

การเปรียบเทียบปัจจัยในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณี
ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ร้อยเอกหญิงพาริน แก้วเทศ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การเปรียบเทียบปัจจัยในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณี
ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ร้อยเอกหญิงพาฝัน แก้วเทศ

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ฉัตรสุมน พงศ์มิญโญ,

ปช.ด.(ประชากรศาสตร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์เชษฐ รัชดาพรรณากุล,

ศษ.ด.(ประชากรศึกษา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์นันทน์ ศิริโชติรัตน์,

Dr.P.H.(Preventive Care)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.(ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์สุธี อยู่สถาพร,

D en D (Regime 1984) (Hons.)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การเปรียบเทียบปัจจัยในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณี
ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข

วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2557

ร้อยเอกหญิงพาฝัน แก้วเทศ

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์เชษฐ รัชดาพรธัญกุล,

ศษ.ด.(ประชากรศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์,

ศ.ด.(บริหารสาธารณสุข)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์นันทน์ ศิริโชติรัตน์,

Dr.P.H.(Preventive Care)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ฉัตรสุมน พฤตภิณูโย,

ปช.ด.(ประชากรศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.(ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พบ., อ.ว.(ระบาดวิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร. นัทรสุมณ พฤทธิภิญโญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร. เขษม รัชดาพรธนาธิกุล รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือ เสียสละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษา แนะนำข้อคิดเห็นต่าง ๆ ของการวิจัยมาโดยตลอดจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอขอบพระคุณประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ ที่กรุณาให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุขทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ ความเข้าใจให้คำปรึกษาด้านวิชาการเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินการวิจัย และให้กำลังใจตลอดการศึกษารวมทั้งเจ้าหน้าที่ธุรการของภาควิชาบริหารงานสาธารณสุขทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกอย่างดียิ่งเยี่ยม ในการประสานงานในการศึกษาตลอดมา

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงต่อ นายพรหมมินทร์ หอมหวล ผู้อำนวยการสำนักงานกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นางสลินลา สิงห์พันธุ์ และบุคลากรสำนักงานกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือด้านข้อมูลและ คำแนะนำต่าง ๆ ที่มีประโยชน์อีกทั้งยังอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ เป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สมาชิกทุกคนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมนักศึกษาปริญญาโทสาขาวิชาเอกกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุขทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจเสมอมา จนผู้วิจัยทำงานวิจัยสำเร็จและสำเร็จการศึกษา

ร้อยเอกหญิงพาสัน แก้วเทศ

การเปรียบเทียบปัจจัยในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

COMPARATIVE FACTORS ON DETERMINING HEALTH SERVICE DAMAGE COMPENSATION FOR HEALTH CARE PROVIDERS

ร้อยเอกหญิงพาดิน แก้วเทศ 5437302 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จัตุรสมน พงศ์กัญญา, ปช.ค.(ประชากรศาสตร์), เศรษฐ รัชดาพรธนาธิกุล, ศษ.ค.(ประชากรศึกษา), นิตินันท์ สิริโชติรัตน์, Dr.P.H.(PREVENTIVE CARE)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยในการพิจารณาของคณะกรรมการกับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายที่มีการบันทึกรวบรวมไว้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่เดือนตุลาคม ปีพ.ศ. 2551-เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 344 ราย เป็นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรค 253 ราย และกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี 91 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นสองชั้น โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ t-test และ ANOVA และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Scheffe และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมด้วย โดยเครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคและกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน กรณีติดเชื้อวัณโรคในปัจจัยพิจารณาด้าน ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย และระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน ส่วนกรณีถูกเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีไม่พบความแตกต่างกัน ส่วนด้านลักษณะงานที่รับผิดชอบทั้งกรณีติดเชื้อวัณโรคและกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีไม่พบความแตกต่างกัน ส่วนผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่า เหตุผลประกอบมติการพิจารณาในแต่ละเขตพื้นที่ยังพบจุดที่แตกต่างกัน ส่วนเหตุผลประกอบมติของคณะกรรมการนั้นเห็นว่าความเสียหายที่มีการยื่นอุทธรณ์ส่วนใหญ่เป็นเหตุสุดวิสัยและบางกรณีสมควรได้รับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ควรมีการพัฒนาเกณฑ์หรือสร้างตัวชี้วัดเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย และควรมีการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีโรคติดเชื้อหรือโรคอุบัติการณ์ใหม่ร่วมด้วย อีกทั้งควรมีการเปิดเผยถึงสถิติและเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินใจเพื่อเพิ่มความโปร่งใสและความเชื่อมั่นให้แก่องค์กรสืบไป

คำสำคัญ: ผู้ให้บริการสาธารณสุข / การจ่ายเงินช่วยเหลือ / ความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

**COMPARATIVE FACTORS ON DETERMINING HEALTH SERVICE DAMAGE
COMPENSATION FOR HEALTH CARE PROVIDERS****CAPTAIN PAPHAN KAEWTES 5437302 PHPH/M****M.Sc.(PUBLIC HEALTH) PROGRAM IN MEDICAL AND PUBLIC HEALTH LAW
ADMINISTRATION****THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHARDSUMON PRUTIPNYO, PhD.
(DEMOGRAPHY), CHET RATCHADAPNATHIKUL, Ph.D.(DEMOGRAPHIC STUDY),
NITHAT SIRICHOTRAT, Dr. P.H.(PREVENTIVE CARE)****ABSTRACT**

This research is a survey research using secondary data. This research has the purpose of comparing consideration factors of Sub-committee and the amount paid for assistance to compensate in cases that health care providers suffered damage from health service. The sample group used in this study contained health care providers who suffered from damages, collected and recorded at National Health Security Office from October 2008 to September 2012. There were 344 people in the sample group, containing health care providers who suffered damage from infection of tuberculosis for 253 people; health care providers who were stabbed by needles and sharpened articles into muscles which had involvement with HIV for 91 people. The methodology was stratified into two levels. The analysis was made by using statistics, t-test and ANOVA. There was a test of dual difference by using the Scheffe methodology. The data analysis was made by mixing with qualitative research method. The used tools were data record form that the researcher prepared for checking by qualified people and advisors.

From the study result, it was found that level of severity of damage in case of infection of tuberculosis and case of stabbing by needles and sharpening articles cut into skin involving with infection of HIV comparing with the amount of assistance money to compensate in case health care providers suffered from damage from health service had difference. The case of infection of tuberculosis was the factor for consideration of nature of damage. Condition of health after suffering from damage and period of suffering from damage and amount of assistance money for compensation in case health care providers suffered from damage from health service had difference. There was no difference found in case of stabbing by needles and sharpening articles cut into skin involving with infection of HIV. In the aspect of work nature that health care providers were responsible, there was no difference found in case of infection of tuberculosis and case of stabbing by needles and sharpening articles cut into skin involving with infection of HIV. The result of qualitative analysis, it was found that the reasons for the resolutions for consideration in each area, there were different points found. The reasons for the resolution for consideration, the researcher found that damage that there were most complainants submitted appeal which was force majeure and some cases were appropriate to receive assistance money for compensation increasingly.

Recommendation from this research is that there should be development of criteria or making of indicators to create fairness to health care providers who suffer from damage and there should be consideration and paying of assistance money in case of infected diseases or new incidence diseases. Furthermore, there should be disclosure of statistics and criteria used in decision to increase transparency and trust to the organization further.

**KEY WORDS: HEALTH CARE PROVIDERS / PAYING OF ASSISTANCE MONEY /
DAMAGE FROM HEALTH SERVICE****180 pages**

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
สมมุติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตในการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดวิจัย.....	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับอาชีพอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน.....	7
ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับพระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน.....	24
ส่วนที่ 3 แนวคิดการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการ สาธารณสุข.....	32
ส่วนที่ 4 ปัญหาความเป็นธรรมและการวินิจฉัยของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ	41
ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	56
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	56
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	60

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ.....	64
ส่วนที่ 2 ระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายกรณี คิดเชื้อวันโรคและกรณีความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์ กับเชื้อเอชไอวี.....	66
ส่วนที่ 3 ปัจจัยการพิจารณา ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย ในการพิจารณาของ คณะกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข.....	67
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีคิดเชื้อวันโรคและกรณี เข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินที่จ่ายเงิน ช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการ สาธารณสุข.....	71
ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบปัจจัยการพิจารณา ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับ ความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายใน การพิจารณาของคณะกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการ ชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข....	73
ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....	77
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย.....	117
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	134
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย.....	139
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ.....	150
บรรณานุกรม.....	164
ภาคผนวก.....	170
ประวัติผู้วิจัย.....	180

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 จำนวนผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบจำแนกตามชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุ ปี พ.ศ. 2553.....	13
2.2 การแปรผลการอ่านสไลด์ด้วยกล้องจุลทรรศน์.....	14
2.3 สถิติการได้รับความเสียหายของผู้ให้บริการจากการให้บริการทางสาธารณสุขจำแนกตามแผนการให้บริการ ปีงบประมาณ 2554.....	23
2.4 สรุปสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานปี พ.ศ. 2554.....	31
2.5 ผลการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ กรณีผู้ให้บริการ ปีงบประมาณ 2547-2555	34
2.6 การบริหารงบประมาณกองทุนบริหารการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2556 แบ่งตามประเภทบริการต่าง ๆ.....	35
3.1 จำนวนการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2551- เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 และจำนวนผู้ได้รับการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยความเสียหายกรณีจากการถูกเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดและกรณีติดเชื้อวัณโรค.....	57
3.2 การแบ่งเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	58
4.1 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ.....	65
4.2 จำนวนและร้อยละระดับความรุนแรงของความเสียหายในการพิจารณาของคณะกรรมการ.....	67
4.3 จำนวนและร้อยละของความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรค.....	68
4.4 จำนวนและร้อยละความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี.....	70
4.5 ค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีติดเชื้อวัณโรค จำแนกตามระดับความรุนแรงของความเสียหาย.....	72
4.6 ค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามระดับความรุนแรงของความเสียหาย.....	72

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.7 ค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีวันโรคจำแนกตามลักษณะ ความเสียหาย.....	73
4.8 ค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีวันโรคจำแนกตามภาวะสุขภาพ หลังได้รับความเสียหาย.....	74
4.9 ค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีวันโรคจำแนกตามภาวะสุขภาพ หลังได้รับความเสียหายตามรายคู่.....	74
4.10 ค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีเจ็บป่วยและของมีคมบาดที่ สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย.....	75
4.11 ค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีวันโรคจำแนกตามระยะเวลา ที่ได้รับความเสียหาย.....	75
4.12 ค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีวันโรคจำแนกตามระยะเวลาที่ ได้รับความเสียหายตามรายคู่.....	76
4.13 ค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีเจ็บป่วยและของมีคมบาดที่ สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย.....	76
4.14 การเปรียบเทียบลักษณะงานที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการ ให้บริการสาธารณสุขกรณีวันโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข.....	77

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.15 การเปรียบเทียบลักษณะงานที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีเจ็บที่มด้าและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข.....	77
4.16 สรุปกรณีศึกษาเหตุผลประกอบมติการพิจารณาของคณะอนุกรรมการเขตที่ 5 เขตที่ 6 และเขตที่ 13.....	109
4.17 สรุปมติการพิจารณาของคณะอนุกรรมการและคณะกรรมการในการพิจารณาความเสียหาย.....	115

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ดังนั้นจึงต้องมีการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545: 28)

การรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานนั้นมียุทธศาสตร์ประกอบที่สำคัญหลายประการ ทรัพยากรด้านบุคคลหรือที่เรียกกันทั่วไปว่าผู้ให้บริการ เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการขับเคลื่อนการรักษาให้ได้มาตรฐาน เป็นกลุ่มพลังหลักที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ งานด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีหน้าที่บำบัดทุกข์และสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนที่มารับบริการ มีภาระความรับผิดชอบในการช่วยเหลือ ดูแลรักษาทางด้านสุขภาพ เป็นที่พึ่งพิงของประชาชนโดยทั่วไป ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานจึงต้องมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงสมบูรณ์เพื่อสามารถปฏิบัติภารกิจหน้าที่ในการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (สารัตน์ สองเมืองสุข และคณะ, 2554: 263-264) แต่จากรายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2554 ด้านการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการในภาพรวมพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการบริการสูงกว่าผู้ให้บริการ โดยคะแนนความพึงพอใจของผู้ให้บริการในปี พ.ศ. 2554 คิดเป็นร้อยละ 66.86 ลดลงจากปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 11.89 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังคงมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดการบางอย่างที่ไม่ตรงกับความต้องการของผู้ให้บริการ และ จากคู่มือประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล (ฉบับปรับปรุงแก้ไข 2554) (สำนักโรคและการประกอบอาชีพจากสิ่งแวดล้อม, 2554: 5) อ้างในรายงานของสถาบันอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute for Occupational Safety and Health: NIOSH) ในปี ค.ศ. 1988 พบว่าผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพในลักษณะเฉียบพลันสูงกว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในอาชีพอื่น ๆ ทั้งหมดถึง 1.5 เท่า

รวมถึงปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เช่น ดื่มเครื่องดื่มต่าง ๆ เป็นต้น ในการดูแล ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในสาขาต่าง ๆ ทั้งสวัสดิการความปลอดภัยและสุขภาพอนามัยนั้นจึงนับเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

ในปัจจุบัน เพื่อป้องกันไม่ให้เจ้าหน้าที่ หรือผู้ปฏิบัติงานได้รับการบาดเจ็บ พิการ หรือตาย จากอุบัติเหตุจากการทำงาน (กองอาชีวอนามัย, 2546: 1)

เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสนสัมผัสกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพอนามัยและความไม่ปลอดภัยต่าง ๆ อย่างหลีกเลี่ยงมิได้ ตลอดทั้งงานในสถานพยาบาลมีลักษณะและกระบวนการในการทำงานที่มีความสลับซับซ้อนจึงมีผลให้บุคลากรบางส่วนเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออุบัติเหตุ การให้บริการสาธารณสุขบางครั้ง ผู้ให้บริการเองก็อาจได้รับความเสียหายจากการให้บริการได้ ซึ่งความเสียหายดังกล่าวอาจเกิดขึ้นได้ในหลายกรณี ดังนั้นเพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหาย กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้กำหนดให้มีมาตรการในการช่วยเหลือเบื้องต้น โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกข้อบังคับเพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นไว้ โดยการช่วยเหลือดังกล่าวจะ ไม่เป็นการตัดสิทธิของผู้ให้บริการที่จะพึงได้รับตามกฎหมาย ระเบียบ หรือกฎหมายอื่น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข โดยแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยเขตพื้นที่ เพื่อทำหน้าที่พิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 18(4) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เกณฑ์ในการตัดสินใจนั้นผู้พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ กำหนดให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยเขตพื้นที่ ที่เลขาธิการแต่งตั้งจากบุคคลที่มีประสบการณ์และมีความรู้ความสามารถ จำนวน 5-7 คน เพื่อทำหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ และถ้าเห็นว่าเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือก็ต้องพิจารณาว่าควรจ่ายเงินเป็นจำนวนเท่าใด ทั้งนี้ การพิจารณาให้คำนึงถึงประเภทและความรุนแรงของความเสียหายด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555: 200-202) หลังจากทีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 จากรายงานพบว่า ผู้ยื่นคำร้องซึ่งได้รับความเสียหายจากการให้บริการส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ส่วนความเสียหายที่เป็นสาเหตุให้มีการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นคือ 1) เกิดจาก เข็มตำ หรือถูกของมีคมบาด 2) เกิดจากการสัมผัสสารคัดหลั่ง จากผู้ป่วยกระเด็นเข้าหน้าตาหรือสัมผัสบริเวณที่มีบาดแผล 3) เกิดจากการได้รับเชื้อวัณโรค 4) เกิดจากกรณีถูกผู้ป่วยทำร้าย 5) เกิดจากกรณีอื่น ๆ (สำนักงานกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

จากการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือภายหลังจากที่มีการพัฒนาเกณฑ์และแนวทางการพิจารณาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขที่มีการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยพบประเด็นที่น่าสนใจคือ ในบางกรณีความเสียหายที่เกิดประเภทเดียวกันและความรุนแรงคล้ายคลึงกันการได้รับเงินช่วยเหลือกับเป็นจำนวนที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิตพงษ์ เกษสมบูรณ์และคณะ (2553: 82-86) พบว่ามีปัญหาความไม่สม่ำเสมอและคลุมเครือในการวินิจฉัยเพื่อการตัดสินใจจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (ตามมาตรา 41) ซึ่งนำไปสู่ปัญหาความไม่เป็นธรรม อีกทั้งจากรายงานสถิติสำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2556) พบว่ามีจำนวนผู้ยื่นอุทธรณ์เพิ่มมากขึ้น คือในปีงบประมาณ 2550 มีจำนวนผู้ยื่นอุทธรณ์ 2 ราย ปีงบประมาณ 2551 มีจำนวนผู้ยื่นอุทธรณ์ 19 ราย ปีงบประมาณ 2552 มีจำนวนผู้ยื่นอุทธรณ์ 33 ราย ปีงบประมาณ 2553 มีจำนวนผู้ยื่นอุทธรณ์ 22 ราย ปีงบประมาณ 2554 มีจำนวนผู้ยื่นอุทธรณ์ 21 รายและในปีงบประมาณ 2555 มีผู้ยื่นอุทธรณ์ทั้งสิ้นจำนวน 19 ราย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข โดยเปรียบเทียบปัจจัยการพิจารณาของคณะอนุกรรมการทั้ง 13 เขตพื้นที่ ในกรณีความเสียหายที่คล้ายกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 ภายหลังจากได้มีการปรับปรุงประกาศหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขในปี พ.ศ.2551 แต่ยังไม่มีการวิเคราะห์หรือประเมินผลประกาศดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการปรับปรุงเกณฑ์การพิจารณาเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ผู้ให้บริการ ลดจำนวนการยื่นอุทธรณ์เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข และบรรลุลวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของการออกข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

คำถามการวิจัย

มีปัจจัยอะไรบ้างในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขของกองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2551-2555 และการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของความเสียหายในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยการพิจารณา ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

สมมุติฐานการวิจัย

1. ระดับความรุนแรงของความเสียหายในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการกับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขแตกต่างกัน
2. ปัจจัยการพิจารณาเกี่ยวกับ ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ และระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขแตกต่างกัน

ขอบเขตในการวิจัย

ศึกษาเฉพาะผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขโดยการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2551 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2551-เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 รวมทั้งสิ้นจำนวน 2,361 ราย โดยขอข้อมูลสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบ ทั้งนี้ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์จะไม่ระบุชื่อผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย สถานพยาบาลของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย และนำเสนอเฉพาะในภาพรวมเท่านั้น

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

คณะอนุกรรมการ ในงานวิจัยนี้หมายถึง คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยที่ได้รับการแต่งตั้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขตพื้นที่ ในงานวิจัยนี้หมายถึง เขตพื้นที่ที่แบ่งตามความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ เขต 1 เชียงใหม่ เขต 2 พิษณุโลก เขต 3 นครสวรรค์ เขต 4 สระบุรี เขต 5 ราชบุรี เขต 6 ระยอง เขต 7 ขอนแก่น เขต 8 อุตรธานี เขต 9 นครราชสีมา เขต 10 อุบลราชธานี เขต 11 สุราษฎร์ธานี เขต 12 สงขลา และเขต 13 กรุงเทพมหานคร

ลักษณะความเสียหาย ในงานวิจัยนี้ หมายถึง อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นขณะและหลังได้รับความเสียหาย

ระดับความรุนแรงของความเสียหาย ในงานวิจัยนี้หมายถึง ระดับความรุนแรงของประเภทความเสียหาย (บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง) คือ น้อย หมายถึง ได้รับบาดเจ็บไม่สาหัสไม่ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะเป็นผู้ป่วยใน ปานกลาง หมายถึง ได้รับบาดเจ็บไม่สาหัส คือ เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลและนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะเป็นผู้ป่วยใน เป็นเวลาไม่เกิน 20 วัน มาก หมายถึง ได้รับบาดเจ็บสาหัส คือ เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลและนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะเป็นผู้ป่วยในเป็นเวลานานเกิน 20 วัน

ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ในงานวิจัยนี้หมายถึง ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย คืออาการผิดปกติกับร่างกายหลังได้รับความเสียหาย เช่น กรณีเข็มทิ่มตำมีบาดแผล มีอาการปวด บวม กรณีเป็นวันโรคมีรอยโรคในปอด หรือมีความผิดปกติแทรกซ้อนอย่างอื่น ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติตนหลังเกิดความเสียหายด้วย เช่น การเข้าพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา การรับประทานยา หรือการได้รับภาวะแทรกซ้อนแพ้ยาหรือดื้อยา เป็นต้น

ลักษณะงานที่รับผิดชอบขณะที่ได้รับความเสียหาย ในงานวิจัยนี้หมายถึง งานทางด้านสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบขณะที่ได้รับความเสียหาย การให้การรักษาพยาบาลโดยตรง เช่น การดูแลผู้ป่วยที่เป็นวันโรค การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ การให้การสนับสนุนทางการรักษาพยาบาล เช่น การขนส่งเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลความสะอาดอาคารสถานที่พักผู้ป่วย เป็นต้น

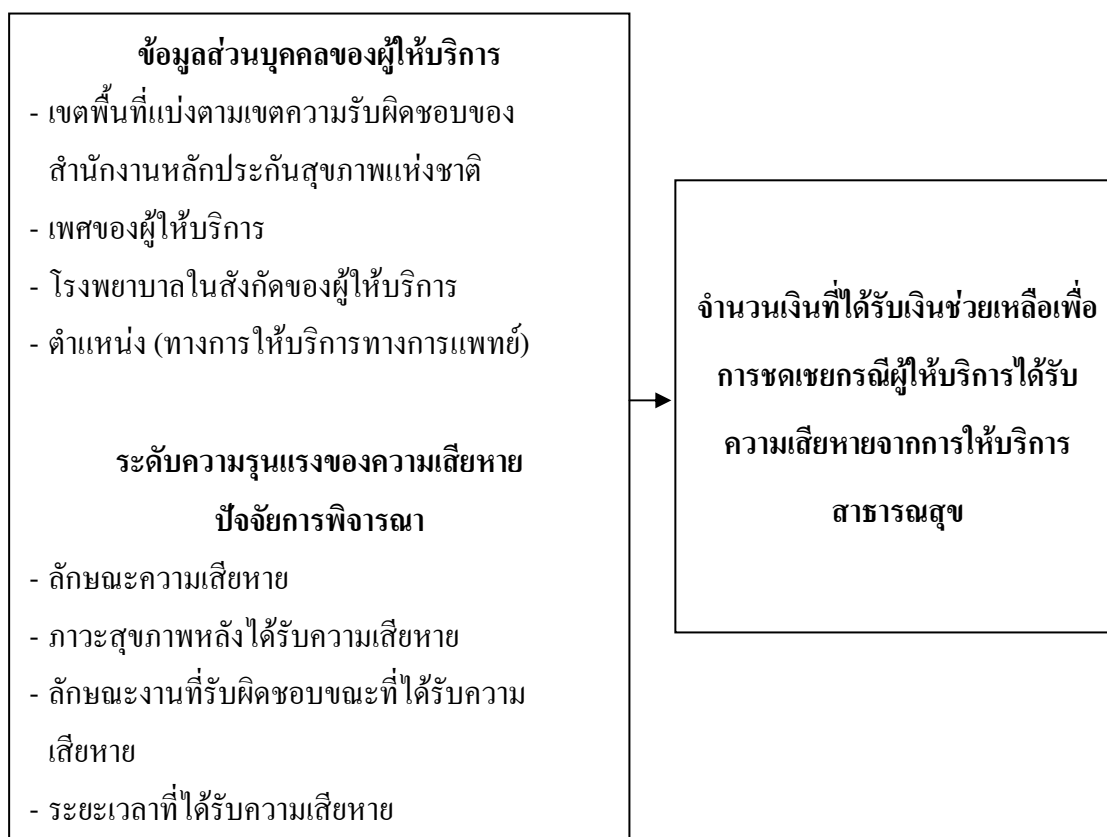
ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย ในงานวิจัยนี้ หมายถึง ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะเวลาที่พักรักษาตัวที่บ้านรวมกัน จนกว่าจะหายเป็นปกติ น้อย หมายถึง ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายไม่เกิน 3 วัน ปานกลาง หมายถึง ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายมากกว่า 3 วัน แต่ไม่เกิน 20 วัน มาก หมายถึง ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายมากกว่า 20 วัน

จำนวนเงินที่ได้รับเงินชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขในงานวิจัยนี้ หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้ให้บริการได้รับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขตามมติของคณะอนุกรรมการวินิจัย

กรอบแนวคิดวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาเรื่อง “การเปรียบเทียบปัจจัยในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข” ผู้วิจัยได้ค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน

ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับพระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน

ส่วนที่ 3 แนวคิดการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 4 ปัญหาความเป็นธรรมและการวินิจฉัยของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ

ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน

ในอดีตการดูแลเรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานมักไม่มีรูปแบบให้เห็นเด่นชัด ประเทศไทยเริ่มให้ความสำคัญมากขึ้นเมื่อได้มีการบรรจุเรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 และเริ่มพัฒนามาเรื่อย ๆ โดยมีการประกาศไว้ในประกาศกระทรวงมหาดไทย พ.ศ.2528 เกี่ยวกับการควบคุมดูแลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2541 ได้มีการออกพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 ขึ้น และได้มีการบัญญัติสาระสำคัญเกี่ยวกับอาชีวอนามัยไว้ใน พ.ร.บ. ฉบับนี้ด้วย (เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล, 2554: 116-126)

1.1 การเกิดโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

จากข้อมูลสำนักงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2553 มีรายงานสถานการณ์ปัญหาโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมทั่วประเทศพบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคจากสารเคมีจากการประกอบอาชีพเป็นจำนวน 2,141 ราย โดยเป็นโรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและสัตว์

มากที่สุดเป็นจำนวน 1,705 ราย รองลงมาคือ โรคพิษจากผลิตภัณฑ์ปิโตรเลียม 165 ราย โรคปอดนิว-
โมโคโอซิส 135 ราย โรคพิษจากก๊าซและไอรระเหย 69 ราย โรคพิษแมงกานีสพิษปรอทและสารหนู
42 ราย และโรคพิษตะกั่ว 25 ราย และจากข้อมูลของกองทุนทดแทน สำนักงานประกันสังคม ใน
ปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานทั่วประเทศเป็นจำนวน 176, 502
ราย โดยพบผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมากที่สุดเป็น
จำนวน 111, 740 ราย รองลงมาคือภาคกลางเป็นจำนวน 40,892 ราย ภาคใต้ 8,220 ราย ภาคเหนือ
8,165 ราย และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 7,485 รายตามลำดับ โรคการเจ็บป่วยและประสบอันตราย
ส่วนใหญ่มาจากการเกิดอุบัติเหตุ เช่น ตกจากที่สูง หกล้ม ลื่นล้ม วัตถุระเบิด วัตถุหรือสิ่งของตัด/
หนีบ/ดิ่ง/กระเด็นเข้าตา รองลงมาคือ การสัมผัสสิ่งมีพิษหรือสารเคมี และโรคที่เกิดจากการทำงาน
โดยพบว่าสิ่งที่ทำให้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนั้นเนื่องมาจากวัตถุหรือสิ่งของ เครื่องมือ เครื่องจักร
และสภาพจากการทำงานเป็นสำคัญ นอกจากนั้นมีรายงานโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
ที่สำคัญได้แก่

1. โรคการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน (Noise induced Hearing Loss) จากการตรวจสมรรถภาพการได้ยินในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพจำนวน 220 ราย ในโรงพยาบาลจังหวัดชลบุรี
ในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีความผิดปกติการได้ยินจำนวน 138 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.7 และจากการ
สำรวจประชากร 1,355 ราย ในเขตลาดกระบังของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
ในปี 2551 พบการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังจำนวน 178 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.1 โดยทั้งนี้ข้อมูล
ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับอายุ และการเคยทำงานในที่ที่มีเสียงดัง

2. โรคพิษสารละลายอินทรีย์ (Organic Solvents) จากรายงานของสำนักงาน
ระบาดวิทยาปี 2551 พบผู้ป่วยด้วยโรคจากสารเคมีจากการประกอบอาชีพทั่วประเทศเป็นจำนวนทั้งสิ้น
2, 141 ราย โดยเป็นโรคพิษจากการสารเคมีจากผลิตภัณฑ์ปิโตรเลียม 165 ราย โรคจากพิษก๊าซและ
ไอรระเหย 69 ราย

3. โรคปอดจากฝุ่นหินทราย (Silicosis) จากรายงานของสำนักงานโรคจาก
การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมร่วมกับสำนักป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดทั่วประเทศ เรื่องการเฝ้าระวังโรคปอดจากฝุ่นหินทรายในช่วงปี 2545-2552 พบว่ามีแนวโน้ม
สมรรถภาพปอดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น

4. โรคปอดจากแร่ใยหิน (Asbestosis) จากรายงานการเฝ้าระวังและค้นหา
โรคปอดจากแร่ใยหินของกรมควบคุมโรคในปี 2551 ในกิจการประเภทเดียวกันจำนวน 14 แห่ง ใน
กลุ่มเสี่ยง พบว่ามีผู้ผิดปกติที่เกิดจากโรคปอดจากแร่ใยหิน จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.9 และม
ีความผิดปกติที่มีแนวโน้มการเกิดโรคปอดจากแร่ใยหิน ในอนาคตจำนวน 20 ราย

5. โรคและความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้ทำงานนอกระบบ 24.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 63.3 และจากผลการสำรวจพบว่ามีการทำงานนอกระบบเคยได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานมีจำนวนถึง 4.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.9 และจากสถิติในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีแรงงานนอกระบบที่ได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอุบัติเหตุมีจำนวนเฉลี่ยวันละ 12,603 รายต่อวัน โดยลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุและบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากการถูกของมีคมบาดหรือทิ่มแทงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.7

6. โรคและสิ่งคุกคามสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยพบว่าสิ่งคุกคามจากสภาพแวดล้อมการทำงานที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ สิ่งคุกคามทางด้านชีวภาพ 18,385 ราย รองลงไปที่คือ อุบัติเหตุหรือสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ปลอดภัยอันเนื่องมาจาก สิ่งคุกคามทางกายภาพ กลศาสตร์ เคมี และด้านจิตวิทยาสังคม เป็นต้น

ปัจจัยหลักในการก่อให้เกิดโรคและความเสี่ยงจากการทำงานมีอยู่ 3 ปัจจัยคือ (สาขาชีวอนามัยและความปลอดภัย สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, 2549: 2)

1. สภาพของผู้ทำงาน (workers) เด็กและผู้สูงอายุหรือสตรีมีครรภ์มีโอกาสเกิดโรคจากการทำงานได้มากขึ้น กรรมพันธุ์มีผลต่อการเกิดโรคบางชนิด ลักษณะรูปร่างผู้ปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสมกับสภาพการทำงานสามารถก่อให้เกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก และพฤติกรรมของผู้ทำงานมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการเกิดโรคจากการทำงาน ประสิทธิภาพการทำงานของผู้ทำงานมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน โดยผู้ที่มีประสิทธิภาพน้อยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ค่อนข้างมาก นอกจากนี้ ประสิทธิภาพการทำงานที่น้อยยังอาจส่งผลให้ขาดการระมัดระวังในการทำงานที่ต้องสัมผัสกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพต่าง ๆ ในที่ทำงานอีกด้วย

2. สภาพงาน (work conditions) ได้แก่ ระบบการทำงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ การทำงานเป็นกะ ค่าจ้าง สวัสดิการ และความสัมพันธ์ ระหว่างนายจ้างกับลูกจ้างมีผลเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจากการทำงาน เช่น ระบบการทำงานที่มุ่งเน้นที่จำนวนผลผลิตจะกระตุ้นให้คนงานประมาทขาดความระมัดระวังในการป้องกันอันตราย การทำงานเป็นกะโดยมีการเปลี่ยนกะอยู่เป็นประจำทำให้คนงานมีปัญหาโรคกระเพาะอาหาร โรคหัวใจและปัญหาทางด้านจิตใจและสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในที่ทำงานมีผลต่อจิตใจ และผลผลิตในการทำงาน

3. สิ่งแวดล้อมในการทำงาน (working environments)

3.1 สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ (physical environments) ได้แก่ แสงที่จ้าเกินไปหรือมืดเกินไปมีผลต่อสายตาและสภาพความเครียด เสียงที่ดังเกินไป (noise) ส่งผลให้เกิดภาวะหูเสื่อม อุณหภูมิร้อนหรือหนาวเกินไปทำให้สมดุลของร่างกายเสียไป

3.2 สิ่งแวดล้อมด้านชีวภาพ (biological environments) ได้แก่ สิ่งมีชีวิตเล็ก ๆ ในที่ทำงาน ได้แก่ เชื้อโรคชนิดต่าง ๆ ในสถานพยาบาล สัตว์นำโรคหรือสัตว์มีพิษต่าง ๆ ที่พบในภาคเกษตรกรรม และเชื้อโรคและสัตว์ทดลองในห้องทดลองวิจัย

3.3 สิ่งแวดล้อมด้านเคมี (chemical environments) ได้แก่ สารเคมี โลหะหนัก ในรูปฝุ่น คาร์บอน หมอก ละออง ซึ่งสามารถเข้าสู่ร่างกายทั้งทางการหายใจ การกิน หรือ ผิวหนัง สามารถทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพผู้ทำงานได้ทุกระบบทั้งเฉียบพลันเรื้อรังและอาจก่อให้เกิดมะเร็ง

3.4 สิ่งแวดล้อมทางจิตใจ (psychological environments) ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน (burnout) สภาพความเครียดในการทำงาน (occupational stress) ซึ่งสามารถส่งผลกระทบให้เกิดโรคทางกายได้ (psychosomatic disorders)

3.5 สิ่งแวดล้อมด้านการยศาสตร์ (ergonomics) การยศาสตร์ เป็นวิชาที่เกี่ยวกับการนำเอาศาสตร์ต่าง ๆ มาปรับใช้กับการจัดสถานที่ทำงานให้เหมาะสมกับผู้ทำงาน การที่ลักษณะที่ทำงานเข้ากันไม่ได้กับตัวผู้ทำงานจะก่อให้เกิดอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานได้ เช่น การที่คนงานต้องก้ม ๆ เงย ๆ ทำงานอยู่ตลอดเวลาทำให้คนงานมีโอกาสเกิดอาการปวดหลังขึ้นได้

ปัจจัยชักนำต่อการได้รับอันตรายในการทำงาน (อนามัย เทศกะทิก, 2551: 11-13)

ในการทำงานผู้ประกอบอาชีพอาจมีโอกาสสัมผัสกับสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยแต่ทั้งนี้อาจมีปัจจัยและสาเหตุสนับสนุนต่างอีกดังนี้

1. ความแตกต่างส่วนบุคคล

เช่น เพศการทำงานแต่ละอย่างอาจมีความเหมาะสมกับเพศที่แตกต่างกัน งานบางอย่างอาจต้องใช้ความระเอียด ประณีต ซึ่งเหมาะสมกับเพศหญิง งานบางอย่างต้องใช้การตัดสินใจรวดเร็ว ให้แรงมาก อาจเหมาะสมกับเพศชายมากกว่าเพศหญิง สถานภาพสมรส พบว่าสถานภาพสมรสมีผลต่อการทำงานคือ ผู้ที่สมรสแล้วมักจะมีความเครียด ความกังวลในปัญหาด้านครอบครัวซึ่งมีผลต่อการทำให้เกิดอันตรายและอุบัติเหตุในการทำงานมากกว่าคนโสด อายุที่แตกต่างกันของผู้ประกอบอาชีพมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติการที่แตกต่างกันโดยผู้สูงอายุจะมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่าแต่อาจมีปัญหาด้านความเสื่อมโทรมของร่างกาย ส่วนสมรรถภาพผู้ประกอบอาชีพในวัยหนุ่มสาวมักเกิดอุบัติเหตุในการทำงานมากกว่าผู้สูงอายุเนื่องจากความประมาทในการทำงาน ระดับการศึกษาสูงทำให้ผู้ประกอบอาชีพมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวขณะปฏิบัติงานถูกต้องตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการเกิดโรคน้อยกว่าคนที่ระดับการศึกษาต่ำ แต่ก็มีข้อยกเว้นว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าไม่ปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามกฎหมายทำให้เกิดอุบัติเหตุเสมอ พฤติกรรม ความแตกต่างทางพฤติกรรมของผู้ประกอบอาชีพมีความแตกต่างกัน เช่น คน

ที่มีพฤติกรรมชอบเสี่ยงอันตราย ประมาทเลินเล่อ มักมีโอกาสดำเนินการเกิดอุบัติเหตุสูงกว่าผู้ประกอบอาชีพที่มีความรอบคอบ เรียบร้อย มีสมาธิดีในการทำงาน นอกจากนี้บุคคลที่มีพฤติกรรมรักความสะอาดมักมีความเสี่ยงในการติดเชื้อหรือเกิดโรคจากทางชีวภาพและสารเคมีน้อยกว่า เป็นต้น เชื้อชาติของผู้ประกอบอาชีพที่แตกต่างกันทำให้มีโอกาสในการเกิดโรคจากการทำงานแตกต่างกัน เช่น คนผิวดำมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งผิวหนังน้อยกว่าคนผิวขาว

2. อาชีพ

การทำงานแม้ในประเภทเดียวกันแต่ลักษณะการทำงานที่แตกต่างกันอีกทั้งการสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันก็อาจมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุและโรคในการทำงานที่แตกต่างกัน

3. ระยะเวลาที่สัมผัส

การทำงานในแต่ละวันมีโอกาสสัมผัสสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น สี แสง เสียง สารเคมี ความร้อนซึ่งผู้ประกอบอาชีพส่วนใหญ่ใช้เวลาในการทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงหรือมากกว่าแตกต่างกัน ระยะที่ต่อเนื่องในการทำงานที่มากกว่าจะทำให้มีผลต่อสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพได้มากกว่าผู้ประกอบอาชีพในระยะสั้นกว่า

4. ปริมาณที่สัมผัส

ผู้ประกอบอาชีพที่ได้รับปริมาณสารเคมีมากทำให้เกิดพิษต่อร่างกายมากกว่าผู้ประกอบอาชีพที่ได้รับปริมาณสารเคมีน้อย

1.2 ความเสี่ยงในการทำงานของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

บุคลากรทางด้านการแพทย์และทางด้านสาธารณสุขเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลให้การรักษายาบาลและบริการทางด้านการแพทย์แก่ประชาชนมีการแบ่งการทำงานเป็นขั้นตอนและหน่วยการทำงาน มีหน่วยงานในการสนับสนุนหลายหน่วย เช่น หน่วยซ่อมบำรุง หน่วยจ่ายกลาง ฝ่ายโภชนาการ หน่วยงานพยาธิ แผนกเอ็กซเรย์ หน่วยซักฟอก เป็นต้น โดยจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนประมาณ 153,933 คน ทั่วประเทศ แต่ในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่นั้นอาจมีโอกาสหรือความเสี่ยงต่าง ๆ เกิดขึ้นได้ ซึ่งความเสี่ยงที่เกิดจากการทำงานนั้นมีมากมาย และมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะงานและแผนกการทำงาน โดยในแต่ละหน่วยอาจเกิดจากสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งด้านกายภาพ เช่น การสัมผัสรังสีในการรักษา เสียงที่ดังจากโรงซักฟอก ปัจจัยเสี่ยงด้านเคมี เช่น ก๊าซในห้องผ่าตัด ยาเคมีบำบัด ด้านชีวภาพ เช่น การสัมผัสเลือดการสัมผัสสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อ ปัจจัยเสี่ยงด้านท่าทางการทำงาน เช่น การเข็น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การบาดเจ็บจากการทำงาน เช่น การถูกเข็มตำ รวมถึงปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม เช่น ความเครียดจากการทำงาน การเผชิญกับความไม่พึงพอใจ

ของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น จากสถิติของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมได้จัดทำรายงานสถานการณ์โรคและสิ่งคุกคามสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2553 ซึ่งมีการเก็บข้อมูลจากสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคจำนวน 11 แห่ง พบสถิติโรคหรืออุบัติเหตุที่เกิดจากทำงานในโรงพยาบาลจากสาเหตุสูงสุดคือความเครียด จำนวนทั้งสิ้น 2,091 ราย อันดับสองคือเข็มหรืออุปกรณ์แหลมคมที่ใช้ในการทำหัตถการที่มดตำ 1,819 ราย ความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ 1,712 ราย โรคติดเชื้อจำนวน 845 ราย โรคผิวหนัง 88 ราย และบาดเจ็บอื่น ๆ 19 ราย ตามลำดับ โดยในปัจจุบันเชื้อโรคที่สามารถแพร่กระจายผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่งเป็นปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ เชื้อไวรัสเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบซี ซึ่งสาเหตุที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับเชื้อ คือ การถูกเข็มที่มดตำและของมีคมบาด โดยสถิติบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับอุบัติเหตุดังกล่าวมากที่สุดคือ พยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ชไมพร เป็นสุข และคณะ (2549: 306-112) พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการได้รับอุบัติเหตุถูกเข็มตำเกิดจากปัจจัยหลายประการทั้งด้านของสิ่งแวดล้อมของสถานที่ปฏิบัติงาน ด้านความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือ และด้านตัวผู้ปฏิบัติเอง คือ การไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้อง

โรคติดเชื้อในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อที่ปนเปื้อนในโรงพยาบาล โดยการติดเชื้อที่พบไม่ได้พบเฉพาะบุคลากรที่ทำงานในหอผู้ป่วยเท่านั้นแต่บุคลากรในแผนกอื่น ๆ ก็มีโอกาสดังกล่าวที่จะติดเชื้อโรคต่าง ๆ ด้วย รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติการในห้องปฏิบัติการซึ่งมีโอกาสสัมผัสกับเชื้อโรคในตัวอย่างของสิ่งส่งตรวจด้วยโรคที่พบบ่อยในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ คือ

1. ตับอักเสบ (Viral hepatitis) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสทำให้เกิดการอักเสบของเซลล์ตับ ความรุนแรงขึ้นอยู่กับจำนวนเซลล์ตับที่ถูกทำลาย และความต้านทานของผู้ประกอบอาชีพแต่ละคน โดยตับอักเสบแบ่งออกเป็นหลายชนิดโดยชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ ตับอักเสบเอ (Hepatitis A virus) ตับอักเสบบี (Hepatitis B virus) ตับอักเสบซี (Hepatitis C virus) และตับอักเสบเดลตา (Delta hepatitis) ส่วนการติดต่อนั้น ไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบซีจะมีการติดต่อหลักคือ ทางเลือดและส่วนประกอบของเลือด เช่นการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การสักเป็นต้น ทางเพศสัมพันธ์ และจากแม่สู่ลูก เป็นต้น จากรายงานของสำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการสำรวจผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคตับอักเสบโดยทำการแบ่งเป็นชนิดไว้ดังนี้

แนวทางการป้องกันไวรัสตับอักเสบที่มีการแพร่กระจายทางเลือดมีดังนี้

1) ฉีดวัคซีนป้องกันโรคแก่บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการรักษาความสะอาดให้ดีทั้งก่อนและหลังการให้การรักษาพยาบาล

- 2) ให้ความรู้กับกลุ่มเสี่ยงขณะปฏิบัติงานโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อเสมอ และควรสวมเสื้อผ้า ถุงมือ แวนตา หมวก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- 3) หลีกเลี่ยงการสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย
- 4) ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ในห้องฟอกเลือด ควรได้รับการตรวจเลือดหา HbsAg และ Anti-Hbs ก่อน และแยกผู้ป่วยที่มีผล HbsAg ที่เป็นบวกออกจากผู้ป่วยปกติ
- 5) บุคลากรทางการแพทย์ควรระมัดระวังขณะฉีดยาควรป้องกันผิวหนังสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ โดยการสวมถุงมือนอกจากนั้นการใช้อุปกรณ์ฉีดยาแบบไม่ใช้เข็มเป็นวิธีการป้องกันการถูกเข็มทิ่มตำอีกวิธีหนึ่ง

