริการ (Fee for Services) และสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ได้รับค่าตอบแทนจากหลายแหล่ง ร้อยละ 85 รับค่าตอบแทนจากการสนับสนุนของรัฐบาลตามรายบริการ (Fee for Services) อีกร้อยละ 15 รับเงินเหมาจ่ายเป็นรายหัวประชากร (Capitation Fees) โดยภาครัฐมีความตั้งใจจะให้บริการประชาชนอย่างครอบคลุม อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติจะมีการเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการ (Patient Fees) ด้วย ปัจจุบันมีความพยายามที่จะให้มีระบบการจ่ายเงินในระบบการบริการปฐมภูมิเป็นแบบรายหัวประชากรมากขึ้น

ระบบการชดเชยการบาดเจ็บส่วนบุคคลของประเทศนิวซีแลนด์ โดยที่ประเทศนิวซีแลนด์ได้นำระบบไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ (No-Fault) มาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1900 โดยได้รับแนวคิดจากประเทศเยอรมัน โดยนำมาใช้กับการชดเชยการบาดเจ็บจากการทำงานให้กับคนงานหรือพนักงานเป็นอันดับแรก ระบบการชดเชยการบาดเจ็บนี้ต่อมาได้กลายเป็นร่มใหญ่ของระบบชดเชยความเสียหายจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งแบ่งไว้เป็น 7 แผนงาน โดยมีองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) ที่ตั้งขึ้นตามข้อบังคับในพระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Act) ในปี ค.ศ. 1974 ดูแลทั้งระบบ ในส่วนของแผนงานการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ เป็น 1 ใน 7 แผนงานชดเชยขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ โดยมีแผนกที่เรียกว่าหน่วยงานการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Unit: MMU) เป็นหน่วยงานในองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุดูแลรับผิดชอบ

พัฒนาการของระบบการชดเชยการบาดเจ็บส่วนบุคคล การชดเชยการบาดเจ็บแบบไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด ถือว่าเป็นการชดเชยแบบเบ็ดเสร็จ โดยไม่จำเป็นต้องพิสูจน์สาเหตุของการบาดเจ็บ ซึ่งในระยะแรกๆ ยังไม่มีคำจำกัดความที่ชัดเจนในหลายๆ ประเด็น (Studdert; Thomas; Zbar; Newhouse; Weiler; Bayuk, and Brennan 1997) (Corkill 2002) อย่างไรก็ตาม ระบบการชดเชยดังกล่าวมีความเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ ดังต่อไปนี้

1. พระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ ปี ค.ศ. 1974 (Accident Compensation Act 1974)

ประเทศนิวซีแลนด์ได้นำระบบไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No-Fault) มาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1900 ภายใต้ข้อบังคับในพระราชบัญญัติการชดเชยแรงงาน (Worker Compensation Act) โดยจ่ายค่าชดเชยเป็นรายสัปดาห์ ถ้าเสียชีวิตจะจ่ายให้ผู้ที่อยู่ในความดูแล โดยนายจ้างจะเป็นผู้ทำประกันให้คนงาน ผลประโยชน์ที่ได้รับจะไม่มากนักและจ่ายเป็นระยะเวลา 6 ปีเท่านั้น นอกจากนี้ กฎหมายยังไม่ครอบคลุมผู้ที่ไม่มีงานทำและผู้ได้รับอุบัติเหตุจากรถ ต่อมาปี ค.ศ. 1928 มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการประกันอุบัติเหตุยานพาหนะ (Motor Vehicle Insurance Act) เพิ่มเติม โดยบริษัทประกันภัยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการชดเชยดังกล่าว (ACC 2004b)

ในปี ค.ศ. 1967 มีการจัดตั้งคณะกรรมการหลัก (Royal Commission) ขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการจ่ายเงินชดเชยคนงานที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ ที่ประชุมได้สรุปเป็นรายงานขึ้น และเสนอให้มีการใช้ระบบไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No-Fault) ในการชดเชยการบาดเจ็บของบุคคล (Personal Injury) ที่ครอบคลุมกว้างมากขึ้น ภายใต้การคุ้มครองดังกล่าว ลูกจ้างจะไม่ได้รับสิทธิในการฟ้องร้องนายจ้างในกรณีการบาดเจ็บ จนกระทั่งปี ค.ศ. 1972 คณะรัฐมนตรีได้ผ่านร่างพระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Act) และมีการแก้ไขเพิ่มเติมเป็นระยะจนเนื้อหาในพระราชบัญญัตินี้มีความครอบคลุมมากขึ้น ในปี ค.ศ. 1974 โครงการดังกล่าวจึงประกาศใช้อย่างเป็นทางการ พร้อมกับมีการจัดตั้งองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) ขึ้น ให้มีอำนาจหน้าที่ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว

ในระยะแรก กฎหมายประกอบไปด้วย 3 แผนหลัก ได้แก่

- 1) แผนสำหรับผู้มีรายได้ เก็บเงินสมทบจากนายจ้างส่วนหนึ่งร่วมกับการหักภาษี ณ ที่จ่ายจากผู้มีรายได้ อีกส่วนหนึ่งและการจ่ายโดยผู้ที่มีกิจการส่วนตัว
- 2) แผนอุบัติเหตุจากยานพาหนะ เก็บเงินสมทบจากเจ้าของรถและผู้ขับขี่
- 3) แผนที่ทำให้ความคุ้มครองอื่นๆ ได้รับเงินสมทบจากรัฐบาล

ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการชดเชย ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ การฟื้นฟู ค่าเดินทางในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เงินชดเชยรายได้ โดยจ่ายหลังจากวันที่ 7 หลังจากเกิด

อุบัติเหตุเป็นต้นไป ในอัตราร้อยละ 80 ของรายได้ต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ ยังมีเงินก้อนสำหรับชดเชยในกรณีเสียหายหรือพิการถาวรแต่มีการจำกัดเพดานสูงสุดเอาไว้รวมทั้งค่าทำศพและเงินก้อนชดเชยสำหรับคู่สมรสและบุตรในรายที่เสียชีวิต

กล่าวได้ว่า แนวคิดการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลในนิวซีแลนด์ได้เริ่มในพระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ ปี ค.ศ. 1974 (Accidental Compensation Act 1974) เป็นการให้การชดเชยแก่การบาดเจ็บของบุคคลที่เกิดจากอุบัติเหตุ (Personal Injury by Accident) โดยถือว่าการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์เป็นอุบัติเหตุ หลังจากที่มีการประกาศใช้ไปได้ระยะหนึ่ง จึงมีการเพิ่มประเด็นเรื่องการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์และการผ่าตัด (Medical or Surgical Misadventure) และรวมการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ การผ่าตัดทันตกรรม และการปฐมพยาบาล (Medical, Surgical Dental or First Aid Misadventure) ลงไปในกฎหมายเพิ่มเติมแต่ยังไม่มีคำจำกัดความที่ชัดเจน การพิจารณาว่ากรณีใดเข้าข่ายที่จะได้รับการชดเชยหรือไม่ยังขึ้นอยู่กับ การพิจารณาของคณะกรรมการขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์การชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accidental Compensation Appeal Authority) และการตีความของศาล ต่อมาในปี ค.ศ. 1976 มีการขยายความครอบคลุมของการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure) ให้หมายรวมถึงความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ (Medical Mishap) ด้วย (Corkill 2002)

2. พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจากอุบัติเหตุและการประกันการชดเชย ปี ค.ศ. 1992 (Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act 1992)

ในปี ค.ศ. 1979 โครงการเริ่มประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย โดยปลายปี ค.ศ. 1980 พบรายจ่ายเพิ่มประมาณร้อยละ 60 ต่อปี จึงมีการทบทวนและเปลี่ยนแปลงรายละเอียดหลายประการจนในที่สุดมีการรวมสามแผนงานหลักเป็นแผนงานเดียว โดยที่มาของเงินยังมีที่มาจาก 3 แหล่งเหมือนเดิม และมีการกำหนดเพดานในการจ่ายชดเชย

ปี ค.ศ. 1986 มีการทบทวนอีกครั้ง โดยคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย และสรุปเป็นรายงานในปี ค.ศ. 1987 รัฐบาลได้มีมติให้มีการทบทวนและมีรายงานออกมาในปี ค.ศ. 1988 เสนอการเปลี่ยนแปลงหลายประการ จนนำไปสู่การแก้ไขเพิ่มเติมในปี ค.ศ. 1989 โดยขยายการคุ้มครองของแผนการชดเชยให้รวมความเจ็บป่วยและโรค (Sickness or Disease) จนกระทั่งปี ค.ศ. 1990 รัฐบาลแห่งชาติเข้ามามีอำนาจและให้มีการทบทวนขึ้นอีกครั้ง สหพันธ์ผู้จ้างงานและที่ประมุขนักธุรกิจไม่ต้องการให้นายจ้างต้องจ่ายสมทบในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุที่ไม่ใช่สาเหตุ