ตารางที่ 2.1 จำนวนผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีจำแนกตามชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุ ปี พ.ศ. 2553

เชื้อไวรัสตับอักเสบบี	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	ร้อยละ	อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราป่วยตาย (ร้อยละ)
เอ	460	4.46	0.72	0	0
บี	5,879	57.03	9.23	8	0.14
ซี	1,086	10.53	1.70	2	0.18
ดี	247	2.40	0.39	0	0
อี	53	0.51	0.08	0	0
ไม่สามารถระบุเชื้อ	2584	25.07	4.06	4	0.15

ที่มา: สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555

2. โรควันโรค เป็นโรคติดต่อที่มีสถานการณ์ที่ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาและเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ก็ส่งผลต่อจำนวนผู้ป่วยวันโรคเพิ่มมากขึ้น โดยปกติประมาณร้อยละ 10 ของบุคคลที่รับเชื้อวันโรคเท่านั้นที่เสี่ยงต่อการเกิดวันโรค เนื่องจากตามปกติทั่วไปแล้วบุคคลจะมีภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติ แต่บุคคลที่มีความต้านทานต่ำจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น มีการติดเชื้อเอดส์ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน จึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากกว่าบุคคลทั่วไป ในประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยเป็นวันโรคจากการประกอบอาชีพไม่มีการระบุไว้ชัดเจน แต่จากรายงานของการศึกษาการติดเชื้อวันโรคหลายรายงานพบว่ากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าประชากรในกลุ่มอื่น ๆ ในประเทศ และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อวันโรค

ได้แก่ อายุ เพศ สถานที่ปฏิบัติงาน อาชงงาน เป็นต้น โดยสรุปแล้วบุคลากรทางด้านการแพทย์มีโอกาสสัมผัสและเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคสูงขึ้นเนื่องจาก

- 1) ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่ให้การรักษาและวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค
- 2) ปฏิบัติงานและใกล้ชิดกับผู้ป่วย ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา
- 3) ปฏิบัติงานอาชงงานที่มากขึ้น
- 4) ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่ไม่มีมาตรการการป้องกันวัณโรค หรือมีระบบป้องกันที่ไม่มีประสิทธิภาพ
- 5) ทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงเช่น ทำหัตถการที่ทำให้ผู้ป่วยไอ ช่วยผู้ป่วยในการพ่นยา หรือการส่องกล้องท่อทางเดินหายใจ เป็นต้น
- 6) การปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการที่มีการส่งตรวจเชื้อเกี่ยวกับวัณโรค เช่น ตรวจเสมหะเพาะเชื้อวัณโรค

การวินิจฉัยวัณโรคโดยการวินิจฉัยและตรวจทางห้องปฏิบัติการแบ่งเป็น (สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2550: 4-6)

- 1) การซักประวัติตรวจร่างกาย
- 2) การตรวจเสมหะด้วยวิธีย้อมเชื้อ (Direct smear) เป็นการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ การตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์นี้ควรทำในผู้ป่วยทุกราย การตรวจเสมหะนั้นควรทำการตรวจอย่างน้อย 3 ครั้งการแปลผลการอ่านสไลด์ด้วยกล้องจุลทรรศน์ มีดังนี้

ตารางที่ 2.2 การแปลผลการอ่านสไลด์ด้วยกล้องจุลทรรศน์

จำนวนเชื้อ AFB	จำนวนวงกล้องที่ตรวจ	การรายงานผลที่ตรวจพบ
ไม่พบเชื้อ AFB ใน 100 วงกล้อง	200 วงกล้อง	Negative
1-9 AFB ใน 100 วงกล้อง	100 วงกล้อง	รายงานจำนวนเชื้อ AFB ที่ตรวจพบ
10-99 AFB ใน 100 วงกล้อง	100 วงกล้อง	1 ⁺
1-10 AFB ใน 1 วงกล้อง	50 วงกล้อง	2 ⁺
มากกว่า 10 AFB ใน 1 วงกล้อง	20 วงกล้อง	3 ⁺

ที่มา: สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2550

3) การถ่ายภาพรังสีทรวงอก ซึ่งแสดงถึงรอยโรค พบได้หลายลักษณะด้วยกัน เช่น เป็นคุ่ม (Nodule) เป็นปื้น (Path หรือ Infiltration) เป็นแผลโพรง (Cavity) เป็นเส้น ๆ (Fibrosis) หรือเป็นจุดเล็ก ๆ กระจายทั่วปอดทั้ง 2 ข้าง รอยโรคที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลานานเป็นเวลา 6 เดือนถือว่าโรคอยู่ในระยะสงบแต่ในกรณีที่รอยโรคในปอดมีการเปลี่ยนแปลงแสดงว่า โรคอยู่ในระยะ แพร่กระจายเชื้อ

4) การเพาะเชื้อจากเสมหะ (Sputum culture) เป็นการตรวจที่มีความจำเพาะสูงสุด ในกรณีที่ผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เป็นบวก 2 ครั้งการเพาะเชื้อก็มีความจำเป็น

5) การทดสอบด้วยทูเบอร์คูลิน ผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 95 จะให้ผลบวกต่อการทดสอบทูเบอร์คูลิน การทดสอบด้วยวิธีทูเบอร์คูลิน การมีปฏิกิริยาขนาด Induration 10 มม. ขึ้นไปเป็นเกณฑ์ตัดสินว่าติดเชื้อวัณโรค

(1) Smear บวก (M^+) ซึ่งหมายถึง

- มีผลตรวจเสมหะ โดยวิธี direct smear เป็นบวกอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือ
- มีผลการตรวจเสมหะเป็นบวก 1 ครั้ง ภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคปอด หรือ
- มีผลตรวจเสมหะ โดยวิธี direct smear เป็นบวก 1 ครั้งและผลเพาะเชื้อเป็นบวก 1 ครั้ง

(2) Smear ลบ (M^-) ซึ่งหมายถึง

- มีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ตรวจเสมหะอย่างน้อย 3 ครั้ง เป็นลบ ไม่ตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะ หรือ
- การตรวจเสมหะด้วยวิธี direct smear เป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้ง แต่มีผลเพาะเชื้อเป็นบวกนอกปอด เช่น วัณโรคเยื่อหุ้มปอด วัณโรคต่อมน้ำเหลือง กระดูกข้อ เป็นต้น หรืออาจจะมีผลเพาะเชื้อ Culture ขึ้น 1 ครั้ง จากตำแหน่งวัณโรคนอกปอด หรือมีผลตรวจทาง Histology และ/หรือมีลักษณะทางคลินิกที่เข้าได้กับวัณโรคและการตัดสินใจของแพทย์ที่ทำการรักษา

การติดเชื้อวัณโรคนั้นขึ้นอยู่กับ ประเภทของสถานพยาบาล ความสุขของวัณโรคในชุมชน หน้าที่และพื้นที่ที่บุคคลปฏิบัติหน้าที่ ชนิดของผู้ป่วยที่ให้บริการ และประสิทธิภาพของแผนควบคุมและป้องกันของสถานพยาบาล เป็นต้น จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องมีการจัดการในการป้องกันและจัดการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาล (นรวิรุ จั่วแจ่มใส, 2546: 13-15)

แนวทางในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล

1. การตรวจให้พบผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ

(Identification of infectious tuberculosis patients) ในการตรวจเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ เพื่อให้การรักษาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพนั้น เป็นมาตรการที่สำคัญที่สุด โดยผู้ป่วยที่มีอาการ และอาการแสดงที่น่าสงสัยว่าจะมีความเสี่ยง เช่น ไอเรื้อรัง น้ำหนักลด เบื่ออาหาร มีไข้ต่ำ ๆ ในช่วงเย็น ควรได้รับการคัดกรองและตรวจเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวินิจฉัยวัณโรคโดยเร็ว

2. การรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพ (Treatment with short course chemotherapy) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคควรได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นทันที โดยเฉพาะในระยะ 2 เดือน แรกของการรักษา และควรมีการกำกับติดตามการรับประทานยา ในช่วงการรักษาและจนครบระยะการรักษา

3. การแยกผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่กระจายเชื้อ (Isolation of infectious tuberculosis patients) การลดการแพร่เชื้อที่สำคัญคือการ แยกผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือป่วยเป็นวัณโรคนั้นเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลควรแยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยก จนกว่าจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์และหรือมีผลการตรวจเสมหะห้อยมดูลูกเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ ไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อย 2 ครั้งโดยต่างวันกัน

4. การควบคุมสถานะแวดล้อม (Environmental control) การจัดการด้านสถานะแวดล้อมที่ดี หมายถึงการจัดให้มีการระบายอากาศที่ดี มีแสงแดดเข้าถึง จะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อได้ ปัจจุบันสถานพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดการที่ดี มีการติดตั้งอุปกรณ์ในการระบายอากาศ เช่นติดตั้งหลอดดูดอากาศไอโอเลต และการติดตั้งพัดลมดูดอากาศระบายนอกอาคาร เป็นต้น

5. การป้องกันการรับเชื้อวัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์

1) ควรมีการอบรมบุคลากรทางด้านการแพทย์เกี่ยวกับความรู้ในเรื่องวัณโรค เช่นการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค แนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการทำหัตถการ และการเก็บส่งตรวจที่เกี่ยวกับเชื้อวัณโรคส่งห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

2) สถานพยาบาลทุกแห่งควรจัดให้มีการตรวจคัดกรองบุคลากรก่อนเข้าทำงาน และตรวจคัดกรองคัดกรองบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ภูมิคุ้มกันต่ำ ติดเชื้อเอดส์ ควรได้รับการตรวจเอกซเรย์ปอดทุกปี หรือมีการสงสัยติดเชื้อวัณโรค ในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมควรจัดให้มีการทำ Tuberculin skin test แก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงหรือเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคและในบางสถานที่ของโรงพยาบาลนั้นมรโณกาสในการแพร่กระจายเชื้อค่อนข้างมาก โรงพยาบาลควรจัดให้มีอุปกรณ์ในการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อให้เหมาะสมและเพียงพอ

3. โรคเอดส์ เป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวี (HIV) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันลดลง เป็นผลทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาสและเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตลง โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่

1. เชื้อราในช่องปาก (Oral candidiasis) มีอาการสำคัญ คือ ลิ้นเป็นฝ้าขาว อาจแสบร้อนที่ปาก กินอาหารไม่อร่อย

2. งูสวัด (Herpes Zoster) เป็นการติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง มีอาการสำคัญคือ มีตุ่มใสคล้ายโรคอีสุกอีใสตามแนวเส้นประสาทของผิวหนัง อาจมีอาการปวดแสบปวดร้อน มีไข้ต่ำ ๆ อ่อนเพลียต่อมาตุ่มน้ำใสจะค่อยๆแห้งตกสะเก็ดและจางหายไป

3. วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ชื่อ Mycobacterium Tuberculosis ซึ่งมักมีอยู่ในร่างกายเดิม โดยอาจได้รับมาในอดีต จากการสูดหายใจเอาละอองเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไป เชื้อจะถูกควบคุมอยู่ในปอด เมื่อภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำเชื้อโรคร่างกายจะถูกปะทุขึ้นมา วัณโรคที่มักพบในผู้ป่วยติดเชื้อมี 2 ประเภท คือ

1) วัณโรคปอด มีอาการสำคัญคือ ไข้ต่ำ ๆ ตอนเย็น ไอเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ มีเหงื่อออกตอนกลางคืน อ่อนเพลีย น้ำหนักลด 5-10 กิโลกรัม ใน 1 เดือน

2) วัณโรคนอกปอด ที่พบบ่อยได้แก่

- วัณโรคต่อมน้ำเหลือง อาการสำคัญ คือ ไข้เรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโต น้ำหนักลด อาจมีวัณโรคปอดร่วมด้วย

- วัณโรคลำไส้ อาการสำคัญคือ ไข้เรื้อรัง ท้องเสียเรื้อรัง น้ำหนักลด เบื่ออาหาร

- วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง อาการสำคัญ คือ ไข้ ปวด

ศีรษะ คอแข็ง อาเจียนพุ่ง น้ำหนักเป็นดิน (วิไลวรรณ เพิ่มศิลป์ และคณะ, 2555: 33-40)

โดยโรคเอดส์จะมีการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การได้รับเชื้อทางเลือด และจากทางมารดาสู่ทารก จากสถิติของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์จากสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชนตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2554 รวมทั้งสิ้น 372,874 ราย และมีผู้เสียชีวิต 98,153 ราย จากข้อมูลรายงานที่สมบูรณ์ที่ส่งมายังกระทรวงสาธารณสุขและนำมาวิเคราะห์เกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของบุคลากรทางด้านการแพทย์ของหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ จำนวนทั้งสิ้น 143 รายงาน พบว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2550-2552 มีบุคลากร

ทางการแพทย์ที่ประสบอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการสัมผัส ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ที่ประสบอุบัติเหตุประกอบอาชีพพยาบาล ร้อยละ 21 และรองลงมาเป็นแพทย์ผู้ให้การรักษา

การประเมินบุคลากรผู้สัมผัสเลือด หรือของเหลว จากลักษณะของการสัมผัส ชนิดของบาดแผลและปริมาณเลือดหรือของเหลวจากร่างกายที่สัมผัส

1. การประเมินภาวะการติดเชื้อเอชไอวี ของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ถูกสัมผัส โดยประเมินได้จาก

1.1 การซักประวัติ

1.2 การตรวจหา anti-HIV เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจตัวอย่างเลือดด้วยวิธีเร่งด่วน และควรมีการตรวจซ้ำด้วยวิธีที่ได้มาตรฐานเพื่อเป็นการยืนยันและเพิ่มความชัดเจนถูกต้อง

1.3 หากบุคลากรทางการแพทย์ปฏิเสธการเจาะเลือดให้พิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสมเป็นราย ๆ ไป

2. การประเมินจากลักษณะการสัมผัส

2.1 บาดแผลทะลุชั้นผิวหนัง (percutaneous injury) บาดแผลที่รุนแรง (more severe) เช่น โคนเข็มที่ใช้ทำหัตถการขนาดใหญ่ที่ติดเชื้อทิ่ม หรือ โคนเข็มกลวงขนาดใหญ่ตำบาดแผลลึก หรือ โคนเข็มหรือเครื่องมือที่มีเลือดติดตำ บาดแผลที่ไม่รุนแรง (less severe) เช่น ได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย เข็มทิ่มตำเพียงผิวหนัง

2.2 การสัมผัสเยื่อเมือก (mucous membrane) หรือผิวหนังที่เป็นแผล (non-intact skin) ในการประเมินความรุนแรงของการสัมผัสเยื่อเมือกหรือผิวหนังที่โดนบาดแผลนั้น อาศัยปริมาณเลือด หรือของเหลวที่สัมผัสเป็นเกณฑ์ (volume of exposure, blood or body fluid) ปริมาณน้อย (small volume) เช่น สัมผัสของเหลวหรือหยดเลือดเพียงเล็กน้อย ปริมาณมาก (large volume) เช่น สัมผัสของเหลวหรือเลือดเป็นจำนวนมากกระเด็นโดนหรือเข้าเยื่อเมือกหรือผิวหนังเป็นจำนวนมาก สำหรับการรับประทานยาต้านไวรัสในการป้องกันบุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานนั้น ควรให้มีการเริ่มยาโดยเร็วที่สุด โดยการให้รับประทานอย่างน้อย 4 สัปดาห์ หลังจากสัมผัสเชื้อ

แนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ (เขาวรัตน์ อินทอง และคณะ, 2544: 26-27)

บุคลากรทางการแพทย์อาจได้รับเชื้อโรคที่มีอยู่ในเลือดและสารน้ำในร่างกายของผู้ป่วยในขณะปฏิบัติงานได้ 3 ทาง คือ 1. เกิดจากอุบัติเหตุเข็มแทง หรือของมีคมที่ปนเปื้อนบาด 2. เกิดจากการมีบาดแผลแล้วไปสัมผัสกับเลือดหรือน้ำเหลืองผู้ป่วย 3. ติดต่อผ่านทางน้ำเมือก โดยมีหลักการสำคัญในการป้องกันติดเชื้อระหว่างปฏิบัติงาน ดังนี้

1. การป้องกันอุบัติเหตุ (Accident Prevention) คือการวางแผนทางปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขและการเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการเกิดอุบัติเหตุอย่างชัดเจนส่งเสริมให้มีการปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย โดยเฉพาะเมื่อใช้ของแหลมหรือของมีคม

2. การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม (Use of Protective Barriers) คือการจัดการเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ เช่น ถุงมือ ผ้าปิดปาก-ปิดจมูก เสื้อคลุม หมวก แว่นตา ผ้าเช็ดกันเปื้อน รองเท้าบูท เป็นต้น การใช้อุปกรณ์ป้องกันต่างเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงจากการที่ร่างกายและเยื่อเมือกต่างๆของบุคลากรสัมผัสกับเลือดและสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วยโดยตรง การใช้อุปกรณ์ป้องกันนั้นถ้าใช้มากเกินไปจะทำให้การปฏิบัติงานไม่สะดวก เสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการจัดหาวัสดุ ผู้ปฏิบัติต้องศึกษาวิธีการใช้อุปกรณ์อย่างเหมาะสม โดยพิจารณาความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การสัมผัสสิ่งต่าง ๆ ที่มีเชื้อไวรัสเอดส์มากขึ้นแตกต่างกัน ซึ่งจำแนกตามความเข้มข้นหรือจำนวนไวรัสที่ตรวจพบในสารน้ำจากร่างกายเป็น 4 ประเภท คือ

2.1 ความเสี่ยงสูงมาก (Very high) หมายถึง พบเชื้อไวรัสจำนวนมากที่สุด ซึ่งมีเพียงอย่างเดียว คือน้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid)

2.2 ความเสี่ยงสูง (High) หมายถึง พบเชื้อไวรัสจำนวนมาก เช่น เลือด อสุจิ น้ำหล่อลื่นไขข้อ น้ำคร่ำ น้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ

2.3 ความเสี่ยงปานกลาง (Moderate) หมายถึง พบเชื้อไวรัสปานกลาง ได้แก่ น้ำจากช่องคลอด สารคัดหลั่งจากปากมดลูก และน้ำนม

2.4 ความเสี่ยงต่ำ (Very low) หมายถึง พบเชื้อไวรัส น้อยมาก ได้แก่ น้ำตา น้ำลาย ปัสสาวะ อุจจาระ สารคัดหลั่งจากจมูก เสมหะ เหงื่อ อาเจียน ทั้งนี้สารคัดหลั่งเหล่านี้ต้องไม่มีเลือด หรือหนองเจือปนอยู่

3. การมีสุขอนามัยและสุขาภิบาลที่ดี (Hygiene and Sanitation) คือการคำนึงถึงเทคนิคการปลอดเชื้อ การล้างมือที่ถูกต้อง การจัดสถานที่และสภาพแวดล้อมในการทำงานให้มีสุขลักษณะอนามัยที่ดี มีความสะอาด รวมทั้งการทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ และการกำจัดขยะอย่างถูกต้อง

แนวทางการป้องกันและการควบคุมการแพร่เชื้อจากผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อสู่ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข

1. ระมัดระวังมิให้มีโอกาสที่ต้องสัมผัสกับเลือด หรือสารคัดหลั่ง

1.1 ถ้าต้องมีการสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งผู้ปฏิบัติงานจะต้องสวมถุงมือป้องกันและถ้าเป็นงานที่มีความเสี่ยงสูงเช่น การผ่าตัด การทำคลอดจำเป็นจะต้องมีอุปกรณ์ป้องกันอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น อุปกรณ์ป้องกันใบหน้า ป้องกันตา ป้องกันระบบหายใจ และเสื้อคลุม เป็นต้น

1.2 หากมีการสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่ง ควรรีบล้างทันที นอกจากนี้หลังจากที่ถอดถุงมือที่ปนเปื้อนด้วยเลือดหรือสารคัดหลั่งควรล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง

2. ขณะที่มีการใช้เข็มฉีดยา หรือของมีคม ควรระมัดระวังเพื่อป้องกันมิให้เข็มหรือของมีคมที่มด้ามแทง หรือบาด โดยเข็มและกระบอกฉีดยาควรเป็นชนิดใช้แล้วทิ้ง นอกจากนี้การทำลายกระบอกและเข็มฉีดยาที่ผ่านการใช้แล้วต้องทำด้วยความระมัดระวังภายใต้คำแนะนำที่ถูกต้อง ในกรณีที่ต้องมีเครื่องมือที่ต้องนำกลับมาใช้ใหม่ ควรนำไปล้างและฆ่าเชื้อหรือทำให้ปราศจากเชื้อตามที่ได้กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติ

3. เพิ่มความระมัดระวังในการส่งตัวอย่างและทำงานในห้องปฏิบัติการ ทุกครั้งที่มีการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการรวบรวมตัวอย่างทางชีววัตถุ ตลอดจนการนำส่งตัวอย่างไปยังห้องปฏิบัติการผู้ปฏิบัติการต้องสวมถุงมือ หากมือหรือแขนมีบาดแผลควรมีการปิดให้มิดชิดเพื่อป้องกันการรั่วซึมของน้ำ ภาชนะที่บรรจุต้องมิดชิดเพื่อป้องกันการรั่วซึม หากมีการหกกระจายควรมีการกำจัดด้วยสารเคมีฆ่าเชื้อ เช่น Sodium hypochlorite ความเข้มข้น 0.5% ทันที และทำความสะอาดซ้ำอีกครั้ง

4. ระมัดระวังในการทำงานอื่น ๆ ที่อาจสัมผัสเชื้อ การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเนื้อเยื่อ อวัยวะภายในหรือตกแต่งบาดแผลที่ต้องสัมผัสกับเลือด หรือ สารคัดหลั่ง ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายขณะทำงาน สำหรับการทำลายของเสียที่เป็นของแข็ง เช่น เลือดฝอย ควรทำการกำจัดด้วยการเผาที่เตาเผาอุณหภูมิสูง

5. การให้ความรู้กับผู้ปฏิบัติงานที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวี ควรประกอบด้วยรายละเอียดในเรื่องโรคเอดส์ วิธีการติดต่อ และวิธีการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย เป็นต้น (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุม กระทรวงสาธารณสุข, 2554: 6-7)

แม้ว่าจะมีการป้องกันการเกิดการแพร่กระจายเชื้อแก่ผู้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานแต่อุบัติเหตุย่อมเกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลายประการดังที่กล่าวมาข้างต้น และเมื่อเกิดขึ้นแก่ผู้ให้บริการแล้วย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ให้บริการและหน่วยงานรวมถึงกระทบถึงตัวผู้รับบริการด้วย

1.3 การคุ้มครองอาชีวอนามัย

ตาม พ.ร.บ. ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 บัญญัติให้ภาครัฐได้เห็นถึงความสำคัญในด้านสุขภาพและความปลอดภัยของคนในภาครัฐมากขึ้น โดยระบุว่าให้หน่วยราชการจัดให้มีมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานในหน่วยงานของตน ไม่ต่ำกว่ามาตรฐานตามพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งในอดีตไม่ได้มีการกำหนดไว้ขึ้นอยู่กับแนวคิดและการให้ความสำคัญของผู้บริหารแต่ละหน่วยงาน โดยในพระราชบัญญัติ ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 “มาตรา 3” กำหนดว่าพระราชบัญญัตินี้มิให้ใช้บังคับแก่

(1) ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และราชการส่วนท้องถิ่น

(2) กิจการอื่นทั้งหมดหรือแต่บางส่วนตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

ให้ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น และกิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวงตามมาตราหนึ่ง จัดให้มีมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานในหน่วยงานของตน ไม่ต่ำกว่ามาตรฐานความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานตามพระราชบัญญัตินี้

และได้มีการให้คำนิยามความหมายที่สำคัญเกี่ยวกับ ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานไว้ใน มาตรา 4 ว่า “ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน” หมายความว่า การกระทำหรือสภาพการทำงานซึ่งปลอดจากเหตุอันจะทำให้เกิดการประสบอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพอนามัยอันเนื่องมาจากการทำงานหรือเกี่ยวกับการทำงาน

“นายจ้าง” หมายความว่า นายจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานและให้หมายความรวมถึง ผู้ประกอบกิจการซึ่งยอมให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดมาทำงานหรือทำผลประโยชน์ให้แก่หรือในสถานประกอบกิจการ ไม่ว่าการทำงานหรือการทำผลประโยชน์นั้นจะเป็นส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดในกระบวนการผลิตหรือธุรกิจในความรับผิดชอบของผู้ประกอบกิจการนั้นหรือไม่ก็ตาม

“ลูกจ้าง” หมายความว่า ลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานและให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งได้รับความยินยอมให้ทำงานหรือทำผลประโยชน์ให้แก่หรือในสถานประกอบกิจการของนายจ้างไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไรก็ตาม

และสาระสำคัญอย่างหนึ่งของกฎหมายใหม่นี้ก็คือ “กองทุนความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน” โดยกองทุนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกิจการดังต่อไปนี้ (ตามมาตรา 46)

1) การรณรงค์ส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานและการพัฒนา แก้วใจและบริหารงานความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อม

ในการทำงาน ทั้งนี้ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารกองทุนความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

2) ช่วยเหลือและอุดหนุนหน่วยงานของรัฐ สมาคม มูลนิธิ องค์กรเอกชน หรือบุคคลที่เสนอโครงการหรือแผนงานในการดำเนินการส่งเสริม สนับสนุนการศึกษาวิจัยและการพัฒนางานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

3) ค่าใช้จ่ายในการบริหารกองทุนและตามมาตรา 30

4) สนับสนุนการดำเนินงานของสถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานตามความเหมาะสมเป็นรายปี

5) ให้นายจ้างกู้ยืมเพื่อแก้ไขสภาพความไม่ปลอดภัย หรือเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน

6) เงินทรองจ่ายในการดำเนินการตามมาตรา 37

การดำเนินการตาม 1) 2) 3) 4) 5) และ 6) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ที่คณะกรรมการบริหารกองทุนความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานกำหนด และให้นำเงินดอกผลของกองทุนมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตาม 1) 2) และ 3) ได้ไม่เกินร้อยละ เจ็ดสิบห้าของดอกผลของกองทุนต่อปีและมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุนความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานมีอำนาจหน้าที่พิจารณาจัดสรรเงินกองทุนเพื่อการช่วยเหลือและการอุดหนุน การให้กู้ยืม การทรองจ่ายและการสนับสนุนเงินในการดำเนินงานด้าน ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

สรุปได้ว่าพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 แม้จะมี “กองทุนความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน” จะเห็นได้ว่าพระราชบัญญัติ ฉบับนี้มีจุดเน้นในการคุ้มครองผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรมมากกว่า อีกทั้ง กองทุนดังกล่าวยังต้องใช้งบประมาณบางส่วนจากการจัดสรรจากกองทุนเงินทดแทนตามกฎหมาย ว่าด้วยเงินทดแทนซึ่งมาจากกองทุนประกันสังคมสำหรับดูแลชดเชยลูกจ้างที่ทำงานให้แก่นายจ้าง ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน (พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อม ในการทำงาน พ.ศ. 2554: 25) จากสถิติในปี 2553 ที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ประสบอันตรายจากการทำงาน 149,539 คน ในจำนวนนี้เสียชีวิต 650 คน ทูพพลภาพ 10 คน และสูญเสียอวัยวะสูงถึง 2,157 คน เกิด จากอุบัติเหตุจากการทำงาน ร้อยละ 85 เกิดจากผู้ปฏิบัติงานประมาทและรู้เท่าไม่ถึงการณ์และร้อยละ 15 เกิดจากสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ‘กองทุนประกันสังคม’ และ ‘กองทุนเงิน ทดแทน’ ต้องจ่ายเงินทดแทนให้กับผู้ที่ประสบอันตรายจากการทำงาน ไปกว่า 1,592 ล้านบาท

แม้จะมีมาตรการหรือพระราชบัญญัติในการคุ้มครองผู้ใช้แรงงานในการดูแลชีวิตอนามัยและความปลอดภัยจากการทำงานที่ดีและได้มาตรฐานแต่ก็ยังพบสถิติการเจ็บป่วยและการเกิดอุบัติเหตุขึ้นดังนั้นเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนและผู้ที่เกิดการเจ็บป่วยจากการทำงานและในการทำงานในการดูแลด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขย่อมมีความเสี่ยงในการทำงานเช่นกันแม้เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขบางกลุ่มจะเป็นลูกจ้างและใช้สิทธิประกันสังคมมีสิทธิได้รับการชดเชยจากกองทุนทดแทนและกองทุนความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแต่ก็เป็นส่วนน้อย ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มักจะเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐและจากผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยของบุคลากรในโรงพยาบาลปี 2554 ในภาพรวมกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 873 แห่ง พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลที่เกิดการเจ็บป่วย ได้แก่ วัณโรครายใหม่ 248 ราย โรคเอดส์ 37 ราย ความผิดปกติกล้ามเนื้อกระดูก 2,086 ราย ถูกเข็มหรืออุปกรณ์แหลมคมทิ่มตำ 1,751 ราย บาดเจ็บอื่น ๆ 740 ราย จากสถิติการเจ็บป่วยดังกล่าวและปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทำให้ภาครัฐเห็นความสำคัญของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและเมื่อมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมีการจัดตั้งกองทุนในการช่วยเหลือเพื่อชดเชย ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเกิดขึ้นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของผู้ให้บริการในลักษณะกันเดียวกับผู้รับบริการเพื่อให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขได้บรรเทาความเดือดร้อนมิขวัญกำลังใจและมีความสุขในการทำงานเพื่อให้การบริการประชาชนอย่างเต็มกำลังความสามารถต่อไป

ตารางที่ 2.3 สถิติการได้รับความเสียหายของผู้ให้บริการจากการให้บริการทางสาธารณสุขจำแนกตามแผนกการให้บริการ ปีงบประมาณ 2554

แผนก	TB	เข็มตำ	ของมีคมบาด	ผู้ป่วยกระทำ	รถส่งต่อ	ติดเชื้อ	อื่น ๆ	รวม
อายุรกรรม	119	42	6	23	1	13	2	219
ศัลยกรรม	8	11	0	10	0	0	1	31
สูติกรรม	1	4	0	0	0	2	0	9
กุมาร	5	4	0	1	0	0	0	11
ICU	4	1	0	1	0	0	0	7
ห้องผ่าตัด	5	10	4	0	0	1	1	25
ตา หู คอ จมูก	1	5	0	0	0	0	0	6

ตารางที่ 2.3 สถิติการได้รับความเสียหายของผู้ให้บริการจากการให้บริการทางสาธารณสุขจำแนกตามแผนการให้บริการ ปีงบประมาณ 2554 (ต่อ)

แผนก	TB	เข็มตำ	ของมีคมบาด	ผู้ป่วยกระทำ	รถส่งต่อ	ติดเชื้อ	อื่นๆ	รวม
ทันตกรรม	0	5	2	3	0	1	1	13
ห้องฉุกเฉิน	15	67	4	16	4	2	3	124
รังสีวิทยา	0	3	1	1	0	0	1	7
ห้องปฏิบัติการ	1	2	0	0	0	0	0	3
จิตเวช	2	1	3	83	0	0	0	89
ผู้ป่วยนอก	19	18	4	7	2	1	7	62
รถส่งต่อ	0	0	0	0	17	0	0	17
เวรเปล	0	0	0	1	0	0	0	1
อื่นๆ	1	0	0	0	0	0	0	1
รวม	181	173	24	146	24	19	16	625

ที่มา: สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555

สรุปแนวคิดเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรค ความเสี่ยงทางด้านสุขภาพของผู้ให้บริการนั้นมีหลายปัจจัยทั้งด้าน อายุ เพศ การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน และสิ่งที่สำคัญคือการใกล้ชิดและสัมผัสกับแหล่งโรคโดยตรงและเป็นเวลานานส่งผลให้ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานได้รับความเสียหายและเกิดความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ดังนั้นหน่วยงานหรือโรงพยาบาลควรมีมาตรการในการป้องกันการเกิดความเสี่ยงร่วมกับการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพแก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้งานเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับพระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 เป็นกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองช่วยเหลือลูกจ้างเมื่อลูกจ้างประสบอันตรายเจ็บป่วย ตาย หรือสูญเสียอันสืบเนื่องมาจากการทำงานให้นายจ้าง โดยกฎหมายได้กำหนดการจ่ายเงินของนายจ้างแก่ลูกจ้าง อีกทั้งมีการกำหนดกองทุนทดแทนเพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ลูกจ้างกองทุนเงินทดแทน เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2517 โดยให้ความ

คุ้มครองสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 20 คนขึ้นไป เฉพาะในกรุงเทพมหานคร ต่อมาในปี พ.ศ. 2519 ได้เริ่มขยายออกไปยังภูมิภาคเป็นครั้งแรก และในปี พ.ศ. 2531 ได้มีการขยายความคุ้มครองครบทุกจังหวัดทั่วประเทศ และกองทุนทดแทนได้โอนมาอยู่ในสังกัดสำนักงานประกันสังคม เมื่อวันที่ 3 กันยายน 2553 ภายหลังจากที่ได้มีการจัดตั้งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2553 โดยมีการขยายความคุ้มครองไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป

2.1 ขอบเขตการบังคับใช้พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

ใช้บังคับแก่นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ในทุกประเภทกิจการ ยกเว้นไม่ใช่บังคับกับบุคคลเหล่านี้

- 1) ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และราชการส่วนท้องถิ่น
- 2) รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยพนักงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์
- 3) นายจ้างซึ่งประกอบธุรกิจโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับครูหรือครูใหญ่
- 4) นายจ้างซึ่งดำเนินกิจการที่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรในทางเศรษฐกิจ
- 5) นายจ้างอื่นตามกำหนดในกฎกระทรวง

2.2 เหตุแห่งการจ่ายเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ลูกจ้างมีสิทธิที่จะได้รับเงินทดแทนจากนายจ้างตามกฎหมาย

ประสบอันตราย หมายถึง การที่ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กาย หรือผลกระทบแก่จิตใจหรือถึงแก่ความตาย เนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง การทำงานตามคำสั่งของนายจ้าง การรักษาประโยชน์ให้นายจ้าง

เจ็บป่วย หมายถึง การที่ลูกจ้างเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายด้วยโรค ซึ่งเกิดตามลักษณะของงาน โรคซึ่งเกิดขึ้นตามสภาพของงาน หรือโรคซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน

สูญหาย หมายถึง การที่ลูกจ้างหายไป

1. ในระหว่างเวลาทำงานหรือปฏิบัติตามคำสั่งของนายจ้าง ซึ่งสาเหตุอันควรเชื่อว่าลูกจ้างถึงแก่ความตาย เพราะประสบเหตุอันตรายเกิดขึ้นในระหว่างทำงานหรือปฏิบัติตามคำสั่งของนายจ้างหรือ

2. ในระหว่างเดินทางโดยพาหนะทางบก ทางอากาศ หรือทางน้ำ เพื่อไปทำงานให้นายจ้าง ซึ่งมีเหตุอันตรายเชื่อว่าพาหนะนั้นได้ประสบอันตราย และลูกจ้างถึงแก่ความตายทั้งนี้ เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 120 วัน นับแต่วันที่เกิดเหตุขึ้น

2.3 คณะกรรมการตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

คณะกรรมการกองทุนทดแทนได้มีการแบ่งออกเป็น 2 คณะ ดังนี้

1) คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน ประกอบด้วยเลขธิการสำนักงานประกันสังคมเป็นประธานกรรมการ และผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการแพทย์ ด้านนิติศาสตร์ ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านการคลัง ด้านประกันสังคม หรือประกันภัย ไม่เกิน 6 คน กับผู้แทนฝ่ายนายจ้างและผู้แทนฝ่ายลูกจ้าง ฝ่ายละ 3 คน เป็นคณะกรรมการ และผู้แทนสำนักงานประกันสังคมเป็นกรรมการและเลขานุการ โดยคณะกรรมการดังกล่าวมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้ เสนอความคิดเห็นต่อรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายการบริหารกองทุนและการจ่ายเงินทดแทนตลอดจนให้ความเห็นต่อรัฐมนตรีในการออกกฎกระทรวงและระเบียบต่างๆรวมถึงการวางระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การเก็บรักษากองทุน การจัดหาผลประโยชน์ของกองทุนและการพิจารณาอุทธรณ์ และในคณะกรรมการกองทุนทดแทน ได้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการกองทุนทดแทน เพื่อช่วยในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุนทดแทน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความคล่องตัวจำนวน 8 คณะ

2) คณะกรรมการการแพทย์ ประกอบด้วย ประธานกรรมการและกรรมการซึ่งแต่งตั้งจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่างๆ มีจำนวนรวมกันไม่เกิน 15 คน และผู้แทนสำนักงานประกันสังคมเป็นกรรมการและเลขานุการ โดยมีอำนาจหน้าที่ เสนอความคิดเห็นต่อคณะกรรมการเกี่ยวกับการดำเนินงานให้บริการทางการแพทย์ ให้คำปรึกษาแนะนำทางการแพทย์ รวมถึงการให้ความเห็นต่อสำนักงานในการออกกฎกระทรวงและประกาศกระทรวงในส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยคณะกรรมการแพทย์มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการการแพทย์ เพื่อช่วยในการปฏิบัติของคณะกรรมการการแพทย์ จำนวน 9 คณะ

2.4 หน้าที่ของนายจ้างและสิทธิของลูกจ้างเกี่ยวกับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงิน

ทดแทน พ.ศ. 2537

หน้าที่ของนายจ้างและสิทธิของลูกจ้างเกี่ยวกับเงินทดแทน มีดังนี้

1) เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือสูญหาย นายจ้างต้องแจ้งเหตุดังกล่าวต่อสำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่ หรือนายจ้างมีภูมิลำเนาตามแบบที่กำหนดไว้ ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ

2) เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย นายจ้างต้องจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันที และจ่ายค่ารักษาพยาบาลลูกจ้างดังกล่าว

3) เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานของลูกจ้าง ให้นายจ้างจ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพตามจำนวนที่กำหนดไว้ในกฎหมาย

4) เมื่อลูกจ้างประสบหรือเจ็บป่วยจนถึงแก่ความตายหรือสูญหาย นายจ้างต้องจ่ายค่าทำศพแก่ผู้จัดการศพของลูกจ้างในจำนวน 100 เท่า ของอัตราสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวัน

5) เมื่อลูกจ้างถึงแก่ความตายและไม่มีผู้จัดการศพ นายจ้างต้องจัดการศพลูกจ้างนั้นไปพดก่อน จนกว่าจะมีผู้มีสิทธิตามกฎหมายขอเป็นผู้จัดการศพ แต่นายจ้างจะใช้ค่าทำศพเกิน 1/3 ของค่าทำศพตามมาตรา 16 ไม่ได้

6) เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเจ็บสูญหาย ให้นายจ้างจ่ายค่าทดแทนเป็นรายเดือน ให้แก่ลูกจ้างผู้มีสิทธิและทายาท ตามมาตรา 20 แล้วแต่กรณี โดยจ่ายร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนตามกำหนดไว้ดังต่อไปนี้

(1) กรณีลูกจ้างไม่สามารถทำงานติดต่อกันได้เกิน 3 วัน ไม่ว่าจะสูญเสียอวัยวะหรือไม่ โดยจ่ายตั้งแต่วันแรกที่ลูกจ้างไม่สามารถทำงานได้ไปจนตลอดระยะเวลาที่ไม่สามารถทำงานได้ แต่ไม่เกิน 1 ปี

(2) กรณีที่ลูกจ้างเสียอวัยวะบางส่วนของร่างกาย โดยการจ่ายเงินตามประเภทของการสูญเสียอวัยวะ และตามระยะเวลาที่จะต้องจ่ายให้ตามที่กระทรวงแรงงานกำหนด แต่ไม่เกิน 10 ปี ซึ่งกระทรวงแรงงานกำหนดไว้ในข้อ 2 แห่งประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทน และหลักเกณฑ์และวิธีการคำนวณค่าจ้างรายเดือน ซึ่งแก้ไขโดยประกาศกระทรวงแรงงาน ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 4 กันยายน 2539 ดังต่อไปนี้

- 1) แขนขาข้างหนึ่ง มีระยะเวลาการจ่าย 10 ปี
- 2) ขาขาข้างหนึ่ง มีระยะเวลาการจ่าย 6 ปี 8 เดือน
- 3) มือขาข้างหนึ่ง มีระยะเวลาการจ่าย 9 ปี
- 4) เท้าขาข้างหนึ่ง มีระยะเวลาการจ่าย 4 ปี 8 เดือน
- 5) เท้าทั้งสองข้างขาด มีระยะเวลาการจ่าย 10 ปี
- 6) หูหนวกทั้งสองข้าง มีระยะเวลาการจ่าย 5 ปี 10

เดือน

- 7) หูหนวกข้างหนึ่ง มีระยะเวลาการจ่าย 1 ปี 8 เดือน
- 8) นิ้วหัวแม่มือขาดหนึ่งนิ้ว มีระยะเวลาการจ่าย 3 ปี

8 เดือน

9) นิ้วชี้ขาดหนึ่งนิ้ว มีระยะเวลาการจ่าย 1 ปี 10 เดือน

10) นิ้วกลางขาดหนึ่งนิ้ว มีระยะเวลาการจ่าย 1 ปี 10

เดือน

11) นิ้วนางขาดหนึ่งนิ้ว มีระยะเวลาการจ่าย 6 เดือน

12) นิ้วก้อยขาดหนึ่งนิ้ว มีระยะเวลาการจ่าย 6 เดือน

13) นิ้วหัวแม่เท้าขาดหนึ่งนิ้ว มีระยะเวลาการจ่าย

10 เดือน

14) นิ้วเท้าอื่นขาดนิ้วหนึ่ง มีระยะเวลาการจ่าย 10

เดือน

15) สูญเสียตาข้างหนึ่ง มีระยะเวลาการจ่าย 4 ปี 5

เดือน

16) สูญเสียสมรรถภาพการมองเห็นร้อยละ 90 ขึ้นไป หรือสูญเสียความสามารถในการมองเห็นตั้งแต่ 3/60 หรือมากกว่าตาข้างหนึ่ง หรือสูญเสียความสามารถในการใช้สายตาสองข้างรวมกัน มีระยะเวลาการจ่าย 3 ปี 10 เดือน

17) สูญเสียสมรรถภาพการทำงานของปอดและระบบหายใจ ให้มีกำหนดระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนดังนี้ ก) FEV₁ ต่ำกว่าร้อยละสี่สิบ หรือ FEV₁ หารด้วย FEC ต่ำกว่าร้อยละสี่สิบ มีระยะเวลาการจ่าย 5 ปี ข) FEV₁ ร้อยละสี่สิบถึงร้อยละห้าสิบเก้า หรือ FEV₁ หารด้วย FVC ร้อยละสี่สิบถึงห้าสิบเก้า มีระยะเวลาการจ่าย 2 ปี 6 เดือน ค) FEV₁ ร้อยละหกสิบถึงร้อยละเจ็ดสิบเก้า หรือ FEV₁ หารด้วย FVC ร้อยละหกสิบถึงเจ็ดสิบเก้า มีระยะเวลาการจ่าย 1 ปี 6 เดือน ง) FEV₁ ตั้งแต่ร้อยละแปดสิบขึ้นไป ปรากฏว่า FEV₁ ลดลง และตรวจซ้ำเมื่อปฏิบัติงานติดต่อกันไปแล้วไม่น้อยกว่าหกชั่วโมง ปรากฏว่า FEV₁ ลดลงมากกว่าร้อยละสิบ มีระยะเวลาการจ่าย 6 เดือน

18) สูญเสียอวัยวะ หรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะส่วนอื่นนอกจากที่ระบุไว้ 1) ถึง 17) มีระยะเวลาการจ่ายตามที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือคณะกรรมการแพทย์กำหนดแต่ไม่เกิน 10 ปี

ในกรณีที่ต้องสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียความสามารถของอวัยวะในหลายส่วนของร่างกายตามที่ระบุไว้ใน 1) ถึง 18) ต้องคำนวณกำหนดเวลาดังกล่าวร่วมกันไม่เกิน 10 ปี

(3) กรณีลูกจ้างทุพพลภาพ โดยจ่ายตามประเภทการทุพพลภาพ และตามระยะเวลาที่ต้องจ่ายให้ ที่กระทรวงแรงงานกำหนด แต่ไม่เกิน 15 ปี ซึ่งกระทรวงแรงงานได้ประกาศว่าการสูญเสียอวัยวะต่อไปนีถือว่าลูกจ้างทุพพลภาพ

- 1) ขาทั้งสองข้างขาด
- 2) เท้าข้างหนึ่งกับขาอีกข้างหนึ่งขาด
- 3) มือหรือแขนข้างหนึ่งกับเท้าหรือขาอีกข้างหนึ่งขาด
- 4) มือทั้งสองข้างขาด
- 5) แขนทั้งสองข้างขาด
- 6) มือข้างหนึ่งกับแขนอีกข้างหนึ่งขาด
- 7) สูญเสียลูกตาทั้งสองข้าง หรือสูญเสียลูกตาข้างหนึ่ง

กับสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็นร้อยละ 90 ขึ้นไป หรือเสียความสามารถ มองเห็นตั้งแต่ 3/60 หรือมากกว่าของตาอีกข้างหนึ่ง การสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็น 90% ขึ้นไป หรือเสียความสามารถในการมองเห็นตั้งแต่ 3/60 หรือมากกว่าของตาทั้งสองข้าง

8) ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่ศีรษะ และหรือกระดูกสันหลังเป็นเหตุให้มือหรือเท้าทั้งสองข้าง มือข้างหนึ่งหรือแขนข้างหนึ่ง เท้าหรือขาทั้งสองข้าง เท้าข้างหนึ่งกับขาอีกข้างหนึ่งมือข้างหนึ่งแขนข้างหนึ่ง กับเท้าหรือขาอีกข้างหนึ่ง สูญเสียสมรรถภาพในการทำงานโดยสิ้นเชิง

9) ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่ศีรษะอันเป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติของความรู้สึก หรือจิตฟั่นเฟือนเป็นเหตุให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ และไม่สามารถรักษาให้หายได้หรือวิกฤต

10) สูญเสียอวัยวะ เสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะในส่วนใดส่วนหนึ่งหรือในหลายส่วนของร่างกาย นอกจากที่กำหนดไว้ใน 1) ถึง 9) ซึ่งคณะกรรมการแพทย์วินิจฉัยว่าทุพพลภาพ

(4) กรณีที่ลูกจ้างถึงแก่ความตายหรือสูญหาย โดยจ่ายมีกำหนด 8 ปี ค่าทดแทนในกรณีนี้ต้องจ่ายไม่ต่ำกว่าร้อยละหกสิบของค่าจ้างขั้นต่ำรายวันสูงสุดตามกฎหมายแรงงานว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน คูณด้วยยี่สิบหก และไม่เกินร้อยละหกสิบของค่าจ้างรายเดือนสูงสุดที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบ นายจ้างหรือลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิจะตกลงกันจ่ายในคราวเดียวกันเต็มจำนวนหรือเป็นระยะเวลาอย่างอื่นก็ได้ ซึ่งนายจ้างจะหักส่วนลดเกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวงไม่ได้ถ้าเป็นค่าทดแทนกรณีที่ลูกจ้างถึงแก่ความตาย ขณะที่ยังรับค่าทดแทนไม่ครบระยะเวลาตามสิทธิ นายจ้างต้องจ่ายค่าทดแทนให้แก่ทายาท หรือผู้มีสิทธิต่อไปจนครบกำหนดระยะเวลาตามสิทธิ แต่ระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนรวมกันต้องไม่เกิน 8 ปี

ลักษณะที่นายจ้างไม่ต้องจ่ายค่าทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

นายจ้างไม่ต้องจ่ายค่าทดแทนในการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของลูกจ้าง เพราะเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- 1) ลูกจ้างเสพของมีนเมาหรือสิ่งเสพติดอื่นจนไม่สามารถครองสติได้
- 2) ลูกจ้างจงใจให้ตนประสบอันตรายหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนเองประสบ

อันตราย

2.5 ผู้มีสิทธิได้รับค่าทดแทนจากนายจ้างตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนจากนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจนถึงแก่ความตายหรือสูญเสีย

- 1) บิดา มารดา
- 2) สามี ภรรยา
- 3) บุตรที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เว้นแต่เมื่อมีอายุครบ 18 ปี และยังคงศึกษาอยู่ในระดับที่ไม่สูงกว่าปริญญาตรี ให้ได้รับส่วนแบ่งต่อไปตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่
- 4) บุตรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี และทุพพลภาพหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ซึ่งอยู่ในอุปการะของลูกจ้าง ก่อนลูกจ้างถึงแก่ความตายหรือสูญหาย

5) บุตรซึ่งเกิดภายใน 310 วัน นับแต่ลูกจ้างตาย มีสิทธิรับเงินค่าทดแทน นับแต่วันคลอด ในกรณีที่ไม่มีผู้มีสิทธิรับเงินตามข้อ 1-4 ให้นายจ้างจ่ายให้กับผู้อยู่ในอุปการะของลูกจ้าง แต่ผู้อุปการะดังกล่าวต้องได้รับความเดือดร้อน เนื่องจากเพราะลูกจ้างตายหรือสูญหาย ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และยังไม่ถึงแก่ความตาย ลูกจ้างผู้นั้นเป็นผู้มีสิทธิรับเงินทดแทนด้วยตนเอง

2.6 กองทุนเงินทดแทนและขั้นตอนการยื่นคำร้องเรียกเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

กองทุนเงินทดแทนตั้งขึ้นไว้ในสำนักงานประกันสังคม เพื่อจ่ายเป็นเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง โดยนายจ้างเฉลี่ยความรับผิดชอบร่วมกัน คือนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ต้องช่วยเหลือสมทบเข้ากองทุนตามอัตราที่กำหนดไว้ในกิจการแต่ละประเภท แต่ไม่เกินร้อยละ 5 ของค่าจ้างที่นายจ้างจ่ายแต่ละปี ซึ่งกระทรวงแรงงานได้กำหนดไว้ตั้งแต่ร้อยละ 0.2 ถึง 1.00%

การยื่นคำร้องเรียกเงินทดแทน

เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ให้ลูกจ้างผู้มีสิทธิหรือผู้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนยื่นคำร้องเรียกเงินทดแทนต่อสำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาตามแบบที่กำหนดไว้ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดเหตุ

การพิจารณาคำร้องขอรับเงินทดแทน

เมื่อพนักงานประกันสังคมได้รับคำร้องขอรับเงินทดแทน หรือได้รับแจ้งการประสบอันตรายเจ็บป่วยหรือสูญหายจากนายจ้าง หรือทราบว่ามีเหตุดังกล่าวในท้องที่อื่น พนักงานเจ้าหน้าที่จะทำการสอบสวน และเมื่อได้ข้อยุติแน่ชัดว่าเกิดเหตุดังกล่าวจริง ก็จะมีคำสั่งให้นายจ้างจ่ายค่าทดแทนแก่ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิได้รับเงินทดแทน โดยกำหนดจำนวนเงินทดแทนระยะเวลาที่ต้องจ่ายเงินทดแทน ทั้งสั่งนายจ้างจ่ายเงินดังกล่าวภายใน 7 วัน นับแต่วันที่รับทราบคำสั่ง ในปี พ.ศ. 2554 กองทุนเงินทดแทนได้มีการดำเนินการวินิจฉัยเรื่องการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน และมีลูกจ้างมีสิทธิได้รับเงินทดแทน จำนวน 129,632 ราย เมื่อเทียบกับ ปี 2553 มีจำนวนลดลง 16,879 ราย หรือร้อยละ 11.52 โดยจำแนกเป็นความรุนแรง ตายจำนวน 590 ราย พิการภาพจำนวน 4 ราย สูญเสียอวัยวะจำนวน 1,630 ราย (กองทุนทดแทน สำนักงานประกันสังคม, 2555)

การอุทธรณ์คำสั่งของพนักงาน

เมื่อนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิรับเงินทดแทนได้รับคำสั่งของพนักงานให้จ่ายเงินทดแทนแล้วไม่พอใจคำสั่งวินิจฉัย หรือการประเมินผลเงินสมทบ ก็ขออุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการได้ ภายใน 30 วัน นับแต่ได้รับทราบคำสั่ง คำวินิจฉัยการประเมินผลเงินสมทบได้ คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนจะพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์และแจ้งคำวินิจฉัยให้ผู้อุทธรณ์ทราบ

ตารางที่ 2.4 สรุปสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานปี พ.ศ. 2554

ประเภท/และด้านการประสบอันตราย	จำนวนสถิติสูงสุด	จำนวนการประสบ อันตราย
จังหวัด	กรุงเทพ	9,104 ราย
สาเหตุที่ทำให้ลูกจ้างประสบอันตราย	วัตถุหรือสิ่งของตัด/บาด/ตำแทง	20,537 ราย
สิ่งที่ทำให้ลูกจ้างประสบอันตราย	วัตถุหรือสิ่งของ	59,326 ราย
อวัยวะที่ลูกจ้างได้รับอันตราย	นิ้วมือ	29,157 ราย
ผลของการประสบอันตราย	บาดแผลลึก	51,932 ราย
กลุ่มอายุ	อายุ 25- 29 ปี	24, 971 ราย

ตารางที่ 2.4 สรุปสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานปี พ.ศ. 2554 (ต่อ)

ประเภท/และด้านการประสบอันตราย	จำนวนสถิติสูงสุด	จำนวนการประสบ อันตราย
ขนาดสถานประกอบการ	สถานประกอบการ ที่มีลูกจ้าง 200-499 คน	22,388 ราย
ประเภทกิจการ	ประเภทกิจการการก่อสร้าง	9, 275 ราย
ตำแหน่งของลูกจ้าง	ผู้ปฏิบัติในโรงงานผู้ควบคุม เครื่องจักรและผู้ปฏิบัติงานด้าน การประกอบ	48,893 ราย

ที่มา: กองทุนทดแทน สำนักงานประกันสังคม, 2555

สรุป พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 เป็นกฎหมายที่ว่าด้วยการคุ้มครองช่วยเหลือลูกจ้างที่ประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน โดยพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดขอบเขตการใช้บังคับ หน้าที่ของนายจ้างและสิทธิของลูกจ้าง อีกทั้งยังกำหนดถึงขั้นตอนต่าง ๆ ในการยื่นขอรับเงินทดแทนเพื่อให้ลูกจ้างที่ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานได้รับการช่วยเหลือและบรรเทาตามวัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัติเงินทดแทน

ส่วนที่ 3 แนวคิดการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

การช่วยเหลือชดเชย เชื่อว่าเป็นการแสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญโดยตรงและเปิดเผยต่อสภาพความเป็นอยู่ของผู้ที่ได้รับความเสียหายมุ่งชดเชยต่อสิทธิที่ถูกละเมิดคุ้มครองศักดิ์ศรีของบุคคล และมุ่งแก้ไขความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ทั้งนี้การชดเชยที่สัมฤทธิ์ผลควรมุ่งยืนยันสถานภาพของผู้เสียหายในฐานะผู้ทรงสิทธิที่จะได้รับการเยียวยา

3.1 แนวคิดทางกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

ในการชดเชยทางกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ส่วนมากจะเป็นในด้านของการจ่ายค่าสินไหมทดแทน เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นโดยศาลจะเป็นผู้พิจารณาในการจ่ายค่าชดเชยให้แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการถูกละเมิดในด้านต่าง ๆ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ม. 420 แต่ในการชดเชยนั้นไม่ได้มีเพียงการชดเชยที่เป็นเพียงรูปแบบการจ่ายค่าสินไหมทดแทนเพียงอย่างเดียว ในทางกฎหมาย

หมายังมีแนวทางในการรับผิดชอบการกระทำที่เกิดจากการทำละเมิดอีกหลายรูปแบบด้วยกัน เช่นการให้
หยุดการกระทำที่ทำให้เกิดความเสียหายนั้น ๆ โดยทันที หรือกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อเป็น
การเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้น เช่น การที่ศาลมีคำสั่งให้ทำการขอโทษ ในสื่อหนังสือพิมพ์ เป็นต้น

**แนวคิดทางกฎหมายในการชดเชยนั้นได้มีการแบ่งประเภทการชดเชย
ออกเป็น 5 รูปแบบ ได้แก่**

1. การชดเชยความเสียหาย (Restitution) โดยการกำหนดมาตรการฟื้นฟูให้
กลับคืนสู่สภาวะปกติ ทั้งในด้านสิทธิมนุษยชน สิทธิเสรีภาพของบุคคล ชีวิตครอบครัว สิทธิการเป็น
พลเมือง สิทธิการทำงาน และการคืนทรัพย์สิน
2. ค่าตอบแทนความเสียหาย (compensation) การจ่ายค่าตอบแทนความ
เสียหายที่เกิดขึ้นตามความเหมาะสมตามสัดส่วนและสถานการณ์การละเมิดแล้วแต่กรณี ทั้งนี้ความ
เสียหายให้รวมถึงการบาดเจ็บทางร่างกายหรือทางจิตใจ การสูญเสียโอกาส ความเสียหายต่อทรัพย์สิน
การสูญเสียรายได้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายทางกฎหมาย ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าเยียวยา
จิตใจ และค่าบริการสังคม
3. การฟื้นฟู (Rehabilitation) เป็นการบำบัดและฟื้นฟูทั้งทางร่างกายและจิตใจ
ของผู้ได้รับความเสียหาย รวมไปถึงความช่วยเหลือทางกฎหมายและการช่วยเหลือทางสังคมด้วย
4. การสร้างความพึงพอใจ (Satisfaction) เป็นรูปแบบการชดเชยโดยมีการ
กำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อเป็นการยุติการละเมิดสิทธิมนุษยชนและการล่วงละเมิดอื่น ๆ
5. การให้หลักประกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำรอย (Guarantees of Non-
Recurrence) โดยการปฏิรูปองค์กรต่าง ๆ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าสามารถป้องกันการละเมิดสิทธิมนุษยชน
ในอนาคตได้

มาตรการในการเยียวยาที่เป็นตัวเงินมี 2 มาตรการหลัก ดังนี้

1. ค่าสินไหมทดแทนต่อร่างกายและจิตใจ คือเป็นการกำหนดความเสียหาย
เป็นการประเมินทางเศรษฐกิจ หมายถึงความเสียหายต่อวัตถุและทรัพย์สินทางเศรษฐกิจรวมถึงเป็น
การเยียวยาต่อความเสียหายทางร่างกายและจิตใจของบุคคล ในกรณีที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะเดิม
โดยอยู่บนความเท่าเทียมของกฎหมาย ซึ่งเป็นวิธีการที่เป็นที่ยอมรับในการประเมินความเสียหายทาง
กฎหมายที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ความทรมาน ความโกรธ ความกังวลใจ และสำหรับความเสียหาย
ที่เกิดขึ้นต่อชื่อเสียงและศักดิ์ศรีของบุคคลด้วย
2. ค่าสินไหมทดแทนในเชิงเศรษฐกิจและสังคม เป็นการจ่ายสำหรับความ
เสียหายทางวัตถุ สามารถจัดเป็นหมวดหมู่ได้ คือ การสูญเสียทรัพย์สินและอสังหาริมทรัพย์ การสูญเสีย
รายได้ ความเสียหายทางวัตถุอื่น ๆ รวมถึงค่าใช้จ่ายทางกฎหมาย และการสูญเสียโอกาสรวมถึงการจ้าง
งานและการศึกษา

สรุปความได้ว่า เมื่อเกิดความเสียหายเกิดขึ้นกับบุคคลใด ๆ ก็ตาม ในที่นี้รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ด้วย แนวทางการชดเชยของกฎหมายแพ่งและพาณิชย์นั้นก็จะมีการเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นคือ การให้หยุดการกระทำ การให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง และการสั่งให้มีการจ่ายค่าสินไหมทดแทน โดยความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้น อาจเป็นความเสียหายที่เกิดต่อชีวิต ร่างกาย อนามัย หรือเสรีภาพ ก็ได้ แต่ในการจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้นยังคงพบปัญหาการจ่ายค่าชดเชยก็คือ การที่จะคำนวณค่าเสียหายในแต่ความเสียหายที่เกิดขึ้นยังไม่แน่นอน แต่ในทางกฎหมายนั้นก็ยังมีรูปแบบอื่น ๆ อีกในการชดเชยเยียวยาความเสียหาย เช่นการ ฟิ้นฟู การสร้างหลักประกัน เป็นต้น

ตารางที่ 2.5 ผลการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ กรณีผู้ให้บริการ ปีงบประมาณ 2547-2555

ปีงบประมาณ	คำร้องที่เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือ	เสียชีวิต (ราย)	พิการ (ราย)	บาดเจ็บ (ราย)	ยื่นอุทธรณ์ (ราย)	ผลการพิจารณาจ่าย (บาท)
2547	11	1	0	10	1	200,000
2548	46	5	0	41	2	930,000
2549	48	0	0	48	0	325,000
2550	197	2	4	191	2	3,546,500
2551	473	2	2	469	19	9,406,800
2552	664	3	1	660	33	6,882,200
2553	686	0	1	685	22	4,995,950
2554	505	2	0	503	21	4,372,050
2555	511	3	-	508	19	4,504,200
รวม	3,141	18	8	3,115	119	35,162,700

ที่มา: สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555

3.2 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ตราขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิการรักษาที่เท่าเทียมกัน ในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐจะต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันมีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในงบประมาณ 2555 รวมทั้งสิ้น 1,180 แห่ง แบ่งเป็นสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 855 แห่ง ภาครัฐนอกกระทรวง

สาธารณสุข 83 แห่ง เอกชน 227 แห่ง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 15 แห่ง ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้มีการบัญญัติไว้ในมาตรา 5 ว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามประเภทและขอบเขตที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด” จากถ้อยความดังกล่าวบ่งชี้ถึงวัตถุประสงค์ของการบัญญัติมาตรา 5 ว่ากำหนดไว้เพื่อปกป้องประชาชน มิให้ได้รับการรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐานและเพื่อปกป้องสังคมจากการใช้ทรัพยากรสุขภาพเกินความจำเป็นรวมทั้งเพื่อปกป้องผู้ให้บริการทางสาธารณสุขโดยเฉพาะผู้ให้บริการที่ปฏิบัติการโดยสุจริต สุจริต สุนทรธรรม (2555)

การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อชดเชย กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข (มาตรา 18 (4)) เริ่มมีการดำเนินงานเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2550 การให้บริการสาธารณสุขเป็นการปฏิบัติงานที่อาจเกิดความเสียหายขึ้นกับทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้ มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้ผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษายาบาลในหน่วยบริการสาธารณสุข ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ส่วนการเยียวยาความเสียหายของผู้ให้บริการนั้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 18 (4) ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของผู้ให้บริการในลักษณะเดียวกับผู้รับบริการได้ คณะกรรมการจึงออกข้อบังคับเรียกว่า “ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ. 2550”

จากข้อมูลการบริหารงบประมาณกองทุนบริหารการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2556 ได้มีการจัดสรรเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ในอัตราเหมาจ่าย 2,755.60 บาท เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง

ตารางที่ 2.6 การบริหารงบประมาณกองทุนบริหารการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2556แบ่งตามประเภทบริการต่าง ๆ

ประเภทบริการ	จำนวนเงินบาท/ผู้มีสิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	983.49
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	975.85
3. เงินเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง	60.99
4. บริการกรณีเฉพาะ	262.10
(ค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ)	

ตารางที่ 2.6 การบริหารงบประมาณกองทุนบริหารการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2556แบ่งตามประเภทบริการต่าง ๆ (ต่อ)

ประเภทบริการ	จำนวนเงินบาท/ผู้มีสิทธิ
5. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	313.70
6. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	12.88
7. บริการการแพทย์แผนไทย	7.20
8. ค่าเสื่อม	128.69
9. ส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ	4.76
10. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการตามมาตรา 41	5.19
11. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ	0.75
รวม (บาท/ผู้มีสิทธิ)	2,755.60

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555

3.3 ข้อบังคับ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2551

หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนเพื่อให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ. 2546 และมีการปรับปรุงให้เกิดประโยชน์และประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในปี พ.ศ. 2550 และเปลี่ยนชื่อข้อบังคับว่าข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ. 2550 ปัจจุบันได้มีมติของคณะกรรมการในการประชุมครั้งที่ 1/2551 เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2551 ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ปรับปรุงข้อบังคับโดยเรียกข้อบังคับนี้ว่า ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 (สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551)

สรุปหลักเกณฑ์หลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2551

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง

ผู้มีสิทธิยื่นคำร้องได้แก่ ผู้ให้บริการหรือทายาท โดยผู้มีสิทธิยื่นคำร้องต้องยื่นภายในกำหนดระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่ทราบความเสียหาย

2. ผู้มีสิทธิได้รับการเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ผู้ให้บริการหรือทายาทผู้มีสิทธิได้รับการเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

3. อัตราการจ่ายเงิน

3.1 เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือ

ได้ ไม่เกิน 200,000 บาท

3.2 สูญเสียอวัยวะหรือพิการ จ่ายเงินช่วยเหลือได้ ไม่เกิน

120,000 บาท

3.3 บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือได้

ไม่เกิน 50,000 บาท

4. เงื่อนไขการจ่ายเงิน

4.1 เป็นผู้ให้บริการของหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545

4.2 เป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข

ตามหน้าที่ของหน่วยบริการ

4.3 เป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการใน

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5. ผู้พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ

กำหนดให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย เขตพื้นที่ที่เลขานุการแต่งตั้งจากบุคคลที่มีประสบการณ์และมีความรู้ความสามารถ จำนวน 5-7 คน เพื่อทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้อง ว่าเข้าเกณฑ์หรือไม่ หรือถ้าเห็นว่าเข้าเกณฑ์ ควรพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นจำนวนเท่าไร ทั้งนี้การพิจารณาให้คำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายด้วย

6. สิทธิอุทธรณ์

กรณีที่ผู้ให้บริการหรือ ทายาท ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการ ให้ผู้มีสิทธิอุทธรณ์สามารถยื่นอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วันนับแต่ทราบผลการวินิจฉัย

ลำดับขั้นในการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย

1. เข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่
2. จัดเป็นความเสียหายประเภทใด
3. มีความรุนแรงเพียงใด
4. ควรจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นจำนวนเท่าใด

ปัญหาที่พบของแบบการยื่นคำร้องขอรับช่วยเหลือเพื่อการชดเชย

- ไม่ระบุวันที่ยื่นคำร้อง
- ไม่ระบุหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน
- ไม่ระบุลักษณะงานที่รับผิดชอบ
- การระบุตำแหน่งไม่ชัดเจน
- การระบุที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก
- การระบุผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย
- การบรรยายเหตุการณ์และความเสียหายที่ได้รับ
- หลักฐานเอกสารแนบ
- ความไม่ชัดเจนของเอกสาร เอกสารไม่ครบ
- ไม่มีการรับรองสำเนา

แนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย

เพื่อให้การพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ เป็นไปตามหลักเกณฑ์แนวทางเดียวกัน คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ออกแนวทางการพิจารณาเพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องทั้ง 13 เขตมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนเป็นแนวทางที่คล้ายคลึงกันดังนี้

ความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข จะต้องเป็นความเสียหายที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งเกิดจากการกระทำหรือผลของการกระทำของผู้ป่วย โดยการกระทำนั้นไม่ใช่เกิดจากขั้นตอนเตรียมหรือสิ้นสุดการให้บริการและไม่ใช้จากความชำรุดบกพร่องของเครื่องมือ หรือเครื่องใช้ในการให้บริการ

1. เกิดในขณะที่ให้บริการสาธารณสุข เป็นความเสียหายที่เกิดขึ้นในขณะที่กำลังให้บริการแก่ผู้รับบริการ เช่น เจ็บทิ่มตำขณะกำลัง เจาะเลือดหรือเลือดจากแผลกระเด็นเข้าตาขณะทำแผล

2. เกิดจากการกระทำหรือผลของการกระทำของผู้ป่วย เป็นความเสียหายที่เกิดจากผู้รับบริการเป็นผู้กระทำต่อผู้ให้บริการโดยตรง หรือเป็นผลจากการกระทำของผู้รับบริการต่ออุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้อื่น ๆ และมีผลทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย เช่น ผลักประตูกะแทก ปาลังของ ดึงสายน้ำเกลือ เป็นต้น

3. ไม่ใช่เกิดในขั้นตอนเตรียมให้บริการหรือสิ้นสุดการให้บริการ การจัดเตรียมอุปกรณ์ไว้สำหรับจะให้บริการ ถือว่าอยู่ในขั้นตอนเตรียมการให้บริการ เช่น เตรียมยาจะไปฉีดผู้ป่วย ถูกเข็มที่ติดอยู่กับกระบอกฉีดยาหล่นตำเท้า บริการที่ให้กับผู้รับบริการสิ้นสุด คือ

กิจกรรมที่ไม่ได้มีการกระทำใด ๆ ต่อผู้รับบริการโดยตรง แต่หากเกิดจากความไม่ระมัดระวังของผู้ให้บริการเอง หรือการปฏิบัติผิดหลักวิชาการ เช่น กรณีเข็มตำขณะเก็บเข็มที่ใช้เจาะเลือดผู้ป่วยใส่ปลอกเข็ม กรณีหลังเจาะเลือดแล้วนำหลอดแก้วที่มีเลือดผู้ป่วยปกลงบนดินน้ำมัน หลอดแก้วหักบาดนิ้ว หรือกรณีช่วยแพทย์จับผู้ป่วยเมื่อทำการหัตถการเสร็จแล้วแพทย์ทำเข็มหล่นใส่มือ เป็นต้น

4. ไม่ใช่เกิดจากความชำรุดบกพร่องของเครื่องมือ เครื่องใช้ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่นำไปใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยเกิดความชำรุด หรือบกพร่องนั้น ไม่ถือว่าความเสียหายที่เกิดแก่ผู้ให้บริการเกิดจากความชำรุดบกพร่องของเครื่องมือ เครื่องใช้ นั้น เป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข เช่น หลอดแก้วกระเด็นออกจากเครื่องปั่นบาดถูกแขน

5. เป็นความเสียหายที่ไม่ได้เกิดจากกระทำของผู้รับบริการและไม่ได้เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุข แต่เป็นความเสียหายที่เกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น โดยสุนัขกัณณะเดินทางไปให้บริการผู้ป่วย

แนวทางการพิจารณาการจ่ายเงินการติดเชื้อโรค (ปฏิบัติหน้าที่ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย)

1. พบรอยโรคติดเชื้อ ไม่พบเชื้อโรคชัดเจน จ่ายเงินไม่เกิน 10,000 บาท

2. พบรอยโรค พบเชื้อชัดเจน หรือมีอาการแพ้ยารุนแรง ไม่สามารถใช้ยาพื้นฐานได้ จ่ายตั้งแต่ 10,000 บาท ถึง 20,000 บาท

3. พบรอยโรค พบเชื้อชัดเจน และมีภาวะแทรกซ้อนทำให้ทำหน้าที่ไม่เต็มที่แต่ยังไม่พิการ หรือเกิดการดื้อยาหลายชนิด จ่ายตั้งแต่ 20,000 บาท ถึง 30,000 บาท

แนวทางการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

1. เข็มตำขณะให้บริการโดยตรงหรือสัมผัสสารคัดหลั่งที่บริเวณเยื่อต้องได้รับยาและผลเลือดยังไม่มียาป้องกันติดเชื้อ จ่ายไม่เกิน 10,000 บาท

2. ผลเลือดติดเชื้อเอดส์ จากการให้บริการถือเป็นความเสียหายประเภทเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายไม่เกิน 200,000

3.4 ข้อบังคับ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555

จากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนแก่ประชาชนผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางด้านสาธารณสุขในลักษณะการช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้น อีกทั้งเป็นการลดความขัดแย้งทางด้านสัมพันธภาพระหว่าง

ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยมีหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ดังนี้

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง

ผู้มีสิทธิยื่นคำร้องได้แก่ ผู้รับบริการ ทายาท ผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยผู้มีสิทธิการยื่นคำร้องต้องยื่นภายในกำหนดระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่ทราบความเสียหาย

2. ผู้มีสิทธิได้รับการเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ผู้รับบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะ มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

3. อัตราการจ่ายเงิน

3.1 เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร (หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต) จ่ายเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท

3.2 สูญเสียอวัยวะหรือพิการ (ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต) จ่ายเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท

3.3 บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือได้ ไม่เกิน 100,000 บาท

กรณีที่มีการฟ้องครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์จนอายุครรภ์ครบตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตทารกในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการ ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้โดยจัดเป็น (3.1) และหากมารดาได้รับความเสียหายอื่นด้วยก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายที่ได้รับนั้น และในกรณีที่ความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งได้ ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่จะพิจารณาเทียบกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ตามความเหมาะสม

4. เงื่อนไขการจ่ายเงิน

ต้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลซึ่งมิใช่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค หรือเหตุการณ์แทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากการวินิจฉัยตามปกติ หรือรักษาโรคตามมาตรฐานและให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล

5. ผู้พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ

กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 5-7 คน เพื่อทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้อง ว่าเข้าเกณฑ์หรือไม่ หรือถ้าเห็นว่าเข้าเกณฑ์ ควรพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นจำนวนเท่าไร ทั้งนี้การพิจารณาให้คำนึงถึงความรุนแรงและ seriousness ของผู้เสียหายด้วย

6. สิทธิอุทธรณ์

กรณีที่ผู้รับบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะ ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของ คณะอนุกรรมการที่ตั้งจ่ายเงินไม่เต็มอัตราที่กำหนดในแต่ละประเภท หรือไม่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น หรือจัดประเภทความเสียหายไม่ถูกต้อง ผู้มีสิทธิอุทธรณ์สามารถยื่นอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วันนับแต่ ทราบผลการวินิจฉัย

สรุป แนวคิดเกี่ยวกับการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจาก การให้บริการสาธารณสุขนั้น แม้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยจะมีการกำหนดไว้ว่า บุคคล ย่อมมีสิทธิได้รับหลักประกันความปลอดภัยและสวัสดิการในการทำงานและในพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ตราขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การบริการสาธารณสุขมี มาตรฐาน ทว่าถึงและมีประสิทธิภาพจึงได้มีการออกข้อบังคับ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือ เพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขเพื่อให้เกิดขวัญ กำลังใจและประสิทธิภาพในการทำงานแก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์การ พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยแก่ผู้ให้บริการนับว่าเป็นสิ่งที่ดี แต่เมื่อทำการศึกษารูปแบบ ในการชดเชยและการเยียวยาความเสียหายในกรณีอื่น ๆ นั้นพบว่า การชดเชยความเสียหายนั้นยังมีอีก หลายรูปแบบ เช่น การชดเชยโดยการฟื้นฟูทางด้านจิตใจ หรือแม้แต่การชดเชยโดยการจ่ายเป็น เงินทดแทนความเสียหายนั้นก็ยังมีการคิดรวมความเสียหายด้านอื่นที่ส่งผลกระทบด้วย เช่น ด้าน การสูญเสียโอกาสในการทำงานหรือกิจการหรือการสูญเสียรายได้ด้านอื่น ๆ ดังนั้นจึงน่าเป็นจุดสนใจใน การศึกษาเปรียบเทียบเพื่อเพิ่มความเป็นธรรมและความน่าเชื่อถือในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ เพื่อการชดเชยแก่ผู้ให้บริการในขั้นตอนกระบวนการพิจารณา

ส่วนที่ 4 ปัญหาความเป็นธรรมและการวินิจฉัยของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ

ความเป็นธรรม หมายถึง เส้นแบ่งระหว่างความพึงพอใจทั้งสองฝ่ายหรือของทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้องในสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าพอใจด้วยกันทุกคน ทุกฝ่าย โดยที่ เส้นแบ่งดังกล่าวอาจไม่ได้อยู่ตรงกึ่งกลางของทุกฝ่ายก็ได้ แต่ทุกคนทุกฝ่ายมีความพึงพอใจและพร้อม ที่จะยอมรับเส้นแบ่งดังกล่าวโดยไม่ต้องขัดข้อง (พัชร ทิพย์ทัศน์, 2550) การจะตัดสินว่าสิ่งใดเป็น ธรรมหรือยุติธรรมนั้นเป็นเรื่องที่ยาก เพราะบุคคลย่อมมีความคิดเห็นในเรื่องของความเป็นธรรม และความยุติธรรมแตกต่างกันไปตามประสบการณ์และตามความเชื่อของตน

ปัญหาเรื่องความไม่เป็นธรรมในกฎหมายมีอยู่ 2 ประเภท คือ

1. ตัวบทกฎหมายนั้นไม่ยุติธรรม มีกฎหมายหลายฉบับที่ไม่ยุติธรรมและขัดต่อสามัญสำนึก บางฉบับเอื้อประโยชน์ให้กับกลุ่มบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยไม่เป็นธรรม บางฉบับขาดความพอดี บางฉบับไม่เปิดโอกาสให้ตุลาการหรือผู้บังคับใช้กฎหมายมีดุลพินิจที่จะพิจารณาลงโทษให้เหมาะสมแก่ความร้ายแรงแห่งพฤติกรรม ในบางกรณีเป็นเหตุสุดวิสัยความไม่ยุติธรรมอาจเกิดจากความพลั้งเผลอหลงลืมของผู้ร่างกฎหมายมิได้ตรวจสอบให้รอบคอบรัดกุม บางกรณีก็เป็นเหตุสุดวิสัยอันส่งผลให้กฎหมายขาดความยุติธรรมและขัดต่อสามัญสำนึกและศีลธรรมด้วย
2. การใช้ตัวบทกฎหมายที่ยุติธรรมอย่างไม่ยุติธรรม ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ร้ายแรงแก้ไขได้ยากที่สุด ตัวบทกฎหมายส่วนใหญ่ที่เราถืออยู่ถือว่าเป็นตัวบทกฎหมายที่ดี มีเพียงส่วนน้อยที่เท่านั้นที่ไม่เป็นธรรม แต่ตัวบทที่ดีอาจไม่มีประโยชน์ ใดถ้าการใช้กฎหมายไม่ยุติธรรมซึ่งมีจากสาเหตุหลายประการ สาเหตุประการที่สำคัญที่สุด ได้แก่ การขาดทัศนคติและความเคารพในตัวบทกฎหมายของผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะฝ่ายบริหารผู้มีอำนาจในการใช้กฎหมาย ทางแก้ที่ดีที่สุดคือต้องแก้ที่ตัวบุคคล เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีความเคารพในตัวบทกฎหมายและมีจิตสำนึกในความเป็นธรรม (ชานินทร์ กรัยวิเชียร, 2547: 4-6)

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจและการใช้ดุลพินิจ

ทฤษฎีการตัดสินใจ

ทฤษฎีการตัดสินใจเป็นการเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดโดยมีการนำแนวคิดหลักเหตุผลมาประกอบการตัดสินใจ ซึ่งจำแนกได้เป็น 2 วิธี คือ ทฤษฎีการตัดสินใจจำแนกตามวิธีการตัดสินใจ และทฤษฎีการตัดสินใจตามบุคคลที่ตัดสินใจ ดังนี้ (วรพจน์ บุษราคัมวดี, 2551: 110)

1. ทฤษฎีการตัดสินใจจำแนกตามวิธีการตัดสินใจ แบ่งออกเป็น 3 วิธี ดังนี้
 - 1.1 ทฤษฎีการตัดสินใจโดยการคาดการณ์ มีการใช้การพยากรณ์และการคาดการณ์เข้ามาประกอบการตัดสินใจ
 - 1.2 ทฤษฎีการตัดสินใจโดยการพรรณนา บางครั้งเรียกว่า การตัดสินใจทางวิทยาศาสตร์ เป็นการใช้กระบวนการตัดสินใจโดยใช้กระบวนการทางการวิจัยมีการพิสูจน์ให้เห็นจริงจึงตัดสินใจได้
 - 1.3 ทฤษฎีการตัดสินใจโดยกำหนดความเป็นทฤษฎีที่คำนึงถึงว่าแนวการตัดสินใจควรจะเป็นหรือน่าจะเป็นอย่างไรจึงจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการตัดสินใจได้
2. ทฤษฎีการตัดสินใจจำแนกตามบุคคลที่ตัดสินใจ โดยจำแนกบุคคลที่ตัดสินใจได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

2.1 การตัดสินใจโดยคนเดียวมักใช้ในการตัดสินใจในผู้ที่ใกล้ชิดกับปัญหาและทราบข้อมูลเป็นอย่างดี เพื่อทำให้เกิดความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการตัดสินใจ

2.2 การตัดสินใจโดยกลุ่มเป็นการกระจายอำนาจในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นการยึดทีมงาน และคณะกรรมการ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

อย่างไรก็ตามในการตัดสินใจโดยบุคคลคนเดียวหรือโดยกลุ่มนั้น ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจจะต้องพิจารณาความสลับซับซ้อนของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจด้วย

ความสำคัญของการตัดสินใจมีดังนี้

มีทางเลือกหลายทาง การตัดสินใจเพื่อปฏิบัติในแต่ละทางเลือก ถ้าอาศัยดุลพินิจส่วนตัวของผู้มีอำนาจอาจเกิดการผิดพลาดได้ ดังนั้นจึงต้องอาศัยเครื่องมือหรือเกณฑ์ที่มีความเหมาะสมมาประกอบเพื่อการตัดสินใจ

1. การที่มีข้อมูลจำนวนมาก ถ้ามีการใช้ดุลพินิจส่วนตัวบ่อยครั้ง โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดและขาดความรอบคอบจึงอาจเกิดขึ้นตามมาได้ด้วย เนื่องจากไม่สามารถนำข้อมูลนั้นมาพิจารณาได้ครบถ้วนสมบูรณ์นั่นเอง

2. เพื่อลดความขัดแย้งเนื่องจากพื้นฐานความรู้ รวมทั้งประสบการณ์ของแต่ละบุคคลต่างกันดังนั้นในการตัดสินใจ ถ้าไม่นำเครื่องมือที่เหมือนกันมาทำการตัดสินใจ อาจทำให้การตัดสินใจแตกต่างกันออกไปทำให้เกิดความขัดแย้งได้

3. เพื่อลดความเสี่ยง โดยการใช้เครื่องมือที่มีความถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยให้ช่วยลดความผิดพลาดได้

ทฤษฎีการตัดสินใจจำแนกตามบุคคลที่ตัดสินใจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. การตัดสินใจโดยคนเดียว ทำให้เกิดความรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพในการตัดสินใจ มักใช้กับผู้ที่ใกล้ชิดกับปัญหาและทราบข้อมูลได้ดี

2. การตัดสินใจโดยกลุ่ม เป็นการตัดสินใจที่ยึดทีมงาน และคณะกรรมการ เป็นผู้ร่วมตัดสินใจเป็นการมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ดังนั้นการกระจายอำนาจและการตัดสินใจจึงจำเป็นมากในอนาคต

องค์ประกอบการตัดสินใจมี 4 ประการ คือ

1. ผู้ทำการตัดสินใจ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดเพราะการตัดสินใจจะดีหรือไม่ขึ้นกับบุคคลผู้ตัดสินใจเป็นสำคัญ ดังนั้นผู้ตัดสินใจต้องมีข้อมูล มีเหตุผล มีค่านิยมที่ถูกต้อง สอดคล้องแต่ในบางครั้งผู้ทำการตัดสินใจขาดข้อมูลที่ถูกต้องทำให้ผลการตัดสินใจไม่ดีพอ ดังนั้นผู้ทำการตัดสินใจจึงต้องวิเคราะห์สถานการณ์ให้ถูกต้อง

2. ประเด็นปัญหาที่ต้องตัดสินใจ จำแนกได้หลายประการ เมื่อกำหนดปัญหาได้ชัดว่าเป็นปัญหาเรื่องอะไรก็สามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง
3. ทางเลือกต่าง ๆ ที่บรรลุปเป้าหมาย ผู้ตัดสินใจต้องพยายามที่จะค้นหาทางเลือกที่ดีกว่าอยู่เสมอ
4. สภาพการณ์ที่ทำการตัดสินใจ ต้องคำนึงถึงสภาพการณ์ที่ทำการตัดสินใจเป็นแบบใด

การใช้ดุลพินิจ

ก่าพล วันทา (2552: 1) กล่าวว่า เมื่อกฎหมายให้อำนาจดุลพินิจแก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองจะต้องใช้อำนาจอย่างมีเหตุผล โดยคำนึงถึงหลักแห่งความเหมาะสม หลักแห่งความจำเป็นและหลักแห่งความได้สัดส่วน ซึ่งหากเมื่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองได้ใช้อำนาจดุลพินิจตามหลักการ ย่อมจะเป็นหลักประกันความเป็นธรรมและความยุติธรรมให้แก่ผู้ใช้บริการจากหน่วยงานของรัฐได้

สมชัย วัฒนการุณ (2552: 1) ให้ความหมายว่า อำนาจการใช้ดุลพินิจ หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่ของรัฐต้องตัดสินใจออกคำสั่งอย่างใดอย่างหนึ่งในบรรดาคำสั่งหลายคำสั่งหรือคำสั่งตั้งแต่สองคำสั่งขึ้นไป โดยมีอำนาจที่จะตัดสินใจเลือกได้อย่างอิสระว่าจะออกคำสั่งไปในทางใดทางหนึ่ง โดยอำนาจดุลพินิจเป็นหน้าที่ที่เจ้าหน้าที่ของรัฐต้องตัดสินใจอย่างอิสระภายหลังจากที่ได้ทราบข้อเท็จจริงของเรื่องแล้ว

ภาควิชา นิติศาสตร์ (2547) ให้ความหมายว่า การใช้ดุลพินิจให้เหมาะสมและละเอียดรอบคอบที่สุดมิได้เกี่ยวกับความรู้ทางกฎหมาย แต่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ วุฒิภาวะ ความรอบรู้ และความละเอียดรอบคอบของผู้ทำหน้าที่

รัชพล ฟองทอง (2554: 4) กล่าวว่า ดุลพินิจของผู้ใช้กฎหมาย เป็นสิ่งสำคัญสุดข้อหนึ่งที่กฎหมายเปิดโอกาสให้ใช้ในการอำนวยความสะดวก การใช้อำนาจดุลพินิจควรมีความสอดคล้องกับมโนธรรม ศีลธรรมและความต้องการของสังคม

การใช้ดุลพินิจมีองค์ประกอบและเงื่อนไขหลายประการ ในแต่ละบุคคลแต่ละสถานการณ์และในแต่ละสิ่งแวดล้อม ฯลฯ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการตัดสินใจ ของผู้มีอำนาจและหน้าที่แต่อย่างไรการพิจารณาในเรื่องของความเหมาะสมและสมควรในการใช้อำนาจและหน้าที่นั้นต้องพิจารณาจากองค์ประกอบขณะนั้นเป็นสำคัญด้วย เพราะหลักการและเหตุผลในการใช้ดุลพินิจในยุคหนึ่งอาจมีความเหมาะสมและเป็นการสมควรแต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอาจไม่มีความเหมาะสมหรือไม่เป็นการสมควรก็ได้ (วิชัย สังข์ประไพ, 2553: 86)