จากการทำงานอีกต่อไป นอกจากนั้น ยังมีการเสนอให้ลดค่าใช้จ่ายโดยการเปิดโอกาสให้มีทางเลือกกับการประกันเอกชนมากขึ้นและมีการแข่งขันระหว่างการประกันภาครัฐและภาคเอกชน

ก่อนการปฏิรูปในปี ค.ศ. 1992 แผนการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล ยังถือเป็นการบาดเจ็บส่วนบุคคลที่รวมอยู่กับการบาดเจ็บอื่นๆ ไม่ได้แยกออกมาชัดเจน การทบทวนรายงานในปี ค.ศ. 1990 จนถึงปี ค.ศ. 1991 เสนอให้มีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในเอกสารชื่อแผนที่เป็นธรรมเนียมขึ้นขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (ACC-a Fairer Scheme) ในปี ค.ศ. 1992 จึงเกิดพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจากอุบัติเหตุและการประกันการชดเชย (Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act) ขึ้น โดยแยกเป็นบัญชีรายจ่ายเป็นหลายประเภท มีบัญชีสำหรับการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลเป็นบัญชีหนึ่งแยกออกมา และจัดตั้งหน่วยงานการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Unit: MMU) ขึ้นมาเป็นหน่วยงานที่ดูแลกรณีการชดเชยในกรณีการบาดเจ็บจากความผิดพลาดทางการแพทย์โดยตรง (ACC 2004b) รวมทั้งให้คำจำกัดความของความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ (Medical Mishap) ที่ชัดเจนขึ้น โดยที่ความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) หมายถึง ความผิดพลาดของบุคลากรทางสุขภาพที่ลงทะเบียนในการหาวิธีการรักษาและทักษะที่สมเหตุสมผลที่ถูกคาดหวังในสถานการณ์นั้นๆ และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ (Medical Mishap) หมายถึง ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโดยบุคลากรสุขภาพที่ลงทะเบียนและเป็นผลข้างเคียงที่มีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก (ไม่เกินร้อยละ 1) และเป็นผลข้างเคียงที่เกิดรุนแรง (เสียชีวิต พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน หรือมีการบาดเจ็บต่อเนื่องมากกว่า 28 วัน) (Corkill 2002) นอกจากนี้ ยังมีการแก้ปัญหาด้านการเงินการคลังโดยการจำกัดจำนวนเงินที่ชดเชย การลดเพดานจำนวนเงินที่ชดเชย และลดอัตราการสนับสนุนจากภาครัฐแก่ผู้ให้บริการปฐมภูมิลงจากการจ่ายตามจริง มาเป็นการจ่ายในวงเงินที่จำกัด (Flood 2000) การปฏิรูปที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นการแก้ปัญหาการจ่ายที่เพิ่มขึ้นในระยะแรก

3. พระราชบัญญัติประกันอุบัติเหตุ ปี ค.ศ. 1998 (Accident Insurance Act 1998)

ในปี ค.ศ. 1998 รัฐบาลได้เปลี่ยนแปลงรายละเอียดบางประการ จากแนวคิดที่ต้องการให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ และเพื่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยงานมีระบบการป้องกันอุบัติเหตุและส่งเสริมความปลอดภัยในที่ทำงาน จึงเกิดพระราชบัญญัติประกันอุบัติเหตุ (Accident Insurance Act) มาแทนที่พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจากอุบัติเหตุและการประกันการชดเชย (Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act) เดิม โดยอนุญาตให้ประกันภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการให้ประกันการบาดเจ็บจากการทำงานเพื่อให้เกิดการแข่งขัน ทั้งนี้ การบาดเจ็บจากการทำงานจะอยู่ในความรับผิดชอบของบริษัทประกันเอกชน เริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม

ปี ค.ศ. 1999 แต่ในปี ค.ศ. 2000 องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) กลับมาเป็นผู้รับผิดชอบการให้ประกันการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงานอีกครั้งหนึ่ง

4. พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย ปี ค.ศ. 2002 (Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002)

ในปี ค.ศ. 2001 รัฐบาลได้เสนอพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย (Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act) และมีผลบังคับใช้ในปี ค.ศ. 2002 โดยเนื้อหาหลักๆ ยังคงเหมือนเดิมแต่จะให้ความสำคัญกับการป้องกันการบาดเจ็บเป็นหลัก รวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลข่าวสารความผิดพลาดที่ต้องมีการเปิดเผยแก่หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยถือเป็นหน้าที่ตามกฎหมายที่องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) จะต้องส่งข้อมูลความผิดพลาดดังกล่าวแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน เพื่อควบคุมการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาต่อไป นอกจากนี้ ยังมีการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือแบบเงินก้อนขึ้นใหม่สำหรับการบาดเจ็บหรือสูญเสียถาวร(New Zealand Parliamentary Council Office 2004)

5. ระบบชดเชยการบาดเจ็บส่วนบุคคลในปัจจุบัน

ประเทศนิวซีแลนด์ถือได้ว่าเป็นประเทศหนึ่งในไม่กี่ประเทศ และเป็นประเทศแรกๆ ที่นำระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No Fault Compensation) มาใช้สำหรับการชดเชยในกรณีการบาดเจ็บของบุคคลที่ถือได้ว่าครอบคลุมหลักประกันทางสังคมแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive No-Fault Compensation Schemes) โดยครอบคลุมค่าชดเชยทั้งการดูแลรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จำเป็นระหว่างที่มีการบาดเจ็บอีกด้วย

การบาดเจ็บส่วนบุคคลที่ให้การคุ้มครอง ได้แก่ การเสียชีวิต การบาดเจ็บทางกาย การบาดเจ็บทางจิตใจที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการบาดเจ็บทางร่างกาย ความเสียหายต่องานทันตกรรมประดิษฐ์ทุกชนิด แผนการชดเชยดังกล่าวครอบคลุมประชากรชาวนิวซีแลนด์ทุกคนทั้งที่อาศัยอยู่ในประเทศและเดินทางอยู่ที่ใดๆ ก็ตาม รวมทั้งผู้ที่พักอาศัยในประเทศเป็นการชั่วคราว (ACC 2002b)

หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลกรณีการบาดเจ็บและความเจ็บป่วยอย่างครอบคลุมในประเทศนิวซีแลนด์ ได้แก่ องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) ที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Act) ในปี ค.ศ. 1974

การบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ ที่เรียกว่า Medical Misadventure Scheme เป็นหนึ่งใน 7 แผนงาน ซึ่งอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident

Compensation Corporation: ACC) โดยมีหน่วยงานการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Unit: MMU) เป็นหน่วยงานในองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ ดูแลรับผิดชอบแผนงานการชดเชยกรณีการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์

ระบบการชดเชยความเสียหายจากรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Scheme) มีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้¹³

1) ความเสียหายที่ได้รับการชดเชย

การชดเชยความเสียหายจากรักษาพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความคุ้มครองความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการรักษา และรวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด ทั้งที่สามารถป้องกันได้และไม่สามารถป้องกันได้ ความเสียหายไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นในขณะรักษาหรือระหว่างรับการรักษา¹⁴ นอกจากนี้ ยังคุ้มครองความเสียหายจากรักษาพยาบาลที่เป็นส่วนหนึ่งของการทดลองทางคลินิก ไม่ว่าผู้ใดจะยินยอมในการเข้าร่วมการทดลองหรือไม่ ผู้ที่ติดเชื้อ และรวมถึงบุคคลที่สามที่ติดเชื้อจากผู้ป่วยหรือคู่สมรสหรือคู่นอนของผู้ป่วย

การรักษาพยาบาล หมายรวมถึง การให้การรักษา การวินิจฉัยทางการแพทย์ การตัดสินใจว่าจะให้หรือไม่ให้การรักษา ความล้มเหลวในการรักษาหรือการรักษาอย่างทันท่วงที ที่ได้หรือไม่ได้รับการแจ้งความยินยอมในการรักษาและการให้การรักษาป้องกันโรค การประยุกต์ใช้ระบบสนับสนุนใดๆ รวมถึงนโยบาย กระบวนการ และระบบการบริหารที่ผู้ให้การรักษารับมาดำเนินการ และมีผลต่อการรักษาพยาบาลโดยตรง นอกจากนี้ ยังรวมถึงความบกพร่องของอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา ไม่ว่าจะเป็นในเวลาของการรักษาหรือภายหลังการรักษา ความบกพร่องของอวัยวะเทียม (เช่น การออกแบบผลิตภัณฑ์) ชกเว้นที่เกิดจากการสึกหรอและฉีกขาดทั่วไป การกำหนดเช่นนี้ก็เพื่อปิดช่องว่างการฟ้องร้องทางแพ่งกับผู้ผลิตอวัยวะเทียมเกี่ยวกับความบกพร่องของสินค้าที่ไม่มีความใส่ใจในการออกแบบ¹⁵

2) หลักเกณฑ์ในการชดเชยความเสียหาย โดยผู้ที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้ระบบการชดเชยกรณีที่ได้รับบาดเจ็บ คือ

ก. ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากรักษาพยาบาล

¹³ จุฬาสมา โพธิ์อุโมงค์. เล่มเดิม. หน้า 79-89.