ขั้นตอนการใช้ดุลพินิจ ได้มีการแบ่งไว้เป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นตอนในการวินิจฉัยข้อเท็จจริง ก่อนที่จะใช้อำนาจในการวินิจฉัยกระทำ การหรือตัดสินใจ จะต้องมีการตรวจสอบ โดยอาศัยพยานหลักฐานเป็นหลักในการประกอบการวินิจฉัย
2. ขั้นตอนการปรับบทกฎหมาย คือการวินิจฉัยข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นนั้นตรงกับบทบัญญัติของกฎหมาย ในมาตราใด บทใด โดยนำข้อเท็จจริงมาเปรียบเทียบกับถ้อยคำและเจตนารมณ์ของกฎหมายว่าต้องการให้เป็นไปในทิศทางแบบใดให้อิสระในการใช้ดุลพินิจระดับใด
3. ขั้นตอนการตัดสินใจหลังจากที่ได้มีการวินิจฉัยข้อเท็จและปรับบทกฎหมาย แล้ว ผู้มีอำนาจในการใช้ดุลพินิจจะต้องดูว่ากฎหมายกำหนดการใช้อำนาจไว้อย่างไร หรือกฎหมายได้กำหนดทางเลือกในการใช้อำนาจไว้กี่ทางเลือก อาจมีทางเลือกเดียวหรือหลายทางเลือก เพื่อให้ผู้มีอำนาจมีดุลพินิจในการตัดสินใจที่เกิดประโยชน์สูงสุด

หลักการใช้ดุลพินิจโดยชอบด้วยกฎหมาย

เมื่อมีการใช้ดุลพินิจเกิดขึ้นสิ่งสำคัญที่สุดของการใช้ดุลพินิจคือชอบด้วยกฎหมายซึ่งนำไปสู่ความยุติธรรม หลักการสำคัญของการใช้ดุลพินิจโดยชอบด้วยกฎหมายคือ

1. ดุลพินิจเมื่อมีแล้วต้องใช้ โดยการริเริ่มการใช้ดุลพินิจต้องเริ่มจาก คำร้องแบบใดชอบด้วยกฎหมายโดยพิจารณาจากรูปแบบ ขั้นตอน ระยะเวลา ตามที่กฎหมายกำหนดและการพิจารณา คำร้องที่ชอบด้วยกฎหมายก็ต้องพิจารณาว่าต้องดุลพินิจหรือไม่
2. ดุลพินิจต้องใช้อย่างอิสระ ยกเว้นกฎหมายได้กำหนดไว้ให้มีการรับคำแนะนำจากองค์กรอื่นที่กฎหมายกำหนด
3. การใช้ดุลพินิจโดยผ่านขั้นตอนการพิจารณาถูกต้อง การพิจารณาหลักเกณฑ์ต้องพิจารณากฎหมายที่มีความเกี่ยวข้องด้วยและไม่ขัดกับบทบัญญัติของกฎหมายอื่น
4. การใช้ดุลพินิจต้องไม่บิดเบือนวัตถุประสงค์ของกฎหมาย โดยการใช้ดุลพินิจจะต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกฎหมายและเจตนารมณ์ของกฎหมาย
5. การใช้ดุลพินิจไม่เกินขอบเขตที่กฎหมายกำหนด
6. การใช้ดุลพินิจต้องคำนึงถึงสิทธิและเสรีภาพ
7. การใช้ดุลพินิจต้องไม่ฝ่าฝืนกฎระเบียบที่องค์กรได้วางไว้เอง
8. การใช้ดุลพินิจต้องมีเหตุผลอย่างเพียงพอ โดยการใช้ดุลพินิจนั้นจะต้องมีเหตุผลทุกครั้ง
9. การใช้ดุลพินิจไม่ขัดกับหลักกฎหมายทั่วไป (เฉลิมศักดิ์ วงศ์ศิริวัฒน์, 2554:

ดุลพินิจเป็นอำนาจหรือสิทธิพิเศษของศาลหรือองค์กรอื่นที่จะพิจารณาตามหลักยุติธรรม ซึ่งการพิจารณานั้นจะต้องอาศัยการใช้ภาวะแวดล้อมแห่งพฤติการณ์และวิจารณ์ญาณในการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจในการนั้น ทั้งนี้ในการใช้ดุลพินิจนั้นเพื่อสามารถใช้กฎหมายได้อย่างยืดหยุ่นให้สอดคล้องกับความเป็นธรรมเฉพาะกรณีได้ (มนต์ชัย ชินทรลีลา, 2552: 21-22)

ขอบเขตการใช้ดุลพินิจ ย่อมขึ้นอยู่กับกฎหมายที่บัญญัติให้อำนาจไว้ โดยขอบเขตการใช้ดุลพินิจที่เหมาะสมนั้น จะให้ความสำคัญกับทฤษฎีที่อยู่ในระบบความยุติธรรมของแต่ละประเทศ ตลอดจนขอบเขต โครงสร้าง และวิธีการควบคุมให้มีประสิทธิภาพ แต่สิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้เกิดการใช้ดุลพินิจมีขอบเขตที่เหมาะสม คือ ระบบดุลพินิจที่มีขอบเขตกว้างขวางได้สร้างสมมาช้านาน และเข้าไปฝังอยู่ในความรู้สึกของผู้มีอำนาจใช้ดุลพินิจจนเคยชิน

การควบคุมการใช้ดุลพินิจ โดยป้องกันการใช้อำนาจดุลพินิจมิชอบ หรือตามอำเภอใจ โดยปราศจากเหตุผลอันสมควร เป็นอันตรายต่อสิทธิเสรีภาพ และความสงบเรียบร้อยของสังคม ดังนั้นจึงต้องมีการควบคุมดุลพินิจให้เหมาะสมการควบคุมดุลพินิจอาจกระทำได้ 2 ประการ คือ

1. การควบคุมการใช้ดุลพินิจโดยโครงสร้างเป็นการควบคุมด้วยการกำหนดขั้นตอน วิธีการแบบอย่าง ข้อเท็จจริง เหตุผล และกระบวนการพิจารณาเกี่ยวกับดุลพินิจซึ่งอาจใช้หลายข้อ หรือทุกข้อ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลต่าง ๆ อย่างเปิดเผย และเอื้ออำนวยต่อการใช้อำนาจดุลพินิจให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ที่มุ่งไปสู่ทางที่ก่อให้เกิดความยุติธรรมเฉพาะกรณี

2. การควบคุมการใช้ดุลพินิจโดยการตรวจสอบทบทวน โดยจากองค์กรในหรือภายนอกเพื่อป้องกันการใช้อำนาจดุลพินิจผิดพลาด

สรุป แม้ดุลพินิจจะเป็นเครื่องมือในการสร้างความยุติธรรมเฉพาะกรณี แต่ถ้าเลือกใช้อำนาจดุลพินิจผิดพลาดก็อาจสร้างความยุติธรรมก่อโทษแก่ผู้ที่ได้รับเป็นอันมาก สาเหตุใหญ่มาจากการที่ดุลพินิจเป็นสิ่งที่ไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวแต่การใช้ดุลพินิจนั้นย่อมมีพื้นฐานหรือหลักชี้นำในการปฏิบัติอยู่บนหลักนิติธรรม หรือหลักกฎหมายทั่วไป เป็นการใช้ดุลพินิจที่สุจริต เป็นธรรมชอบธรรม ชอบด้วยกฎหมาย เสมอภาค ถูกกฎหมายและตามระเบียบแบบแผนประเพณี

คุณสมบัติของระบบที่ต้องการของระบบการชดเชยความเสียหายตามกฎหมายเกณฑ์สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเคยใช้เป็นเกณฑ์การออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2548: 4)

1. เป็นระบบที่มีความเป็นธรรม ถ้าเกิดความเสียหายเกิดขึ้น กรณีความเสียหายลักษณะเดียวกัน คนอื่นที่ได้รับความเสียหายแบบเดียวกันควรได้รับอัตราการชดเชยในแบบเดียวกัน

2. เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ ระยะเวลาที่ได้รับการชดเชย ควรมีความรวดเร็ว เมื่อมีการชดเชยแล้วสภาพภายหลังการชดเชยควรมีคุณภาพที่ดีขึ้น และต้นทุนในการชดเชยไม่ควรสูงมากจนเกินไป

3. เป็นระบบที่มีคุณภาพ คือสามารถเข้าถึงได้ง่าย บอกได้ชัดเจนว่าความเสียหายกรณีใดที่จะได้ที่จะได้รับการชดเชย อีกทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องผู้รับบริการและผู้ให้บริการจะต้องเกิดความพึงพอใจในระบบการชดเชยดังกล่าว

4. เป็นระบบที่โปร่งใสคือสามารถตรวจสอบได้ มีหลักฐานการบริหารการชดเชยชัดเจน รวมทั้งมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับในสังคม

4.2 แนวคิด เกี่ยวกับการจัดองค์กรในรูปคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ

เนื่องจากในอดีตมีการมอบอำนาจให้บุคคลคนเดียวในการตัดสินใจเพื่อให้เกิดความรวดเร็วและสะดวกในการทำงานแต่เกิดปัญหาไม่มีการคำนึงอำนาจในการใช้ดุลพินิจ ประกอบกับงานบางอย่างจำเป็นต้องได้รับข้อมูลหรือความรู้หลายด้านหรือต้องการให้เกิดการประสานงาน หรือความเป็นเอกภาพของหน่วยงานหลายหน่วยงาน จึงใช้การบริหารงานโดยระบบคณะกรรมการขึ้น โดยการมอบความรับผิดชอบในการกำหนดนโยบายการดำเนินการหรือการตัดสินใจในเรื่องสำคัญ ให้แก่ “คณะกรรมการ”

โดยสรุปเหตุผลในการจัดตั้งคณะกรรมการมักมีสาเหตุดังนี้

1. เรื่องที่ต้องพิจารณาเป็นเรื่องที่มีประโยชน์ได้เสียสูง หรือมีผลกระทบต่อประชาชน
2. เรื่องที่ต้องพิจารณาจำเป็นต้องระดมความคิดหลากหลายจากหลายฝ่าย โดยรับผิดชอบ รวมกัน
3. เรื่องที่จำเป็นต้องอาศัยความรู้หลากหลาย มีลักษณะสหวิทยาการ ซึ่งไม่สามารถจะหาได้จากบุคคลคนเดียว

จากการตรวจสอบหน้าที่ของคณะกรรมการตามกฎหมาย พบว่าคณะกรรมการมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. หน้าที่ในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางในการดำเนินงานของฝ่ายบัญชี
2. ควบคุมการดำเนินงาน
3. การให้คำปรึกษา
4. หน้าที่ในการวินิจฉัยอุทธรณ์
5. หน้าที่ในการบริหาร

มีข้อสังเกตว่าหน้าที่ของคณะกรรมการทั้ง 5 นั้นบางคณะกรรมการมีหน้าที่ประเภทหนึ่งเพียงประเภทเดียว และบางคณะกรรมการมีหน้าที่มากกว่าหนึ่งประเภท (คณะกรรมการปรับปรุงกฎหมายเพื่อการพัฒนาประเทศ, 2546: 1)

อำนาจของคณะกรรมการในการใช้ดุลพินิจทางกฎหมาย

ในกฎหมายมีบทบัญญัติในการให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่แตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์และความต้องการของกฎหมาย โดยมีการกำหนดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของประธานและคณะกรรมการไว้ จึงต้องมีการสรรหาและคัดเลือกคณะกรรมการเพื่อให้มีอำนาจและปฏิบัติหน้าที่ตามที่กฎหมายหรือระเบียบกำหนดไว้ (จรรยาพร ธรณินทร์, 2555: 1)

ด้านประเด็นองค์ประกอบของคณะกรรมการในการลงมตินั้นตามความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกา (เรื่องเสร็จที่ 877/2547 และ 994/2554) ได้เคยให้ความเห็นเกี่ยวกับประเด็นนี้ว่า วัตถุประสงค์ของการกำหนดองค์ประกอบของคณะกรรมการนั้น เพื่อให้บุคคลที่มาจากหลายฝ่ายระดมและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ รับรู้ข้อเท็จจริง รวมทั้งประสานนโยบายดังนั้นในการดำเนินการอันเกี่ยวกับการประชุมพิจารณาจึงต้องประกอบด้วยคณะกรรมการครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนด เว้นเสียแต่ว่าระหว่างดำเนินการของคณะกรรมการมีตำแหน่งกรรมการบางประเภทว่างลงและมีบทบัญญัติกฎหมายกำหนดให้คณะกรรมการประกอบไปด้วยกรรมการที่เหลืออยู่ จึงจะสามารถประชุมได้ แม้จะไม่ครบองค์ประกอบตามกฎหมายก็ตาม หากกฎหมายมิได้กำหนดไว้เช่นนั้น ก็ทำให้องค์ประกอบของคณะกรรมการไม่ครบตามที่กำหนด กรรมการที่เหลือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้นับแต่วันที่ขาดองค์ประกอบของคณะกรรมการคณะนั้น ส่วนคณะกรรมการ คือคณะบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้ทำหน้าที่เฉพาะเรื่องมีหน้าที่แคบกว่าขอบเขตของคณะกรรมการ

คณะกรรมการและอนุกรรมการระดับพื้นที่

จากประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการคัดเลือก และการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่และคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2554 ระบุว่า ให้มีคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ในทุกเขตพื้นที่ ยกเว้นเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยบุคคลในเขตพื้นที่ ดังนี้

- (1) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ เป็นที่ปรึกษา
- (2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย (ถ้ามี) เป็นที่ปรึกษา

(3) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ เป็นรองประธานอนุกรรมการ

(4) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาขาพื้นที่ เป็นอนุกรรมการ

(5) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นอนุกรรมการ

(6) นายกเทศมนตรี เป็นอนุกรรมการ

(7) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นอนุกรรมการ

(8) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรื้อนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ถ้ามี) จำนวน 1 คน เป็นอนุกรรมการ

(9) ผู้แทนหน่วยบริการของเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ถ้ามี) จำนวน 1 คน เป็นอนุกรรมการ

(10) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน เป็นอนุกรรมการ

(11) ผู้แทนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระตามมาตรา 50(5) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2554 หรือภาคประชาชน หรือองค์กรอิสระเอกชนด้านสาธารณสุขหรือคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดละ 1 คน เป็นอนุกรรมการ

(12) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เป็นอนุกรรมการ

(13) รองผู้อำนวยการหรือผู้ช่วยผู้อำนวยการหรือเจ้าหน้าที่ซึ่งผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่มอบหมายจำนวน 1 คน เป็นอนุกรรมการ

จำนวนอนุกรรมการตาม (5)-(7) รวมแล้วให้มีเท่ากับจำนวนอนุกรรมการตาม(4) หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกอนุกรรมการ ตาม (5)-(12) ให้เป็นไปตามที่สำนักงานประกาศกำหนด

เมื่อได้ดำเนินการคัดเลือกอนุกรรมการตาม (5)-(12) แล้วให้สำนักงานสาขาเขตพื้นที่เสนอรายชื่อให้คณะกรรมการ คัดเลือกอนุกรรมการตาม (12) คนหนึ่งเป็นประธานอนุกรรมการ และให้สำนักงานออกคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ต่อไป

ให้อนุกรรมการที่มาจากการคัดเลือกมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละ 4 ปี และอาจได้รับคัดเลือกใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้ โดยให้เริ่มนับวาระตั้งแต่คณะอนุกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งตามประกาศ

สรุปปัญหาความเป็นธรรมและการวินิจฉัยในการวินิจฉัยตัดสินเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งนั้นการใช้ดุลพินิจของคณะกรรมการนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง ดังนั้นผู้ที่ใช้ดุลพินิจเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมนั้นจะต้องมีหลักการใช้ที่ชอบด้วยกฎหมายเพราะถ้าการใช้ดุลพินิจเป็นไปอย่างเหมาะสมและเป็นธรรมนั้นก็จะส่งผลดีต่อผู้ที่ได้รับความเสียหายและส่งเสริมความน่าเชื่อถือแก่คณะกรรมการและองค์กร

ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศิริลักษณ์ อภิวานิชย์ สมพร สมสกุลบรรจง วรรณยิ่งศิริรัตน์ ดันสุทธากุลปรางค์ เคหะจินดาวัฒน์ และกำธร มาลาธรรม (2548) ทำการศึกษาอัตราการเกิดอุบัติเหตุของโรงพยาบาลรามารับดี ระหว่างปี 2544-2546 พบว่าบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุรวมทั้งสิ้น 490 คน บุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุมากที่สุด คือ พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 27.8 โดยเกิดอุบัติเหตุที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อมะเร็งไอวี คิดเป็นร้อยละ 11.4

ศิริลักษณ์ อภิวานิชย์ ถนอมวงศ์ มณฑจิตร กำธร มาลาธรรม (2555: 273-286) ศึกษาเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรในทีมสุขภาพโรงพยาบาลรามารับดี โดยทำการศึกษาระหว่างในบุคลากรโรงพยาบาลรามารับดีในบุคลากรใหม่ที่ต้องทำงานบนหอผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2548-2552 ระยะเวลา 5 ปี มีบุคลากรที่เฝ้าระวังทั้งหมด 1,861 ราย พบอัตราความชุกของการทดสอบทูเบอร์คูตินร้อยละ 63.08 นอกจากนั้นยังพบภาพถ่ายทรวงอกผิดปกติร้อยละ 1.9 (จำนวน 35 ราย) จากการเฝ้าระวังดังกล่าวยังพบว่าผู้ที่ป่วยวัณโรคในชุมชนหรือในโรงพยาบาลมีอัตราเพิ่มขึ้น การแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลก็จะเกิดขึ้นเพิ่มมากขึ้นหากไม่มีมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ดีพอ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อ โดยการใช้อุปกรณ์ป้องกันที่ถูกวิธีรวมทั้งให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวังวัณโรคในบุคลากรทีมสุขภาพ

Paraskeui Gourni, Maria PoliKandrioti, Georgios Vasilopoulos, Eleni Mpaltzi, Maritsa Gourni (2012: 61-67) การศึกษาเรื่องการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลในหน่วยงานฉุกเฉิน (Occupational Exposure to blood and body of nurses at Emergency department) จากศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 124 คนในโรงพยาบาล 6 ในประเทศกรีซ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงร้อยละ 20.2 จากรายงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับอุบัติเหตุจากเข็มที่มามีบาดแผลลึก คิดเป็นร้อยละ 32.7 บาดแผลปานกลางคิดเป็นร้อยละ 57 บาดแผลเล็กน้อยระดับชั้นผิวหนัง คิดเป็นร้อยละ 25 และจากรายงานพบว่าอุบัติเหตุจากเข็มที่มามีบาดแผลเกิดจากเข็มที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว คิดเป็นร้อยละ 86.4

ทองปาน เจืองาม (2556: ง-จ) ศึกษาเรื่อง การติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรโรงพยาบาลแม่สอด โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 414 คน พบความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มตัวอย่าง 75.6 (จากการทดสอบการตรวจหาเชื้อทูเบอร์คูลินทางผิวหนัง) พบความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอกจำนวน 6 คน เป็นแผลวัณโรคเก่า 4 คน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างวัณโรค คือ การมีเพื่อนร่วมงานเป็นวัณโรค ($p < 0.01$) การปฏิบัติงานที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ($p < 0.05$) และการปฏิบัติงานที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยเอชไอวี ($p < 0.05$) โดยการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลค่อนข้างสูง

คารารัตน์ คำรงกุลชาติ (2540: 14-30) ทำการศึกษาเรื่อง การติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยทำการศึกษาบุคลากรในโรงพยาบาลหาดใหญ่ทั้งสิ้น จำนวน 247 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบ คือ การทดสอบทูเบอร์คูลินทางผิวหนัง ร่วมกับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและการสัมผัสวัณโรค ผลการวิจัยพบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 10.1 ปี ร้อยละ 1.6 เคยมีประวัติการติดเชื้อวัณโรค ร้อยละ 84.5 เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 6.9 เคยสัมผัสผู้ร่วมงานที่มีการติดเชื้อวัณโรค และจากการทดสอบความชุกของการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 75.7 ให้ผลบวกต่อการทดสอบทูเบอร์คูลินทางผิวหนัง ส่วนภาพถ่ายรังสีไม่พบวัณโรคปอด ส่วนลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์การติดเชื้อวัณโรค ได้แก่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี การเคยทำหัตถการหรือช่วยแพทย์ทำหัตถการ เช่น การใส่ท่อหลอดลมคอ การดมยาสลบเพื่อการผ่าตัด การมีรอยแผลเป็นปัสสาวะ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคของกลุ่มตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อีกทั้งในการศึกษายังพบว่าความเสี่ยงจากการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรยังขึ้นอยู่กับความชุกของการติดเชื้อของประชากรถ้าความชุกของประชากรที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งใดสูงก็จะทำให้เกิดอัตราการติดเชื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งนั้นสูงด้วย

สุภาภรณ์ วัฒนาร และคณะ (2555: 15) ทำการวิจัยเรื่อง การเปรียบเทียบอัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื้อที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบของจังหวัดสระบุรี พบว่า ประสิทธิภาพในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 1.2 และพบว่าในกลุ่มนี้พบโรคอื่น ๆ ร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 17.86

สาธิตา ดันติยาพงศ์ (2551: 60) ศึกษาเรื่องผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักการป้องกันแพร่เชื้อทางฟลอยด์จากระบบทางเดินหายใจและการลาป่วยของบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก สถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลการเจ็บป่วยและการลาป่วยของบุคลากรพยาบาลก่อนทำการเก็บข้อมูล มีบุคลากรเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากรพยาบาล 14 คน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 35 คน คิดเป็น ร้อยละ 40.0 และอาการ

ที่แสดงขณะเจ็บป่วยของบุคลากร คือ ไอแห้ง ๆ จำนวน 10 คน คิดเป็น ร้อยละ 71.4 รองลงมาคือ อาการเจ็บคอ คิดเป็นร้อยละ 64.3

ศรีรัตน อินทรักษ์ ศรีสุริย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์ และมุสดี คุณาพันธ์ (2554: 46-57) ศึกษาเรื่องการศึกษาศาสนาการณและปัญหาการแยกผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่กระจายเชื้อ โรงพยาบาลสระบุรี โดยทำการศึกษา พยาบาลวิชาชีพจำนวน 360 คน ผลการศึกษาพบว่าหน่วยงานแรกที่รับผู้ป่วยไว้รักษา ไม่ใช่หอผู้ป่วยแยกโรคติดเชื้อ (60.5) ส่วนปัญหาที่พบคือ หอผู้ป่วยแยกโรคติดเชื้อมีจำนวนเตียงไม่เพียงพอ เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนเรื่องการรับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยแยกโรคติดเชื้อ

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และศุภสิทธิ์ พรรณรุ โนนทัย (2548: 10-12) ได้ทำการศึกษาเรื่องทางเลือกเพื่อการออกแบบระบบการชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วย จากการศึกษาบทเรียนของประเทศนอร์เวย์ได้ข้อสรุปในการออกแบบ กระบวนการและขั้นตอนการพิจารณาจ่ายค่าชดเชยความมุ่งที่จะทำให้ระบบมีความเป็นมาตรฐานตามเกณฑ์ที่ระบุในกฎหมาย โดยเกณฑ์ที่สร้างนั้นจะต้องสามารถอ้างอิงได้ และมีการพัฒนาให้มีความน่าเชื่อถือและเป็นปัจจุบันขึ้นเรื่อย ๆ มีความเป็นอิสระจากอิทธิพลจากฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการและฝ่ายอื่น ๆ เช่น ฝ่ายการเมือง เป็นต้น ระบบชดเชยจะต้องสามารถอุทธรณ์ได้ มีกลไกที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เสียหายในการยื่นคำร้อง มีความรวดเร็ว และจากการศึกษาพบว่าการศึกษาของผู้พิจารณาคำร้องจะมีความหลากหลายแตกต่างกันออกไปแม้จะเป็นกรณีผู้ป่วยรายเดียวกันถึงความหลากหลายในการตีความค่อนข้างสูง ก็จะต้องส่งผลต่อปัญหาความเป็นธรรมในการจ่ายเงินช่วยเหลือ การพัฒนาเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยนั้นควรมีการพัฒนาให้มีความกระจ่างชัด เป็นรูปธรรมทำให้มองเห็นภาพได้ชัดเจน เพื่อป้องกันปัญหาการตีความอย่างหลากหลาย

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ (2553: 83-87) จากการศึกษาวิจัยเรื่องการวินิจฉัยไม่พึงประสงค์จากบริการทางการแพทย์เพื่อการจ่ายชดเชย จากกองทุนชดเชยความเสียหายจากพยาบาลบริการสุขภาพภายใต้มาตรา 41 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนาวิเคราะห์เหตุผลที่คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัดใช้พิจารณาตัดสินเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ระบุไว้ในกองทุนจำนวน 1,276 ราย ในช่วง พ.ศ. 2546-2551 จากผลการวิจัยสรุปว่าพบปัญหาความไม่สม่ำเสมอและคลุมเครือในการวินิจฉัยเพื่อการตัดสินการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นโดยจากภาวะความเสียหายแบบเดียวกันอาจจะถูกตัดสินว่า “จ่าย” หรือ “ไม่จ่าย” ซึ่งนำไปสู่ปัญหาความไม่เป็นธรรม

ธีระ วรรณรัตน์ (2555: 1-22) จากการประเมิน ธรรมนูญระบบหลักประกันสุขภาพภายใต้กรอบมาตรฐาน 8 ด้านของ UNESCAP พบว่าในเรื่องของประสิทธิภาพและความคุ้มค่าและการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการมีผลการประเมินต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ในส่วนของคณะกรรมการหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติมีการตั้งข้อสังเกตว่าคณะกรรมการมีบุคคลเดิมเป็นคณะกรรมการซ้ำเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะตัวแทนในส่วนของสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ในขณะที่ตัวแทนจากประชาชนจะมีการผลัดเปลี่ยนมากกว่า ซึ่งตัวแทนโดยตำแหน่งมีโอกาสจะถูกแทรกแซงทางการเมืองได้ง่าย ส่วนตัวแทนจากหน่วยงานอื่นที่เข้ามาเป็นกรรมการหรืออนุกรรมการ ไม่ค่อยเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ จึงมีบทบาทน้อย เกรงใจ ไม่กล้าขัดแย้ง ไม่มีบทบาทในการถ่วงดุลอำนาจ

อุไรพร จันทะอุ่มเม้า (2554) จากการศึกษาวิจัยเรื่องการประเมินความพึงพอใจในการทำงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สรุปความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานในภาพรวมทุกวิชาชีพของบุคลากรสุขภาพมีคะแนนร้อยละ 66.19 ซึ่งถือว่าเป็นระดับที่ต้องปรับปรุงและเมื่อพิจารณาด้านความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต: ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงาน พบว่าประเด็นที่ได้รับการประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ นโยบายและมาตรการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับบุคลากร การจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงาน การจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เอื้อต่อการทำงานการส่งเสริมอาชีวอนามัยสุขภาพและความปลอดภัย ดังนั้นในการบริหารทรัพยากรบุคคลจึงควรตระหนักถึงมาตรการในการสร้างความสุขในการทำงาน การธำรงรักษามูลค่าการให้อยู่ในระบบอย่างยั่งยืนต่อไป

ศักดิ์เดช โพธิ์รัชต์ (2555: 155-162) จากวิจัยเรื่องมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยพบว่า ความเสียหายอันเกิดขึ้นจากสินค้าหรือผลิตภัณฑ์หากมีหลักเกณฑ์ที่แน่นอนและมีความชัดเจนในการเยียวยาความเสียหายและควรมีมาตรการใกล้เคียงก่อนฟ้องคดี โดยนำหลักอนุญาโตตุลาการมาใช้เพื่อให้ผู้ที่ได้รับความเสียหายได้รับการเยียวยาที่รวดเร็ว อีกทั้งผู้วิจัยได้เสนอแนวทางการชดเชยตามแนวทางประเทศ คือ ในการวินิจฉัยนั้นควรวินิจฉัยตามพฤติการณ์ และความร้ายแรงต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยการกำหนดหลักเกณฑ์ให้ชัดเจนเพื่อสะดวกในการพิจารณา รวมทั้งเป็นการประหยัด เวลาและค่าใช้จ่าย

เพชรน้ำผึ้ง เทพพิพิธ (2547: 26-35) ศึกษาเรื่อง ปัญหาการดำเนินคดีและการชดเชยความเสียหายในคดีมลพิษ พบว่าสภาพปัญหาในเรื่องความเยียวยาความเสียหายในคดีมลพิษว่า ลักษณะความเสียหายที่มีความซับซ้อนมากขึ้นทำให้เกิดความยุ่งยากในการจัดเข้าสู่ประเภทความเสียหายและขบวนการยุติธรรมอาจยังไม่สามารถเข้าถึงและเข้าใจในบางคดี ทำให้เกิดปัญหาการวินิจฉัยลักษณะความเสียหายและศาลยังคงวินิจฉัยความเสียหายอยู่บนพื้นฐานของผลที่สามารถมองเห็นและสัมผัสได้ แต่ในความเป็นจริงคดีมลพิษได้เกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ของการแพร่กระจายมลพิษมากมายเพิ่มมากขึ้นจึงมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องมีการศึกษาเรียนรู้และเข้าใจถึงลักษณะเฉพาะของพิษแต่ละชนิดเพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริงการเปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบัน

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และหทัยชนก สุมาลี (2553: 421-434) จากวิจัยเรื่องทางเลือกเชิงนโยบาย เรื่องกองทุนสร้างเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข สรุปว่าประเทศไทยควรเลือกรูปแบบที่อยู่บนแนวคิดความรับผิดชอบของผู้ที่ทำให้เกิดความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (No-Fault Liability) ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการได้ ประเภทความเสียหายที่จะได้รับการชดเชย ครอบคลุม ความเสียหายแก่ชีวิต การสูญเสียอวัยวะหรือพิการ หรือทุพพลภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ การขาดงานและค่าขาดรายได้ การสูญเสียส่วนแหล่งการคลังจากการศึกษานี้ เสนอให้กองทุนสุขภาพที่ดูแลหลักประกันสุขภาพของผู้มีสิทธิ จ่ายแทนสถานพยาบาล ส่วนสถานพยาบาลเอกชนให้จ่ายเบี้ยประกันเอง นักวิจัยได้ประมาณการรายจ่ายของกองทุน และคาดประมาณเบี้ยสมทบหรืองบประมาณ ตามทางเลือกของแหล่งที่มาของเงิน เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้พิจารณา พบว่า ค่าใช้จ่ายของ กองทุนมีค่าอยู่ระหว่าง 332-659 ล้านบาทต่อปี เบี้ยประกันเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5-10 บาท/ประชากรต่อปี แต่ถ้าคำนวณหารด้วยจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด จะอยู่ระหว่าง 80-159 บาท/รายผู้ป่วยใน ทั้งนี้ยังไม่ได้นำจำนวนผู้ป่วยนอกมาคิด ถ้าเก็บเบี้ยประกันจากกองทุนประกันสุขภาพ ตามจำนวนผู้มีสิทธิ 5-10 บาท/ประชากร กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องจ่ายสมทบระหว่าง 247-492 ล้านบาทต่อปี ที่เหลือรัฐสมทบ 85-167 ล้านบาทต่อปี และเก็บจากสถานพยาบาลเอกชน เฉพาะบริการที่อยู่นอกหลักประกันสุขภาพของรัฐ การถกเถียงในประเด็นต่าง ๆ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จะช่วยให้มีการนำข้อมูลมาเปิดเผยต่อสาธารณะมากยิ่งขึ้น ขึ้น ดังนั้นการศึกษาให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะสามารถแสดงให้ทุกฝ่ายได้รับทราบข้อมูลอย่างเท่าเทียมกัน จะช่วยให้สังคมมีส่วนในการตัดสินใจเชิงนโยบายร่วมด้วยมากยิ่งขึ้น นอกเหนือจากการแทรกแซงของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเท่านั้น

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2555: 115-125) ได้มีการจัดทำรายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553) โดยได้มีการวิเคราะห์ระบบหลักประกันสุขภาพระหว่างนักวิจัยไทยและผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศพบว่า มีประเด็นที่ต้องมีการปฏิรูปต่อไปเพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นธรรมบางประเด็นดังต่อไปนี้ คือ ด้านการอภิบาลควรมีการปรับปรุงประกอบของคณะกรรมการในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบจะมีความรับผิดชอบต่อสังคมและโปร่งใส และเพื่อบริหารจัดการและป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนของคณะกรรมการและอนุกรรมการต่าง ๆ ควรมีการขยายบทบาทของตัวแทนภาคประชาคมและชุมชนและแต่งตั้งตัวแทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่มีความเป็นอิสระ เพื่อป้องกันการแทรกแซงจากทางการเมืองหรือมีกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมาใช้อิทธิพลในการจัดการทั้งหมดอื่น ขณะเดียวกันการดำเนินการต่อไปของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องคงไว้ซึ่งความเป็นธรรม การใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ ประสิทธิภาพ และหลักธรรมาภิบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553: 92-95) จากการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ในปี 2553 เมื่อเทียบกับปี 2547 พบว่าการจ่ายเงินชดเชยเพิ่มสูงถึง 16.84 เท่าจาก 4.86 ล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 81.93 ล้านบาท ส่วนการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อชดเชยกรณีผู้ให้บริการในภาพรวมได้ชดเชยเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2547 ถึง 24.98 เท่าจาก 0.22 ล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 26.29 ล้านบาท

สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ นั้นพบว่าในการทำงานของบุคลากรทางด้านสุขภาพหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพนั้นความสมดุลในชีวิตการทำงานในภาพรวมยังอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงจึงควรมีการพัฒนาจิตสวัสดิการในการทำงานจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมอาชีพอนามัยและความปลอดภัยอีกทั้งควรมีมาตรการในการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานแก่บุคลากรทางด้านการแพทย์

ในด้านภาวะสุขภาพของผู้ให้บริการหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพนั้นพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลต่าง ๆ นั้นมีความเสี่ยงค่อนข้างสูงจากการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด วัณโรคหรือการติดเชื้อไวรัสจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน เช่น การถูกเข็มที่มุดแทงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือการติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น และเมื่อเกิดการติดเชื้อหรือได้รับอุบัติเหตุแล้วส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายในหลายด้าน เช่น ต้องมีการตรวจประเมินสุขภาพเป็นระยะ ต้องรับประทานยาต้านไวรัส รวมทั้งยังต้องพบกับภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาหรืออาการแพ้ยาซึ่งในบางครั้งส่งผลกระทบต่อค่อนข้างรุนแรงทำให้ต้องมีการลาหยุดงานหรือมีผลกระทบต่อครอบครัวคือมีการติดเชื้อเพิ่มไปถึงบุคคลในครอบครัวของผู้ให้บริการด้วย

ในการพิจารณาชดเชยจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการออกข้อบังคับเป็นเกณฑ์และแนวทางในการจ่ายเงินช่วยเหลือ เพื่อการชดเชย และให้อำนาจคณะกรรมการเขตในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยพบว่าในการใช้ดุลพินิจในการพิจารณาตัดสินเพื่อการชดเชยนั้น บางครั้งความเสียหายที่เกิดขึ้นค่อนข้างซับซ้อนและยุ่งยากอาจมีปัญหาในการเข้าถึงและส่งผลต่อการพิจารณา ดังนั้นในการพิจารณาจะต้องมีการกำหนดเกณฑ์ที่แน่นอนชัดเจนและสอดคล้องกับความเป็นจริงในโลกปัจจุบัน และจากการประเมินธรรมาภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพพบมีการตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับคณะกรรมการและคณะกรรมการในการพิจารณาว่ามีคณะกรรมการชุดเดิมเป็นจำนวนมากอีกทั้งตัวแทนด้านต่าง ๆ ที่เข้าร่วมในการพิจารณานั้นไม่ค่อยมีความเชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพและจากงานวิจัยบางเรื่องพบว่าการตัดสินเพื่อการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการช่วยเหลือเบื้องต้นพบปัญหาความไม่สม่ำเสมอและคลุมเครือในภาวะความเสียหายแบบเดียวกันการตัดสินพิจารณาจ่ายเงินกับแตกต่างกันซึ่งนำไปสู่ปัญหาความไม่ธรรม

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสำรวจ (Survey Research) ข้อมูลผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายที่มีการบันทึกรวบรวมไว้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลโดยนำข้อมูลทุติยภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการรวบรวมไว้ในรายงานการประชุมเกี่ยวกับผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขที่มีการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผ่านคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยเขตพื้นที่ทั้ง 13 เขตพื้นที่ที่มีมติการพิจารณาเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย ตั้งแต่ เดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2551-เดือนกันยายน พ.ศ.2555 รวมทั้งสิ้นจำนวน 2,360 ราย โดยทำการคำนวณกลุ่มประชากรตัวอย่างและสุ่มตัวอย่างจากกรณีผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดซึ่งมีทั้งสิ้น 597 ราย กลุ่มเฉพาะกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี และความเสียหายจากกรณีติดเชื้อวัณโรคมีทั้งสิ้นจำนวน 724 ราย แบ่งเป็นสัดส่วนที่เท่ากันและนำข้อมูลที่ได้มาทำการเปรียบเทียบปัจจัยในการพิจารณาการจ่ายเงินชดเชย โดยการเปรียบเทียบสาเหตุความเสียหาย ระดับความรุนแรงของความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบขณะที่ได้รับความเสียหาย ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย จำนวนการร้องอุทธรณ์ กับจำนวนเงินที่ได้รับการชดเชยรวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลจากงานการประชุมเกี่ยวกับการพิจารณาการจ่ายเงินชดเชยเขตพื้นที่เทียบกับข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขและมีการยื่นคำร้องมาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งคณะกรรมการ

พิจารณาว่าเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อการชดเชยโดยใช้ข้อมูลในเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2551-เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 มีจำนวนทั้งสิ้นรวม 2,360 ราย โดยแบ่งเป็นความเสียหายดังนี้

ตารางที่ 3.1 จำนวนการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2551- เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 และจำนวนผู้ได้รับการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยความเสียหายกรณีจากการถูกเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดและกรณีติดเชื้อวันโรค

ปี พ.ศ.	จำนวนเรื่อง การยื่น พิจารณา (ราย)	เข้าเกณฑ์การ จ่ายเงิน ช่วยเหลือ (ราย)	ไม่เข้าเกณฑ์ จ่ายเงิน ช่วยเหลือ (ราย)	จำนวนการจ่ายเงิน ช่วยเหลือกรณีถูกเข็ม ทิ่มตำและของมีคมบาด (ราย)	จำนวนการจ่ายเงิน ช่วยเหลือกรณี ติดเชื้อวันโรค (ราย)
ต.ค. 2551-ก.ย. 2552	725	659	66	172	191
ต.ค. 2552-ก.ย. 2553	840	686	154	194	190
ต.ค. 2553-ก.ย. 2554	625	505	120	121	175
ต.ค. 2554-ก.ย. 2555	624	511	113	109	169
รวม	2,814	2,360	453	598	724

ที่มา: สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556

กลุ่มตัวอย่าง

1. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ใช้สูตรขนาดตัวอย่างของการวิจัยเชิงพรรณนาในกรณีที่ทราบจำนวนประชากรและทราบค่าสัดส่วน

$$\text{สูตร } n = \frac{Npq(Z_{\alpha/2})^2}{(N-1)e^2 + Z_{\alpha/2}^2 pq}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$Z_{1-\alpha/2}^2$ = 1.96 (ช่วงความเชื่อมั่น 95% ของสองด้าน)

N = ขนาดประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนการประมาณค่าหรือ 0.05

$$\text{สูตร } n = \frac{Npq(Z_{\alpha})^2}{(N-1)e^2 + Z_{\alpha}^2 pq}$$

$$n = \frac{2,361 * 0.559 * 0.441 (1.96)^2}{(2,361-1)0.05^2 + (1.96)^2 * 0.559 * 0.441}$$

$$n = 327$$

(เพิ่มจำนวนกลุ่มประชากร 5% จาก n เดิมป้องกันการสูญหายของข้อมูล n = 344 ราย)

2. การสุ่มตัวอย่างประชากรใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างขั้นตอน Stage sampling (Two-stage sampling) โดยแบ่งประชากรออกเป็น 13 เขต ตามการแบ่งเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตารางที่ 3.2 การแบ่งเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต	ประกอบด้วย (จังหวัด)
1 เชียงใหม่	เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน แพร่ น่าน
2 พิษณุโลก	พิษณุโลก ตาก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์
3 นครสวรรค์	นครสวรรค์ กำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร อุทัยธานี
4 สระบุรี	สระบุรี อัญญา ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง ปทุมธานี นนทบุรี นครนายก
5 ราชบุรี	ราชบุรี กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม นครปฐม สุพรรณบุรี สมุทรสาคร
6 ระยอง	ระยอง จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี สมุทรปราการ
7 ขอนแก่น	ขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด
8 อุตรธานี	อุตรธานี สกลนคร นครพนม หนองคาย หนองบัวลำภู เลย
9 นครราชสีมา	นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์
10 อุบลราชธานี	อุบลราชธานี มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ
11 สุราษฎร์ธานี	สุราษฎร์ธานี กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง
12 สงขลา	สงขลา ตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สตูล
13 กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555

การสุ่มขั้นที่ 1 ในแต่ละเขตทำการสุ่มตัวอย่างมา 2 จังหวัด โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเชิงเดียวด้วยวิธีการจับฉลาก ยกเว้นเขตกรุงเทพมหานคร ได้ดังต่อไปนี้

เขต	สุ่มตัวอย่างได้
เขต 1 เชียงใหม่	เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน
เขต 2 พิษณุโลก	เพชรบูรณ์ สุโขทัย
เขต 3 นครสวรรค์	กำแพงเพชร ชัยนาท
เขต 4 สระบุรี	อ่างทอง นนทบุรี
เขต 5 ราชบุรี	ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี
เขต 6 ระยอง	ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ
เขต 7 ขอนแก่น	ขอนแก่น มหาสารคาม
เขต 8 อุตรดิตถ์	หนองคาย เลย
เขต 9 นครราชสีมา	นครราชสีมา สุรินทร์
เขต 10 อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	นครศรีธรรมราช ระนอง
เขต 12 สงขลา	ยะลา ตรัง พัทลุง
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร

การสุ่มขั้นที่ 2 ในแต่ละจังหวัดที่เป็นตัวแทนสุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขในกรณีเจ็บป่วยที่รุนแรงและของมีคมบาด โดยสุ่มเฉพาะเจ็บป่วยที่รุนแรงและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีและกรณีติดเชื้อวัณโรค ในสัดส่วนที่เท่ากัน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาสร้างแบบบันทึกข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลเชิงปริมาณโดยนำข้อมูลทัศนคติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการรวบรวมไว้ในรายงานการประชุมเกี่ยวกับผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขที่มีการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผ่านคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยเขตพื้นที่ทั้ง 13 เขตพื้นที่ ที่มีมติการพิจารณา

เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย ตั้งแต่ เดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2551-เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 รวมทั้งสิ้นจำนวน 2,360 ราย โดยคู่ความเสียหายจากกรณีติดเชื้อไวรัสโรคและกรณีเจ็บมึนดำ และของมีขนาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี จำนวน 344 ราย เกี่ยวกับปัจจัยในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการระดับความรุนแรงของความเสียหายลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย ในการพิจารณาของคณะกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการรวบรวมไว้ในรายงานการประชุมเกี่ยวกับผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขที่มีการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผ่านคณะกรรมการพิจารณาพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยเขตพื้นที่ที่มีมติการพิจารณาเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย ตั้งแต่ เดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2551-เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 1) เหตุผลประกอบมติของคณะกรรมการในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการ ชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารการประชุมทั้ง 13 เขตพื้นที่ โดยการคัดเลือกตัวแทนจากเอกสารการประชุมที่มีเหตุผลประกอบค่อนข้างครบถ้วน 3 เขต คือ เขตที่ 5 ราชบุรี เขตที่ 6 ระยอง เขตที่ 13 กรุงเทพมหานคร โดยในแต่ละเขตคัดเลือกกรณีตัวอย่างเขตละ 10 ราย โดยเป็นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายประเภทเดียวกันคือ กรณีติดเชื้อไวรัสโรค 2) เหตุผลการยื่นอุทธรณ์ของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขและเหตุผลประกอบมติการพิจารณาตัดสินของคณะกรรมการในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการ ชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขวิเคราะห์จากจำนวนผู้ยื่นอุทธรณ์ปี พ.ศ. 2551- พ.ศ. 2555 จำนวนทั้งสิ้น 114 ราย โดยแบ่งเป็น ปี พ.ศ. 2551 19 ราย ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 33 ราย ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 22 ราย ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 21 ราย และปี พ.ศ. 2555 จำนวน 19 ราย จากการสุ่มตัวอย่างทั้งหมด 10 ราย

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของแบบบันทึกข้อมูล (Validity) โดยนำแบบบันทึกข้อมูลให้คณาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหาแล้วนำแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้มีเนื้อหาตรงกับที่ต้องการศึกษาวิจัย

3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตติดต่อประสานงานขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่เพื่อเก็บข้อมูล โดยประสานบัณฑิตวิทยาลัยทำหนังสือถึง (สำนักงานกฎหมาย) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อขอความร่วมมือเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำข้อมูลทุกข้อมูมมาบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง
3. ผู้วิจัยนำข้อมูลเชิงปริมาณมาทำการตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารบันทึกการประชุมในประเด็นสรุปมติของคณะกรรมการในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขในแต่ละเขตที่ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการและส่งเอกสารมาเพื่อประกอบการพิจารณาขอรับเงินช่วยเหลือที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารการประชุมทั้ง 13 เขตพื้นที่ โดยการคัดเลือกตัวแทนจากเอกสารการประชุมที่มีเหตุผลประกอบก่อนข้างครบถ้วน 3 เขต คือ เขตที่ 5 ราชบุรี เขตที่ 6 ระยอง เขตที่ 13 กรุงเทพมหานคร โดยในแต่ละเขตคัดเลือกกรณีตัวอย่างเขตละ 10 ราย

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเครื่องมือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องตามที่กำหนดไว้ทุกประการ
- สร้างคู่มือลงรหัส
- นำข้อมูลทั้งหมดจากแบบบันทึกข้อมูล มาลงรหัสในแบบฟอร์มลงรหัส
- ประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติวิเคราะห์ เพื่อเป็นการทดสอบสมมติฐานการวิจัยโดยใช้สถิติ t-test และ ANOVA และทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe
3. การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จริยธรรมในการศึกษาวิจัย

การวิจัยเรื่องการเปรียบเทียบปัจจัยในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข มุ่งเน้นศึกษาโดยเก็บข้อมูลทัศนคติของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขที่มีการยื่นคำร้องผ่านสำนักงานเขตพื้นที่ทั้ง 13 เขตที่มีการรวบรวมไว้แล้วเป็นรายงานการประชุมจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยไม่มีการสัมภาษณ์ผู้เสียหาย ซึ่งต้องขออนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัยในการศึกษาวิจัยและเก็บข้อมูล วิธีเก็บข้อมูลจะใช้แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งจะไม่มีการระบุชื่อผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย สถานที่ทำงานของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย การวิเคราะห์ข้อมูลจะตอบคำถามการวิจัยในภาพรวมและหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้วจะทำการทำลายข้อมูลดิบทิ้ง ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ผลการวิจัยนี้จะช่วยสนับสนุนข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งส่งเสริมความเป็นธรรมความโปร่งใส ความน่าเชื่อถือแก่องค์กร ให้มากขึ้นสืบไป

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของความเสียหายในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข 2) เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยการพิจารณาลักษณะความเสียหายภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ผลการศึกษาทำการนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 2 ระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคและกรณีความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 3 ปัจจัยการพิจารณา ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย ในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคและกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบปัจจัยการพิจารณา ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ

ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจข้อมูลโดยการทำแบบบันทึกข้อมูลของตัวแทนกลุ่มผู้ให้บริการที่มีการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผ่านคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยเขตพื้นที่ทั้ง 13 เขตพื้นที่ ที่มีมติการพิจารณาเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย ตั้งแต่ เดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2551-เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 รวมทั้งสิ้นจำนวน 2,360 ราย โดยทำการสุ่มตัวอย่าง 344 ราย จากกรณีเข้มงวดค่าและของมีคัมบาศที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีและความเสียหายจากกรณีติดเชื้อวัณโรค ประกอบด้วย

เขตที่ 1 เชียงใหม่	จำนวน 18 ราย	กรณีเข้มงวดค่า 5 ราย	กรณีวัณโรค 13 ราย
เขตที่ 2 พิษณุโลก	จำนวน 26 ราย	กรณีเข้มงวดค่า 14 ราย	กรณีวัณโรค 12 ราย
เขตที่ 3 นครสวรรค์	จำนวน 27 ราย	กรณีเข้มงวดค่า 1 ราย	กรณีวัณโรค 26 ราย
เขตที่ 4 สระบุรี	จำนวน 20 ราย	กรณีเข้มงวดค่า 6 ราย	กรณีวัณโรค 14 ราย
เขตที่ 5 ราชบุรี	จำนวน 26 ราย	กรณีเข้มงวดค่า 6 ราย	กรณีวัณโรค 20 ราย
เขตที่ 6 ระยอง	จำนวน 32 ราย	กรณีเข้มงวดค่า 8 ราย	กรณีวัณโรค 24 ราย
เขตที่ 7 ขอนแก่น	จำนวน 34 ราย	กรณีเข้มงวดค่า 9 ราย	กรณีวัณโรค 25 ราย
เขตที่ 8 อุดรธานี	จำนวน 18 ราย	กรณีเข้มงวดค่า 2 ราย	กรณีวัณโรค 16 ราย
เขตที่ 9 นครราชสีมา	จำนวน 34 ราย	กรณีเข้มงวดค่า 13 ราย	กรณีวัณโรค 21 ราย
เขตที่ 10 อุบลราชธานี	จำนวน 32 ราย	กรณีเข้มงวดค่า 3 ราย	กรณีวัณโรค 29 ราย
เขตที่ 11 สุราษฎร์ธานี	จำนวน 16 ราย	กรณีเข้มงวดค่า 9 ราย	กรณีวัณโรค 8 ราย
เขตที่ 12 สงขลา	จำนวน 27 ราย	กรณีเข้มงวดค่า 9 ราย	กรณีวัณโรค 18 ราย
เขตที่ 13 กรุงเทพมหานคร	จำนวน 34 ราย	กรณีเข้มงวดค่า 8 ราย	กรณีวัณโรค 26 ราย

เขตบริการที่ได้รับความเสียหายส่วนใหญ่อยู่ในเขต 7 ขอนแก่น เขต 9 นครราชสีมา เขต 13 กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 9.9 รองลงมาเป็น เขต 6 ระยอง เขต 10 อุบลราชธานี ร้อยละ 9.3 ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขเป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.9 เพศชาย ร้อยละ 13.1 โรงพยาบาลที่ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายเป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 51.7 โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 41.6 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 2.9 ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มิได้ตำแหน่งเป็นพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยการพยาบาล ร้อยละ 71.8 เป็นเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในโรงพยาบาล ร้อยละ 13.4 แพทย์ ร้อยละ 7.6

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ

คุณลักษณะส่วนบุคคลผู้ให้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนตัวอย่าง	344	100
เขตบริการ		
เขต 1 เชียงใหม่	18	5.2
เขต 2 พิษณุโลก	26	7.6
เขต 3 นครสวรรค์	27	7.8
เขต 4 สระบุรี	20	5.8
เขต 5 ราชบุรี	26	7.6
เขต 6 ระยอง	32	9.3
เขต 7 ขอนแก่น	34	9.9
เขต 8 อุตรธานี	18	5.2
เขต 9 นครราชสีมา	34	9.9
เขต 10 อุบลราชธานี	32	9.3
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	16	4.7
เขต 12 สงขลา	27	7.8
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	34	9.9
เพศ		
หญิง	299	86.9
ชาย	45	13.1
ประเภทโรงพยาบาล		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	10	2.9
โรงพยาบาลชุมชน	178	51.7
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	143	41.6
โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย	3	0.9
โรงพยาบาลเอกชน	1	0.3
โรงพยาบาลเฉพาะทาง	9	2.6

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคลผู้ให้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งงาน		
ผู้บริหาร	1	0.3
แพทย์	26	7.6
พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานช่วยการพยาบาล	247	71.8
ทันตแพทย์	4	1.2
เภสัชกร/ผู้ช่วยเภสัชกร	5	1.5
พนักงานเคลื่อนย้าย	5	1.5
แม่บ้านทำความสะอาด	10	2.9
อื่น ๆ	46	13.4

ส่วนที่ 2 ระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อมีโรคและกรณีความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี

ผลวิจัยพบว่าความเสียหายจากกรณีติดเชื้อมีโรคคิดเป็นร้อยละ 73.5 และของผู้ให้บริการกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีคิดเป็นร้อยละ 26.5

ระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีติดเชื้อมีโรคจากจำนวนผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย 253 ราย ความเสียหายที่ได้รับอยู่ในระดับรุนแรงปานกลางร้อยละ 94.5 รุนแรงมากร้อยละ 5.1 และระดับความรุนแรงน้อยร้อยละ 0.4 ระดับความรุนแรงของความเสียหายของผู้ให้บริการกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี จากจำนวนผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจำนวน 91 ราย ความเสียหายที่ได้รับมีระดับความรุนแรงน้อยร้อยละ 97.8 รุนแรงปานกลางร้อยละ 1.1 และรุนแรงมากร้อยละ 1.1

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละระดับความรุนแรงของความเสียหายในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ

ความเสียหาย	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนตัวอย่าง	344	100
กรณีติดเชื้อวัณโรค	253	73.5
รุนแรงน้อย	1	0.4
รุนแรงปานกลาง	239	94.5
รุนแรงมาก	13	5.1
ความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรค (Mean $\pm$ SD) 2.78 ± 0.647		
กรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมผัสกับเชื้อเอชไอวี	91	91
รุนแรงน้อย	89	89
รุนแรงปานกลาง	1	1
รุนแรงมาก	1	1
ความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมผัสกับเชื้อเอชไอวี (Mean $\pm$ SD) 3.84 ± 0.637		

ส่วนที่ 3 ปัจจัยการพิจารณา ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย ในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ผลวิจัยพบว่าลักษณะความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคส่วนใหญ่ตรวจพบรอยโรควัณโรค และเชื้อวัณโรคชัดเจนหรือมีอาการแพ้ยารุนแรงไม่สามารถใช้ยาพื้นฐานได้ ร้อยละ 54.5 ตรวจพบรอยโรควัณโรคไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจนร้อยละ 41.9 และพบรอยโรควัณโรคพบเชื้อวัณโรคชัดเจนและมีภาวะแทรกซ้อนทำให้อวัยวะทำหน้าที่ไม่เต็มที่แต่ยังไม่พิการหรือเกิดการดื้อยาหลายชนิดร้อยละ 3.6 และลักษณะความเสียหายของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมผัสกับเชื้อเอชไอวีลักษณะบาดแผล ไม่ระบุขนาดบาดแผลร้อยละ 79.6 บาดแผลขนาดน้อยกว่า 1 ซม. ร้อยละ 18.7 และขนาดบาดแผลเท่ากับ 1 ซม. หรือมากกว่า 1 ซม. ร้อยละ 4.4 ลักษณะบาดแผลไม่ระบุร้อยละ 34.1 มีเลือดออกร้อยละ 62.6 ปวดร้อยละ 3.3

ภาวะสุขภาพของผู้ให้บริการหลังได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อวัณโรคร้อยละ 92.1 ต้องรับประทานยาต้านวัณโรคและพบแพทย์เพื่อตรวจประเมินสุขภาพร้อยละ 7.1 ต้องรับประทานยาต้านวัณโรคพบแพทย์เพื่อตรวจประเมินสุขภาพและมีภาวะดื้อยา และร้อยละ 0.8 ต้องรับประทานยาต้านวัณโรคพบแพทย์เพื่อตรวจประเมินสุขภาพและมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหายกรณีเจ็บทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีต้องรับประทานยาต้านไวรัสและพบแพทย์เพื่อประเมินสุขภาพ ร้อยละ 82.4 ต้องรับประทานยาต้านไวรัสพบแพทย์เพื่อประเมินสุขภาพและมีอาการแพ้ยาร้อยละ 12.1 และร้อยละ 5.5 มีอาการแพ้ยา

ลักษณะงานที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการที่ให้การรักษาและให้การพยาบาลโดยตรงร้อยละ 78.7 และเป็นผู้ให้การพยาบาลสายสนับสนุนร้อยละ 21.3 กรณีเจ็บทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีพบว่าเป็นผู้ให้บริการที่ให้การรักษาและให้การพยาบาลโดยตรงร้อยละ 97.8 และเป็นผู้ให้การพยาบาลสายสนับสนุนร้อยละ 2.2

ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคปานกลางร้อยละ 91.3 ระยะเวลาความเสียหายมากร้อยละ 7.9 และระยะเวลาน้อยร้อยละ 0.8 ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายกรณีเจ็บทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีน้อยร้อยละ 96.7 ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายปานกลางร้อยละ 3.3

จำนวนเงินที่จ่ายชดเชยกรณีติดเชื้อวัณโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 56.9 น้อยร้อยละ 33.2 มากร้อยละ 8.7 และระดับการจ่ายเงินชดเชยมากที่สุดร้อยละ 3.2 กรณีได้รับความเสียหายจากการเจ็บทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำนวนเงินที่จ่ายชดเชยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากร้อยละ 65.9 ปานกลางร้อยละ 23.1 มากที่สุดร้อยละ 9.9 และน้อยร้อยละ 1.1

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรค

ติดเชื้อวัณโรค	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนตัวอย่าง	253	100
ลักษณะความเสียหาย		
- พบรอยโรคของวัณโรค ไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน	106	41.9
- พบรอยโรควัณโรคและเชื้อชัดเจนวัณโรคหรือมีอาการแพ้ยา รุนแรงไม่สามารถใช้ยาพื้นฐานได้	138	54.5
- พบรอยโรควัณโรค พบเชื้อวัณโรคชัดเจน และมีภาวะแทรกซ้อน ทำให้อวัยวะทำหน้าที่ไม่เต็มที่แต่ยังไม่พิการหรือเกิดการคื้อ ยาลายชนิด	9	3.6

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรค (ต่อ)

ติดเชื้อวัณโรค	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย		
- ทานยาต้านวัณโรคและพบแพทย์ตรวจประเมินสุขภาพ	223	92.1
- ทานยาต้านวัณโรคพบแพทย์ตรวจประเมินสุขภาพภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ	2	0.8
- ทานยาต้านวัณโรคพบแพทย์ตรวจประเมินสุขภาพและมีภาวะคือยา	18	7.1
ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย		
- น้อย (0-3 วัน)	2	0.8
- ปานกลาง (4-20 วัน)	231	91.3
- มาก (> 20 วัน)	20	7.9
ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย (Mean $\pm$ SD) 2.07 $\pm$ 0.287		
ลักษณะงานที่รับผิดชอบ		
- การรักษาและให้การพยาบาลโดยตรง	199	78.7
- การรักษาพยาบาลสายสนับสนุน	54	21.3
จำนวนเงินที่จ่ายชดเชยกรณีความเสียหายติดเชื้อวัณโรค		
- น้อยที่สุด (<5,000 บาท)	-	-
- น้อย (5,001-10,000 บาท)	84	33.2
- ปานกลาง (10,001-20,000 บาท)	144	56.9
- มาก (20,001-30,000 บาท)	22	8.7
- มากที่สุด (>30,000 บาท)	3	1.2
จำนวนเงินที่จ่ายชดเชยกรณีความเสียหายวัณโรค (Mean $\pm$ SD) 2.78 $\pm$ 0.647		

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี

กรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนตัวอย่าง	91	100
ลักษณะความเสียหาย		
- ขนาดบาดแผล		
- น้อยกว่า 1 ซม.	17	18.7
- เท่ากับ 1 ซม.หรือมากกว่า 1 ซม.	4	4.4
- ไม่ระบุ	70	16.9
- ลักษณะบาดแผล		
มีเลือดออก	57	62.6
- ปวด	3	3.3
- ไม่ระบุ	31	34.1
ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย		
- ทานยาต้านไวรัส	-	-
- พบแพทย์ตรวจประเมินสุขภาพ	-	-
- แพ้ยา	5	5.5
- ทานยาต้านไวรัสและพบแพทย์ตรวจประเมินสุขภาพ	75	82.4
- ทานยาต้านไวรัสพบแพทย์ตรวจประเมินสุขภาพและมีภาวะแพ้ยา	11	12.1
ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย		
- น้อย (0-3 วัน)	88	96.7
- ปานกลาง (7-20 วัน)	3	3.3
- มาก (> 20 วัน)	-	-
ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายเฉลี่ย (Mean $\pm$ SD) 1.03 $\pm$ 0.180		
ลักษณะงานที่รับผิดชอบ		
- การรักษาและให้การพยาบาลโดยตรง	89	97.8
- การรักษาพยาบาลสายสนับสนุน	2	2.2

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี (ต่อ)

กรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนเงินที่จ่ายชดเชยกรณีความเสียหายเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี		
- น้อยที่สุด (<500 บาท)	-	-
- น้อย (501-1,000 บาท)	1	1.1
- ปานกลาง (1,001-5,000 บาท)	21	23.1
- มาก (5,001-10,000 บาท)	60	65.9
- มากที่สุด (>10,000 บาท)	9	9.9
จำนวนเงินที่จ่ายชดเชยกรณีความเสียหายเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี (Mean $\pm$ SD) 3.85 $\pm$ 0.595		

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีติดเชื้อไวรัสโรคและกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรุนแรงของเสียหายกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อไวรัสโรค กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขพบว่า ระดับความรุนแรงของเสียหายกรณีติดเชื้อไวรัสโรคกับจำนวนเงินการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.5) ดังตารางที่ 4.5 และจากการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรุนแรงของเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีพบว่า ระดับความรุนแรงของเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.5) ดังตารางที่ 4.6 แต่กรณีเปรียบเทียบรายคู่ของระดับความรุนแรงของเสียหายไม่สามารถทำได้เนื่องจากมีข้อจำกัดจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนแตกต่างกันมากทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์เป็นรายคู่ได้

ตารางที่ 4.5 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีติดเชื้อไวรัส โควิด จำแนกตามระดับความรุนแรงของความเสียหาย

จำนวนเงินช่วยเหลือ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระดับความรุนแรงของความเสียหาย	ระหว่างกลุ่ม	2	5.591	2.795	6.987	0.001*
	ภายในกลุ่ม	250	100.014	0.400		
	รวม	252	105.605			

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.6 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีเจ็บป่วยและของมีคัมภาคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามระดับความรุนแรงของความเสียหาย

จำนวนเงินช่วยเหลือ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระดับความรุนแรงของความเสียหาย	ระหว่างกลุ่ม	2	2.775	1.387	3.617	0.031*
	ภายในกลุ่ม	88	33.753	0.384		
	รวม	90	36.527			

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบปัจจัยการพิจารณา ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายในการพิจารณาของคณะกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างปัจจัยการพิจารณา ลักษณะความเสียหายกรณีวันโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีวันโรคจำแนกตามลักษณะความเสียหาย

จำนวนเงินช่วยเหลือ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ลักษณะความเสียหาย	ระหว่างกลุ่ม	3	30.067	10.022	33.037	0.000*
	ภายในกลุ่ม	249	75.538	0.303		
	รวม	252	105.605			

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างปัจจัย สุขภาพหลังได้รับความเสียหายกรณีวันโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อทำการทดสอบด้วยวิธี Scheffe ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหายเป็นรายคู่ พบว่า สุขภาพหลังได้รับความเสียหายกรณีวันโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 1 คู่ ได้แก่ กลุ่มทนายด้านวันโรคและพบแพทย์เพื่อตรวจสอบสุขภาพและมีภาวะคือยาที่มีการจ่ายเงินช่วยเหลือสูงกว่า กลุ่มทนายด้านวันโรคและพบแพทย์เพื่อตรวจสอบสุขภาพ และสุขภาพหลังได้รับความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) รายละเอียดตามตารางที่ 4.8 ตารางที่ 4.9 และตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.8 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ
ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีวันโรคจำแนกตามภาวะสุขภาพหลัง
ได้รับความเสียหาย

จำนวนเงินช่วยเหลือ	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย	ระหว่างกลุ่ม	2	6.103	3.051	7.666	0.001*
	ภายในกลุ่ม	250	99.502	0.398		
	รวม	252	105.605			

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.9 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ
ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีวันโรคจำแนกตามภาวะสุขภาพหลัง
ได้รับความเสียหายตามรายคู่

สุขภาพหลังได้รับความเสียหายกรณี เป็นวันโรค	$\bar{X}$	ทานยาต้าน วันโรคและ พบแพทย์เพื่อ ตรวจสอบสุขภาพ	ทานยาต้านวันโรค และพบแพทย์เพื่อ ตรวจสอบสุขภาพและมี ภาวะแทรกซ้อน อื่นๆ	ทานยาต้านวัน โรคและพบ แพทย์เพื่อตรวจ สุขภาพและมี ภาวะดื้อยา
		2.73	3.00	3.33
ทานยาต้านวันโรคและพบแพทย์เพื่อตรวจสอบสุขภาพ	2.73	-	0.266	0.599*
ทานยาต้านวันโรคและพบแพทย์เพื่อตรวจสอบสุขภาพ และมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ	3.00		-	0.333
ทานยาต้านวันโรคและพบแพทย์เพื่อตรวจสอบสุขภาพ และมีภาวะดื้อยา	3.33	-	-	-

ตารางที่ 4.10 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ
ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีเจ็บไข้ตามค่าและของมีคัมภาคที่สัมพันธ์
กับการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย

จำนวนเงินช่วยเหลือ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย	ระหว่างกลุ่ม	2	0.527	0.264	0.645	0.527
	ภายในกลุ่ม	88	36.000	0.409		
	รวม	90	36.527			

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัย ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายกรณี
วันโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการ
สาธารณสุข มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่
ด้วยวิธี Scheffe พบว่า มีจำนวน 2 คู่ ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับความเสียหายระยะเวลามากกว่า 20 วันได้รับเงิน
ช่วยเหลือเพื่อการชดเชยมากกว่ากลุ่มที่ได้รับความเสียหายระยะเวลา 0-3 วัน และกลุ่มที่ได้รับความ
เสียหายระยะเวลามากกว่า 20 วัน ได้รับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยมากกว่ากลุ่มที่ได้รับความเสียหาย
ระยะเวลา 4-20 วัน และระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายกรณีเจ็บไข้ตามค่าและของมีคัมภาคที่สัมพันธ์กับการ
ติดเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้
บริการสาธารณสุข ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) รายละเอียดตามตารางที่ 4.11
ตารางที่ 4.12 และตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.11 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการ
ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีวันโรคจำแนกตามระยะเวลาที่
ได้รับความเสียหาย

จำนวนเงินช่วยเหลือ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย	ระหว่างกลุ่ม	2	9.445	4.723	12.278	0.000*
	ภายในกลุ่ม	250	96.159	0.385		
	รวม	252	105.605			

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.12 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีวันโรคจำแนกตามระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายตามรายคู่

ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย	$\bar{X}$	น้อย (0-3 วัน)	ปานกลาง (4-20 วัน)	มาก (มากกว่า 20 วัน)
		2.00	2.73	3.4
น้อย (0-3 วัน)	2.00	-	0.732	1.400*
ปานกลาง (4-20 วัน)	2.73		-	0.668*
มาก (มากกว่า 20 วัน)	3.4			-

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.13 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีเจ็บป่วยที่มึนเมาและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย

จำนวนเงินช่วยเหลือ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย	ระหว่างกลุ่ม	1	0.770	0.770	1.916	0.170
	ภายในกลุ่ม	89	35.758	0.402		
	รวม	90	36.527			

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัย ลักษณะงานที่รับผิดชอบกรณีวันโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขพบว่าลักษณะรับผิดชอบที่แตกต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) และปัจจัยลักษณะงานที่รับผิดชอบกรณีเจ็บป่วยที่มึนเมาและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 4.14 และตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.14 การเปรียบเทียบลักษณะงานที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีวันโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

จำนวนเงินช่วยเหลือ	ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	n	Mean	S.D.	p-value
กรณีวันโรค	การให้การรักษายาบาลโดยตรง	199	2.81	0.646	0.515
	การให้การรักษายาบาลสายสนับสนุน	54	2.67	0.644	

ตารางที่ 4.15 การเปรียบเทียบลักษณะงานที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

จำนวนเงินช่วยเหลือ	ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	n	Mean	S.D.	p-value
กรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี	การให้การรักษายาบาลโดยตรง	89	3.85	0.632	0.195
	การให้การรักษายาบาลสายสนับสนุน	2	3.00	0.000	

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

โดยการทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารบันทึกการประชุม ในประเด็นสรุปมติของคณะกรรมการในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขในแต่ละเขต ที่ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการและส่งเอกสารมาเพื่อประกอบการพิจารณาขอรับเงินช่วยเหลือที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารการประชุมตั้งแต่ เดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2551-เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 ทั้ง 13 เขตพื้นที่โดยการคัดเลือกตัวแทนจากเอกสารการประชุมที่มีเหตุผลประกอบก่อนข้างครบถ้วน 3 เขต คือ เขตที่ 5 ราชบุรี เขตที่ 6 ระยอง เขตที่ 13 กรุงเทพมหานคร โดยในแต่ละเขตคัดเลือกกรณีตัวอย่างเขตละ 10 รายโดยเป็นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายประเภทเดียวกันคือกรณีติดเชื้อวันโรค และวิเคราะห์ผลการยื่นอุทธรณ์และผลมติของคณะกรรมการหลังการพิจารณากรณีอื่นอุทธรณ์ของผู้ให้บริการที่ไม่พึงพอใจในคำตัดสินของคณะกรรมการทั้ง 13 เขตพื้นที่ จำนวน 10 ราย ผลการวิเคราะห์ได้แยกออกเป็นประเด็นดังต่อไปนี้

1. เหตุผลประกอบมติของคณะกรรมการในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

- 1.1 ความคล้ายคลึงของมติผลการพิจารณาของคณะกรรมการเขต 5 เขต 6 เขต 13
- 1.2 ความแตกต่างของมติผลการพิจารณาของคณะกรรมการเขต 5 เขต 6 เขต 13

กรณีตัวอย่างการพิจารณาของคณะกรรมการเขตที่ 5 ราชบุรี

กรณีที่ 1 ลักษณะความเสียหายที่เกิดขึ้นคือ ผู้ร้องโรงพยาบาลชุมชน ส. ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง ผู้ให้การช่วยเหลือคนไข้ ในการตรวจสอบสิทธิในการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้มารับบริการ ภายหลังปฏิบัติหน้าที่ผู้ร้องมีอาการผิดปกติ คือมีอาการไอ เหนื่อย หอบ นอนไม่หลับ ไข้สูง ผู้ร้องจึงไปพบแพทย์ตรวจร่างกายผลการตรวจเอกซเรย์ พบว่าเป็นวัณโรคที่ปอดด้านซ้าย แพทย์จึงให้เก็บเสมหะเพาะเชื้อวัณโรค ผลการเพาะเชื้อ พบว่ามีเชื้อวัณโรคขึ้น 3⁺ ซึ่งอาการของผู้ร้องอยู่ในระยะการแพร่กระจายเชื้อแพทย์จึงทำการรักษาโดยการให้รับประทานยาต้านเชื้อวัณโรค

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 1 สรุปได้ว่า

1. ผู้ร้องถือว่าเป็นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการรักษาพยาบาลและเมื่อคณะกรรมการได้ทำการวินิจฉัยพิจารณาตามเกณฑ์ข้อบังคับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วพบว่าเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อบังคับทุกข้อ
2. เมื่อคณะกรรมการทำการพิจารณาถึงการจัดประเภทของความเสียหายของผู้ร้องจัดอยู่ในประเภทบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องตามข้อบังคับ ข้อ 6 (3) คือ ทำการจ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 50,000 บาท
3. เมื่อคณะกรรมการพิจารณาตามแนวทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายเงินกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อวัณโรค โดยผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย ลักษณะความเสียหายของผู้ร้องเข้าตามเกณฑ์ในข้อ 2. พบรอยโรควัณโรค พบเชื้อวัณโรคชัดเจน หรือมีอาการแพ้ยารุนแรง ไม่สามารถช้ยาพื้นฐานได้จ่ายตั้งแต่ 10,000 บาท ถึง 20,000 บาท
4. เมื่อคณะกรรมการพิจารณาจากความรุนแรงตามเกณฑ์ข้อบังคับย่อยของเขต 5 คือความเสียหายกรณีวัณโรคพบเชื้อวัณโรคชัดเจนและอาการรุนแรงจ่าย 15,000-18,000 บาท
5. คณะกรรมการสรุปการพิจารณาตามหลักเกณฑ์ข้างต้นแล้ว อนุมัติให้จ่ายเงินช่วยเหลือจำนวน 15,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 1 จากเกณฑ์การพิจารณาแนวทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกรณีติดเชื้อวัณโรคปอดที่ผู้มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย ลักษณะความเสียหายของผู้ร้องเข้าตามเกณฑ์ในข้อ 2. พบรอยโรควัณโรค พบเชื้อวัณโรคชัดเจน หรือมีอาการแพ้ยารุนแรง ไม่สามารถใช้จ่ายพื้นฐานได้จ่ายตั้งแต่ 10,000 บาท ถึง 20,000 บาท แต่ตามการพิจารณาของคณะกรรมการเขต 5 มีการจัดตั้งเกณฑ์เพิ่มเติมในการพิจารณาเฉพาะเขต คือในกรณีดังกล่าวที่มีการติดเชื้อวัณโรคและพบเชื้อวัณโรคชัดเจนมีอัตราการจ่ายเงิน 15,000 – 18,000 บาท จากกรณีดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่แตกต่างกันในกรณีความเสียหายที่คล้ายคลึงกันกับผู้เสียหายที่ยื่นคำร้องในเขตอื่น

กรณีที่ 2 ผู้ร้องปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน ส. ตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือคนไข้ ป้อนอาหาร ทำความสะอาดโต๊ะ หลังจากปฏิบัติหน้าที่ทำให้เกิดความเสียหายคือ ติดเชื้อวัณโรคปอด

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 2 สรุปได้ว่า

1. ผู้ร้องถือว่าเป็นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการรักษาพยาบาลและเมื่อคณะกรรมการได้ทำการวินิจฉัยพิจารณาตามเกณฑ์ข้อบังคับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วพบว่าเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อบังคับทุกข้อ
2. เมื่อคณะกรรมการทำการพิจารณาถึงการจัดประเภทของความเสียหายของผู้ร้องจัดอยู่ในประเภทบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องตามข้อบังคับ ข้อ 6 (3) คือ ทำการจ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 50,000 บาท
3. เมื่อคณะกรรมการพิจารณาตามแนวทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายเงินกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อวัณโรค โดยผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย ลักษณะความเสียหายของผู้ร้องเข้าตามเกณฑ์ในข้อ 2. พบรอยโรควัณโรค พบเชื้อวัณโรคชัดเจน หรือมีอาการแพ้ยารุนแรง ไม่สามารถใช้จ่ายพื้นฐานได้จ่ายตั้งแต่ 10,000 บาท ถึง 20,000 บาท และเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ของคณะกรรมการเขต 5 ในการติดเชื้อกรณีดังกล่าวคือ พบเชื้อชัดเจนและอาการรุนแรงจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น 15,000-18,000 บาท
4. หลังจากคณะกรรมการพิจารณาถึงความรุนแรงและผลกระทบ คือ ผู้ร้องต้องนอนรักษาตัวที่ รพ. เป็นเวลา 15 วัน ส่งผลกระทบด้านภาวะครอบครัว คือผู้ร้องไม่สามารถดูแลบิดามารดาที่ป่วยเป็นโรคประจำตัวได้เป็นปกติและมีน้องของผู้ร้อง 2 คน กำลังศึกษาอยู่คณะกรรมการพิจารณาถึงความเสียหายและผลกระทบดังกล่าวแล้วพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นจำนวนเงิน 18,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 2 พบว่าจากการสรุปการประชุมพิจารณารายละเอียดก่อนข้างน้อยแต่จากสรุปผลการพิจารณาของคณะกรรมการจะเห็นได้ว่าคณะกรรมการได้พิจารณาถึงประเด็นกรณีที่ผู้ร้องได้รับความเสียหายและความเสียหายดังกล่าวส่งผลกระทบต่อถึงด้านอื่น ๆ ของผู้ร้องด้วย จากกรณีผู้ร้องที่ 2 คณะกรรมการพิจารณาถึงผลกระทบด้านครอบครัวจึงพิจารณาจ่ายเงินให้แก่ผู้ร้องในกรณีที่ 2 มากกว่ากรณีที่ 1

กรณีที่ 3 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่ โรงพยาบาลชุมชน ม. ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่สถิติ ทำหน้าที่ทำเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยเก่าผู้ป่วยใหม่ ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยที่มารับบริการ ชักประวัติ เบื้องต้นผู้ป่วยที่มารับบริการก่อนพบแพทย์ ภายหลังปฏิบัติหน้าที่ได้รับความเสียหาย คือมีอาการติดเชื้อวัณโรคปอด

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 3 สรุปได้ว่า

1. ผู้ร้องถือว่าเป็นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการรักษาพยาบาลและเมื่อคณะกรรมการได้ทำการวินิจฉัยพิจารณาตามเกณฑ์ข้อบังคับของสำนักงานหลังประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วพบว่าเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อบังคับทุกข้อ
2. เมื่อคณะกรรมการทำการพิจารณาถึงการจัดประเภทของความเสียหายของผู้ร้องจัดอยู่ในประเภทบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องตามข้อบังคับ ข้อ 6 (3) คือทำการจ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 50,000 บาท
3. เมื่อคณะกรรมการพิจารณาตามแนวทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายเงินกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อวัณโรค โดยผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย ลักษณะความเสียหายของผู้ร้องเข้าตามเกณฑ์ในข้อ 3. คือพบรอยโรควัณโรคซัดเจน พบเชื้อวัณโรคซัดเจน และมีภาวะแทรกซ้อนทำให้อวัยวะทำงานไม่เต็มที่แต่ยังไม่พิการหรือเกิดการคือยาหลายชนิด จ่ายเงินช่วยเหลือ 20,000-30,000 บาท
4. คณะกรรมการได้พิจารณาถึงความรุนแรงและผลกระทบของผู้ร้องพบว่าผู้ร้องเป็นวัณโรคชนิดคือยา ต้องได้รับการฉีดยาสัปดาห์ละ 5 วัน ผู้ร้องต้องรับการรักษาจนถึง 1-2 ปี เสียรายได้จากการทำงานนอกเวลาที่คลินิก เสียค่าเดินทางไปรักษาที่ รพ.ทรวงอก ทุก 2 สัปดาห์
5. หลังจากทีคณะกรรมการได้พิจารณาตามหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน ความรุนแรงและผลกระทบดังกล่าวจึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือ เป็นจำนวนเงิน 30,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 3 เห็นได้ว่าผู้ร้องได้รับความเสียหายเป็นวัณโรคปอดชนิดที่ค่อนข้างรุนแรง มีรอยโรควัณโรคซัดเจน พบเชื้อวัณโรคซัดเจน และมีภาวะคือยาก่อนข้างรุนแรง จากกรณีที่ 3 จะเห็นได้ว่าคณะกรรมการได้พิจารณาถึงผลกระทบด้านระยะเวลาในการรักษาตัว

การสูญเสียรายได้พิเศษ และการเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาตัวคณะอนุกรรมการจึงจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยในอัตราการจ่ายเงินที่กำหนดไว้สูงสุดตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในกรณีความเสียหายดังกล่าว

กรณีที่ 4 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ม. ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ช่วยแพทย์ในห้องตรวจ ให้คำแนะนำ ผู้รับบริการหลังจากตรวจรับบริการเรียบร้อย ภายหลังให้บริการผู้ร้องได้รับความเสียหายคือ ติดเชื้อ วัณโรคปอดชนิดดื้อยา

ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 4 สรุปได้ว่า

1. ผู้ร้องถือว่าเป็นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการรักษาพยาบาลและเมื่อคณะอนุกรรมการได้ทำการวินิจฉัยพิจารณาตามเกณฑ์ข้อบังคับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วพบว่าเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อบังคับทุกข้อ

2. เมื่อคณะอนุกรรมการทำการพิจารณาถึงการจัดประเภทของความเสียหายของผู้ร้องจัดอยู่ในประเภทบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องตามข้อบังคับ ข้อ 6 (3) คือ ทำการจ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 50,000 บาท

3. เมื่อคณะอนุกรรมการพิจารณาตามแนวทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายเงินกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อวัณโรค โดยผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย ลักษณะความเสียหายของผู้ร้องเข้าตามเกณฑ์ในข้อ 3. คือพบรอยโรควัณโรคซัดเจน พบเชื้อวัณโรคซัดเจน และมีภาวะแทรกซ้อนทำให้อวัยวะทำงานไม่เต็มที่แต่ยังไม่พิการหรือเกิดการดื้อยาหลายชนิด จ่ายเงินช่วยเหลือ 20,000-30,000 บาท

4. คณะอนุกรรมการพิจารณาจากความรุนแรงและผลกระทบ คือ มีภาวะอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ต้องรักษาตัวนานถึง 2 ปี ทั้งนี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปตามนัด เสียรายได้จากการทำงานนอกเวลา

5. หลังจากทีคณะอนุกรรมการได้ทำการพิจารณาตามหลักเกณฑ์และความรุนแรงจึงอนุมัติให้จ่ายเงินช่วยเหลือ จำนวน 30,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 4 ผู้ร้องได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข คือเป็นวัณโรคชนิดค่อนข้างรุนแรงคือเป็นวัณโรคชนิดดื้อยา MDR คณะอนุกรรมการได้พิจารณาถึงผลกระทบด้านระยะเวลาในการรักษา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาจึงพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเต็มอัตราสูงสุดตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีที่ 5 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน ก. ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่บริการดูแลผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลหลังจากให้บริการได้รับความเสียหาย ดิฉันเชื่อว่า

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 5 สรุปได้ว่า

1. ผู้ร้องถือว่าเป็นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการรักษาพยาบาลและเมื่อคณะกรรมการได้ทำการวินิจฉัยพิจารณาตามเกณฑ์ข้อบังคับของสำนักงานหลังประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อบังคับทุกข้อ

2. เมื่อคณะกรรมการทำการพิจารณาถึงการจัดประเภทของความเสียหายของผู้ร้องจัดอยู่ในประเภทบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องตามข้อบังคับ ข้อ 6 (3) คือ ทำการจ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 50,000 บาท

3. เมื่อคณะกรรมการพิจารณาตามแนวทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายเงินกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อโรค โดยผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย ลักษณะความเสียหายของผู้ร้องเข้าตามเกณฑ์ใน ข้อ 2. พบรอยโรคผิวหนัง พบเชื้อวัณโรคซัดเจน หรือมีอาการแพ้รุนแรง ไม่สามารถไต่ถามพื้นฐานได้ จ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 10,000-20,000 บาท และตามเกณฑ์การจ่ายเงินของคณะกรรมการเขต 5 เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์คือ พบเชื้อวัณโรคซัดเจนแต่อาการไม่รุนแรง จ่ายเงินช่วยเหลือ 12,000 บาท

4. เมื่อคณะกรรมการได้ทำการพิจารณาถึงความรุนแรงและผลกระทบพบว่าผู้ร้องต้องหยุดปฏิบัติงานรวม 14 วัน และมีบุตรอายุ 4 ปี ที่ต้องดูแลอีกทั้งต้องรับประทานยาต่อเนื่อง 6 เดือน

5. หลังจากคณะกรรมการได้ทำการพิจารณาตามหลักเกณฑ์และความรุนแรงดังกล่าว จึงมีมติในการอนุมัติจ่ายเงินช่วยเหลือ จำนวน 12,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 5 คณะกรรมการใช้หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเฉพาะเขตเป็นหลักในการจ่ายเงินช่วยเหลือเนื่องจากคณะกรรมการเห็นว่าผู้ร้องได้รับความเสียหายแต่มีอาการไม่รุนแรงแม้ว่าตามแนวทางการพิจารณาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีเกณฑ์ในการจ่ายเงินสูงสุดในกรณีที่ พบรอยโรคผิวหนัง พบเชื้อวัณโรคซัดเจนสูงสุดเป็นจำนวนเงิน 20,000 บาท ก็ตาม

กรณีที่ 6 ผู้ร้องปฏิบัติงานในโรงพยาบาลประจำจังหวัด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคทั่วไป โรคติดเชื้อต่าง ๆ และปฏิบัติงานนอกเวลา ที่ OPD เด็ก ภายหลังปฏิบัติหน้าที่ได้รับความเสียหายคือติดเชื้อโรค

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 6 สรุปได้ว่า

1. ผู้ร้องถือว่าเป็นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการรักษาพยาบาลและเมื่อคณะกรรมการได้ทำการวินิจฉัยพิจารณาตามเกณฑ์ข้อบังคับของสำนักงานหลังประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อบังคับทุกข้อ

2. เมื่อคณะกรรมการทำการพิจารณาถึงการจัดประเภทของความเสียหายของผู้ร้องจัดอยู่ในประเภทบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องตามข้อบังคับ ข้อ 6 (3) คือ ทำการจ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 50,000 บาท

3. เมื่อคณะกรรมการพิจารณาตามแนวทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายเงินกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อวัณโรค โดยผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย ลักษณะความเสียหายของผู้ร้องเข้าตามเกณฑ์ในข้อที่ 1. พบรอยโรควัณโรค ไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 10,000 บาท

4. คณะกรรมการพิจารณาถึงความรุนแรงและผลกระทบ คือผู้ร้องต้องหยุดปฏิบัติงาน 2 สัปดาห์ ภายหลังรับประทานมีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะมาก มีผื่นคัน ต้องรับประทานยาต้านวัณโรคเป็นเวลา 6 เดือน และทำให้เสียรายได้จากการปฏิบัติงานนอกเวลา

5. ภายหลังคณะกรรมการพิจารณาถึงความรุนแรงและผลกระทบจึงมีมติพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ จำนวนเงิน 8,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 6 คณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือตามเกณฑ์แนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ กรณี พบรอยโรควัณโรคแต่ไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 10,000 บาท คณะกรรมการจึงพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ 8,000 บาท

กรณีที่ 7 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ม. ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือห้องผ่าตัด และเป็นผู้ช่วยแพทย์ในการผ่าตัด ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ภายหลังปฏิบัติหน้าที่ ผู้ร้องได้รับความเสียหาย คือ ติดเชื้อวัณโรค

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 7 สรุปได้ว่า

1. ผู้ร้องถือว่าเป็นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการรักษาพยาบาลและเมื่อคณะกรรมการได้ทำการวินิจฉัยพิจารณาตามเกณฑ์ข้อบังคับของสำนักงานหลังประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อบังคับทุกข้อ

2. เมื่อคณะกรรมการทำการพิจารณาถึงการจัดประเภทของความเสียหายของผู้ร้องจัดอยู่ในประเภทบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องตามข้อบังคับ ข้อ 6 (3) คือทำการจ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 50,000 บาท

3. เมื่อคณะกรรมการพิจารณาตามแนวทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายเงินกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อวัณโรค โดยผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย ลักษณะความเสียหายของผู้ร้องเข้าตามเกณฑ์ในข้อที่ 3. พบรอยโรควัณโรค พบเชื้อวัณโรคชัดเจนและมีภาวะแทรกซ้อนทำให้อวัยวะทำงานไม่เต็มที่ แต่ยังไม่พิการ หรือเกิดการติดเชื้อหลายชนิด จ่ายเงินช่วยเหลือ 20,000-30,000 บาท