¹⁴ Manning, J. (2006). "Treatment injury and medical misadventure" in P.D.G. Skegg and R. Paterson (eds) Medical Law in New Zealand. Wellington: Thomson Brookers. pp. 698-9.

¹⁵ Section 33 Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

ข. ความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกรณีที่อยู่ภายใต้มาตรา 32 (7) ของพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย คือ ผู้ที่ติดเชื้อ และรวมถึงบุคคลที่สามที่ติดเชื้อจากผู้ป่วยหรือคู่สมรสหรือคู่นอนของผู้ป่วย

ค. ความเสียหายที่เป็นผลมาจากการรักษาพยาบาลบุคคลอื่น

ง. ความเสียหายเกิดจากกระบวนการค่อยเป็นค่อยไป โรค หรือการติดเชื้อ

จ. ความเสียหายที่เกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมอง¹⁶

นอกจากนั้น ได้มีการกำหนดนิยามของความเสียหายจากการรักษาพยาบาลไว้ในมาตรา 32 ของพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพและการชดเชย เป็นความเสียหายของผู้ที่

ก. แสวงหาบริการทางการแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน 1 หรือมากกว่า 1 คน

ข. ได้รับบริการทางการแพทย์หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน 1 หรือมากกว่า 1 คน

ค. ความเสียหายนั้นเกิดจากการรักษาพยาบาล

ง. ไม่ใช่สิ่งที่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้น หรือเป็นผลธรรมชาติของการรักษา โดยพิจารณาจากสภาพแวดล้อมของการรักษา รวมถึงสภาวะทางสุขภาพที่แฝงอยู่ในขณะที่ทำการรักษา และความรู้ทางด้านการแพทย์ในขณะนั้น

การใช้คำว่า “ความเสียหายที่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้นซึ่งเป็นผลธรรมชาติของการรักษา” เป็นการใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการพิจารณาความน่าจะเป็น เช่น คำว่า “จำเป็น” และ “ผลธรรมชาติ” เป็นคำที่มีความยืดหยุ่นและตอบสนองกับสถานการณ์เฉพาะของผู้ป่วยได้ดี แม้จะเป็นที่ทราบกันดีว่าการพิจารณาจะไม่มีคะแนนแน่นอนในการพิจารณา “ความเสียหายที่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้นซึ่งเป็นผลธรรมชาติของการรักษา” แยกพิจารณาได้เป็น ความเสียหายที่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้น คือ ความเสียหายที่มีความมุ่งหมายให้เกิดหรือได้วางแผนล่วงหน้าไว้แล้วว่าจะเกิด และเป็นส่วนที่จำเป็นของขั้นตอนการรักษา เช่น แผลเป็นหลังผ่าตัด ความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัด หรือผมร่วงภายหลังให้เคมีบำบัด เป็นต้น ส่วนผลธรรมชาติของการรักษา การพิจารณา 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ

ปัจจัยแรก สถานการณ์แวดล้อมทั้งหมดของการรักษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เวลา สถานที่ ความเร่งด่วน ความซับซ้อนของการรักษา และผู้ให้การรักษา “ผลธรรมชาติ” จึงขึ้นอยู่กับรายละเอียดปลีกย่อยของวิธีการรักษา

¹⁶ Section 20 (2) Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

ปัจจัยที่สอง ในการระบุว่าความเสียหายเป็นผลธรรมดาของการรักษาหรือไม่ ขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพของบุคคลนั้นในขณะรับการรักษา ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยมีสุขภาพไม่ดี โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากการรักษาจึงมีค่อนข้างมาก ภาวะไม่พึงประสงค์ดังกล่าวจึงมีแนวโน้มที่จะเป็น “ผลธรรมดา” ของการรักษา ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีสุขภาพไม่ดีจึงได้รับการคุ้มครองจากระบบการชดเชยนี้ได้ยากกว่า

ปัจจัยที่สาม การพิจารณาผลธรรมดาคจะต้องขึ้นอยู่กับความรู้ทางคลินิกในเวลาของการรักษา และต้องไม่ใช่การเข้าใจถึงปัญหาหลังเหตุการณ์หรือความรู้ที่ได้มาภายหลัง หลักฐานทางคลินิกของผลการรักษาปกติทั่วไปหรือสภาวะการแฉกตัวของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญในการพิจารณา

แม้ว่าเกณฑ์ความเสียหายจากการรักษาพยาบาลนี้จะทำให้มีการจ่ายเงินชดเชยง่ายขึ้น แต่ก็ยังมีปัญหาในบางกรณีว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นเรื่องปกติจริงหรือไม่ หรือกรณีคนไข้ที่มีโรคเป็นทุนเดิมอยู่ซึ่งทำให้ความเสียหายมากกว่าคนทั่วไป กรณีนี้ก็ยากที่จะตัดสินใจ นอกจากนั้น การใช้หลักเกณฑ์ความเสียหายจากการรักษาพยาบาลยังช่วยลดแรงดึงดูดจากกลุ่มผู้ให้บริการได้มาก ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจที่จะรายงานข้อมูลมากขึ้น เพราะเมื่อเทียบกับการใช้หลักเกณฑ์เดิมจะมีการชี้ไปที่ความผิดพลาดของตัวบุคคลไม่มากนัก และข้อมูลสามารถถูกองค์กรวิชาชีพเอาไปใช้ แม้ไม่มีการฟ้องศาล แต่กลไกควบคุมความประพฤติขององค์กรวิชาชีพ ก็เป็นตัวบั่นทอนแรงจูงใจในการรายงานผล

ระบบการชดเชยของประเทศนิวซีแลนด์ ได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของความเสียหายที่จะได้รับการชดเชยที่อยู่ในกลุ่มที่มีสาเหตุจากภาวะสุดวิสัย (Medical Mishap) จะต้องมิลักษณะคือ หนึ่ง การบาดเจ็บหรือความเสียหายนั้นต้องทำให้เกิดการพักรักษาตัวตั้งแต่ 28 วันหรือนานกว่า สอง ผู้เสียหายฯ ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล 14 วันหรือนานกว่า และ สาม ทำให้ผู้เสียหายเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม เกณฑ์เรื่องระดับความรุนแรงของความเสียหายนี้ จะไม่นำมาใช้พิจารณากับกรณีความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Errors)¹⁷

3) ข้อยกเว้นการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ซึ่งถือว่าไม่ใช่ความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ได้แก่¹⁸

ก. ความเสียหายที่เกิดจากโรคหรือสภาวะสุขภาพที่แฝงอยู่ทั้งหมดหรือโดยสาระสำคัญ การรักษาที่ไม่บรรลุผลที่ต้องการไม่ถือว่าเป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เฉพาะในกรณีที่สภาวะของโรคดำเนินไปมากขึ้น หรือมีความเสียหายเกิดขึ้นใหม่เนื่องจากการรักษาที่ให้ (หรือ

¹⁷ ลือชัย ศรีเงินขวง, นฤพงษ์ ภักดี, จิราพร ชมศรี และจเร วิชาไทย. เล่มเดิม. หน้า 39-40.

¹⁸ Manning, J. (2006). “Treatment injury and medical misadventure.” Op.cit. pp. 709–763.