4. คณะกรรมการพิจารณาถึงความรุนแรงและผลกระทบ พบว่าผู้ร้องได้รับผลข้างเคียงจากการรับประทานยาวัณโรค อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด มีผื่นคันตามร่างกาย ต้องแยกบุคคลในครอบครัว สูญเสียรายได้จากการทำงานนอกเวลา และค่าเดินทางไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลทรวงอก ต้องรับประทานยา 9 เดือน

5. สรุปผลการพิจารณาของคณะกรรมการหลังจากการพิจารณาถึงความรุนแรงและผลกระทบจึงมีมติในการจ่ายเงินช่วยเหลือ 25,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 7 คณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินตามเกณฑ์แนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามข้อที่ 3 คือ พบรอยโรควัณโรค พบเชื้อวัณโรคชัดเจนและมีภาวะแทรกซ้อนทำให้อวัยวะทำงานไม่เต็มที่ แต่ยังไม่พิการ หรือเกิดการติดเชื้อหลายชนิด จ่ายเงินช่วยเหลือ 20,000-30,000 บาท คณะกรรมการอาจเล็งเห็นว่าแม้ผู้ร้องจะได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อวัณโรคที่อยู่ในระดับที่รุนแรงแต่ผู้ร้องใช้เวลาในการรักษาตัว น้อยกว่าในกรณีรายอื่น ๆ คือใช้เวลาในการรักษาตัวเป็นเวลา 9 เดือน จึงพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ 25,000 บาท

กรณีที่ 8 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน ท. ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ทำหน้าที่ในการให้การพยาบาล และช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการ ภายหลังปฏิบัติหน้าที่ ได้รับความเสียหายคือ ติดเชื้อวัณโรค

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 8 สรุปได้ว่า

1. ผู้ร้องถือว่าเป็นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการรักษาพยาบาลและเมื่อคณะกรรมการได้ทำการวินิจฉัยพิจารณาตามเกณฑ์ข้อบังคับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อบังคับทุกข้อ

2. เมื่อคณะกรรมการทำการพิจารณาถึงการจัดประเภทของความเสียหายของผู้ร้องจัดอยู่ในประเภทบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องตามข้อบังคับ ข้อ 6 (3) คือ ทำการจ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 50,000 บาท

3. เมื่อคณะกรรมการพิจารณาตามแนวทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายเงินกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อวัณโรค โดยผู้ร้องปฏิบัติ

หน้าที่ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย ลักษณะความเสียหายของผู้ร้องเข้าตามเกณฑ์ในข้อที่ 2. พบรอยโรคผิวหนัง พบเชื้อวัณโรคชัดเจน หรือมีอาการแพ้รุนแรง ไม่สามารถใช้ยาพื้นฐานได้ จ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 10,000-20,000 บาท และตามเกณฑ์แนวทางการจ่ายเงินของ เขต 5 กรณีพบเชื้อชัดเจนแต่อาการไม่รุนแรง จ่ายเงินช่วยเหลือ 12,000 บาท

4. คณะอนุกรรมการพิจารณาถึงความรุนแรงและผลกระทบ ผู้ร้องมีอาการข้างเคียงของยาต้านวัณโรค คือ มีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ผิดคำสั่งผู้เสียหายได้จากการทำงานนอกเวลา ต้องรับการรักษาตัวเป็นเวลา 6 เดือน

5. หลังจากคณะอนุกรรมการพิจารณาถึงความรุนแรงและผลกระทบ คณะอนุกรรมการจึงมีมติในการจ่ายเงินช่วยเหลือ 12,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 8 คณะอนุกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือตามเกณฑ์ย่อยของคณะอนุกรรมการเขต 5 คือ ในกรณีที่ได้รับความเสียหายติดเชื้อวัณโรค มีการตรวจพบเชื้อวัณโรคชัดเจนแต่อาการไม่รุนแรงจ่ายเงินช่วยเหลือ 12,000 บาท

กรณีที่ 9 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ห. ตำแหน่ง พนักงานรักษาความปลอดภัย มีหน้าที่ในการให้บริการรักษาความปลอดภัย ให้บริการเงินรถรับ-ส่งผู้ป่วย ภายหลังปฏิบัติหน้าที่ ผู้ร้องได้รับความเสียหายติดเชื้อวัณโรค

ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 9 สรุปได้ว่า

1. ผู้ร้องถือว่าเป็นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการรักษาพยาบาลและเมื่อคณะอนุกรรมการได้ทำการวินิจฉัยพิจารณาตามเกณฑ์ข้อบังคับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อบังคับทุกข้อ

2. เมื่อคณะอนุกรรมการทำการพิจารณาถึงการจัดประเภทของความเสียหายของผู้ร้องจัดอยู่ในประเภทบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องตามข้อบังคับ ข้อ 6 (3) คือทำการจ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 50,000 บาท

3. เมื่อคณะอนุกรรมการพิจารณาตามแนวทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายเงินกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อวัณโรค โดยผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย ลักษณะความเสียหายของผู้ร้องเข้าตามเกณฑ์ในข้อที่ 2. พบรอยโรคผิวหนัง พบเชื้อวัณโรคชัดเจน หรือมีอาการแพ้รุนแรง ไม่สามารถใช้ยาพื้นฐานได้ จ่ายตั้งแต่ 10,000-20,000 บาท และเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ย่อยของคณะอนุกรรมการเขต 5 กรณีพบเชื้อชัดเจนและอาการรุนแรง จ่ายเงินช่วยเหลือ 15,000-18,000 บาท

4. คณะอนุกรรมการพิจารณาความรุนแรงและผลกระทบของผู้ร้อง พบว่าผู้ร้องมีอาการแพ้ยา คือ มีผื่นคันตามตัว ผื่นหนังคำกร้าน ต้องแยกตัวกับครอบครัว ทำให้ผู้ร้องเกิดอาการซึมเศร้า บุตรของผู้ร้องอายุ 7 ขวบและ 5 เดือน ต้องรับประทานยาต้านวัณโรคด้วย อีกทั้งผู้ร้องมีอาการเหนื่อยง่ายขณะทำงานส่งผลทำให้ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน

5. ภายหลังคณะอนุกรรมการพิจารณาถึงความรุนแรงและผลกระทบคณะอนุกรรมการเห็นว่าเหตุผลพิเศษเนื่องจากผู้ร้องเป็นหัวหน้าครอบครัวและความเสียหายดังกล่าวส่งผลกระทบต่อบุตรทั้ง 2 คน ต้องรับประทานยาต้านวัณโรค คณะอนุกรรมการจึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือ 20,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 9 จากมติของคณะอนุกรรมการจะเห็นได้ว่าคณะอนุกรรมการคำนึงถึงผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ร้องคือบุตรของผู้ร้องต้องได้รับผลกระทบจากความเสียหายสืบเนื่องมาจากความเสียหายของผู้ร้องส่งผลให้ต้องทานยาต้านวัณโรคด้วยคณะอนุกรรมการจึงมีมติจ่ายเงินในอัตราสูงสุดตามเกณฑ์แนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคือ กรณีพบรอยโรค พบเชื้อชัดเจน หรือมีอาการแพ้ยารุนแรง ไม่สามารถใช้จ่ายพื้นฐานได้ จ่ายตั้งแต่ 10,000-20,000 บาท

กรณีที่ 10 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ห. ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ทำหน้าที่ในการบริการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ภายหลังปฏิบัติหน้าที่ผู้ร้องได้รับความเสียหาย คิดเชื้อมีวัณโรค

ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 10 สรุปได้ว่า

1. ผู้ร้องถือว่าเป็นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการรักษาพยาบาลและเมื่อคณะอนุกรรมการได้ทำการวินิจฉัยพิจารณาตามเกณฑ์ข้อบังคับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อบังคับทุกข้อ

2. เมื่อคณะอนุกรรมการพิจารณาถึงการจัดประเภทของความเสียหายของผู้ร้องจัดอยู่ในประเภทบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องตามข้อบังคับ ข้อ 6 (3) คือ ทำการจ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 50,000 บาท

3. เมื่อคณะอนุกรรมการพิจารณาตามแนวทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายเงินกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อวัณโรค โดยผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย ลักษณะความเสียหายของผู้ร้องเข้าตามเกณฑ์ในข้อที่ 1. พบรอยโรควัณโรคไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน จ่ายไม่เกิน 10,000 บาท

4. คณะอนุกรรมการพิจารณาความรุนแรงและผลกระทบของผู้ร้องพบว่า ผู้ร้องสูญเสียรายได้จากปฏิบัติงานนอกเวลาจำนวน 6,500 บาท อีกทั้งผู้ร้องเป็นผู้นำครอบครัวต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทุกอย่างในครอบครัว ภายหลังจากได้รับประทานยาผู้ร้องมีอาการแพ้ยา มีผื่นคันทั้งตัว ท้องเสีย ผิวหนังคำกร้าน รวมทั้งต้องแยกตัวจากครอบครัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

5. หลังจากพิจารณาความรุนแรงและผลกระทบดังกล่าวคณะอนุกรรมการ มีเหตุผลพิเศษ เนื่องจากผู้ร้องเป็นผู้นำครอบครัวทำให้ต้องขาดรายได้ขณะหยุดทำงาน จึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นจำนวนเงิน 15,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 10 คณะอนุกรรมการพิจารณาโดยใช้เกณฑ์พิเศษในการจ่ายเงินช่วยเหลือ คือตามเกณฑ์แนวทางการจ่ายเงินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามกรณีความเสียหายดังกล่าวผู้ร้องจะต้องได้รับเงินช่วยเหลือ เป็นจำนวนเงินไม่เกิน 10,000 บาท แต่รายการที่ 10 คณะอนุกรรมการพิจารณาเน้นผลกระทบด้านความเสียหายที่ส่งผลกระทบถึงครอบครัว เป็นสำคัญจึงมีมติเป็นกรณีพิเศษในการจ่ายเงินช่วยเหลือเกินจำนวนสูงสุดของความเสียหายในกรณีดังกล่าว

กรณีตัวอย่างการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ เขตที่ 6

กรณีที่ 1 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ส. ตำแหน่งพยาบาลเทคนิค 5 ทำหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วย ภายหลังจากปฏิบัติหน้าที่ เดือนกรกฎาคม 2551 ผู้ร้องเริ่มมีอาการไข้สูง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ร่วมกับมีอาการไอแห้งเข้ารับการตรวจรักษาแพทย์วินิจฉัยว่า เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ จากนั้นมีอาการน้ำหนักลด ไอเรื้อรังวันที่ 11 สิงหาคม 2551 เริ่มมีอาการไอมีเสมหะปนเลือด แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น วัณโรคปอดและทำการส่งเสมหะเพาะเชื้อ พบว่าขึ้นเชื้อวัณโรค 3⁺ แพทย์จึงให้ผู้ร้องแยกตัวเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 18 วัน ตั้งแต่วันที่ 11 สิงหาคม 2551 ถึง วันที่ 29 สิงหาคม 2551 รวมทั้งรับประทานยาต้านวัณโรคจนครบ 6 เดือน

ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 1 สรุปได้ว่า

1. คณะอนุกรรมการพิจารณาเห็นว่าผู้ร้องมีสิทธิยื่นคำร้องตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. คณะอนุกรรมการมีมติเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ตามข้อบังคับข้อ 6 (3) กรณีที่ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง

3. มติที่ประชุมเห็นว่าความเสียหายที่ผู้ให้บริการได้รับจัดอยู่ในระดับรุนแรงมาก

4. คณะอนุกรรมการเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นขึ้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย

5. หลังจากทีคณะอนุกรรมการทำการพิจารณาความรุนแรงและลักษณะการเกิดความเสียหายแล้วทำการวิเคราะห์ตามเกณฑ์แนวทางการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการจ่ายเงินชดเชยกรณีวันโรคพบว่าอยู่ใน ข้อ 2 กรณีพบรอยโรควันโรคและพบเชื้อวันโรคชัดเจนจ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 10,000-20,000 บาท คณะอนุกรรมการจึงพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นจำนวน 20,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 1 คณะอนุกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือตามหลักเกณฑ์แนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคือกรณีที่ผู้ป่วยได้รับความเสียหายติดเชื้อวันโรค ตรวจพบรอยโรควันโรคและพบการติดเชื้อวันโรคชัดเจนจ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 10,000-20,000 บาท และคณะอนุกรรมการมีการแบ่งระดับของความเสียหายในแต่ละประเภทเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนเหตุผลการแบ่งระดับการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเมื่อผู้ให้บริการได้รับความเสียหายอยู่ในระดับรุนแรงมากคณะอนุกรรมการจึงพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือสูงสุดตามเกณฑ์แนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นจำนวนเงิน 20,000 บาท

กรณีที่ 2 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ตำแหน่ง นายแพทย์ 4 ทำหน้าที่ในการตรวจรักษาโรคทั่วไป ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ภายหลังการปฏิบัติหน้าที่ เดือน ตุลาคม 2551 ผู้ร้องเริ่มมีอาการไอเรื้อรังนาน 1 เดือน ร่วมกับมีไข้ เจ็บหน้าอกและชายโครงด้านขวา ผู้ร้องได้ทำการพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา ทำการเอ็กซเรย์ปอด พบว่ามีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดด้านขวา และได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น วันโรคเยื่อหุ้มปอด แพทย์ให้การรักษาโดยการรับประทานยาต้าน วันโรค 6 เดือน ผู้ร้องได้นอนพักรักษาตัวตั้งแต่วันที่ 3-14 พฤศจิกายน 2551 และลาป่วยต่อถึงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2551

เอกสารประกอบการวินิจฉัย

- ใบรับรองแพทย์ของผู้ร้อง วินิจฉัยว่า เป็นวันโรคที่เยื่อหุ้มปอดออกให้เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2551 และให้พักรักษาวันที่ 3-21 พฤศจิกายน 2551

- จากการใบสรุปประวัติการรักษาตัวของผู้ร้อง แจ้งว่า ผลการเพาะเชื้อวันโรค ไม่พบเชื้อวันโรค

- จากใบรายงานการเพาะเชื้อทางจุลชีววิทยาของผู้ร้อง เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2551 และวันที่ 5 พฤศจิกายน 2551 แจ้งว่าไม่การขึ้นเชื้อวันโรค

ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 2 สรุปได้ว่า

1. คณะอนุกรรมการพิจารณาเห็นว่าผู้ร้องมีสิทธิยื่นคำร้องตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. คณะอนุกรรมการมีมติเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ตามข้อบังคับข้อ 6 (3) กรณีที่ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง
3. มติที่ประชุมเห็นว่าความเสียหายที่ผู้ให้บริการได้รับจัดอยู่ในระดับรุนแรงมาก
4. คณะอนุกรรมการเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย
5. คณะอนุกรรมการพิจารณาจากเกณฑ์แนวทางการจ่ายเงินช่วยเหลือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าเข้าตามเกณฑ์ ข้อที่ 3 คือ พบรอยโรคฉับโรค พบเชื้อวัณโรคชัดเจนและมีภาวะแทรกซ้อนทำให้ทำหน้าที่ไม่เต็มที่แต่ยังไม่พิการ หรือเกิดการดื้อยาหลายชนิดจ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 20,000-30,000 บาท คณะอนุกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ 30,000 บาท

ข้อสังเกต ผู้ร้องกรณีที่ 2 คณะอนุกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากการสรุปข้อมูลความเสียหายผู้ร้องและเอกสารประกอบการยื่นคำร้องของผู้ป่วยพบว่า กรณีความเสียหายของผู้ร้องจากข้อมูลพบว่าผู้ร้องเกิดความเสียหายคือ ติดเชื้อวัณโรค มีตรวจพบรอยโรคฉับโรค ผลเอ็กซเรย์มีน้ำที่เยื่อหุ้มปอดด้านขวาแต่ผลการเพาะเชื้อของผู้ร้องไม่พบเชื้อวัณโรคและจากการสรุปเอกสารประกอบการประชุมของผู้ร้องไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่ส่งผลทำให้อวัยวะอื่นของผู้ร้องทำงานไม่เต็มที่ ไม่พบประวัติการทำการผ่าตัดหรือการใส่สายระบายน้ำในเยื่อหุ้มปอดไม่พบประวัติการดื้อยาของผู้ร้อง ผู้ร้องรับประทานยาต้านวัณโรคเป็นเวลา 6 เดือนตามแนวทางการรักษาวัณโรคทั่วไป ผู้วิจัยเห็นว่าผู้ร้องกรณีที่ 2 ควรจัดประเภทความเสียหายติดเชื้อวัณโรคตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ใน ข้อที่ 1 คือ ตรวจพบพบรอยโรคฉับโรค ไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจนจ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 10,000 บาท ซึ่งต่างจากการพิจารณาของคณะอนุกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ 30,000 บาท

กรณีที่ 3 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ตำแหน่ง ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน ภายหลังปฏิบัติหน้าที่ วันที่ 15 มีนาคม 2554 ผู้ร้องมีอาการท้องอืด จุกแน่น ทำการเอกซเรย์ช่องท้อง พบน้ำในช่องท้องและทำการเจาะน้ำจากช่องท้องออก 1,000 ซีซี และส่งน้ำในช่องท้องตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาสาเหตุ แพทย์ทางด้านอายุรกรรมวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคในช่องท้อง

เอกสารประกอบการพิจารณา

- ใบรับรองแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคในช่องท้อง ออกเมื่อวันที่ 17 มีนาคม

2554

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการเพาะเชื้อวัณโรคในช่องท้อง พบว่าไม่พบเชื้อวัณโรค

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 3 สรุปได้ว่า

1. คณะกรรมการพิจารณาเห็นว่าผู้ร้องมีสิทธิยื่นคำร้องตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. คณะกรรมการมีมติเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ตามข้อบังคับข้อ 6 (3) กรณีที่ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง

3. มติที่ประชุมเห็นว่าความเสียหายที่ผู้ให้บริการได้รับจัดอยู่ในระดับปานกลาง

4. คณะกรรมการเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นขึ้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย

5. คณะกรรมการพิจารณาจากเกณฑ์แนวทางการจ่ายเงินช่วยเหลือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าเข้าตามเกณฑ์ข้อที่ 1 พบรอยโรควัณโรค ไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน สมควรจ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 10,000 บาท คณะกรรมการจึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือ 10,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 3 คณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือเข้าตามเกณฑ์ข้อที่ 1 พบรอยโรควัณโรค ไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 10,000 บาท ผู้วิจัยเห็นว่า จากการส่งน้ำในช่องท้องตรวจเพาะเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการพบว่าไม่ขึ้นเชื้อ อีกทั้งจากข้อมูลสนับสนุนอธิบายได้ยากว่า รอยโรคที่เกิดขึ้นในช่องท้องเกิดจากการติดเชื้อวัณโรค เนื่องจากไม่มีข้อมูลสนับสนุนอีกทั้งจากแนวทางเกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติค่อนข้างที่จะเหมาะสมกับความเสียหายจากการติดเชื้อวัณโรคที่ปอดมากกว่าเนื่องจากการติดเชื้อวัณโรคที่ปอดสามารถมีโอกาสนในการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย รอยโรคที่ปอดสามารถวินิจฉัยได้ง่ายกว่าตำแหน่งอื่น ๆ จากผลเอกซเรย์ปอด อีกทั้งอาการที่แสดงในการติดเชื้อวัณโรคที่ปอดค่อนข้างเห็นได้ชัดเจนกว่าส่วนอื่น ๆ และจากผลการเพาะเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการของผู้ร้องกรณีที่ 3 พบว่าไม่ขึ้นเชื้อ วัณโรคผู้วิจัยเห็นว่าควรมีแนวทางในการจ่ายเงินสำหรับผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายติดเชื้อวัณโรคในอวัยวะส่วนอื่น ๆ แยกจากการติดเชื้อวัณโรคปอด

กรณีที่ 4 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ตำแหน่ง พนักงานบัตรทะเบียน ทำหน้าที่ในการทำบัตรและบันทึกประวัติผู้รับบริการ ภายหลังปฏิบัติหน้าที่ผู้ร้องได้ทำการตรวจสอบภาพประจำปี วันที่ 4 พฤศจิกายน 2554 พบว่ามีความผิดปกติที่ปอด จึงพบแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมว่าเป็นวัณโรค และเริ่มรับประทานยารักษาวัณโรคนาน 6 เดือน

เอกสารประกอบการพิจารณา

- ใบรับรองแพทย์ วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด ออกให้เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2554

- ใบผลตรวจทางห้องปฏิบัติของผู้ร้อง ผลการส่งเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีนี้ 4 สรุปได้ว่า

1. คณะกรรมการพิจารณาเห็นว่าผู้ร้องมีสิทธิยื่นคำร้องตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. คณะกรรมการมีมติเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ตามข้อบังคับข้อ 6 (3) กรณีที่ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง
3. มติที่ประชุมเห็นว่าความเสียหายที่ผู้ให้บริการได้รับจัดอยู่ในระดับปานกลาง
4. คณะกรรมการเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย
5. เมื่อคณะกรรมการได้พิจารณาคำร้องตามแนวทางเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลงความเห็นว่าเข้าตามเกณฑ์การติดเชื้อมีวัณโรค ข้อที่ 1 พบรอยโรควัณโรค ไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจนจึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือ 10,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 4 คณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือตามเกณฑ์แนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือเข้าตามเกณฑ์ข้อที่ 1 พบรอยโรควัณโรค ไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน คณะกรรมการจึงพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือตามข้อกำหนดการจ่ายเงินสูงสุด คือ 10,000 บาท ซึ่งเป็นไปตามแนวทางข้อกำหนด

กรณีที่ 5 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ตำแหน่ง พนักงานผู้ช่วยพยาบาล ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมประจำวัน ภายหลังปฏิบัติหน้าที่ผู้ร้องเริ่มมีอาการไอ วันที่ 30 มกราคม 2554 ผู้ร้องเข้าตรวจรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์ได้ทำการส่งเอกซเรย์ปอดและส่งตรวจเสมหะเพาะเชื้อผลการเอกซเรย์ปอดปกติ ส่วนผลการเพาะเชื้อเสมหะขึ้นเชื้อ 3⁺ ภายหลังทราบผลการผลเพาะเชื้อแพทย์ได้ให้การรักษาด้วยการรับประทานยาต้านวัณโรคตั้งแต่วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2554 เป็นเวลาจำนวน 4 เดือน

เอกสารประกอบการพิจารณา

- ใบรับรองแพทย์ วินิจฉัยว่าเป็นวันโรคปอด ออกให้เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2554 และอนุญาตให้มีการลาพักได้ 14 วัน

- ใบรายงานผลเอกซเรย์ ปกติ

- ใบรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ร้อง ผลการเพาะเชื้อเสมหะ วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2554 ขึ้นเชื้อ 3⁺ ส่วนในวันที่ 9 เมษายน 2554 และวันที่ 13 พฤษภาคม 2554 ไม่พบการขึ้นเชื้อวัณโรค

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 5 สรุปได้ว่า

1. คณะกรรมการพิจารณาเห็นว่าผู้ร้องมีสิทธิยื่นคำร้องตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. คณะกรรมการมีมติเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ตามข้อบังคับข้อ 6 (3) กรณีที่ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง
3. มติที่ประชุมเห็นว่าความเสียหายที่ผู้ให้บริการได้รับจัดอยู่ในระดับปานกลาง
4. คณะกรรมการเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นขึ้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย
5. ภายหลังพิจารณาตามเกณฑ์แนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคณะกรรมการลงความเห็นเห็นว่าผู้ร้องได้รับความเสียหายตามเกณฑ์การติดเชื้อวัณโรคข้อที่ 2 คือ พบรอยโรควัณโรค พบเชื้อวัณโรคชัดเจน จึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือจำนวน 20,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 5 คณะกรรมการใช้หลักการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเต็มอัตราการจ่ายเงินสูงสุดในการที่ผู้ร้องได้รับความเสียหายติดเชื้อวัณโรคซึ่งคณะกรรมการลงมติให้ความเสียหายกรณีที่ 5 เข้าตามเกณฑ์จ่ายเงินช่วยเหลือการติดเชื้อวัณโรคข้อที่ 2 คือ พบรอยโรควัณโรค พบเชื้อวัณโรคชัดเจน แม้ในกรณีนี้ผู้ร้องไม่พบรอยโรควัณโรคในปอดแต่ผลการตรวจเพาะเชื้อเสมหะพบเชื้อวัณโรคคณะกรรมการให้ความสำคัญกับการขึ้นเชื้อของเสมหะมากกว่าการพบรอยโรคที่ปอดคณะกรรมการจึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือตามเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีติดเชื้อวัณโรคตามเกณฑ์ข้อที่ 2 เป็นจำนวนเงิน 20,000 บาท

กรณีที่ 6 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัด ปฏิบัติการทำหน้าที่ในการให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำผู้ป่วยฟื้นฟูกายภาพ ภาพหลังปฏิบัติหน้าที่ประมาณปลายเดือนมีนาคม ผู้ร้องเริ่มมีอาการไอแห้ง ๆ ไม่มีเสมหะจึงได้ไปพบแพทย์เพื่อ

ตรวจร่างกาย แพทย์สงสัยว่าเป็นวัณโรคปอด จึงได้ทำการส่งเอกซเรย์ ผลการเอกซเรย์พบว่ามีฝ้าขาวที่ปอดด้านซ้ายแต่ผลการตรวจเสมหะปกติ แพทย์จึงวินิจฉัยว่าเป็นปอดบวม และให้การรักษาผู้ร้องแบบภาวะปอดบวมหลังให้การรักษาผู้ร้องอาการไม่ดีขึ้น ประมาณเดือน สิงหาคม แพทย์ได้ทำการส่งเอกซเรย์และเสมหะเพาะเชื้อวัณโรคซ้ำ พบว่ามีฝ้าขาวมากขึ้นและผลการตรวจเสมหะพบว่ามีเชื้อวัณโรคจึงได้ทำการรักษาที่คลินิกวัณโรคและรับประทานยาต้านวัณโรค

เอกสารประกอบการพิจารณา

- ใบรับรองแพทย์ วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอด ออกให้เมื่อ 20 สิงหาคม 2552 และเห็นควรให้ลาพักเป็นเวลา 14 วัน

- ใบรายการผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการเพาะเชื้อวัณโรค วันที่ 20 สิงหาคม 2552 ขึ้นเชื้อวัณโรค

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 6 สรุปได้ว่า

1. คณะกรรมการพิจารณาเห็นว่าผู้ร้องมีสิทธิยื่นคำร้องตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. คณะกรรมการมีมติเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ตามข้อบังคับข้อ 6 (3) กรณีที่ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง

3. มติที่ประชุมเห็นว่าความเสียหายที่ผู้ให้บริการได้รับจัดอยู่ในระดับรุนแรงมาก

4. คณะกรรมการเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นขึ้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย

5. ภายหลังคณะกรรมการพิจารณาเกณฑ์ตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลงความเห็นเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นตรงตาม เกณฑ์การติดเชื้อมะเร็ง ในข้อ 2 พบรอยโรควัณโรค พบเชื้อวัณโรคชัดเจน จ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 10,000-20,000 บาท คณะกรรมการจึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือจำนวน 20,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 6 คณะกรรมการใช้หลักการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ร้องกรณีที่ 6 เป็นความเสียหายที่จัดอยู่ในระดับรุนแรงมาก จึงพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเต็มอัตราการจ่ายเงินสูงสุดในกรณีที่ผู้ร้องได้รับความเสียหายติดเชื้อมะเร็ง ตรวจพบรอยโรควัณโรค และตรวจพบเชื้อวัณโรคชัดเจน เป็นจำนวนเงิน 20,000 บาท

กรณีที่ 7 ผู้ร้องปฏิบัติงานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทำหน้าที่ในการให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำวัตรประจำวัน ภายหลังปฏิบัติหน้าที่ประมาณปลายเดือน กุมภาพันธ์ 2552 ผู้ร้องเริ่มมีอาการไอแห้ง ๆ ร่วมกับมีน้ำหนัลด จึงได้พบแพทย์ตรวจร่างกาย แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นคออักเสบให้ยากลับไปรับประทานต่อที่บ้านแต่ผู้ร้องอาการไม่ดีขึ้น ผู้ร้องจึงกลับมาพบแพทย์อีกครั้งแพทย์จึงส่งเอกซเรย์ปอดพบว่ามีความผิดปกติที่ปอด ผู้ร้องได้เขียนยื่นคำร้องว่าแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น วัณโรคปอดและให้ผู้ร้องส่งเสมหะเพาะเชื้อ ผลการเพาะเชื้อพบว่าขึ้นเชื้อวัณโรค ชนิดไม่ดื้อยาจึงให้ผู้ร้องรับประทานยาต้านวัณโรคเป็นระยะเวลา 6 เดือน หลังจากทานยาครบ 6 เดือน

เอกสารประกอบการพิจารณา

- ใบรับรองแพทย์ วินิจฉัยว่าเป็น ปอดอักเสบ ออกให้เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2552 และเห็นสมควรให้หยุดลาพักเป็นเวลา 7 วัน ตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ - 25 กุมภาพันธ์ 2552
- ใบรับรองแพทย์ วินิจฉัยว่าเป็น ปอดอักเสบ ออกให้เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2552 และเห็นสมควรให้ลาหยุดพักเป็นเวลา 7 วันตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ - 5 มีนาคม 2552
- ใบรายงานผลการตรวจเอกซเรย์ ระบุว่า เป็นวัณโรคระยะแพร่กระจาย เชื้อแต่ก็มีลักษณะคล้ายปอดอักเสบมากกว่าวัณโรค

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 7 สรุปได้ว่า

1. คณะกรรมการพิจารณาเห็นว่าผู้ร้องมีสิทธิยื่นคำร้องตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. คณะกรรมการมีมติเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ตามข้อบังคับข้อ 6 (3) กรณีที่ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง
3. มติที่ประชุมเห็นว่าความเสียหายที่ผู้ให้บริการได้รับจัดอยู่ในระดับรุนแรงมาก
4. คณะกรรมการเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย
5. ภายหลังคณะกรรมการพิจารณาเกณฑ์ตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลงความเห็นเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นตรงตาม เกณฑ์การติดเชื้อมวัณโรค ในข้อ 2 พบรอยโรควัณโรค พบเชื้อวัณโรคชัดเจน จ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 10,000-20,000 บาท คณะกรรมการจึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือจำนวน 17,000 บาท

ข้อสังเกต ผู้ร้องกรณีที่ 7 คณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเกณฑ์ความเสียหายการติดเชื้อมวัณโรคในข้อ 2 พบ

รอยโรควันโรค พบเชื้อวันโรคชัดเจน จ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 10,000-20,000 บาท ในผู้ร้องกรณี 7 คณะอนุกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือไม่เต็มอัตราสูงสุดที่กำหนด คือจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นจำนวนเงิน 17,000 บาท แม้ว่าคณะกรรมการจะลงมติว่าความเสียหายในรายกรณี 7 นี้จัดอยู่ในความเสียหายระดับรุนแรงมาก แต่อาจเนื่องมาจากเอกสารประกอบการพิจารณาเช่นผลการเอกซเรย์มีการรายงานผลว่า เป็นวันโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อแต่ก็คล้ายกับปอดอักเสบมากกว่าอีกทั้งใบรับรองแพทย์ระบุว่าผู้ร้องป่วยเป็นปอดอักเสบและในเอกสารประกอบการพิจารณาไม่พบใบรายงานผลการเพาะเชื้อวันโรค คณะอนุกรรมการจึงมีมติจ่ายเงินไม่เต็มอัตรารายจ่ายสูงสุดคือเป็นจำนวนเงิน 17,000 บาท

กรณีที่ 8 ผู้ร้อง ปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ตำแหน่ง พนักงานช่วยเหลือทางการพยาบาล ทำหน้าที่ในการช่วยแพทย์ประจำห้องตรวจอายุรกรรม ภายหลังปฏิบัติหน้าที่ ผู้ร้องมีอาการมีก้อนที่รักแร้ข้างซ้าย ขนาด 3x2 เซนติเมตร มีลักษณะกดเจ็บ อายุรแพทย์จึงได้ทำการปรึกษาแพทย์ทางด้านศัลยกรรมทำการตัดก้อนขึ้นเนื้อที่รักแร้ข้างซ้ายส่งตรวจ ผลการตรวจทางด้านพยาธิวิทยา พบว่าเป็นวันโรคที่ต่อมน้ำเหลือง แพทย์จึงได้ทำการรักษาโดยการให้รับประทานยาต้านวันโรค

เอกสารประกอบการพิจารณา

- ใบรับรองแพทย์ วินิจฉัยว่าเป็น เป็นวันโรคต่อมน้ำเหลืองรักแร้ข้างซ้าย ออกให้เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2552 และมีความเห็นที่ไม่สมควรหยุดงาน
- ใบรายงานผลเอกซเรย์ปอด ผลปกติ
- ใบรายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยา วันที่ 14 ตุลาคม 2552 รายงานว่ามีการอักเสบเรื้อรังที่บริเวณของต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างซ้าย และมีการติดเชื้อวันโรคบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณรักแร้ข้างซ้าย

ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 8 สรุปได้ว่า

1. คณะอนุกรรมการพิจารณาเห็นว่าผู้ร้องมีสิทธิยื่นคำร้องตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. คณะอนุกรรมการมีมติเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ตามข้อบังคับข้อ 6 (3) กรณีที่ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง
3. มติที่ประชุมเห็นว่าความเสียหายที่ผู้ให้บริการได้รับจัดอยู่ในระดับรุนแรงมาก

4. คณะอนุกรรมการเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย

5. ภายหลังคณะอนุกรรมการพิจารณาเกณฑ์ตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลงความเห็นว่าการเสียหายที่เกิดขึ้นตรงตาม เกณฑ์การติดเชื้อวัณโรค ในข้อ 1 พบรอยโรควัณโรค ไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 10,000 บาท คณะอนุกรรมการจึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือจำนวน 10,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 8 คณะอนุกรรมการใช้หลักการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเกณฑ์การติดเชื้อวัณโรคในข้อที่ 1 พบรอยโรควัณโรค ไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 10,000 บาท จากการลงมติของคณะอนุกรรมการเห็นว่าความเสียหายในกรณีผู้ร้องรายที่ 8 นั้นจัดเป็นความเสียหายที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก แต่จากลักษณะความเสียหายที่ผู้ร้องได้รับคือ มีก้อนกดเจ็บที่รักแร้ข้างขวา มีลักษณะรอยโรคชัดเจน คือพบก้อนชัดเจนขนาด 3x2 เซนติเมตร และตรวจพบเชื้อวัณโรคชัดเจน คือจากการรายงานผลทางด้านพยาธิวิทยา รายงานว่ามีการ ติดเชื้อวัณโรคเรื้อรังที่บริเวณต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ข้างซ้าย ตามความเห็นของผู้วิจัยเห็นว่าความเสียหายของผู้ร้องรายนี้จัดอยู่ในประเภท เกณฑ์การจ่ายเงินข้อที่ 2 คือ พบรอยโรควัณโรค พบเชื้อวัณโรคชัดเจน จ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 10,000-20,000 บาท แต่ทางคณะอนุกรรมการอาจเล็งเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นเมื่อรับประทานยาครบก็จะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นเมื่อรับประทานยาครบรอยโรคก็จะหายเป็นปกติ อีกทั้งการติดเชื้อวัณโรคในอวัยวะดังกล่าวไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ และไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ร้อง และตามความเห็นของแพทย์ผู้ให้การรักษาที่ระบุไว้ว่าเห็นสมควรให้ทำงานต่อได้ไม่ต้องหยุดพักงาน คณะอนุกรรมการจึงมีมติในการจ่ายเงินช่วยเหลือตามเกณฑ์ข้อที่ 1 คือจ่ายเงินช่วยเหลือ ไม่เกิน 10,000 บาท ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรมีเกณฑ์การจ่ายเงินแยกในรายที่มีการติดเชื้อในอวัยวะระบบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การติดเชื้อวัณโรคที่ปอด เพื่อให้คณะอนุกรรมการมีเกณฑ์ในการใช้ดุลยพินิจเกี่ยวกับการจ่ายเงินที่ง่ายขึ้น มีความเหมาะสมกับระดับความเสียหายของผู้ร้องและคงไว้ซึ่งความยุติธรรมในการพิจารณากับผู้ร้องกรณีที่ได้รับ ความเสียหายที่คล้ายคลึงกัน

กรณีที่ 9 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน มีประวัติการเจ็บป่วยเดิม เป็นโรคข้ออักเสบ ภายหลังปฏิบัติหน้าที่ผู้ร้องเริ่มมีไข้วันละประมาณ 1-2 ครั้งต่อวัน ไอมีเสมหะสีขาว อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย รับประทานอาหารได้น้อยลงรับประทานยาโรคข้อตามปกติ แพทย์จึงทำการตรวจร่างกายและส่งตรวจพิเศษเพิ่มเติมพบว่าผลการส่งเสมหะเพาะเชื้อ ขึ้นเชื้อวัณโรค จึงให้รักษาโดยการรับประทานยาต้านวัณโรค

เอกสารประกอบการพิจารณา

- ใบรับรองแพทย์ วินิจฉัยว่า เป็นวัณโรคปอด นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ตั้งแต่ วันที่ 2 -22 กันยายน 2551 และเห็นสมควรรักษาตัวต่ออย่างน้อย 14 วัน ตั้งแต่วันที่ 23 กันยายน 2551-6 ตุลาคม 2551

- ใบรับรองแพทย์ วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด มีความเห็นให้หยุดพักรักษาตัว 1 เดือนตั้งแต่ 8 ตุลาคม-8 พฤศจิกายน 2551

- ใบรับรองแพทย์ วินิจฉัยว่า เป็นวัณโรคปอด และโรคข้ออักเสบ เห็นสมควรให้พัก 4 อาทิตย์ ตั้งแต่วันที่ 4 พฤศจิกายน - 2 ธันวาคม 2551

- ใบรายงานผลการตรวจเพาะเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 4 กันยายน 2551 วันที่ 5 กันยายน 2551 และวันที่ 6 กันยายน 2551 พบว่าขึ้นเชื้อวัณโรค

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 9 สรุปได้ว่า

1. คณะกรรมการพิจารณาเห็นว่าผู้ร้องมีสิทธิยื่นคำร้องตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. คณะกรรมการมีมติเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ตามข้อบังคับข้อ 6 (3) กรณีที่ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง

3. มติที่ประชุมเห็นว่าความเสียหายที่ผู้ให้บริการได้รับจัดอยู่ในระดับรุนแรงมาก

4. คณะกรรมการเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย

5. ภายหลังคณะกรรมการพิจารณาเกณฑ์ตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคณะกรรมการลงความเห็นเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นตรงตาม เกณฑ์การติดเชื้อวัณโรคในข้อ 2 พบรอยโรควัณโรค พบเชื้อวัณโรคชัดเจน จ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 10,000 - 20,000 บาท คณะกรรมการจึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือจำนวน 20,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 9 ภายหลังคณะกรรมการพิจารณาถึงความเสียหาย โดยพิจารณาตามเกณฑ์แนวทางการจ่ายเงินช่วยเหลือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงมติว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นจัดอยู่ในระดับรุนแรงมาก และเข้าตามเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือในกรณีความเสียหายติดเชื้อวัณโรคในข้อที่ 2 คือตรวจพบรอยโรควัณโรค และผลการเพาะเชื้อพบเชื้อวัณโรคชัดเจนคณะกรรมการจึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือเต็มอัตราการจ่ายเงินสูงสุดเพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ร้องที่ได้รับ ความเสียหายจากการให้บริการ

กรณีที่ 10 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 ทำหน้าที่ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายหลังปฏิบัติหน้าที่ผู้ร้อง เริ่มมีอาการเจ็บคอ ไอเรื้อรัง ไอแห้ง ๆ ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 1 เดือน และเริ่มมีต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น บริเวณที่ลำคอด้านขวา คลำได้ก้อนขนาด 2 เซนติเมตร จึงไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจร่างกาย แพทย์ได้ทำการส่งผู้ร้องเอกซเรย์ ผลการเอกซเรย์ปอด ปกติดี แพทย์จึงให้ผู้ร้องสังเกตอาการและมาพบแพทย์เพื่อประเมินอาการเป็นระยะ รวมเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 6 เดือนระหว่างนั้น ผู้ร้องสังเกตว่าก้อนที่บริเวณต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านขวาเริ่มมีเพิ่มขึ้นอีกหลายจุด แพทย์จึงได้ทำการเจาะชิ้นเนื้อบริเวณดังกล่าวไปทำการตรวจทางพยาธิ ผลการตรวจเพาะเชื้อพบว่า ขึ้นเชื้อวัณโรค แพทย์จึงเริ่มให้การรักษาโดยการรับประทานยาต้านวัณโรคเป็นระยะเวลา 6 เดือน

เอกสารประกอบการพิจารณา

- ใบรับรองแพทย์ วินิจฉัยว่า เป็นวัณโรคที่ต่อมน้ำเหลือง ออกให้เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2551 ไม่มีความเห็นให้หยุดงาน

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 10 สรุปได้ว่า

1. คณะกรรมการพิจารณาเห็นว่าผู้ร้องมีสิทธิยื่นคำร้องตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. คณะกรรมการมีมติเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ตามข้อบังคับข้อ 6 (3) กรณีที่ผู้ให้บริการได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง
3. มติที่ประชุมเห็นว่าความเสียหายที่ผู้ให้บริการได้รับจัดอยู่ในระดับรุนแรงมาก
4. คณะกรรมการเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย
5. ภายหลังคณะกรรมการพิจารณาเกณฑ์ตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคณะกรรมการลงความเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นตรงตาม เกณฑ์การคิดเชื้อวัณโรคในข้อ 1 พบรอยโรค ไม่พบเชื้อชัดเจน จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 10,000 บาท คณะกรรมการจึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือจำนวน 10,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 10 คณะกรรมการใช้หลักการพิจารณาตามเกณฑ์แนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในกรณีความเสียหายติดเชื้อวัณโรค ซึ่งคณะกรรมการมีมติให้ความเสียหายในกรณีดังกล่าวอยู่ในข้อที่ 1 คือพบรอยโรค ไม่พบเชื้อชัดเจน จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 10,000 บาท ในกรณีดังกล่าวผลการเอกซเรย์ปอดของผู้ร้องปกติ แต่ผลการเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการขึ้นเชื้อวัณโรค แม้ว่าผู้ร้องจะได้รับความเสียหายคือ มีรอยโรคที่บริเวณต่อมน้ำเหลือง

บริเวณลำคอผลการเพาะเชื้อขึ้นเชื้อวัณโรคแต่เกณฑ์ในการจ่ายเงินวัณโรคไม่ได้ระบุถึงวัณโรคในระบบอื่น ๆ ทำให้คณะกรรมการใช้ดุลยนิมิตในการจ่ายเงินช่วยเหลือโดยอิงตามเกณฑ์การจ่ายเงินวัณโรคปอด ทั้งนี้ควรมีระดับแยกย่อยในการพิจารณาจ่ายเงินแก่ผู้ร้องที่ได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อวัณโรคในระบบอื่นเพิ่มเติม

กรณีตัวอย่างการพิจารณาของคณะกรรมการ เขตที่ 13

กรณีที่ 1 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ภาพหลังปฏิบัติหน้าที่ผู้ร้องมีอาการผิดปกติ จึงได้พบแพทย์เพื่อตรวจร่างกาย ผลการเอกซเรย์ปอด พบว่ามีน้ำในเยื่อหุ้มปอด แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคที่เยื่อหุ้มปอด ให้การรักษาโดยการรับประทานยาต้านวัณโรคเป็นเวลานาน 6 เดือน หลังเริ่มรับประทานยาต้านวัณโรคได้ 2 วัน ผู้ร้องมีอาการผิดปกติคือ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย มีไข้ น้อยมากขึ้น ผู้ร้องจึงรับการรักษาต่อตัวที่โรงพยาบาลทรวงอก หลังรับประทานยาที่โรงพยาบาลทรวงอกได้ 1 เดือน แพทย์ได้ทำการเอกซเรย์ปอดซ้ำพบว่าในปอดยังมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดมากขึ้นจากเดิม และจากการเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการการทำงานของตับพบว่าค่าการทำงานของตับเพิ่มขึ้น แพทย์จึงได้นัดติดตามการรักษา 1 เดือน ถ้าผลการเอกซเรย์ไม่ดีขึ้นแพทย์วางแผนจะทำการเจาะน้ำในปอดต่อไป