ไม่ได้ให้การรักษา) จึงจะอยู่ภายใต้ระบบการชดเชยนี้ ดังนั้น จึงต้องมีความเชื่อมโยงโดยตรงระหว่างสาเหตุของความเสียหายและการรักษา ในกรณีที่ความเสียหายส่วนหนึ่งเกิดจากโรคหรือสภาวะสุขภาพที่แฝงอยู่ และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการรักษา จะต้องมีการตรวจสอบว่าส่วนใดเป็นสาเหตุสำคัญ การตัดสินโดยศาลอุทธรณ์ของนิวซีแลนด์ในคดี ACC V Ambros [2007] NZCA 304 ศาลได้กล่าวว่า การหาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลในโซ่ร้ายทางการแพทย์หรือความเสียหายจากการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อ่นั้น คือ การที่ผู้เสียหายสามารถแสดงความสัมพันธ์เหล่านั้นได้อย่างชัดเจน โดยไม่มีการสันนิษฐานซึ่งไม่เพียงพอในการพิสูจน์

ข. ความเสียหายที่มีสาเหตุมาจากการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรเท่านั้น การใช้คำว่า “เท่านั้น” เป็นกุญแจสำคัญในการตีความข้อยกเว้นนี้ ถ้าการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรเป็นเพียงเหตุผลเดียวเท่านั้นในการทำให้ไม่ได้รับการรักษาหรือให้การรักษาล่าช้าและทำให้เกิดความเสียหายหรือเสียชีวิตแล้ว ข้อยกเว้นนี้ก็จะใช้ได้ ดังนั้น ถ้าความเสียหายมีสาเหตุจากการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ก็ยังถือว่าเป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

ค. ความเสียหายที่เกิดจากการไม่ยินยอมรับการรักษาหรือทำให้การรักษาล่าช้าออกไป เป็นที่ยอมรับตามกฎหมายของนิวซีแลนด์ว่าผู้ป่วยสามารถมีสิทธิสมบูรณ์ในการปฏิเสธที่จะรับการรักษาพยาบาล แม้ว่าการกระทำนี้อาจดูเหมือนไม่มีเหตุผล ดังนั้น ภาระทางการเงินหรือสิ่งอื่นๆ ที่เป็นผลตามมาจากความเสียหายจากการรักษาพยาบาลใดๆ ที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยใช้สิทธิของตนเองในการปฏิเสธ ผู้ป่วยควรจะเป็นผู้รับภาระมากกว่าระบบการชดเชย

ง. ความเสียหายทางจิตใจที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับความเสียหายทางกาย องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) ไม่ให้ความคุ้มครองความเสียหายต่อจิตใจที่เกิดขึ้นโดยตัวของมันเอง เนื่องจากความเสียหายทางจิตใจที่ไม่เชื่อมโยงกับความเสียหายทางกาย ไม่อยู่ในความหมายของความเสียหายในพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย ดังนั้น จึงไม่ได้รับการคุ้มครองภายใต้การชดเชยนี้ ผู้เสียหายสามารถที่จะดำเนินการทางกฎหมายในศาลเพื่อเรียกร้องค่าชดเชยได้ และเพื่อให้ได้รับการคุ้มครองจากองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ ความเสียหายจะต้องเข้าในเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

ก) ความเสียหายทางจิตใจจะต้องมีสาเหตุจากความเสียหายทางกาย

ข). เกิดจากการกระทำผิดทางอาญาแก่ผู้บาดเจ็บที่ตามปกติอาศัยอยู่ในนิวซีแลนด์ และการรักษาเกิดขึ้นในนิวซีแลนด์

ค) เกิดจากการกระทำผิดที่ปรากฏในตารางที่ 3 ของพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความผิดทางเพศ

นอกจากนี้ ผู้เสียหายยังต้องแสดงให้เห็นถึงความเสียหายทางจิตใจที่มีสาเหตุจากความเสียหายทางกาย ได้แก่ การมีความผิดปกติของพฤติกรรม ปัญหา การรับรู้ หรือจิตใจ

ง) ความเสียหายทางกายที่มีขึ้นก่อนเกิด ทารกที่ตายในครรภ์จะไม่ได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย คำว่า “บุคคล” ไม่รวมถึงทารกในครรภ์ จนกว่าทารกนั้นจะคลอดและรอดชีวิต อย่างไรก็ตาม แม้ที่มีความเสียหายทางกายอาจมีสิทธิได้รับการคุ้มครองภายใต้ระบบการชดเชยหากเด็กทารกตายในครรภ์ แม้ว่าจะไม่มี ความเสียหายอื่นๆ นอกจากการสูญเสียเด็กทารกที่ยังไม่คลอด

จ) ค่าชดเชยการทำหมันที่ล้มเหลว/เด็กที่เกิดมาโดยไม่พึงประสงค์ ยังไม่แน่นอนว่าการ ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการให้กำเนิดเด็กที่เป็นผลมาจากการทำหมันที่ล้มเหลวจะถือเป็นความเสียหายที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชยหรือไม่ แต่ในการตัดสินโดยเสียงส่วนใหญ่ (2:1) ของศาลอุทธรณ์นิวซีแลนด์ในคดี ACC V D & Anor [2008] NZCA, 576 (CA329/07) ศาลตัดสินว่าการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ไม่ใช่ความเสียหายภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย เนื่องจาก ไม่ใช่ความเสียหายทางกาย จึงไม่ได้รับการคุ้มครองตามบทบัญญัติของการเผชิญโชคร้ายทาง การแพทย์ ตามพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย (ก่อนการ ปฏิรูปในปี ค.ศ. 2005)

4) องค์ประกอบผู้พิจารณาวินิจฉัยการจ่ายค่าชดเชย

ผู้พิจารณาวินิจฉัยการจ่ายค่าชดเชยต้องเป็นที่ปรึกษาทางคลินิก (Clinical Advisor) ที่มีความรู้ทางการแพทย์ ซึ่งอาจมีประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญไม่ตรงกับข้อเรียกร้อง แต่ให้อำนาจในการขอความเห็นจากที่ปรึกษาทั้งภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญเฉพาะ ด้านเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาได้ เมื่อที่ปรึกษาได้ให้ความเห็นทั้งในด้านการแพทย์และด้าน กฎหมายแล้ว จะมีการหารือกับผู้จัดการทีมอาวุโสอีกครั้ง ในที่สุดผู้จัดการศูนย์ความเสียหายของ ผู้ป่วย (Treatment Injury Center: TIC) จะเป็นผู้ตัดสินว่าจะให้ความคุ้มครองหรือไม่

5) สิทธิที่จะได้รับการชดเชย

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม คือ เพื่อให้ผู้เสียหายสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้¹⁹ ลักษณะสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือและอุปกรณ์การช่วยเหลือ ผู้ดูแล ผู้ดูแลเด็ก ผู้ดูแลบ้าน สนับสนุนการศึกษา การสื่อสารของเด็ก ปรับปรุงแก้ไขบ้านให้สะดวกต่อการอยู่อาศัย ฝึกให้ช่วยเหลือตนเองและสามารถเดินทางได้ด้วยตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ คือ ช่วยให้ผู้เสียหายได้รับการจ้างงานหรือมีงานทำ

¹⁹ Section 79 Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

โดยงานนั้นจะต้องเหมาะสมสำหรับผู้เสียหายและเหมาะสมกับประสบการณ์และระดับการฝึกอบรมของผู้เสียหาย²⁰ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ เช่น ค่ารถพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าผ่าตัด ค่ายา ค่าใช้จ่ายทางทันตกรรม กรณีสูญเสียการได้ยิน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเครื่องช่วยฟังและแบตเตอรี่ ตลอดจนให้ผู้เสียหายเข้าสู่โปรแกรมการสื่อสาร ถ้าผู้เสียหายได้รับความเสียหายที่มีผลต่อการมองเห็นแล้ว องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) จะคุ้มครองค่าใช้จ่าย เช่น การได้รับการฝึกอบรมสำหรับการใช้ชีวิตประจำวัน การกำหนดตำแหน่งหรือทิศทางและการเคลื่อนไหว การเขียนและการสื่อสารเครื่องมือช่วยในการถอดความหรือบันทึก และการให้คำปรึกษา ค่าใช้จ่ายของการบริการให้คำปรึกษา สำหรับผู้ที่ได้รับความเสียหายทางด้านจิตใจ ค่าทดแทนการสูญเสียรายได้ เงินช่วยเหลือเพิ่มเติมถ้าความเสียหายมีผลกระทบในระยะยาวอย่างรุนแรง ค่าฌาปนกิจเงินและค่าขาดรายได้อุปการะในกรณีเสียชีวิตการสนับสนุนทางการศึกษาในระดับก่อนวัยเรียนและวัยเรียนกับประชาชนอายุไม่เกิน 21 ปี

6) การใช้สิทธิฟ้องร้องต่อศาล

ถ้าใช้สิทธิตามกฎหมายประกันสังคมคุ้มครองแล้ว จะถูกตัดสิทธิการฟ้องศาลแพ่งและอาญา แต่ฟ้องศาลปกครองได้กรณีกองทุนจ่ายค่าชดเชยไม่เป็นธรรม