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 1 สรุปได้ว่า

1. ผู้ให้บริการมีสิทธิยื่นคำร้องตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. ความเสียหายของผู้ร้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข
3. ความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ผู้ร้องยื่นคำร้องในระยะเวลา 1 ปีตามกำหนดนับจากวันที่ทราบความเสียหาย

5. ภายหลังพิจารณาคณะกรรมการสรุปว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นเกิดจากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยได้รับความเสียหายคือติดเชื้อวัณโรคซึ่งในลักษณะความเสียหายดังกล่าวต้องได้รับการติดตามการรักษาและต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือนคณะกรรมการมีมติว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือการชดเชยตามข้อบังคับ 6(3) โดยใช้เกณฑ์การจ่ายเงิน 60 x 500 บาท รวมเป็นเงินชดเชยจำนวน 30,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 1 ความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการใช้หลักเกณฑ์การพิจารณาพิจารณาจากจำนวนวันที่ได้รับความเสียหายและจำนวนวันที่ต้องรักษาตัวต่อเนื่อง โดยในกรณีนี้ผู้ร้องต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 60 วัน โดยคณะอนุกรรมการพิจารณาคิดค่าความเสียหายวันละ 500 บาท ในกรณีนี้จึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือ 30,000 บาท

กรณีที่ 2 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ตำแหน่ง พยาบาล ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยในหอผู้ป่วยมีผู้ป่วยโรคเอดส์ และวัณโรคอยู่ในห้องผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งในระหว่างปฏิบัติงานได้ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด และตลอดระยะเวลาที่ทำงานได้รับการตรวจร่างกายประจำปีพบว่ามีสุขภาพแข็งแรงดี ต่อมาประมาณเดือนมีนาคม 2551 ผู้ร้องพบว่ามีก้อนที่คอทั้ง 2 ข้าง ปลายเดือนมีนาคม 2551 จึงได้ไปพบแพทย์ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทรวงอก แพทย์ได้ทำการตรวจเอกซเรย์ ตรวจเสมหะ และนำชิ้นเนื้อไปตรวจ พบว่าปกติ ไม่พบเชื้อวัณโรค แพทย์ให้ยามารับประทานหลังจากได้รับประทานยาครบ 6 เดือน ผู้ร้องพบว่าตนเองตั้งครกจึงหยุดรับประทานยา และต่อมาพบว่าก้อนที่คอยุบลงมองไม่เห็นก้อนที่คอ แต่ยังคลำก้อนได้ ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคที่ต่อมน้ำเหลือง และนัดตรวจอีกครั้งหลังคลอดบุตร ซึ่งในระหว่างผู้ร้องคลำพบก้อนผู้ร้องมีบุตรคนโตอายุ 8 เดือน จึงทำให้เกิดความกังวลว่า บุตรอาจจะได้รับเชื้อด้วย

ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 2 สรุปได้ว่า

1. ผู้ให้บริการมีสิทธิยื่นคำร้องตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. ความเสียหายของผู้ร้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข
3. ความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ผู้ร้องยื่นคำร้องในระยะเวลา 1 ปีตามกำหนดนับจากวันที่ทราบความเสียหาย
5. ภายหลังคณะอนุกรรมการพิจารณาสรุปว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นเกิดจากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยอันเป็นเหตุให้เกิดวัณโรค ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรับประทานยาเพื่อการรักษา 60 วัน ถือเป็นการเจ็บป่วยต่อเนื่อง คณะอนุกรรมการมีมติว่า เข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงิน

ช่วยเหลือเพื่อการชดเชยตามข้อบังคับ 6 (3) บาดแผลสามารถรักษาให้หายได้ภายในระยะเวลา 60 วัน โดยใช้เกณฑ์การจ่าย 60 วัน x 500 บาท เป็นจำนวนเงิน 30,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 2 ความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการใช้หลักเกณฑ์การพิจารณาพิจารณาจากจำนวนวันที่ได้รับความเสียหายและจำนวนวันที่ต้องรักษาตัวต่อเนื่อง โดยในกรณีนี้ผู้ร้องต้องรับประทายาต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 60 วัน โดยคณะอนุกรรมการพิจารณาคิดค่าความเสียหายวันละ 500 บาท ในกรณีนี้จึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือ 30,000 บาท แต่มีข้อสังเกตเพิ่มว่าผู้ร้องกรณีที่ 2 นี้ผลการตรวจเอกซเรย์ ตรวจเสมหะ และผลการตรวจเชื้อเนื้อปอดไม่มีผลใดๆ บ่งชี้ว่าผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคมีเพียงแต่ผลการสรุปการวินิจฉัยของแพทย์เท่านั้น

กรณีที่ 3 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ ในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยตีกนอกสูตินรีเวชกรรม ภายหลังปฏิบัติงานผู้ร้องได้เข้ารับการตรวจร่างกายประจำปี ผลการตรวจสุขภาพประจำปี ผลการเอกซเรย์ปอดพบว่า เป็นวัณโรคปอด ผู้ร้องจึงได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยครั้งที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 24 พฤศจิกายน - 4 ธันวาคม 2551 และครั้งที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม - 23 มกราคม 2552

ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 2 สรุปได้ว่า

1. ผู้ให้บริการมีสิทธิยื่นคำร้องตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. ความเสียหายของผู้ร้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข
3. ความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ผู้ร้องยื่นคำร้องในระยะเวลา 1 ปีตามกำหนดนับจากวันที่ทราบความเสียหาย

5. ภายหลังคณะอนุกรรมการพิจารณาสรุปว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นเกิดจากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการแก่ผู้ป่วยอันเป็นเหตุให้เกิดวัณโรคปอดซึ่งเป็นการเจ็บป่วยต่อเนื่อง คณะอนุกรรมการมีมติว่า เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยตามข้อบังคับ 6 (3) พิจารณาจ่ายเงินชดเชย 60 วัน x 500 บาท เป็นจำนวนเงิน 30,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 3 ความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการใช้หลักเกณฑ์การพิจารณาพิจารณาจากจำนวนวันที่ได้รับความเสียหายและจำนวนวันที่ต้องรักษาตัวต่อเนื่อง แต่จากประวัติการเข้ารับการรักษาในผู้ร้องเข้ารับการรักษาตัวรวมทั้งสิ้น 38 วันจากกรณีความเสียหายดังกล่าวผู้ร้องไม่ได้ระบุจำนวนวันในการรับประทายาไว้แต่คณะอนุกรรมการอาจใช้หลักการพิจารณาตามเกณฑ์การรับประทายาขึ้นค่าในการรักษาวันโรคคืออย่างน้อยต้องรับประทายต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน คณะกรรมการจึงได้พิจารณาจ่ายเงินชดเชยตามเกณฑ์ขั้นต่ำของการรับประทายาวันโรค คือ จำนวนวันที่ได้รับความเสียหาย 60 วัน จ่ายค่าชดเชยวันละ 500 บาท คิดเป็นเงินรวมทั้งสิ้น 30,000 บาท

กรณีที่ 4 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยภายหลังปฏิบัติหน้าที่ ผู้ร้องได้รับการตรวจร่างกายประจำปี ผลการเอกซเรย์ปอด แพทย์วินิจฉัยว่าติดเชื้อวัณโรคปอด แพทย์ได้ให้รับประทายาต้านวัณโรค หลังรับประทายาผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง คือ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการทำงานและทำให้ผู้ร้องสูญเสียรายได้

ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 4 สรุปได้ว่า

1. ผู้ให้บริการมีสิทธิยื่นคำร้องตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. ความเสียหายของผู้ร้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข
3. ความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ผู้ร้องยื่นคำร้องในระยะเวลา 1 ปี ตามกำหนดนับจากวันที่ทราบความเสียหาย

5. ภายหลังคณะอนุกรรมการพิจารณาสรุปว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นเกิดจากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วย อันเป็นเหตุให้ติดเชื้อวัณโรคปอด มีการตรวจพบรอยโรค ได้รับประทายาเป็นเวลา 6 เดือน ถือเป็นการเจ็บป่วยต่อเนื่อง คณะอนุกรรมการจึงมีมติ เข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยตามข้อบังคับ 6 (3) พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 4 ภายหลังพิจารณาคณะอนุกรรมการใช้เกณฑ์การตัดสินใจจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ

กรณีความเสียหายที่เกิดจากการติดเชื้อวัณโรคข้อที่ 1. พบรอยโรคไม่พบเชื้อชัดเจน จ่ายไม่เกิน 10,000 บาท คณะอนุกรรมการจึงจ่ายเงินช่วยเหลือตามเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีที่ 5 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง พยาบาล ทำหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลหออภิบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ภายหลังปฏิบัติหน้าที่เมื่อประมาณปลายเดือนสิงหาคม 2553 ผู้ร้องมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซ้าย หายใจลึกเจ็บมาก มีไข้สูง วันที่ 7 กันยายน 2553 ผู้ร้องได้ไปพบแพทย์ แพทย์ให้ทำการตรวจเอกซเรย์ พบว่ามีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด วันที่ 8 กันยายน 2553 ได้รับการเจาะปอดเพื่อระบายน้ำ หลังการเจาะปอด ผู้ร้องมีอาการความดันต่ำ วันที่ 13 กันยายน 2553 ผู้ร้องได้กลับมาพบแพทย์อีกครั้งด้วยอาการมีไข้สูง แพทย์ทำการเอกซเรย์พบว่ามีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดเพิ่มขึ้น แพทย์จึงได้ให้ผู้ร้องเข้านอนรับการรักษาเป็นเวลา 14 วัน

ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 5 สรุปได้ว่า

1. ผู้ให้บริการมีสิทธิยื่นคำร้องตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. ความเสียหายของผู้ร้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข
3. ความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ผู้ร้องยื่นคำร้องในระยะเวลา 1 ปีตามกำหนดนับจากวันที่ทราบความเสียหาย
5. ภายหลังอนุกรรมการพิจารณาสรุปว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นเกิดจากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นความเสียหายที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย อันเป็นเหตุให้ติดเชื้อวัณโรคเยื่อหุ้มปอด พบรอยโรควัณโรค ไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน มีภาวะตับอักเสบแทรกซ้อนจนการรับประทานยา ถือเป็นความเจ็บป่วยต่อเนื่อง คณะอนุกรรมการมีมติว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยตามข้อบังคับ 6 (3) พิจารณาจ่ายเงินชดเชยเป็นจำนวนเงิน 20,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 5 ภายหลังพิจารณาอนุกรรมการใช้เกณฑ์การตัดสินใจจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีความเสียหายที่เกิดจากการติดเชื้อวัณโรคข้อที่ ข้อ 2 พบรอยโรควัณโรค พบเชื้อวัณโรคชัดเจน

หรือมีอาการแพ้ยารุนแรง ไม่สามารถใช้จ่ายพื้นฐานได้ จำเป็นช่วยเหลือตั้งแต่ 10,000-20,000 บาท คณะอนุกรรมการจึงจ่ายเงินช่วยเหลือตามเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยคณะอนุกรรมการพิจารณาความรุนแรงเห็นว่าผู้ร้องได้รับความเสียหายมีภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยา คือผู้ร้องมีภาวะตับอักเสบ คณะอนุกรรมการจึงพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยเป็นจำนวนเงิน 20,000 บาท

กรณีที่ 6 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยแรกรับ วางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และติดตามผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังเช่นผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ ปกติผู้ร้องร่างกายแข็งแรงดีมาตลอด ภายหลังปฏิบัติงานเดือนกรกฎาคม 2553 ผู้ร้องรู้สึกอ่อนเพลีย มีไข้ต่ำ ๆ เดือนกันยายน 2553 ผู้ร้องตรวจร่างกายประจำปีพบว่าเป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง แพทย์ให้การรักษาโดยรับประทานยาต้านวัณโรคแต่ระหว่างรับประทานยาผู้ร้อง มีอาการคัน คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหารอ่อนเพลีย

ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 6 สรุปได้ว่า

1. ผู้ให้บริการมีสิทธิยื่นคำร้องตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. ความเสียหายของผู้ร้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข
3. ความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ผู้ร้องยื่นคำร้องในระยะเวลา 1 ปีตามกำหนดนับจากวันที่ทราบความเสียหาย
5. ภายหลังคณะอนุกรรมการพิจารณาสรุปว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นเกิดจากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยลักษณะความเสียหายที่ผู้ร้องได้รับคือ เป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง พบรอยโรควัณโรค ไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องด้วยการรับประทานยา คณะอนุกรรมการมีมติว่า เข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยตามข้อบังคับ 6(3) เป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 6 ภายหลังพิจารณาคณะอนุกรรมการใช้เกณฑ์การตัดสินใจจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือกรณีความเสียหายที่เกิดจากการติดเชื้อวัณโรคตรงกับข้อที่ 1. พบรอยโรควัณโรคไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน

จ่ายไม่เกิน 10,000 บาท โดยความเสียหายของผู้ร้องในกรณีที่ 5 ดังกล่าวเป็นรอยโรคบริเวณตอม
น้ำเหลือง และต้องมีการรับประทายต่อเนื่อง คณะอนุกรรมการจึงจ่ายเงินช่วยเหลือตามเกณฑ์การ
จ่ายเงินช่วยเหลือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีที่ 7 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
ทำหน้าที่ในการให้การรักษายาบาล ตามแผนการรักษาของแพทย์ ภายหลังปฏิบัติหน้าที่ ผู้ร้องเริ่มมี
อาการไข้ ไอ เหนื่อยหอบ น้ำหนักลด ความเข้มข้นของเลือดลดลงตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2554 ภายหลัง
ไปพบแพทย์แพทย์ยังไม่ทราบสาเหตุของโรคที่แน่ชัด ได้ทำการตรวจวินิจฉัยเป็นเวลาหลายเดือน
จนกระทั่งวันที่ 22 ธันวาคม 2554 แพทย์ได้ทำการเอกซเรย์ ตรวจเสมหะจึงวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด
ให้การรักษารับประทายยา 2 สัปดาห์ และหยุดพักงาน 2 สัปดาห์ เนื่องจากภายหลังรับประทาย
ยาผู้ร้องมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียนมาก อ่อนเพลีย ภายหลังได้รับการรักษายาบาลผู้ร้องมีอาการดีขึ้น

ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 7 สรุปได้ว่า

1. ผู้ให้บริการมีสิทธิยื่นคำร้องตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. ความเสียหายของผู้ร้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการ
สาธารณสุข
3. ความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการใน
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ผู้ร้องยื่นคำร้องในระยะเวลา 1 ปีตามกำหนดนับจากวันที่ทราบความ
เสียหาย

5. ภายหลังคณะอนุกรรมการพิจารณาสรุปว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นเกิด
จากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นความเสียหายที่
เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วย อันเป็นเหตุให้ติดเชื้อวัณโรค พบรอยโรค พบเชื้อชัดเจน แต่ไม่แพ้ยา
รุนแรง คณะอนุกรรมการจึงมีมติว่า เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยตามข้อบังคับ 6(3)
เป็นจำนวนเงิน 15,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 7 คณะอนุกรรมการใช้หลักเกณฑ์การจ่ายเงินตาม
แนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือกรณีความเสียหายที่เกิดจากการติดเชื้อวัณโรค
ข้อที่ 2. พบรอยโรค พบเชื้อชัดเจนหรือมีอาการแพ้ยารุนแรง ไม่สามารถเข้าพื้นฐานได้ จ่ายเงินช่วยเหลือ
ตั้งแต่ 10,000 - 20,000 บาท ภายหลังจากที่คณะอนุกรรมการพิจารณาถึงความรุนแรงของผู้ร้องกรณี
ที่ 7 แล้วคณะอนุกรรมการจึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นจำนวนเงิน 15,000 บาท

กรณีที่ 8 ผู้ร้องกรณีปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่เวชสถิติ ทำหน้าที่ในการทำบัตรและส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ ภายหลังปฏิบัติหน้าที่วันที่ 30 มีนาคม 2554 ผู้ร้องเริ่มมีอาการเจ็บ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก มีไข้ ไอ เหนื่อยหอบ วินิจฉัยหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน วันที่ 5 เมษายน 2554 แพทย์เอกซเรย์พบว่ามียอดน้ำในช่องปอดข้างขวา จึงได้รับการเจาะเอาน้ำในช่องปอดออกและส่งเพาะเชื้อในวันที่ 7 เมษายน 2554 ซึ่งแพทย์สงสัยว่าเป็นวัณโรคในเยื่อหุ้มปอด แพทย์ให้ผู้ร้องรับประทานยาต้านวัณโรคเป็นเวลา 6 เดือน ระหว่างที่ผู้ร้องรับประทานยาผู้ร้องมีอาการ มีผื่นขึ้นที่บริเวณใบหน้า คลื่นไส้ อาเจียน ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน และขาดรายได้

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 8 สรุปได้ว่า

1. ผู้ให้บริการมีสิทธิยื่นคำร้องตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. ความเสียหายของผู้ร้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข
3. ความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ผู้ร้องยื่นคำร้องในระยะเวลา 1 ปีตามกำหนดนับจากวันที่ทราบความเสียหาย
5. ภายหลังคณะกรรมการพิจารณาสรุปว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นเกิดจากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วย อันเป็นเหตุให้ติดเชื้อวัณโรค พบรอยโรควัณโรค ไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน คณะกรรมการมีมติว่า เข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยตามข้อบังคับ 6 (3) เป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 8 คณะกรรมการพิจารณาตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือกรณีความเสียหายที่เกิดจากการติดเชื้อวัณโรคตรงกับข้อที่ 1. พบรอยโรคไม่พบเชื้อชัดเจน จ่ายไม่เกิน 10,000 บาท โดยคณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเต็มอัตราสูงสุดคือ 10,000 บาท ตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีที่ 9 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ธุรการ 5 ทำหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลประสานงานกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการรับการรักษา ภายหลังปฏิบัติหน้าที่ผู้ร้องเริ่มมีอาการไอแห้ง ๆ รับประทานได้น้อย มีไข้ มีก้อนที่คอซ้าย แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง ผู้ร้องได้รับการผ่าตัดบริเวณต่อมน้ำเหลืองและได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาต่อเนื่อง

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 9 สรุปได้ว่า

1. ผู้ให้บริการมีสิทธิยื่นคำร้องตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. ความเสียหายของผู้ร้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข
3. ความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ผู้ร้องยื่นคำร้องในระยะเวลา 1 ปี ตามกำหนดนับจากวันที่ทราบความเสียหาย
5. ภายหลังคณะกรรมการพิจารณาสรุปว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นเกิดจากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความเสียหายที่เกิดขึ้นเกิดจากการดูแลผู้ป่วยอันเป็นเหตุให้เกิดวัณโรคต่อมน้ำเหลือง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรับประทายาเพื่อการรักษา 2 เดือน ถือเป็นความเจ็บป่วยต่อเนื่อง คณะกรรมการมีมติว่า เข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยตามข้อบังคับ 6 (3) โดยใช้เกณฑ์การจ่ายเงิน 60 x 500 บาท เป็นจำนวนเงิน 30,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 9 คณะกรรมการใช้เกณฑ์ในการพิจารณาความเสียหายตามจำนวนวันที่ได้รับความเสียหาย โดยความเสียหายที่เกิดขึ้นของผู้ร้องกรณีที่ 9 เป็นความเสียหายจากการติดเชื้อวัณโรคที่ต่อมน้ำเหลือง มีข้อสังเกตว่า ความเสียหายกรณีวัณโรคนี้ไม่น่าจะมีการติดเชื้อบริเวณใดคณะกรรมการก็พิจารณาโดยใช้เกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงินชดเชย โดยใช้เกณฑ์เดียวกันจากผู้ร้องกรณีที่ 9 ผู้ร้องต้องรับประทายาต่อเนื่องเป็นเวลา 60 วัน คิดเป็นวันที่ได้รับความเสียหายวันละ 500 บาท คณะกรรมการจึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 30,000 บาท

กรณีที่ 10 ผู้ร้องปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ในการบริหารงานการพยาบาลด้านอายุรกรรม และดูแลניתนุสงงานหือผู้ป่วยด้านอายุรกรรมภายหลังปฏิบัติหน้าที่เดือน พฤษภาคม 2552 ผู้ร้องเริ่มมีอาการไอเรื้อรังผู้ร้องจึงไปพบแพทย์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการวันที่ 28 พฤษภาคม 2552 พบว่าผลการตรวจเสมหะขึ้น 3+ แพทย์จึงให้การรักษาด้วยการให้รับประทายาต้านวัณโรคต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน หลังจากผู้ร้องรับประทายาผู้ร้องมีอาการ คลื่นไส้ ผื่นขึ้น และช่วงรับประทายาเดือนสุดท้ายผู้ร้องมีอาการเหลืองซีดอ่อนเพลีย ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อภาวะด้านจิตใจของผู้ร้อง

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการของผู้ร้องกรณีที่ 10 สรุปได้ว่า

1. ผู้ให้บริการมีสิทธิยื่นคำร้องตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. ความเสียหายของผู้ร้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข
3. ความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ผู้ร้องยื่นคำร้องในระยะเวลา 1 ปี ตามกำหนดนับจากวันที่ทราบความเสียหาย

5. ภายหลังคณะกรรมการพิจารณาสรุปว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นเกิดจากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยอันเป็นเหตุให้เกิดวัณโรค ไม่พบรอยโรควัณโรคที่เยื่อหุ้มปอด แต่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรับประทานยาเพื่อการรักษา พบการแพ้ยา ถือว่าเป็นการเจ็บป่วยต่อเนื่อง คณะกรรมการจึงมีมติ เข้าเกณฑ์ที่จะได้รับการการชดเชยตามข้อบังคับ 6 (3) พิจารณาจ่ายเงินชดเชยเป็นจำนวนเงิน 20,000 บาท

ข้อสังเกตผู้ร้องกรณีที่ 10 คณะกรรมการพิจารณาโดยใช้แนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือกรณีความเสียหายที่เกิดจากการติดเชื้อวัณโรค ข้อ 2. พบรอยโรควัณโรค พบเชื้อวัณโรคชัดเจนหรือมีอาการแพ้ยารุนแรงไม่สามารถใช้ยาพื้นฐานได้ จ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 10,000 - 20,000 บาท ในกรณีผู้ร้องกรณีที่ 10 ผู้ร้องไม่พบรอยโรควัณโรคชัดเจน แต่พบเชื้อวัณโรคชัดเจนจากการตรวจเสมหะทางห้องปฏิบัติการและจากข้อมูลของผู้ร้อง ในระหว่างการรักษาช่วงสุดท้ายผู้ร้องมีภาวะแทรกซ้อนแพ้ยา คณะกรรมการจึงมีมติจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยเป็นจำนวน 20,000 บาท สรุปเหตุผลประกอบการพิจารณาเป็นตารางดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 สรุปกรณีศึกษาเหตุผลประกอบมติการพิจารณาของคณะกรรมการเขตที่ 5 เขตที่ 6 และเขตที่ 13

มติคณะกรรมการเขตที่ 5	มติคณะกรรมการเขตที่ 6	มติคณะกรรมการเขตที่ 13
กรณีที่ 1 ผู้ร้องตรวจเอกซเรย์พบว่า เป็นวัณโรคที่ปอดด้านซ้าย ตรวจ เสมหะพบว่ามีเชื้อวัณโรคขึ้น 3 ⁺ มติ พบเชื้อวัณโรคชัดเจนและอาการรุนแรงจ่ายเงินช่วยเหลือ 15,000 บาท	กรณีที่ 1 ผู้ร้องวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค ปอด ตรวจเสมหะพบว่ามีเชื้อวัณโรค 3 ⁺ มติ พบรอยโรคและพบเชื้อวัณโรคชัดเจนจ่ายเงินช่วยเหลือ 20,000 บาท	กรณีที่ 1 ผู้ร้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคที่เยื่อหุ้มปอด มติ เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือ 60x500 บาท รวมจ่ายเงินช่วยเหลือ 30,000 บาท
กรณีที่ 2 ผู้ร้องติดเชื้อวัณโรคปอด (ไม่ระบุรายละเอียด) มติ พบเชื้อชัดเจนและอาการรุนแรงส่งผลกระทบต่อด้านภาระครอบครัวจ่ายเงินช่วยเหลือ 18,000 บาท	กรณีที่ 2 ผู้ร้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอดจาก เอกสารการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค มติ เห็นว่าความเสียหายที่ได้รับอยู่ในระดับรุนแรงพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ 30,000 บาท	กรณีที่ 2 ผู้ร้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคที่ต่อมน้ำเหลือง มติ เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือ 60x500 บาท รวมเงินจ่ายเงินช่วยเหลือ 30,000 บาท
กรณีที่ 3 ผู้ร้องติดเชื้อวัณโรคปอด (ไม่ระบุรายละเอียด) มติ เป็นวัณโรคชนิดคือยาต้องรักษาตัวนาน 1-2 ปี เสียรายได้จากการทำงานจ่ายเงินช่วยเหลือ 30,000 บาท	กรณีที่ 3 ผู้ร้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคในช่องท้อง มติ พิจารณาความเสียหายอยู่ในระดับปานกลางพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ 10,000 บาท	กรณีที่ 3 ผู้ร้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด มติ เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือ 60x500 บาท รวมเงินจ่ายเงินช่วยเหลือ 30,000 บาท
กรณีที่ 4 ผู้ร้องติดเชื้อวัณโรคปอด ชนิดคือยา (ไม่ระบุรายละเอียด) มติ เสียรายได้ รักษาตัวนาน 2 ปี จ่ายเงินช่วยเหลือ 30,000 บาท	กรณีที่ 4 ผู้ร้องตรวจพบรอยโรค ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ มติ ความเสียหายจัดอยู่ในระดับปานกลางพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ 10,000 บาท	กรณีที่ 4 ผู้ร้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด มติ พบว่าผู้ร้องตรวจพบรอยโรควัณโรค ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ จ่ายเงินช่วยเหลือ 10,000 บาท

ตารางที่ 4.16 สรุปกรณีศึกษาเหตุผลประกอบมติการพิจารณาของคณะกรรมการเขตที่ 5 เขตที่ 6 และเขตที่ 13 (ต่อ)

มติคณะอนุกรรมการเขตที่ 5	มติคณะอนุกรรมการเขตที่ 6	มติคณะอนุกรรมการเขตที่ 13
กรณีที่ 5 ผู้ร้องติดเชื้อมีโรค (ไม่ระบุรายละเอียด)	กรณีที่ 5 ผู้ร้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด ผลเสมหะตรวจพบเชื้อวัณโรค 3 ⁺	กรณีที่ 5 ผู้ร้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด
มติ พบเชื้อวัณโรคชัดเจนอาการไม่รุนแรง จ่ายเงินช่วยเหลือ 12,000 บาท	มติ ความเสียหายจัดอยู่ในระดับปานกลาง จ่ายเงินช่วยเหลือ 20,000 บาท	มติ พบว่าตรวจพบรอยโรคตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคแต่ผู้ร้องมีภาวะแทรกซ้อนระดับอักเสบหลังทานยาต้านวัณโรค พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ 20,000 บาท
กรณีที่ 6 ผู้ร้องติดเชื้อมีโรค (ไม่ระบุรายละเอียด)	กรณีที่ 6 ผู้ร้องพบรอยโรคตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค	กรณีที่ 6 ผู้ร้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง
มติ พิจารณาไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน จ่ายเงินช่วยเหลือ 8,000 บาท	มติ ความเสียหายจัดอยู่ในระดับรุนแรงมาก จ่ายเงินช่วยเหลือ 20,000 บาท	มติ พบรอยโรคที่ต่อมน้ำเหลือง จ่ายเงินช่วยเหลือ 10,000 บาท
กรณีที่ 7 ผู้ร้องติดเชื้อมีโรค (ไม่ระบุรายละเอียด)	กรณีที่ 7 แพทย์วินิจฉัยว่าวัณโรคที่คล้ำยปอดอักเสบมากกว่า	กรณีที่ 7 ผู้ร้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด
มติ ผู้ร้องได้รับผลข้างเคียงจากยาต้านวัณโรค สูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาตัว พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ 25,000 บาท	มติ ความเสียหายที่ได้รับจัดอยู่ในระดับรุนแรงมาก จ่ายเงินช่วยเหลือ 17,000 บาท	มติ พบว่าตรวจพบรอยโรคชัดเจน ผลเสมหะพบเชื้อวัณโรคชัดเจน แต่ไม่พบยารุนแรง จ่ายเงินช่วยเหลือ 15,000 บาท
กรณีที่ 8 ผู้ร้องติดเชื้อมีโรค (ไม่ระบุรายละเอียด)	กรณีที่ 8 ผู้ร้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง	กรณีที่ 8 ผู้ร้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคในเยื่อหุ้มปอด
มติ พบเชื้อวัณโรคชัดเจนแต่อาการไม่รุนแรง จ่ายเงินช่วยเหลือ 12,000 บาท	มติ ความเสียหายจัดอยู่ในระดับรุนแรงมาก จ่ายเงินช่วยเหลือ 10,000 บาท	มติ พบว่าตรวจพบรอยโรคชัดเจน ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ 10,000 บาท

ตารางที่ 4.16 สรุปกรณีศึกษาเหตุผลประกอบมติการพิจารณาของคณะกรรมการเขตที่ 5 เขตที่ 6 และเขตที่ 13 (ต่อ)

มติคณะกรรมการเขตที่ 5	มติคณะกรรมการเขตที่ 6	มติคณะกรรมการเขตที่ 13
กรณีที่ 9 ผู้ร้องติดเชื้อมีโรค (ไม่ระบุรายละเอียด) มติ พบเชื้อวัณโรคชัดเจนและอาการรุนแรง บุตรของผู้ร้อง 2 คน ต้องทานยาต้านวัณโรค จ่ายเงินช่วยเหลือ 20,000 บาท	กรณีที่ 9 ผู้ร้องได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค มติ ความเสียหายจัดอยู่ในระดับรุนแรงมาก จ่ายเงินช่วยเหลือ 20,000 บาท	กรณีที่ 9 ผู้ร้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง มติ เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือ 60 x 500 บาท พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ 30,000 บาท
กรณีที่ 10 ผู้ร้องติดเชื้อมีโรค (ไม่ระบุรายละเอียด) มติ พบรอยโรคแต่ไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน ผู้ร้องเป็นหัวหน้าครอบครัวสูญเสียรายได้ พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ 15,000 บาท	กรณีที่ 10 ผู้ร้องได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคที่ต่อมน้ำเหลือง มติ ความเสียหายที่ได้รับอยู่ในระดับรุนแรงมาก จ่ายเงินช่วยเหลือ 10,000 บาท	กรณีที่ 10 ผู้ร้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด ตรวจเสมหะพบเชื้อ 3 ⁺ มติ พบว่าตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคชัดเจน พบการแพ้ยาพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ 20,000 บาท

2. สรุปเหตุผลประกอบมติการพิจารณาของคณะกรรมการเขต 5 เขต 6 เขต 13

ผลการพิจารณาการจ่ายเงินกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขของเขต 5 เขต 6 และเขต 13 มีความคล้ายคลึงและความแตกต่างกันดังนี้

1. ความคล้ายคลึงของมติผลการพิจารณาของคณะกรรมการเขต 5

เขต 6 เขต 13

1.1 พิจารณาตามหลักเกณฑ์ข้อบังคับ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2551

1) ผู้ร้องมีสิทธิยื่นคำร้องผู้ร้องเป็นผู้ให้บริการของหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

2) ผู้ร้องยื่นคำร้องภายในระยะเวลาที่กำหนดคือภายใน 1 นับแต่วันที่เกิดความเสียหาย

3) ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ร้องเกิดจากการให้บริการสาธารณสุขตามหน้าที่ของหน่วยบริการ

4) ขณะเกิดความเสียหายนั้นเป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2 พิจารณาตามหลักเกณฑ์แนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยวันโรค

1) พบรอยโรควันโรค ไม่พบเชื้อวันโรคชัดเจนจ่ายเงินไม่เกิน 10,000 บาท

2) พบรอยโรควันโรค พบเชื้อวันโรคชัดเจน หรือมีอาการแพ้รุนแรง ไม่สามารถเข้าพื้นที่ได้ตั้งแต่ 10,000 บาท ถึง 20,000 บาท

3) พบรอยโรควันโรค พบเชื้อวันโรคชัดเจนและมีภาวะแทรกซ้อนทำให้ ทำหน้าที่ไม่เต็มที่แต่ยังไม่พิการ หรือ เกิดการดื้อยาหลายชนิดจ่ายตั้งแต่ 20,000 บาท ถึง 30,000 บาท

2. ความแตกต่างของมติผลการพิจารณาของคณะกรรมการเขต 5 เขต

6 เขต 13

2.1 การพิจารณาโดยคำนึงถึงความเสี่ยงในแง่สุขภาพและภาระครอบครัวของผู้ให้บริการร่วมด้วย

กรณีตัวอย่างเช่น “ผู้ให้บริการเป็นผู้นำครอบครัวและมีผลกระทบต่อบุตร 2 คน ที่อายุ 7 ขวบ และ 5 เดือน” คณะกรรมการพิจารณาถึง สภาพการเป็นผู้นำครอบครัวและต้องรับภาระในการหารายได้ในการจุนเจือครอบครัว เมื่อผู้ให้บริการได้รับความเสียหายทำให้นुकคลในครอบครัวได้รับผลกระทบจากความเสียหายดังกล่าวด้วย “ทำให้เสียรายได้จากการปฏิบัติงานนอกเวลา” คณะกรรมการพิจารณาถึงผลกระทบเมื่อผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขแล้วทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการในด้านรายได้พิเศษอื่นๆ ที่ผู้ให้บริการเคยได้รับ “ผลกระทบด้านภาวะครอบครัว ไม่สามารถดูแล บิดา-มารดา ที่ป่วยเป็นโรคประจำตัวได้เป็นปกติ และน้อง 2 คน กำลังศึกษาอยู่” คณะกรรมการพิจารณาถึงผลกระทบเมื่อผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขแล้วส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลนุกคลในครอบครัว กรณีดังกล่าวทำให้เห็นว่าคณะกรรมการข้างต้นมองถึงผลกระทบความเสียหายของผู้ให้บริการหลังได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขทั้งในด้านเศรษฐกิจและภาระในครอบครัวร่วมด้วย

2.2 การพิจารณาโดยใช้หลักการในการคำนวณระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย

กรณีตัวอย่าง “ใช้เกณฑ์การจ่าย 60 วัน x 500 บาท เป็นจำนวนเงิน 30,000 บาท” ซึ่งหมายถึงผู้ให้บริการได้รับความเสียหายติดเชื้อวันโรคต้องรับการรักษาโดยการรับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 60 วัน ทางคณะกรรมการจึงพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือวันละ 500 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 30,000 บาท เป็นต้นแต่มีข้อสังเกตว่าคณะกรรมการมีเกณฑ์การจ่ายเงินสูงสุดในอัตราการจ่ายเงินเต็มวงเงินที่ 30,000 บาท ในกรณีความเสียหายที่เป็นวันโรค แม้ว่าผู้ร้องที่ได้รับความเสียหายจะต้องรับการรักษาต่อเนื่องมากกว่าก็ตาม

3. เหตุผลการยื่นอุทธรณ์ของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข และเหตุผลประกอบมติการพิจารณาตัดสินของคณะกรรมการในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ

จากจำนวนผู้ยื่นอุทธรณ์ปี พ.ศ. 2551- พ.ศ. 2555 จำนวนทั้งสิ้น 114 ราย โดยแบ่งเป็น ปี พ.ศ. 2551 19 ราย ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 33 ราย ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 22 ราย ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 21 ราย และปี พ.ศ. 2555 จำนวน 19 ราย จากการสุ่มตัวอย่างทั้งหมด 10 ราย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. สาเหตุการยื่นอุทธรณ์ของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย

1.1 กรณีผู้ให้บริการถูกผู้รับบริการร้ายร่างกาย

- ผู้ให้บริการได้ระมัดระวังตัวและป้องกันตัวเองอย่างเต็มกำลังความสามารถแล้วแต่เป็นการยากที่จะหลีกเลี่ยงการกระทบกระทั่งกับผู้ป่วยจึงเป็นเหตุสุดวิสัยที่โดยผู้ป่วยทำร้าย

- ความเสียหายที่เกิดขึ้นบ้างครั้งกระบวนการรักษาที่ได้รับยังไม่สิ้นสุด

- ภายหลังจากได้รับความเสียหายผู้ร้องมีความพิการหลงเหลืออยู่

- เพื่อเป็นเป็นขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ให้บริการในการปฏิบัติหน้าที่

1.2 กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากกรณีถูกเข็มทิ่มตำ

- ผู้ร้องเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นส่งผลให้สมรรถนะในการทำงานลดลง แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันลดลงตลอดจนทำให้เศษฐะในครอบครัวลดลง

- ส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพแก่ผู้ร้องที่ได้รับความเสียหายคือต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของการรับประทานยาต้านไวรัส อีกทั้งทำให้ภูมิคุ้มกันทางร่างกายลดลงทำให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น

1.3 กรณีความเสียหายเกิดอุบัติเหตุจากการให้บริการส่ง-
ต่อผู้ป่วย

- ค่าชดเชยที่ได้รับน้อยเกินไปเมื่อเทียบกับรายได้ที่ผู้ร้องต้องสูญเสียในระหว่างได้รับความเสียหาย

- ผลกระทบที่ผู้ร้องได้รับความเสียหายส่งผลแก่ครอบครัว เศรษฐกิจ ภูมิลักษณะและบุคลิกและส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ

1.4 กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อไวรัส

- ผู้ร้องคิดว่าสาเหตุที่ได้รับความเสียหายเกิดจากการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการส่งผลให้เกิดจากการติดเชื้อไวรัสจากผู้รับบริการ และการติดเชื้อไวรัสมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งต่อตัวผู้ร้องและครอบครัว รวมทั้งผู้ร่วมงาน และผู้รับบริการที่มาเข้ารับการรักษาพยาบาลอื่น ๆ อีกด้วย

2. มติการพิจารณาของคณะกรรมการและคณะกรรมการอุทธรณ์ในการพิจารณาความเสียหาย

หลังจากที่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขได้รับทราบผลการตัดสินใจพิจารณาของคณะกรรมการเขตแล้วไม่พึงพอใจในคำตัดสินของคณะกรรมการ ผู้ให้บริการทำการยื่นเรื่องอุทธรณ์ไปยังคณะกรรมการอุทธรณ์โดยคณะกรรมการอุทธรณ์จะเป็นผู้ตัดสินชี้ขาด ผู้วิจัยจึงทำการสรุปมติของคณะกรรมการและคณะกรรมการอุทธรณ์เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นถึงข้อแตกต่างในการพิจารณาความเสียหาย ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 สรุปผลการพิจารณาของคณะกรรมการและคณะกรรมการในการพิจารณาความเสียหาย

ความเสียหาย	มติของ คณะกรรมการ	มติของคณะกรรมการ อุทธรณ์	ผลการพิจารณาจ่ายเงิน ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2
ถูกผู้ป่วยกัดที่บริเวณ นิ้วโป่งซ้ายขณะให้ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการ ก้าวร้าว	คณะกรรมการเห็นว่าความเสียหายที่ได้รับ ไม่ต้องเย็บแผลและไม่ ส่งผลกระทบต่อการ ปฏิบัติหน้าที่จึงมีมติ ไม่จ่ายเงินช่วยเหลือ	คณะกรรมการเห็นว่าเป็น ความเสียหายที่ได้รับจาก การให้บริการสาธารณสุข และเมื่อพิจารณาความ เสียหายเห็นว่ามิภาวะ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จึงเห็นควรจ่ายเงินช่วยเหลือ	2,000 บาท
ขณะเจาะเลือดผู้ป่วย เด็กผลเลือด เอชไอวี บวกผู้ป่วยตื่นทำให้ เข็มหลุดมาดำที่นิ้ว ก้อยประมาณ 1 ซม. มีอาการแพ้ยามากและ มีผื่นขึ้น	ระดับความรุนแรงน้อย สมควรจ่ายเงินช่วยเหลือ จำนวน 3,000 บาท	พิจารณาจ่ายเงินเพิ่ม 7,000 บาท	3,000 บาท 7,000 บาท
ผู้ให้บริการโดยผู้ป่วย ชกหน้า มีรอยขีดข่วน ที่หลังหูทั้ง 2 ข้าง	ผู้ให้บริการแสดงเอกสาร ไม่ครบ ขาดเวชระเบียน ของผู้ให้บริการและผู้ป่วย	คณะกรรมการเชื่อว่าเกิด จากการให้บริการสาธารณสุข เมื่อพิจารณาถึงความเสีย หายบาดเจ็บไม่รุนแรง	2,000 บาท
ผู้ให้บริการถูกผู้ป่วย ผลัก แขนขาไปครูด กับกระจกหน้าต่างเคาท์ เตอร์ เป็นรอยชำรุดที่ ต้นแขนและมีอาการ ปวดบวม	พิจารณาเห็นว่าความ เสียหายที่ได้รับไม่ต้อง เย็บแผลและไม่ส่งผล กระทบต่อการปฏิบัติ หน้าที่จึงมีมติไม่จ่ายเงิน ช่วยเหลือเพื่อการชดเชย	เห็นว่าเข้าเกณฑ์การจ่ายเงิน ช่วยเหลือเพื่อการชดเชย และเมื่อพิจารณาความรุนแรง เห็นว่าได้รับบาดเจ็บ เล็กน้อยไม่รุนแรง	500 บาท

ตารางที่ 4.17 สรุปมติการพิจารณาของคณะอนุกรรมการและคณะกรรมการในการพิจารณาความเสียหาย (ต่อ)

ความเสียหาย	มติของ คณะอนุกรรมการ	มติของคณะกรรมการ อุทธรณ์	ผลการพิจารณาจ่ายเงิน ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2
ผู้ป่วยจับมือกระแทก กับเหล็กข้างเตียงตรวจ ร่างกายพบนิ้วก้อยค้ำ ขาบวมเขียวกระดูก ข้อนิ้วก้อยแตก ข้าง งอมูกซ้ายเป็นแผลกว้าง ประมาณ 2 ซม.	คณะอนุกรรมการพิจารณา ถึงความรุนแรงของความ เสียหายเห็นว่าอยู่ใน ระดับมากกว่าเล็กน้อย ไม่ถึงปานกลางพิจารณา จ่ายเงินชดเชย 5,000 บาท	คณะกรรมการเห็นว่าความ เสียหายในกรณีนี้ เป็นกรณี บาดเจ็บสาหัสซึ่งมีระยะ เวลารักษาเกินกว่า 20 วัน จึงพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ เพิ่ม	5,000 บาท 10,000 บาท
ประสบอุบัติเหตุขณะ ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กระทบกระเทือนอย่าง รุนแรง ผู้ป่วยได้รับความ พิการทุพพลภาพ อย่างถาวร ไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ หายใจผ่านท่อเจาะคอ รับประทานอาหารทาง สายยาง	คณะอนุกรรมการพิจารณา จ่ายเงินชดเชย 50,000 บาท	คณะกรรมการพิจารณาว่า แพทย์ผู้ให้การรักษาลง ความเห็นว่ามมีอาการป่วย แบบทุพพลภาพชนิดถาวร ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้ จัดเป็นประเภทเสียหาย หรือทุพพลภาพอย่างถาวร เมื่อพิจารณาความรุนแรง จ่ายเพิ่ม 150,000 บาท	50,000 บาท 150,000 บาท
ผู้ให้บริการปวดศีรษะ วัน โรคจากการให้บริการ บริการ	คณะอนุกรรมการพิจารณา จ่ายเงินช่วยเหลือ 8,000 บาท	คณะกรรมการพิจารณาเห็นว่าผลเสมหะเป็นบวก มี รอยโรคที่ปอดและได้รับ ผลข้างเคียงจากการรับ ประทานยาพิจารณาจ่ายเพิ่ม 7,000 บาท	8,000 บาท 7,000 บาท