7) ความเชื่อมโยงกับองค์การวิชาชีพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการศึกษากฎหมายของประเทศนิวซีแลนด์ จะเห็นได้ว่า ในเรื่องมาตรฐานวิชาชีพตามกฎหมายของประเทศนิวซีแลนด์ ในอดีตมีการบัญญัติเกณฑ์ความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) ไว้ในกฎหมายว่า หมายถึง เหตุที่เกิดจากกรณีที่บุคลากรทางสุขภาพที่มีใบประกอบวิชาชีพผิดพลาดในการให้การรักษาตามมาตรฐานหรือขาดทักษะที่สมควรจะมีในการทำการรักษา นั้นๆ แต่ก็ได้เกิดปัญหาขึ้นว่าในกรณีของอุบัติเหตุที่จะพิจารณาว่าเข้าเกณฑ์ความผิดพลาดทางการแพทย์หรือไม่นั้น ต้องอาศัยการพิสูจน์ตรวจสอบ ทำให้กระบวนการชดเชยช้ามากขึ้น ในปี ค.ศ. 2005 จึงมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การชดเชยเป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (Treatment Injury) เพื่อจำกัดการพิสูจน์ความผิด ให้ความคุ้มครองความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการรักษาและรวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด ทั้งที่สามารถป้องกันได้และไม่สามารถป้องกันได้ ลดความสำคัญของกระบวนการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้มาตรฐาน บกพร่อง หรือละเลยไม่ทำสิ่งที่ควรทำลง เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยมากยิ่งขึ้น เพราะเมื่อเปรียบเทียบกับกระบวนการชดเชยการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุแบบอื่นๆ จะไม่มีการพิจารณาในข้อนี้เลย รวมทั้งยังเป็นข้อที่ทำให้ระบบยังผูกติดอยู่กับการหาคนผิด ซึ่งเป็นตัวบั่นทอนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทำให้ผู้ให้บริการไม่อยากจะให้ความร่วมมือ ไม่อยากจะให้ข้อมูล เป็นผลทำให้กระบวนการพิจารณาล่าช้า

²⁰ Section 80 Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

ออกไป ส่วนการเชื่อมโยงกับองค์กรวิชาชีพนั้น²¹ แต่ก่อนความผิดพลาดทางการแพทย์ใดๆ ต้องถือเป็นความรับผิดชอบและต้องถูกรายงานต่อองค์กรที่ดูแลมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจ และเป็นปฏิปักษ์ระหว่างแพทย์และองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ แต่หลังจากการปฏิรูปพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย ในปี ค.ศ. 2005 รายงานในลักษณะนี้ไม่มีอีกแล้ว²² มีการเน้นการส่งเสริมการเรียนรู้จากการเปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์ ขณะนี้องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุจะรายงานให้หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลเฉพาะในกรณีที่มีความเสียหายจากการรักษาพยาบาลนั้นจะเป็นความเสี่ยงอันตรายต่อสาธารณะเท่านั้น²³

3.2.2 ประเทศในระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (Civil Law)

3.2.2.1 ประเทศสวีเดน²⁴

ก่อนปี ค.ศ. 1862 โรงพยาบาลจะดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล สำหรับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจะเป็นการให้บริการของแพทย์นอกโรงพยาบาล ต่อมาเมื่อมีการจัดตั้งสภาเขต (County Council) ขึ้นในปี ค.ศ. 1862 สภาเขตได้เข้ามาดูแลระบบบริการสุขภาพ โดยเริ่มจากการให้บริการในโรงพยาบาลในปี ค.ศ. 1928 สองปีต่อมาได้ขยายครอบคลุมการให้บริการสุขภาพอื่นๆ นอกเหนือจากการบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ต่อมา มีการประกาศใช้บังคับพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Act) ในปี ค.ศ. 1946 ให้ความคุ้มครองประชาชนครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาแพทย์ ค่ายาและการชดเชยจากความเจ็บป่วย กฎหมายปี ค.ศ. 1970 กำหนดให้สภาเขตเข้ามาดูแลการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา ความรับผิดชอบในด้านสุขภาพของระดับเขตได้ขยายไปครอบคลุมการดูแลและวางแผนงานระบบสุขภาพทั้งหมด รวมทั้งการบริหารจัดการการเงินการคลังด้วยตัวเอง โดยมีการกระจายอำนาจให้แก่โรงพยาบาลและศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ (World Health Organisation 2002)

ในระดับเขต สภาเขตมีอำนาจหน้าที่ในการดูแลระบบบริการสุขภาพทั้งหมด ทั้งการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาลและการให้บริการปฐมภูมิ รวมถึงดูแลการให้บริการจากภาคเอกชนด้วย โดยมีหน่วยงานสุขภาพในระดับอำเภอ (Health Care District) ประกอบด้วยโรงพยาบาล อำเภอละ 1 แห่ง และหน่วยบริการด้านสุขภาพย่อยๆ ทั้งนี้ เขตทั้งหมดมีจำนวน 21 เขต จัดกลุ่มเป็น 6 เขต

²¹ จุฬสมา โพธิ์โมงศ์, เล่มเดิม, หน้า 166-167

²² Oliphant K. (2007). "Beyond misadventure: compensation for medical injuries in New Zealand." Medical Law Review 15, p.357-91.

²³ Section 284 (2) Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

²⁴ ลือชัย ศรีเงินขวง, นฤพงศ์ ภักดี, จิราพร ชมศรี และจเร วิชาไทย, เล่มเดิม, หน้า 174-180.

ใหญ่ๆ ท้องถิ่นหรือเทศบาล (Municipalities) มีบทบาทในการดูแลสวัสดิการและบริการสังคม เช่น การดูแลเด็กการบริการสุขภาพในโรงเรียน การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีสมรรถภาพ การดูแลผู้ป่วยทางจิต เป็นต้น (World Health Organisation 2002)

การคลังสุขภาพของสวีเดนมาจาก 3 แหล่ง ได้แก่ ระบบภาษีทั้งจากส่วนกลาง ระดับเขต และภาษีระดับท้องถิ่น จากระบบประกันสังคม และจากภาคเอกชน รายจ่ายส่วนใหญ่ของระบบบริการสุขภาพจะมาจากภาษี ประมาณร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพ (ข้อมูลปี ค.ศ. 1999) ร้อยละ 8.4 ของ GDP เป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ข้อมูลปี ค.ศ. 1998) และเป็นสัดส่วนจากภาคเอกชนร้อยละ 16.2 (World Health Organisation 2002)

ศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care Center) จะให้บริการปฐมภูมิแก่ประชาชน โดยประชาชนมีสิทธิเลือกสถานบริการอย่างอิสระในเขตเดียวกัน นอกจากนี้ ยังสามารถเลือกใช้บริการในศูนย์บริการปฐมภูมิหรือแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลก็ได้ แต่ถ้าข้ามเขตจะอยู่ภายใต้ระบบการส่งต่อ ในการรับบริการปฐมภูมิ ผู้รับบริการจะต้องร่วมจ่ายในอัตราหนึ่ง และจะมีเพดานสูงสุดที่ต้องจ่ายเป็นรายปีกำหนดโดยรัฐบาล ค่าใช้จ่ายที่มากกว่าวงเงินที่กำหนดจะได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล (Deductible) โดยเขตเป็นผู้กำหนดระดับการร่วมจ่ายของบริการผู้ป่วยนอก แต่คณะรัฐมนตรีเป็นผู้กำหนดเพดานสูงสุดของการร่วมจ่าย แพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะอยู่ในระบบการจ้างโดยภาครัฐ มีเพียงร้อยละ 5 ที่ปฏิบัติงานอิสระ (Adelman and Westerlund 2004)

ประเทศสวีเดนมีระบบประกันสังคมที่ครอบคลุมทั้งความเจ็บป่วยและผู้ที่อยู่ในภาวะที่สูญเสียโอกาสต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่สูญเสียรายได้จากการเจ็บป่วย ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือผู้ที่ต้องสูญเสียรายได้จากการที่ต้องดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นต้น (National Social Insurance Office 2003) งบประมาณในการประกันสุขภาพมาจากการเก็บสมทบจากนายจ้าง และจากระบบภาษีเงินได้ ประมาณร้อยละ 80 ของภาษีดังกล่าวนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนค่าบริการทางการแพทย์แก่ประชาชน ประชาชนสวีเดนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลสุขภาพจากรัฐ ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 6,000 เหยียสวีเดน จะได้รับการชดเชยในกรณีการเจ็บป่วยทำให้สูญเสียรายได้ สำหรับผู้ที่ไม่มียาได้ จะมีกองทุนที่แยกบริหารจัดการออกมาต่างหาก (Swedish Institute 2004)

ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ผู้รับบริการต้องจ่ายค่าปรึกษาแพทย์ครั้งละ 60 ถึง 300 เหยียสวีเดน แต่กำหนดว่าไม่เกิน 900 เหยียต่อคนต่อปี ที่เหลือรัฐจะรับภาระแทนสำหรับค่ายา ผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายใน 900 เหยียแรก แต่มีเพดานไม่เกินปีละ 1800 เหยีย สำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายแต่ไม่เกินวันละ 80 เหยีย เด็กและเยาวชนที่อายุไม่เกิน 20 ปี ได้รับการฟรีกรณีความเจ็บป่วยในภาคการจ้างงาน ถ้าเจ็บป่วยเกินวันที่ 2 นายจ้างเป็นผู้จ่ายในอัตราร้อยละ 80

ของรายได้รายสัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 2 ถึงวันที่ 21 หลังจากนั้นระบบประกันสังคมจะเป็นผู้รับผิดชอบ (Swedish Institute 2004)

การประกันเอกชนหรือการประกันด้วยความสมัครใจมีจำนวนน้อยมากในสวีเดนโดยส่วนใหญ่จะให้ประกันที่ครอบคลุมการบริการอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการให้บริการจากภาครัฐอยู่แล้ว (World Health Organisation 2002)

ตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1970 สวีเดนมีระบบการประกันด้วยความสมัครใจในการชดเชยความเสียหายหรือการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่บาดเจ็บหรือติดเชื้อจากการรักษาทางการแพทย์จะได้รับการจ่ายค่าชดเชย ไม่ว่าจะเป็นความบกพร่องของผู้ให้บริการหรือไม่ก็ตาม ในช่วงปลายทศวรรษที่ 1970 ระบบการประกันด้วยความสมัครใจดังกล่าวได้ถูกยกเลิก ผู้ให้บริการสุขภาพมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องมีการประกันการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล และต้องให้การดูแลผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บดังกล่าวด้วย (Swedish Institute 2003) สวีเดนได้ออกพระราชบัญญัติหลายฉบับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด ปี ค.ศ. 1972 (Tort Liability Act 1972) พระราชบัญญัติความเสียหายของผู้ป่วย (Patient Damage Act) และประกาศใช้ในชื่อพระราชบัญญัติการบาดเจ็บของผู้ป่วย (Patient Injury Act) ในปี ค.ศ. 1996 (Espersson 2000) ที่มาของระบบการชดเชยของสวีเดน จึงไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมากจากระบบกฎหมาย แต่เกิดจากการให้ความสำคัญกับความพอเพียงในการชดเชยมากกว่า (Cooper 1976) อีกทั้งยังได้ชื่อว่าเป็นระบบการชดเชยที่ครอบคลุมเบ็ดเสร็จที่ใหญ่ที่สุดในโลกด้วย (Studdert; Thomas; Zbar; Newhouse; Weiler; Bayuk, and Brennan 1997)

กรณีที่ผู้ป่วยได้รับความเสียหายหรือการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล สวีเดนกำหนดให้ผู้ให้บริการมีหน้าที่รายงานรายละเอียดของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นไปยังคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ (National Board of Health and Welfare: NBW) และถ้าพบว่าความผิดพลาดดังกล่าวมาจากผู้ให้บริการคนหนึ่งๆ ข้อมูลจะถูกส่งต่อไปยังคณะกรรมการความรับผิดทางการแพทย์ (Medical Responsibility Board: MRB) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลและควบคุมวิชาชีพ โดยที่คณะกรรมการความรับผิดทางการแพทย์ทำหน้าที่ตัดสินลงโทษ แต่ไม่มีบทบาทในการพิจารณาจ่ายค่าชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นแต่อย่างใด กระบวนการชดเชยการบาดเจ็บเป็นหน้าที่ของระบบประกันผู้ป่วยที่แยกออกมาต่างหาก

พัฒนาการของระบบการชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์ของประเทศสวีเดนนั้น มีความเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ ดังนี้

1. พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด ปี ค.ศ. 1972 (Tort Liability Act 1972)

ระหว่างทศวรรษที่ 1970 ฝ่ายกฎหมายและฝ่ายนโยบายของสวีเดนยกประเด็นปัญหาความเหมาะสมและพอเพียงของระบบการชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์ด้วยการฟ้องร้องตามกฎหมายการละเมิด (Tort System) ขึ้นมาพิจารณา ประเด็นที่กล่าวถึง คือ การที่ผู้ป่วยมักจะขาดโอกาสในการเข้าถึงการร้องเรียนทางกฎหมาย และอุปสรรคด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้เสียหายในการร้องเรียน โดยก่อนหน้านี้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติความเสียหายทางละเมิด (Tort Damage Act) เพื่อให้มีการรับผิดชอบต่อการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์อย่างจริงจัง ไม่ว่าจะเกิดจากความผิดพลาดหรือไม่ก็ตาม แต่ระบบการชดเชยดังกล่าวได้รับการปฏิเสธ เนื่องจากยากที่จะพิสูจน์ว่า ความบกพร่องดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการแพทย์หรือการรักษาทางการแพทย์หรือไม่ สาเหตุหนึ่งมาจากการขาดความรู้เฉพาะด้านการแพทย์ในขณะนั้น (Espersson 2000)

หลังจากปี ค.ศ. 1971 เป็นต้นมา รัฐบาลให้ความสำคัญกับระบบการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์มากขึ้น เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้พัฒนาขึ้นเรื่อยๆ มีการนำวิธีการรักษาโรคแบบใหม่มาใช้ รวมทั้งมีการบริการเพิ่มมากขึ้น ประชาชนมีโอกาสดำเนินการฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้น ทำให้โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นด้วย แต่มีผู้ที่ได้รับการชดเชยจากความเสียหายดังกล่าวน้อยมาก (Espersson 2000) คณะกรรมการสมาพันธ์เขต (Federation of County Council) ได้มีการประชุมกันในเดือนกุมภาพันธ์ ปี ค.ศ. 1971 เพื่อพิจารณาเรื่องดังกล่าว จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1972 รัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิด (Tort Liability Act) กำหนดจำนวนเงินในการจ่ายค่าชดเชยความเสียหาย เช่น ในกรณีของการประกันสังคมหรือการชดเชยคนงาน เป็นต้น และใช้เป็นแนวทางในการชดเชยความเสียหายทางการแพทย์ด้วย สำหรับการจ่ายชดเชยจากประกันสังคม (Social Insurance) แม้ว่าจะเป็นส่วนหนึ่งของการชดเชยทั้งหมดในภาพรวม แต่ก็มีการแยกจ่ายออกมาต่างหาก ไม่ว่าผลการพิจารณาเรื่องร้องขอจะเป็นอย่างไร การจ่ายชดเชยตามแผนประกันสังคมขึ้นอยู่กับความจำเป็นและความเหมาะสม (ACC 2003) กระนั้นก็ตาม การชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัตินี้ยังไม่ชัดเจน ผู้ที่เกี่ยวข้องเองมีการกล่าวถึงประเด็นนี้เป็นระยะ แต่เนื่องจากข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บในกรณีนี้มีน้อยมาก (Espersson 2000) ปี ค.ศ. 1974 เมื่อมีระบบประกันสังคมเกิดขึ้น มีการช่วยเหลือครอบคลุมการบาดเจ็บและโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน ภายใต้ระบบนี้ลูกจ้างจะไม่สามารถฟ้องร้องนายจ้างได้ แต่จะมีการจ่ายเงินชดเชยถ้าพบว่านายจ้างมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดการบาดเจ็บ หรืออีกนัยหนึ่ง เป็นการบาดเจ็บจากการทำงาน (World Bank 2002)

2. กองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วย ปี ค.ศ. 1975 (Swedish Patient Insurance Compensation Fund 1975)

ในปี ค.ศ. 1975 ผู้เสียหายที่ได้รับการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์มีเพียงประมาณ 10 รายต่อปี (Espersson 2000; Studdert and Others 1997) ทำให้มีการนำประเด็นการชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์มาเป็นประเด็นพิจารณาในระดับนโยบายมากขึ้น ข้อเรียกร้องของคณะกรรมการสหพันธ์รัฐที่เริ่มมาก่อนหน้านั้นเริ่มเป็นรูปเป็นร่างขึ้นมา ด้วยความสมัครใจของกลุ่มบริษัทประกันขนาดใหญ่ในสวีเดน 3 บริษัท ได้แก่ Folksam, Skandia และ Trygg-Hansa (Espersson 2000) โดยร่วมกันคิดรูปแบบการให้ประกันขึ้นมาเป็นบริษัทประกันร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเสียหายในแผนการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์ ครอบคลุมไปถึงการบริการนอกสถานพยาบาลของรัฐ โดยเริ่มจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioners: GPs) และการบริการที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐหรือสาธารณะ (Publicly Funded Services) (Espersson 2000; ACC 2003)

ภายใต้ระบบดังกล่าว จะมีระบบประกันที่ชดเชยจากการบาดเจ็บจากบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นเพื่อเสริมระบบเดิม เรียกว่า ระบบประกันการชดเชยผู้ป่วย (Patient Compensation Insurance: PCI) ในระยะแรกเป็นการประกันด้วยความสมัครใจ และให้การชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ว่าผู้ให้บริการผิดหรือไม่ กลุ่มการบาดเจ็บจากการรักษาที่เกิดจากโรงพยาบาลหรือคลินิกที่อยู่ในการดูแลของสภาเขต โดยครอบคลุมเฉพาะแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลของสภาเขตเท่านั้น แต่ต่อมาขยายไปยังแพทย์ในภาคเอกชน ทันตแพทย์ และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ด้วย (Espersson 2000; Adelman and Westerlund 2004) พร้อมกันนี้ได้มีการจัดตั้งกองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วย (Swedish Patient Insurance Compensation Fund: SPICF) เป็นแหล่งเงินสำหรับใช้จ่ายในการชดเชยดังกล่าว โดยจะมีผู้ดูแลรายเดียวในการจัดการกับการร้องเรียน ได้แก่ บริษัทชำนาญการที่อยู่ภายใต้การดูแลของผู้ให้ประกันเอกชนและผู้รับประกันร่วมที่กล่าวถึงข้างต้น โดยกองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วยเป็นหนึ่งในจำนวนกองทุนชดเชยที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะจำนวนหลายๆ กองทุนเช่น กองทุนชดเชยความเสียหายจากการใช้ยา กองทุนชดเชยอุบัติเหตุจากการกีฬาและยานพาหนะ (World Bank 2002; ACC 2003)

นอกจากนี้ ในปี ค.ศ. 1978 รัฐบาลร่วมกับบริษัทผู้ผลิตยา ได้จัดตั้งกองทุนที่ดูแลด้านการชดเชยความเสียหายจากการใช้ยาขึ้น ชื่อกองทุนชดเชยการประกันด้านเภสัชกรรม (The Swedish Pharmaceutical Insurance Compensation Association Fund: SPICAF) ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากบริษัทผู้ผลิตยา วัตถุประสงค์ คือ การชดเชยความเสียหายด้านการแพทย์ที่เกิดจากผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาอย่างถูกต้องเท่านั้น (ACC 2003; The Pharmaceutical

Insurance in Sweden 2004) ส่วนการใช้ยาที่ผิดพลาดจากข้อบ่งชี้หรือไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด จะอยู่ในความคุ้มครองของกองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วยอยู่แล้ว

3. พระราชบัญญัติการบาดเจ็บของผู้ป่วย ปี ค.ศ. 1996 (Patient Injury Act 1996)

ในปี ค.ศ. 1992 รัฐบาลมีการทบทวนระบบการชดเชยดังกล่าวและเสนอร่างกฎหมายใหม่เนื่องจากพบว่ายังมีผู้ให้บริการอีกจำนวนหนึ่ง (ประมาณร้อยละ 5) ที่ยังไม่เข้าร่วมในระบบประกันการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล ที่สำคัญ คือ ระบบประกันดังกล่าวให้การคุ้มครองผู้ที่ได้รับความเสียหายจากผู้ให้บริการที่ไม่ได้มีประกันด้วย ทำให้ผู้ให้บริการที่มีประกันอยู่แล้วไม่เห็นด้วย และระบบดังกล่าวยังไม่กระตุ้นผู้ให้บริการที่เหลือให้ทำประกัน นอกจากนี้ ในปี ค.ศ. 1993 สวีเดนมีกฎหมายที่ส่งเสริมการแข่งขันในการลงทุนเกิดขึ้น การมีบริษัทร่วมเพียงบริษัทเดียวในการดูแลการใช้จ่ายจึงไม่สอดคล้องกับกฎหมายดังกล่าว ในปี ค.ศ. 1994 จึงมีมติให้ยกเลิกบริษัทประกันร่วมที่มีก่อนหน้านี้ จัดตั้งบริษัทประกันร่วมของเขตมาแทนที่ (County Council Mutual Insurance Company: CCMIC) บริษัทประกันแห่งหนึ่งถอนตัวออกไป คณะกรรมการเขตมีการจัดตั้งหน่วยงานสำหรับดูแลบริษัทประกันร่วมของเขต ร่วมกับบริษัทที่เหลืออีก 2 บริษัท และตั้งคณะกรรมการที่ดูแลการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลขึ้น ขณะเดียวกันนั้น ในปี ค.ศ. 1987-1992 มีประเทศใกล้เคียงที่ใช้ระบบการชดเชยดังกล่าวด้วย ทำให้มีการศึกษาเปรียบเทียบมากขึ้น การทบทวนปรับปรุงโดยคณะกรรมการในครั้งนั้นได้รายงานเสนอให้มีกฎหมายที่แตกต่างหากจากกฎหมายละเมิดเดิม เพื่อควบคุมการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (World Bank 2002; Espersson 2000)

4. พระราชบัญญัติการบาดเจ็บของผู้ป่วย ปี ค.ศ. 1997 (Patient Injury Act 1997)

ในปี ค.ศ. 1997 มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติการบาดเจ็บของผู้ป่วย โดยการชดเชยยังอ้างอิงจากระบบการประกันสมัครใจเดิม แต่เปลี่ยนให้ผู้ให้บริการทุกคนต้องมีประกันการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ด้วย ผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นเอกชนจะต้องซื้อประกันจากบริษัทประกันเอกชน การให้บริการแก่ผู้ที่ได้รับอันตรายจากการรักษาทางการแพทย์ เป็นหน้าที่ตามกฎหมายที่ผู้ให้บริการทุกคนต้องดูแลพื้นฐานโดยไม่มีการปฏิเสธ บริษัทประกันมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องให้การประกันอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บที่เกิดจากการรักษาทางการแพทย์ตามที่กำหนด

อย่างไรก็ตาม สำหรับการประกันจากภาคเอกชนนั้น คำจำกัดความของ “การบาดเจ็บ” ยังมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการประกันที่เลือกใช้ มีการให้ความหมายของ “การบาดเจ็บทางกาย” กับ “การบาดเจ็บทางจิตใจ” โดยที่การบาดเจ็บทางจิตใจจะได้รับการชดเชยก็ต่อเมื่อมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทางกายเท่านั้น นอกจากนี้ บริษัทประกันสามารถเสนอข้อตกลงอื่นๆ ในการ

เสนอสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ สำหรับการบาดเจ็บจากการรักษาโดยแพทย์หรือผู้ให้บริการที่ไม่ได้มีการประกัน จะมีการจ่ายค่าชดเชยจากสมาคมการประกันตนผู้ป่วย (Patient Insurance Association) โดยที่ผู้ให้ประกันทุกรายจะต้องเป็นสมาชิกสมาคมดังกล่าว (Espersson 2000) การชดเชยจะครอบคลุมการให้บริการสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลที่บ้าน การจ่ายค่าชดเชยรายสัปดาห์ ภายใต้ระเบียบการประกันสังคม (ACC 2003; Adelman and Westerlund 2004)

5. ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ของประเทศสวีเดนในปัจจุบันนั้น มีการแบ่งออกเป็น 2 ระบบ คือ การชดเชยความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และการชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการใช้ยา มีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้²⁵

1) ความเสียหายที่ได้รับการชดเชย

ความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการจากบุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลที่ทำประกัน ไม่รวมผู้ให้บริการการแพทย์ทางเลือกที่ไม่มีใบอนุญาตหรือไม่ได้ปฏิบัติตามได้ความรับผิดชอบของผู้ได้รับใบอนุญาต โดยความเสียหายที่เข้าข่ายการขอรับการชดเชย ได้แก่ การเจ็บป่วยมากกว่า 30 วัน หรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 10 วัน หรือเสื่อมสมรรถภาพอย่างถาวร หรือเสียชีวิต แต่ต้องไม่เกิดความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามปกติของพยาธิสภาพของโรค หรือเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากการวินิจฉัยหรือรักษาโรคตามปกติ หรือเป็นความเสียหายเล็กน้อยที่ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ครอบคลุมการบริการสาธารณสุขทุกประเภท เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ความเสียหายที่เกิดจากการบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2) หลักเกณฑ์การวินิจฉัยเพื่อจ่ายค่าชดเชย มีดังต่อไปนี้

ก. ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลให้หมายความรวมถึง ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมในการทดลองทางการแพทย์ หรือผู้ที่บิโรคอวัยวะหรือส่วนประกอบทางชีววิทยาสำหรับการปลูกถ่าย หรือเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์อื่นๆ²⁶

ข. ความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเกี่ยวเนื่องกับบริการทางการแพทย์ในสวีเดน²⁷

ค. ความเสียหายนั้นต้องมีความเป็นไปได้ที่จะเข้าลักษณะ ดังต่อไปนี้²⁸

²⁵ จุฬสมา โพธิ์อุโมงค์, เล่มเดิม, หน้า 94-99.

²⁶ Section 2 Patient Injury Act 1996.

²⁷ Section 3 Patient Injury Act 1996.

²⁸ Section 6 Patient Injury Act 1996 and Espersson (2000) The Patient Injury Act: A Comment by Carl Espersson.

ก) ความเสียหายเกิดจากการรักษาทางการแพทย์ (Treatment Injury) ไม่ว่าจะเป็นการตรวจ การให้การดูแล การรักษา หรือการกระทำอย่างอื่นที่คล้ายกันที่สามารถหลีกเลี่ยงความเสียหายได้ ไม่ว่าจะเป็น โดยการใช้วิธีการในการปฏิบัติที่แตกต่างกัน หรือการเลือกใช้วิธีการอย่างอื่นที่เมื่อมีการประเมินการกระทำจากทัศนะทางการแพทย์แล้วจะทำให้การรักษามีอันตรายน้อยที่สุด

ข) ความเสียหายเกิดจากความบกพร่องของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ (Material - related Injury) หรือการใช้งานที่ไม่ถูกต้อง

ค) ความเสียหายจากการวินิจฉัยที่ผิดพลาด (Diagnostic Injury) เช่น การวินิจฉัยโรคผิด ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม หรือให้การรักษาล่าช้า เช่น การไม่ได้สังเกตอาการแสดง หรือการอธิบายอาการที่ผิดพลาดเมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ง) ความเสียหายจากการติดเชื้อในระหว่างการตรวจรักษา (Infection Injury)

จ) ความเสียหายจากอุบัติเหตุในระหว่างกระบวนการรักษา (Accident - related Injury) เช่น อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นระหว่างการตรวจรักษา การดูแล การเคลื่อนย้าย เป็นต้น แต่กรณีความเสียหายจากการใช้ชีวิตประจำวันจะไม่ได้รับการคุ้มครอง

ฉ) ความเสียหายจากการจ่ายยาผิดพลาด (Medication Injury) ชดเชยเฉพาะการจ่ายยาผิดพลาดที่ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้หรือไม่เป็นไปตามมาตรฐาน แต่จะไม่คุ้มครองผลข้างเคียงที่เกิดจากการจ่ายยาที่ถูกต้องตามมาตรฐานแล้ว (ในกรณีดังกล่าวเป็นความรับผิดชอบของกองทุนชดเชยการประกันด้านเภสัชกรรม)

การพิจารณาสิทธิในการชดเชยที่มีสาเหตุมาจากกระบวนการในการรักษาในข้อ ก) และการวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้องในข้อ ค) อยู่ภายใต้การพิจารณาตามแนวทางการปฏิบัติของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์หรือผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ในด้านนั้นๆ และการติดเชื้อในข้อ ง) หากโดยสภาพแวดล้อมของการติดเชื้อนั้นสามารถต้านทานได้ จะไม่มีสิทธิได้รับค่าชดเชย โดยการพิจารณาขึ้นอยู่กับธรรมชาติและความรุนแรงของความเจ็บป่วยหรือความเสียหายซึ่งขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพของผู้ป่วยและความน่าจะเป็นของการติดเชื้อ

3) ข้อยกเว้นการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ได้แก่²⁹

ก. ความเสียหายที่เป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรค หรือการรักษาความเจ็บป่วย หรือความเสียหายซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลกระทบต่อชีวิตหรือได้รับการอย่างรุนแรง

²⁹ Section 7 Patient Injury Act 1996.

ข. ความเสียหายที่มีสาเหตุมาจากยาหรือเวชภัณฑ์นอกเหนือจากความเสียหายที่เกิดจากการจ่ายยาผิดพลาด

4) องค์ประกอบผู้พิจารณาวินิจฉัยการจ่ายค่าชดเชย

คณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย มีองค์ประกอบ 5-7 คน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์จำนวน 3 คน ผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการฝ่ายละเท่าๆ กัน คณะกรรมการประเมินค่าชดเชย มีองค์ประกอบ 5-7 คน อย่างน้อยต้องประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์ ด้านคนพิการ ด้านการคุ้มครองสิทธิ³⁰ คณะกรรมการอุทธรณ์ (Patient Claims Panel) ประกอบด้วยประธาน 1 คน ซึ่งเป็นหรือเป็นผู้ดำรงตำแหน่งผู้พิพากษาและสมาชิกอื่นๆ อีก 6 คน มาจากตัวแทนของผู้รับบริการ 3 คน มาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 คน เป็นผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการประกันภัยความเสียหาย 1 คน และเป็นผู้มีความรู้พิเศษในงานบริการสุขภาพอีก 1 คน คณะกรรมการมีวาระคราวละ 3 ปี³¹

5) สิทธิที่จะได้รับในการชดเชย

การชดเชยถูกกำหนดโดยอ้างอิงจากหลักการชดเชยความเสียหายที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด ปี ค.ศ. 1972 (Tort Liability Act 1972) หลักการแนวทางโดยรวมเบื้องหลังการออกกฎหมายนี้ คือ ผู้เสียหายมีสิทธิที่จะได้รับชดเชยจากการสูญเสียของพวกเขาอย่างเต็มที่ การจ่ายค่าชดเชยโดยทั่วไปประกอบด้วยสองส่วน คือ ความเสียหายเป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน ความเสียหายที่เป็นตัวเงินครอบคลุมถึง การสูญเสียรายได้และค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น เนื่องจากการได้รับความเสียหาย แต่ไม่ครอบคลุมการชดเชยตามกฎหมายอื่นและกรรมธรรม์ประกันอื่น ความเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงินจะชดเชยสำหรับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ความพิการและการเสียโฉม และการสูญเสียความสะดวกสบาย ระดับของการสูญเสียกำหนดตามตารางตามประเภทของความเสียหาย ความรุนแรงและระยะเวลา³² ผู้ป่วยที่เสียชีวิต ครอบครัวจะมีสิทธิได้รับค่าฌาปนกิจ ค่าขาดไร้อุปการะ ผู้เรียกร้องอาจรับเงินชดเชยเป็นเงินก้อนเนื่องจากความพิการ

³⁰ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และหทัยชนก สุมาลี. (2553). ทางเลือกเชิงนโยบายเรื่องกองทุนเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข. หน้า 17-18.

³¹ Espersson (2000) The Patient Injury Act: A Comment by Carl Espersson.

³² Hellbacher, U., Espersson, C. and Johansson, H. (2007) Patient injury compensation for healthcare-related injuries in Sweden (www.patientforsakring.se/international/english).

ถาวร การชดเชยการสูญเสียความสามารถในการทำงาน การชดเชยการสูญเสียรายได้และการสูญเสียสิทธิการได้รับบำนาญในอนาคตเนื่องจากความเสียหายทางการแพทย์³³

6) การใช้สิทธิฟ้องร้องต่อศาล

หากผู้เรียกร้องไม่พอใจกับการตัดสินโดยบริษัทประกัน ผู้เรียกร้องมีสิทธิที่จะเลือกว่าจะนำข้อเรียกร้องของตนเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการอุทธรณ์ หรือดำเนินการโดยตรงไปยังศาล³⁴ และเงินที่ได้รับการชดเชยไปแล้วถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทน

7) ความเชื่อมโยงกับองค์การวิชาชีพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

การดำเนินการทางวินัยทั้งหมดจะแตกต่างกันหากจากระบบการชดเชย ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล สวีเดนกำหนดให้ผู้ให้บริการมีหน้าที่รายงานรายละเอียดของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นไปยังคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ (National Board of Health and Welfare: NBW) และถ้าพบว่าความผิดพลาดดังกล่าวมาจากผู้ให้บริการคนหนึ่งๆ ข้อมูลจะถูกส่งต่อไปยังคณะกรรมการความรับผิดชอบทางการแพทย์ (Medical Responsibility Board: MRB) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลและควบคุมวิชาชีพ โดยที่คณะกรรมการความรับผิดชอบทางการแพทย์ทำหน้าที่ตัดสินลงโทษ แต่ไม่มีบทบาทในการพิจารณาจ่ายค่าชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นแต่อย่างใด กระบวนการชดเชยเป็นหน้าที่ของระบบประกันผู้ป่วยที่แยกออกมาต่างหาก

การวิเคราะห์ความผิดพลาดทางการแพทย์เพื่อเพิ่มความปลอดภัยผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในประเทศสวีเดนโดยใช้การวิเคราะห์สาเหตุของเหตุการณ์ที่นำไปสู่การเรียกร้องที่เกิดจากความเสียหายทางการแพทย์ภายใต้ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด มีการเข้าเยี่ยมชมโดยผู้แทนของบริษัทประกันที่โรงพยาบาล และมีการอภิปรายว่าอะไรเป็นสิ่งที่สามารถทำได้เพื่อหลีกเลี่ยงความเสียหายทางการแพทย์ดังกล่าวในอนาคต มีการจัดประชุมความปลอดภัยผู้ป่วยแห่งชาติ (National Patient Safety Conferences) เป็นประจำ โดยผู้เข้าร่วมประชุมเป็นผู้แทนจากสมาคมโรงพยาบาลแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ และแพทย์ เพื่อนำมาปรับปรุงความปลอดภัยในการให้การดูแลสุขภาพในสวีเดน³⁵

จากการศึกษาถึงกฎหมายว่าด้วยการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของต่างประเทศดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าปัจจุบันประเทศต่างๆ ได้มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข จากการชดเชยบน

³³ Essinger, K. (2009) Report on the Swedish Medical Injury Insurance (www.patientforsakring.se/international/english/articles.asp).

³⁴ Espersson (2000) The Patient Injury Act: A Comment by Carl Espersson.

³⁵ Essinger, K. (2009) Report on the Swedish Medical Injury Insurance. pp. 5-7.

พื้นฐานของการพิสูจน์ความผิด มาเป็นการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดมาก
ขึ้น