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการเปรียบเทียบปัจจัยในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยในประเด็นดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 2 ระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคและกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 3 ปัจจัยการพิจารณา ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย ในการพิจารณาของคณะกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคและกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบปัจจัยการพิจารณา ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายในการพิจารณาของคณะกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ

จากการศึกษาสำรวจสรุปเอกสารการประชุมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข จำนวน 13 เขตพื้นที่ เกี่ยวกับกรณีความเสียหายเป็นวัณโรค และกรณีความเสียหายถูกเข็มทิ่มตำและของมี

ขนาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ที่ได้รับความเสียหายอยู่ในเขตที่ 7 ขอนแก่น เขต 9 นครราชสีมา และเขต 13 กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 9.9 ซึ่งตรงกับสถิติของกองทุนทดแทน สำนักงานประกันสังคม (2551) พบว่ามีผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานทั่วประเทศ เป็นจำนวน 176,502 ราย พบผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานในเขตกรุงเทพ และเขตปริมณฑลมากที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง และสถิติของกองทุนทดแทน สำนักงานประกันสังคม (2555) พบว่าจังหวัดที่มีผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานปี พ.ศ. 2554 มากที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร จากการคาดการณ์ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ทำการคาดประมาณประชากรไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่าจะมีประชากรไทยทั้งสิ้น 64,871,000 คน แบ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 33,329,000 คน และเพศชายจำนวน 31,542,000 คน ทั้งนี้อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร 7,980,000 คน ซึ่งถือว่าเป็นสถิติที่ค่อนข้างสูงสอดคล้องกับการเจ็บป่วยและประสบอุบัติเหตุจากการทำงานรวมถึงจำนวนผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขเนื่องจากจำนวนประชากรที่มีจำนวนมากส่งผลต่อการเกิดความเสียหายที่มากขึ้นตามมาด้วย ไม่ว่าจะเป็นด้านการขาดแคลนบุคลากรทำให้บุคลากรต้องทำงานหนักหรือรับภาระในหลายหน้าที่ส่งผลต่อการพักผ่อน ความเหนื่อยล้าในการทำงานส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นก็จะเกิดการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างรวดเร็วและเป็นวงกว้างมากขึ้น

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.9 ประเภทโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 51.7 รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 41.6 ตำแหน่งงานของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายมากที่สุดคือ พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยการพยาบาล ร้อยละ 71.8 แพทย์ ร้อยละ 7.6 ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของสำนักงานระบาดวิทยาที่ทำการสำรวจและรายงานสถิติของผู้ป่วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2546-2552 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และสถานพยาบาลที่ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัย ปัตพงษ์ เกษมสมบูรณ์ (2552: 23-24) ที่ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาเกณฑ์การพิจารณาเพื่อการตัดสินใจและแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์จากการได้รับบริการทางการแพทย์ที่สมควรได้รับการคุ้มครอง พบว่า จากการพิจารณาคำร้องของโรงพยาบาลที่มีการร้องขอรับการชดเชยความเสียหายในปี พ.ศ.2551 โรงพยาบาลชุมชนมีการร้องขอรับการชดเชยในสัดส่วนที่สูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และบุคลากรที่ได้รับรับความเสียหายส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ชไมพร เป็นสุข และคณะ (2549) ที่กล่าวว่าสาเหตุที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับเชื้อ คือ การถูกเข็มที่มด้ามและของมีคมบาด โดยสถิติบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับอุบัติเหตุดังกล่าวมากที่สุดคือ พยาบาล และจากรายงานของสำนักงานโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศ

สัมพันธ์ (2553) ที่มีการนำข้อมูลของบุคลากรทางด้านการแพทย์ของหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ จำนวนทั้งสิ้น 143 รายงานมาวิเคราะห์เกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน พบว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2550-2552 มีบุคลากรทางการแพทย์ที่ประสบอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานและเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวีจากการสัมผัส ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 และบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่อที่ประสบอุบัติเหตุประกอบอาชีพพยาบาล ร้อยละ 21 และรองลงมาเป็นแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยสถิติบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการถูกเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดและบุคลากรด้านการแพทย์ที่เกิดอุบัติเหตุดังกล่าวมากที่สุดคือ พยาบาล จากรายงานสถานการณ์โรคและสิ่งคุกคามสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (2553) จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรทางด้านการแพทย์ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและทำงานในตำแหน่งพยาบาลเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในทุก ๆ สถานพยาบาลและส่วนใหญ่นั้นปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน อีกทั้งการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น การเจาะเลือด ให้น้ำเกลือ หรือการให้การพยาบาลอื่น ๆ นั้นล้วนแต่ต้องมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขเป็นจำนวนมากว่าบุคลากรแพทย์ในตำแหน่งอื่น ๆ และจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2554 โดยทำการสำรวจระหว่างวันที่ 15-30 กันยายน 2554 จำนวนทั้งสิ้น 1,380 ราย โดยสุ่มตัวอย่างบุคลากรจากสถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจาก 13 จังหวัด จากกลุ่มวิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และผู้บริการงานของสถานพยาบาล พบข้อสังเกตว่าจะละเลยความสุขในการทำงานของผู้ให้บริการโดยรวมมีค่าเท่ากับ 6.68 คะแนน และค่าเฉลี่ยขวัญกำลังใจในการทำงานมีค่าเท่ากับ 6.30 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยผู้ให้บริการเห็นว่าสถานการณ์ที่มีความรุนแรงมากที่สุดสำหรับผู้ให้บริการที่ควรปรับปรุงคือ ระบบกำลังคนควรจัดให้มีความเพียงพอกับความต้องการ มีการจัดสรรและกำลังคนให้เหมาะสมกับภาระงาน สำนักงานนโยบายและแผนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2555: 309-316)

ส่วนที่ 2 ระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีติดเชื้อไวรัสโรคและกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี

จากการวิเคราะห์ถึงระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขพบว่ากรณีความเสียหายติดเชื้อไวรัสโรคนั้นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายส่วนใหญ่ระดับความเสียหายที่รับรู้ในระดับรุนแรงปานกลาง หมายถึงได้รับบาดเจ็บไม่สาหัส คือเข้าตรวจรักษาที่โรงพยาบาลและนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในเป็น

เวลาไม่เกิน 20 วัน ร้อยละ 94.5 และระดับรุนแรงมาก หมายถึงได้รับบาดเจ็บสาหัส คือเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะเป็นผู้ป่วยในเป็นเวลาเกิน 20 วัน ร้อยละ 5.1 จากการศึกษางานวิจัยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศอเมริกา พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลที่เจ็บป่วยและมีอาการของโรควันโรคนั้นมีการลาพักงาน ร้อยละ 1.3 ของการลาพักงานทั้งหมด และจากงานวิจัยของ เนสินี ไชยเอีย และคณะ (2545) เรื่องการศึกษาการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของบุคลากรงานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์พบว่าจากการลาป่วยของบุคลากรพยาบาลทั้งหมด 759 คน มีอัตราการลาป่วยหยุดงานเฉลี่ย 0.95 ครั้งต่อคนต่อปี โดยคิดเฉลี่ยระยะเวลาหยุดงานเฉลี่ย 1.7 วันต่อคนต่อปีโดยการลาป่วยของบุคลากรทำให้ขาดอัตรากำลังเพิ่มภาระและความเครียดกับผู้ที่ขึ้นปฏิบัติงาน ส่วนความเสียหายกรณีเจ็บที่มิดำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ความเสียหายที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับรุนแรงน้อย หมายถึงได้รับบาดเจ็บไม่สาหัส ไม่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือเข้าตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 97.8 ซึ่งจากผลการวิจัยแม้ว่าผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการถูกเข็มที่มิดำจะจัดอยู่ในระดับความรุนแรงน้อยแต่ในกรณีนี้ยังไม่ได้รวมถึงเมื่อผลการตรวจเลือดของผู้ให้บริการผิดปกติซึ่งจากงานวิจัยยังไม่พบมีรายงานกรณีดังกล่าว

ส่วนที่ 3 ปัจจัยการพิจารณา ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย ในการพิจารณาของคณะกรรมการ กับ จำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ลักษณะความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นกรณีติดเชื้อวันโรค ส่วนใหญ่ตรวจพบรอยโรควันโรคและเชื้อวันโรคชัดเจนหรือมีอาการแพ้ยารุนแรงไม่สามารถใช้ยาพื้นฐาน ร้อยละ 54.5 ร้อยละ 41.9 ตรวจพบรอยโรควันโรคไม่พบเชื้อวันโรคชัดเจน และร้อยละ 3.6 ตรวจพบรอยโรควันโรคพบเชื้อวันโรคชัดเจนและมีภาวะแทรกซ้อนทำให้อวัยวะทำหน้าที่ไม่เต็มที่ แต่ยังไม่พิการหรือเกิดการด้อยาหลายชนิดสอดคล้องกับงานวิจัยของดาร์รัตน์ ดำรงกุลชาติ (2540: 14-30) จากการทดสอบความชุกของการติดเชื้อวันโรคในบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 75.7 ให้ผลบวกต่อการทดสอบทูเบอร์คูลินทางผิวหนัง ส่วนภาพถ่ายรังสีไม่พบวันโรคปอด ส่วนลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์การติดเชื้อวันโรคได้แก่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี การเคยทำหัตถการหรือช่วยแพทย์ทำหัตถการ เช่นการใส่ท่อหลอดลมคอ การดมยาสลบเพื่อการผ่าตัด การมีรอยแผลเป็นปีซีจี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อวันโรคของกลุ่มตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ.05และงานวิจัยของสุภาภรณ์ วัฒนาร และคณะ (2555: 15) ทำการวิจัยเรื่อง การเปรียบเทียบ อัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบของ จังหวัดสระบุรี พบว่า ประสิทธิภาพในในกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 1.2

ส่วนลักษณะความเสียหายกรณีถูกเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอชไอวี ส่วนใหญ่ลักษณะความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นขนาดของบาดแผลที่ผู้ให้บริการได้รับส่วนใหญ่ ไม่ระบุขนาด ร้อยละ 76.9 ส่วนร้อยละ 18.7 มีขนาดบาดแผลลึกน้อยกว่า 1 ซม. และมีขนาดบาดแผล เท่ากับหรือมากกว่า 1 ซม. ร้อยละ 4.4 1 ส่วนลักษณะบาดแผลไม่ระบุร้อยละ 34.1 รองลงมา คือ มี เลือดออก 62.6 และมีอาการปวด ร้อยละ 3.3 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Paraskeui และคณะ (2012: 61-67) ที่ทำการศึกษาเรื่องการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลในหน่วยงานฉุกเฉิน (Occupational Exposure to blood and body of nurses at Emergency department) จากศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 124 คน ในโรงพยาบาล 6 ในประเทศกรีซ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มตำมีบาดแผล ลึก คิดเป็นร้อยละ 32.7 บาดแผลปานกลางคิดเป็นร้อยละ 57 บาดแผลเล็กน้อยระดับชั้นผิวหนัง คิดเป็น ร้อยละ 25 และจากรายงานพบว่าอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มตำเกิดจากเข็มที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว คิดเป็นร้อยละ 86.4 ภาวะสุขภาพหลังจากที่ได้รับ ความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคต้องรับประทานยาต้านไวรัสและ พบแพทย์เพื่อตรวจประเมินสุขภาพ และภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมี คมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรค ต้องรับประทานยาต้านวัณโรคและพบแพทย์เพื่อประเมินสุขภาพ

ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคพบว่าร้อยละ 92.1 ต้องทานยา วัณโรคและพบแพทย์ตรวจประเมินสุขภาพ และทานยาวัณโรคพบแพทย์ตรวจประเมินสุขภาพและมี ภาวะดีอยู่ ร้อยละ 7.1 ส่วนทานยาวัณโรคพบแพทย์ตรวจประเมินสุขภาพและมีภาวะแทรกซ้อน อื่น ๆ 0.8 ส่วนกรณีภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์ กับการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายต้องทานยาต้านไวรัสและพบแพทย์ ตรวจประเมินสุขภาพ ร้อยละ 82.4 และร้อยละ 12.1 ต้องทานยาต้านไวรัสพบแพทย์เพื่อประเมิน ภาวะสุขภาพและมีภาวะแพ้ยา ส่วนอีกร้อยละ 5.5 มีอาการแพ้ยาซึ่งกรณีดังกล่าวนี้ไม่ได้มีระบุไว้ ในเอกสารการประชุมพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้วิจัยนำข้อมูลที่มีการบันทึกไว้ ในเอกสารการประชุม

ในปัจจุบันการพิจารณาลักษณะงานที่รับผิดชอบโดยการแบ่งออกเป็นการรักษาและให้ การพยาบาลโดยตรงและการรักษาพยาบาลสายสนับสนุนในงานวิจัยพบว่าผู้ให้บริการที่มีลักษณะ งานที่รับผิดชอบอยู่ในสายงานการรักษายาบาลและให้การพยาบาลโดยตรงมีจำนวนการได้รับ ความเสียหายจากกรณีติดเชื้อวัณโรคและความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับ เชื้อเอชไอวีสูงกว่าผู้ให้บริการที่ลักษณะงานที่รับผิดชอบอยู่ในสายงานการรักษายาบาลสายสนับสนุน

สอดคล้องกับการศึกษา ของ Hutton และคณะ (1990: 95-286) ที่พบว่าบุคลากรที่เคยทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยวันโรคจำนวน 60 คน ภายหลังการตรวจทดสอบการสัมผัสเชื้อวันโรคพบผลบวกต่อทูเบอร์คูลินจำนวน 36 คน และอีก 5 คนป่วยเป็นวันโรค และจากการศึกษางานวิจัยเรื่องการติดเชื้อวันโรคในบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ของ ดารารัตน์ ดำรงกุลชาติ (2540) พบว่าบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย และนักกายภาพบำบัด บุคลากรกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงและมีผลการตรวจทูเบอร์คูลินทางผิวหนังสูงกว่าบุคลากรที่ไม่ได้มีการสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Maloney และคณะ (1995: 90-95) พบว่ากลุ่มบุคคลที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมีโอกาสในการติดเชื้อสูงวันโรคสูงและกลุ่มที่มีการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มอื่นคือ พยาบาล ซึ่งพบว่าพยาบาลมีโอกาสในการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มอื่นถึง 2 เท่า และจากการศึกษาเกี่ยวกับบุคลากรที่ได้รับความเสียหายจากการถูกเข็มที่มด้าและของมีคมบาดและเสี่ยงต่อการติดเชื้อนั้นพบว่าจากการศึกษา ของ Denes และคณะ (1978: 210-212) ที่พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักศึกษาฝึกงาน หรือบุคลากรที่ทำงานสัมผัสและให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จากการถูกเข็มและของมีคมที่มด้าและพบว่าประมาณร้อยละ 80 และจากจำนวนบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุที่เกิดจากการถูกเข็มที่มด้าเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวีประมาณ 0.2-0.5 ซึ่งอัตราการติดเชื้อขึ้นกับปริมาณเลือดและจำนวนไวรัสในเลือดของผู้ป่วย หากบุคลากรสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งที่มีการติดเชื้อเอชไอวีควรมีการเฝ้าระวังต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน จากข้อมูลศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคในประเทศสหรัฐอเมริกาการเกิดอุบัติเหตุจากการถูกเข็มที่มด้าโดยเป็นเข็มหรือของมีคมที่ใช้กับผู้ป่วยเอชไอวี ร้อยละ 1 โดยคิดจากการประมาณการเกิดอุบัติเหตุจากเข็มที่มด้าประมาณ 300,000-400,000 ครั้ง/ปี

ในปัจจุบันระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวันโรคผลการวิจัยพบว่าระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายอยู่ในระดับปานกลางหมายถึงระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและระยะเวลาที่พักรักษาตัวที่บ้านรวมกันจนว่าจะหายเป็นปกติ มากกว่า 3 วันแต่ไม่เกิน 20 วัน คิดเป็นร้อยละ 91.3 และระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายมากหมายถึง ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและระยะเวลาที่พักรักษาตัวที่บ้านรวมกันจนว่าจะหายเป็นปกติ มากกว่า 20 วัน คิดเป็นร้อยละ 7.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นรวิร์ จั่วแจ่มใส (2546) ที่มีการศึกษาว่าในการแยกผู้ป่วยวันโรคนั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับยารักษาวันโรคแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพราะได้รับยาแล้วจะทำให้โอกาสในการแพร่เชื้อวันโรคสู่ผู้อื่นลดลงแพทย์จึงมักให้ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อวันโรคทานยาต้านวันโรคครบอย่างน้อย 2 สัปดาห์ อาการทางคลินิกดีขึ้น หรือมีการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ 3 ครั้ง ในวันที่แตกต่างกัน แล้วขึ้นอยู่กับความเห็นแพทย์ว่าผู้ป่วยสมควรออกจากห้องแยกได้ ส่วนจากการศึกษาของของงานวิจัย ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อ

วันโรคนั้นแพทย์วินิจฉัยและให้การรักษาส่วนใหญ่มักให้ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายหยุดงานเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และจากงานวิจัยของ เนลีนี ไชยเอีย เลิศชัย เจริญรักษ์ ทิพาพร กาญจนราช จุฬารัตน์ คงเพชร และศิริรัตน์ พาชนิก (2545) เรื่องการศึกษาการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของบุคลากรงานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์พบว่าอัตราการหยุดงานจากการเจ็บป่วยเฉลี่ย 1.3 ครั้งต่อปี ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจคิดเป็นร้อยละ 43.5 ส่วนระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายกรณีความเสียหายเพิ่มเติมค่าและของมีคิมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับน้อย หมายถึง ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและระยะเวลาที่พักรักษาตัวที่บ้านรวมกันจนว่าจะหายเป็นปกติ ไม่เกิน 3 วัน จากงานวิจัยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากกรณีเพิ่มเติมค่าและของมีคิมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อได้รับความเสียหายมักไม่ได้เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและลักษณะบาดแผลที่เกิดขึ้นส่วนมากเป็นเพียงเป็นบาดแผลเล็กน้อยระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายจึงไม่เกิน 3 วัน

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคและกรณีเพิ่มเติมค่าและของมีคิมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

จากผลการวิจัยการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรุนแรงของความเสียหายของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขพบว่า ระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งจากผลการวิจัยทำให้ทราบว่าระดับความรุนแรงของความเสียหายที่แตกต่างกันมีผลทำให้การจ่ายเงินช่วยเหลือของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคที่แตกต่างกัน และจากการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีเพิ่มเติมค่าและของมีคิมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขพบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าสอดคล้องและเป็นไปตามแนวทางหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2551 ที่มีการระบุไว้ว่า ถ้าคณะกรรมการได้พิจารณาความเสียหายและมีความเห็นว่าเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือแล้ว ให้คณะกรรมการพิจารณาและคำนึงถึงระดับความรุนแรงของความเสียหายด้วย

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบปัจจัยการพิจารณา ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายในการพิจารณาของคณะกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

จากผลการวิจัยการเปรียบเทียบปัจจัยด้านลักษณะความเสียหายกรณีวันโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการจ่ายเงินกรณีวันโรคนั้นมีการแบ่งประเภทในการแยกการจ่ายเงินที่ทำให้เห็นชัดเจนทำให้คณะกรรมการสามารถพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือได้ตามลักษณะความเสียหายที่มองเห็นเป็นรูปธรรมส่วนกรณีความเสียหายถูกเข็มทิ่มตำนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้วางแนวทางในการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยไว้ นั่นระบุว่าเข็มทิ่มตำขณะให้บริการโดยตรงหรือสัมผัสสารคัดหลั่งบริเวณเยื่อต้องได้รับยาและผลการตรวจเลือดยังไม่มีข้อบ่งชี้ว่าติดเชื้อ จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยไม่เกิน 10,000 บาท และกรณีผลเลือดติดเชื้อเอดส์ จากการให้บริการถือเป็นความเสียหายประเภทเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวรจ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 200,000 บาท จากการวางแนวทางดังกล่าวทำให้การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยค่อนข้างตายตัว เนื่องจากจากการศึกษาไม่พบรายงานผลเลือดผู้ให้บริการหลังเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดตรวจร่างกายแล้วมีผลเลือดเป็นบวก แต่จากแนวทางดังกล่าวผู้วิจัยเห็นว่าการที่ผู้ให้บริการได้รับอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดจะมีได้หลายกรณี แต่ถ้ามีการพิสูจน์ทราบว่าเข็มหรือของมีคมที่บาดนั้นมีการสัมผัสหรือใช้กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อมาก่อน เช่น ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี นั้นควรมีแนวทางการจ่ายเงินที่ครอบคลุมผู้ให้บริการกลุ่มนี้มากขึ้น เนื่องผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกลุ่มนี้จะต้องปฏิบัติตามหลักการของผู้ให้บริการที่สัมผัสเชื้อแล้ว ทั้งการรับประทานยา การเจาะตรวจดูผลเลือดเป็นระยะแล้วยังต้องเผชิญกับภาวะหวาดกลัวทางด้านจิตใจที่สูงกว่ากลุ่มผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายในลักษณะอื่นๆอีกด้วย

ผลการวิจัยเปรียบเทียบปัจจัยด้านภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวันโรคกับจำนวนการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนั้นการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe พบว่า กลุ่มทนายด้านวันโรคพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพและมีภาวะดื้อยาในการจ่ายเงินสูงกว่ากลุ่มทนายด้านวันโรคและพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ จากงานวิจัยจะเห็นได้ว่าคณะกรรมการค่อนข้างจ่ายเงินช่วยเหลือโดยพิจารณาตามภาวะสุขภาพหรืออาการข้างเคียงที่ได้รับภายหลังการรักษา ร่วมด้วย ซึ่งเป็นไปตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการแบ่งระดับการ

จ่ายเงินตามลักษณะความเสียหายและภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย เช่น ถ้าผู้ป่วยที่ได้รับการความเสียหายเป็นวัณโรค ตรวจพบรอยโรควัณโรค พบเชื้อวัณโรคชัดเจน และมีภาวะแทรกซ้อนทำให้ทำหน้าที่ไม่เต็มที่แต่ยังไม่พิการหรือเกิดการดื้อยาหลายชนิด ตามแนวทางการจ่ายเงินช่วยเหลือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นก็ยังมีแนวทางจ่ายเงินช่วยเหลือมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มอื่น ๆ ที่ไม่มีการแพ้ยา เป็นต้น ส่วนการเปรียบเทียบการพิจารณาด้านภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) จากงานวิจัยทำให้เห็นว่ากรณีเข็มทิ่มตำในกรณีต่าง ๆ แม้ว่าจะเน้นไปที่การรับประทายด้านไวรัสภายหลังการถูกเข็มทิ่มตำ และผลเลือดของผู้ให้บริการหลังได้รับความเสียหายแล้วมีการระบุจำนวนเงินชดเชยไว้แล้วนั้นแต่ในกรณีบาดแผลอื่น ๆ ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของคณะกรรมการทำให้เกิดความหลากหลายทางด้านการพิจารณาของแต่ละเขต อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อยในกรณีเข็มทิ่มตำทำการวิเคราะห์ผลที่นำไปสู่การอ้างอิงประชากรเกิดความคลาดเคลื่อนได้

ผลการวิจัยปัจจัยลักษณะงานที่รับผิดชอบกรณีติดเชื้อวัณโรคและกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นมีการกำหนดไว้ว่าผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกรณีวัณโรคนั้นจะต้องปฏิบัติงานที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจากรายงานการวิจัยของ ดารารัตน์ ดำรงกุลชาติ (2540: 14-30) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 10.1 ปี ร้อยละ 1.6 เคยมีประวัติการติดเชื้อวัณโรค ร้อยละ 84.5 เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 6.9 เคยสัมผัสผู้ร่วมงานที่มีการติดเชื้อวัณโรคและจากการทดสอบความชุกของการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 75.7 ให้ผลบวกต่อการทดสอบทูเบอร์คูลินทางผิวหนัง ส่วนภาพถ่ายภาพรังสีไม่พบวัณโรคปอด ส่วนลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์การติดเชื้อวัณโรค ได้แก่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี การเคยทำหัตถการหรือช่วยแพทย์ทำหัตถการ เช่นการใส่ท่อหลอดลมคอ การดมยาสลบเพื่อการผ่าตัด การมีรอยแผลเป็นบิซิจี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคของกลุ่มตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ให้บริการใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรคก็จะทำให้ผู้ให้บริการกลุ่มนั้นมีโอกาสสูงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ในการติดเชื้อ แต่จากผลการวิจัยพบว่าลักษณะงานที่รับผิดชอบที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการจ่ายเงินช่วยเหลือที่แตกต่างกันแสดงให้เห็นผู้ให้บริการที่ยื่นคำร้องมาทั้งหมดนั้นส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยแต่ก็มีผู้ให้บริการบางส่วนที่แม้จะมีปฏิสัมพันธ์

โดยตรงกับผู้ป่วยแต่ช่วงระยะเวลาก่อนข้างน้อยอาจต้องมีการตรวจสอบประวัติการสัมผัสกับบุคคลอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ประวัติบุคคลในครอบครัวเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ส่วนลักษณะงานที่รับผิดชอบกรณีเจ็บไข้ที่ดำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีนั้นในกรณีเจ็บไข้ที่ดำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีแม้จะถือเป็นความเสียหายที่ค่อนข้างมีความเสี่ยงสูงแต่โอกาสในการติดเชื้อค่อนข้างน้อยจึงทำให้ผลการวิจัยปัจจัยด้านลักษณะงานที่รับผิดชอบขณะได้รับความเสียหายไม่มีความแตกต่างกันตามการพิจารณาของคณะอนุกรรมการในแต่ละเขต

ผลการวิจัยปัจจัยด้านระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อไวรัสโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อทำการพิจารณารายกลุ่มด้วยวิธี Scheffe พบว่ามีจำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับความเสียหายระยะเวลามากกว่า 20 วัน ได้รับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยมากกว่ากลุ่มที่ได้รับความเสียหายระยะเวลา 0-3 วัน และกลุ่มผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายระยะเวลามากกว่า 20 วัน ได้รับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยมากกว่ากลุ่มที่ได้รับความเสียหายระยะเวลา 4-20 วัน ซึ่งจากผลการวิจัยทำให้เห็นว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีผลต่อการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยโดยผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายเป็นระยะเวลานานมีโอกาสที่จะได้เงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยมากกว่ากลุ่มผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกรณีเดียวกันแต่ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายน้อยกว่า ในกรณีปัจจัยด้านระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายกรณีเจ็บไข้ที่ดำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เนื่องจากผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกรณีถูกเข็มที่ดำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีนั้นส่วนมากไม่ได้เข้ารับการรักษาดังที่โรงพยาบาลเนื่องจากบาดแผลที่ได้รับเล็กน้อยเป็นเพียงการเจาะเลือดและนัดพบแพทย์เพื่อการรักษาอีกทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกรณีเจ็บไข้ที่ดำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างน้อยส่งผลให้ผลการวิจัยไม่มีความแตกต่างกันทางด้านระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขนั้นให้ความสำคัญในการพิจารณาความเสียหายของผู้ให้บริการโดยคำนึงถึง ความรุนแรงของความเสียหาย ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย และระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย คือเมื่อผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขคณะอนุกรรมการได้พิจารณาถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นขึ้นนั้นก็จะพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นจำนวนเงินที่แตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรงของความเสียหาย คือถ้าได้รับความเสียหายมากก็จะพิจารณาจ่ายเงินชดเชยในอัตราที่มากกว่าผู้ที่ได้รับความ

เสียหายน้อย ด้านลักษณะความเสียหายถ้าได้รับความเสียหายที่ดูร้ายแรงกว่าก็จะได้รับเงินชดเชยในอัตราที่สูงกว่าลักษณะความเสียหายที่ค่อนข้างดูร้ายแรงน้อย ด้านภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหายคณะอนุกรรมการก็พิจารณาถึงผลกระทบที่เกิดอาการข้างเคียงมากภาวะแทรกซ้อนมากก็พิจารณาจ่ายเงินชดเชยในอัตราที่สูงกว่าผู้ที่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพน้อย และด้านระยะเวลาที่ได้รับ ความเสียหายคณะอนุกรรมการก็ให้ความสำคัญกับระยะเวลาที่ได้รับ ความเสียหายถ้าความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการทำให้ผู้ให้บริการต้องรักษาตัวใช้ระยะเวลานานก็จะได้รับการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยเป็นจำนวนที่สูงกว่าผู้ที่ได้รับความเสียหายระยะเวลาที่น้อยกว่า จากผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า คณะอนุกรรมการมีหลักการในการใช้ดุลพินิจที่ค่อนข้างเหมาะสมในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อไวรัสโรคร ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกแนวทางในการพิจารณาจ่ายเงินกรณีผู้ให้บริการติดเชื้อไวรัสโรคค่อนข้างทำให้เห็นภาพชัดเจนโดยมีการกำหนดขึ้นการจ่ายเงินชดเชยไว้ค่อนข้างชัดเจนและสามารถแยกแยะความเสียหายระดับของความรุนแรงในการติดเชื้อไวรัสโรครไว้เป็นระดับ ทำให้การพิจารณาของคณะกรรมการลดการใช้ดุลพินิจมากขึ้นส่งผลให้การจ่ายเงินชดเชยในกรณีผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขที่ติดเชื้อไวรัสโรครในลักษณะความเสียหายที่คล้ายคลึงกันได้รับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยในอัตราที่ใกล้เคียงกัน ส่วนในกรณีความเสียหายที่เกิดจากเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีนั้น อนึ่งยังค่อนข้างพบปัญหาในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากจำนวนกลุ่มของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายน้อยส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล และยังพบข้อสังเกตอีกว่าในแนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีเข็มทิ่มตำนั้นมีการแบ่งอัตราการจ่ายเงินเป็นเพียง 2 แนวทางเท่านั้น คือ กรณีที่ยังไม่มีผลบ่งชี้ในการติดเชื้อเอชไอวี และกรณีที่มีผลบ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี จากการพิจารณาแนวทางดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีที่ถูกเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีนั้น ส่วนมากการดำเนินชีวิตของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายก็ค่อนข้างที่ลำบาก คือต้องมีการตรวจและทานยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลายาวนาน และส่วนใหญ่หลังจากที่ได้รับประทานยาก็เกิดอาการข้างเคียงส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพ และที่สำคัญที่สุดนั้นกลุ่มผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีนั้น จะต้องพบกับภาวะวิตกกังวลทางด้านจิตใจระหว่างที่ทำการเจาะเลือดและรับประทานยาเพื่อรอการติดตามผลครั้งสุดท้าย ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการติดตามผล เป็นระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งจากผลกระทบดังกล่าวแม้ว่าการถูกเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่อัตราการเกิดการติดเชื้อค่อนข้างน้อยและเมื่อทำการติดตามผลไปแล้วผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย ส่วนใหญ่จะไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี แต่ภาวะ

ความทุกข์ทรมานที่ได้รับระหว่างการรอคอยผลการตรวจเลือดครั้งสุดท้ายนั้น ก็ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ให้บริการค่อนข้างมากเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าแนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีเจ็บไข้ที่มึนเมาและของมีค่านิยมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีนั้น ควรมีการพิจารณาแนวทางการจ่ายเงินที่ละเอียดมากขึ้น อาจมีการกำหนดอัตราการจ่ายเงินย่อยโดยพิจารณาจากลักษณะความเสียหาย เช่น บาดแผลที่เกิดภายหลังการถูกเข็มที่มึนเมา ภาวะสุขภาพของผู้ให้บริการหลังการรับประทานยา หรือภาวะอื่น ๆ ร่วมด้วยในการกำหนดอัตราการจ่ายเงินคณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความมีการปรับอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยที่สูงขึ้นและมีความมีการวางแผนทางการเงินที่มีความละเอียดมากขึ้น เนื่องจากเมื่อทำการกำหนดแนวทางการจ่ายเงินมาเพียง 2 แนวทางนั้น ค่อนข้างทำให้การใช้ดุลพินิจของคณะกรรมการในแต่ละเขตแตกต่างกันมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยความเสียหายในกรณีดังกล่าว

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

6.1 เหตุผลประกอบมติของคณะกรรมการในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

จากผลการวิจัยสรุปเหตุผลประกอบมติของคณะกรรมการในการพิจารณาในการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขในเขต ที่ 5 เขตที่ 6 และเขตที่ 13 ที่มีความคล้ายคลึงกัน มีดังต่อไปนี้

1. พิจารณาตามหลักเกณฑ์ข้อบังคับ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551
 - 1.1 ผู้ร้องมีสิทธิยื่นคำร้องผู้ร้องเป็นผู้ให้บริการของหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
 - 1.2 ผู้ร้องยื่นคำร้องภายในระยะเวลาที่กำหนด ภายในระยะเวลา 1 ปี นับตั้งแต่วันที่เกิดความเสียหาย
 - 1.3 ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ร้องเกิดจากการให้บริการสาธารณสุขตามหน้าที่ของหน่วยบริการ
 - 1.4 ขณะเกิดความเสียหายนั้นเป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ซึ่งเหตุผลประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการตรงตามหลักเกณฑ์ข้อบังคับ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ซึ่งระบุว่าผู้ให้บริการที่มีสิทธิยื่นคำร้องได้แก่ ผู้ให้บริการหรือทายาท โดยผู้มีสิทธิยื่นคำร้องต้องยื่นภายในระยะเวลา 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายเงินคือ ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ให้บริการของหน่วยบริการตาม

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเกิดจากการให้บริการสาธารณสุขตามหน้าที่ของหน่วยบริการ และความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สอดคล้องกับแนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเกิดแนวทางที่คล้ายคลึงกันทั้ง 13 เขตบริการ คือ ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขจะต้องเป็นความเสียหายที่เกิดในขณะที่ให้บริการสาธารณสุข เช่น เจ็บทิ่มตำ ขณะกำลังเจาะเลือด หรือเลือกกระเด็นเข้าตาขณะกำลังทำหัตถการต่าง ๆ ซึ่งความเสียหายที่เกิดขึ้นเกิดจากการกระทำของผู้ป่วยโดยทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ให้บริการ โดยการกระทำนั้นไม่ใช่เกิดจากขั้นตอนการเตรียมหรือสิ้นสุดการให้บริการและไม่ใช่เกิดจากความชำรุดหรือบกพร่องของเครื่องมือหรือเครื่องใช้ในการให้บริการ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้เกิดจากปัจจัยภายนอกและสอดคล้องกับขั้นตอนการยื่นคำร้องเรียกเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 คือลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือ สูญหาย ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนต่อสำนักงานประกันสังคม แห่งท้องที่ที่ลูกจ้างมีภูมิลำเนาตามแบบที่กำหนดไว้ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดเหตุ และเมื่อพนักงานประกันสังคมได้รับคำร้องขอรับเงินทดแทน หรือได้รับแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายจากนายจ้าง เจ้าหน้าที่จะทำการสอบสวน และเมื่อได้ข้อยุติแน่ชัดว่าเกิดเหตุดังกล่าว ก็จะมีคำสั่งให้นายจ้างจ่ายค่าทดแทนแก่ลูกจ้าง โดยมีคำสั่งให้จ่ายเงินทดแทนดังกล่าวภายใน 7 วัน นับตั้งแต่วันที่รับทราบคำสั่ง

2. พิจารณาตามแนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยวัน

โรคคือ 2.1 พบรอยโรควันโรค ไม่พบเชื้อวันโรคชดเชยเงินไม่เกิน 10,000 บาท 2.2 พบรอยโรควันโรคพบเชื้อวันโรคชดเชยเงินหรือมีอาการแพ้ยารุนแรงไม่สามารถใช้ยาพื้นฐานได้ จ่ายเงินตั้งแต่ 10,000-20,000 บาท 2.3 พบรอยโรควันโรคพบเชื้อวันโรคชดเชยเงินและมีภาวะแทรกซ้อนทำให้ทำหน้าที่ไม่เต็มที่แต่ยังไม่พิการหรือเกิดอาการคือยาหลายชนิดจ่ายตั้งแต่ 20,000 -30,000 บาท และจากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าส่วนใหญ่คณะกรรมการใช้เกณฑ์ดังกล่าวในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยอย่างเคร่งครัด แต่ยังพบว่ามีบ้างกรณีที่ยังคลุมเครือและเป็นการยากที่จะตัดสิน เช่นกรณีที่ผู้ร้องได้รับความเสียหายป่วยเป็นวันโรคบริเวณอวัยวะอื่น ๆ ซึ่งไม่มีระบุชัดเจนเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือ และยังพบกรณีที่ผู้ร้องในกรณีคล้ายคลึงกันได้รับเงินช่วยเหลือที่แตกต่างกันแต่มีเป็นเพียงส่วนน้อย เนื่องจากในช่วงแรก ๆ ยังไม่มีเกณฑ์แนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยภายหลังที่มีเกณฑ์ในการตัดสินของคณะกรรมการเริ่มมีความชัดเจนมากขึ้นแต่ยังมีความแตกต่างกันเกี่ยวกับจำนวนเงินเนื่องจากมติของมติของคณะกรรมการบ้างเขตมีการใช้เกณฑ์ในการพิจารณาองค์ประกอบอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความเสียหายในแง่ภาวะครอบครัว เศรษฐฐานะ เป็นต้น

ผลการวิจัยสรุปเหตุผลประกอบมติของคณะกรรมการในการพิจารณาในการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขในเขต ที่ 5 เขตที่ 6 และเขตที่ 13 ที่มีความแตกต่างกัน คือ

1. การพิจารณาของคณะกรรมการ โดยคำนึงถึงความเสียหายในแง่เศรษฐกิจ และภาระครอบครัวของผู้ร้องร่วมด้วย สอดคล้อง กับแนวคิดทางกฎหมายในการชดเชย ที่กล่าวว่าการชดเชยนั้นต้องมีการกำหนดมาตรการฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ที่ได้รับความเสียหายกลับคืนสู่สภาวะปกติและในการจ่ายค่าตอบแทนความเสียหายควรมีการตอบแทนความเสียหายที่เกิดตามความเหมาะสมตามสัดส่วน ทั้งนี้การชดเชยความเสียหายควรรวมความเสียหายทางด้านร่างกาย จิตใจ สุขุเสียโอกาส สุขุเสียรายได้ ทรัพย์สิน รวมทั้งค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายทางด้านกฎหมาย ค่าเสียหายทางด้านจิตใจ ค่าบริการทางด้านสังคมและค่าบริการทางการแพทย์ และตามหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 กำหนดไว้ว่าผู้พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยนั้นในการเลขาธิการทำการแต่งตั้งจากบุคคลที่มีประสบการณ์และมีความรู้ความสามารถ เพื่อทำหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัย คำร้อง ว่าเข้าเกณฑ์หรือไม่ และถ้าเข้าเกณฑ์ควรพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นจำนวนเท่าไร ทั้งนี้ควรมีการพิจารณาคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายด้วย ตามข้อบังคับ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 กล่าวว่าในการพิจารณาของผู้ที่ทำการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ นั้น ในการพิจารณาให้คำนึงถึงความรุนแรงและเศรษฐกิจของผู้ที่ได้รับความเสียหาย

2. การพิจารณาโดยใช้หลักในการคำนวณระยะเวลาที่ได้รับ ความเสียหาย ในบางเขตบริการใช้หลักการพิจารณาความเสียหายโดยการคำนวณจากระยะเวลาที่ได้รับ ความเสียหาย ซึ่งการใช้หลักการดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานของการจ่ายเงินในวงเงินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดแต่อาจทำให้เกิดความแตกต่างกันในจำนวนที่ผู้ร้องในเขตบริการที่ต่างกันได้รับ ซึ่งการจ่ายเงินโดยใช้หลักการคำนวณระยะเวลาที่ได้รับ ความเสียหายนั้นมีอัตราการได้รับเงินชดเชยสูงกว่าการใช้เกณฑ์อื่น ๆ ในการพิจารณา

6.2 เหตุผลการยื่นอุทธรณ์ของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข และเหตุผลประกอบมติการพิจารณาตัดสินของคณะกรรมการในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการ ชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

การผลการวิจัยพบว่าเหตุผลที่ผู้ร้องยื่นอุทธรณ์นั้นเกิดจาก 1. ผู้ร้องคิดว่าการปฏิบัติงานนั้นได้ทำการป้องกันและระมัดระวังอย่างเต็มกำลังความสามารถแล้วและเหตุที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเหตุ

สุดท้าย 2. ผู้ร้องคิดว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นกระบวนการรักษาที่ได้รับยังไม่สิ้นสุด เนื่องจากมี บ้างกรณีขณะที่ผู้ร้องยื่นคำร้องเพื่อการพิจารณานั้นกระบวนการรักษาทางการแพทย์ยังไม่สิ้นสุดจึง ทำให้ผู้ร้องยื่นอุทธรณ์ 3. ภายหลังจากได้รับความเสียหายผู้ร้องยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งตรงกับงานวิจัยของ ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์ และคณะ (2553: 82-86) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการวินิจฉัยที่ไม่พึงประสงค์จากบริการทางการแพทย์เพื่อการจ่ายชดเชย พบปัญหาความไม่สม่ำเสมอและคลุมเครือ ในการวินิจฉัยเพื่อการตัดสินใจจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยเบื้องต้น โดยจากปัญหาภาวะความเสียหายแบบเดียวกันอาจจะถูกตัดสินว่า จ่ายเงินช่วยเหลือ หรือไม่จ่ายเงินช่วยเหลือก็ได้ ซึ่งนำไปสู่ ปัญหาความไม่เป็นธรรม อีกทั้งยังพบว่าองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการระดับจังหวัดที่มาจากระบบตัวแทนจากฝ่ายต่าง ๆ ย่อมทำให้การพิจารณาตัดสินมีความหลากหลายของมาตรฐานและเกณฑ์ที่ใช้สูง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศักดิ์เดช โพธิ์รัชต์ (2555: 155-162) เรื่องมาตรการกฎหมายเกี่ยวกับการเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พบว่าการหากมีหลักเกณฑ์ที่แน่นอน และมีความชัดเจนที่ใช้ในการเยียวยาความเสียหายและผู้วิจัยยังได้เสนอแนวทางการชดเชยตามแนวทางต่างประเทศ คือ ในการวินิจฉัยนั้นควรวินิจฉัยตามพฤติการณ์และความร้ายแรงต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยถ้ามีการกำหนดกฎเกณฑ์ที่ชัดเจนก็จะเพิ่มความรวดเร็วและประหยัดระยะเวลาในการพิจารณาอีกด้วย ส่วนงานวิจัยของปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์ และศุภสิทธิ์ พรธรรุโณทัย (2548: 10-12) ได้ทำการศึกษาเรื่องทางเลือกเพื่อการออกแบบระบบการชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วย จากการศึกษา บทเรียนของประเทศนอร์เวย์ได้ข้อสรุปในการออกแบบ กระบวนการและขั้นตอนการพิจารณาจ่ายค่าชดเชยควรมุ่งที่จะทำให้ระบบมีความเป็นมาตรฐานตามเกณฑ์ที่ระบุในกฎหมาย โดยเกณฑ์ที่สร้างนั้นจะต้องสามารถอ้างอิงได้ และมีการพัฒนาให้มีความน่าเชื่อถือและเป็นปัจจุบันขึ้นเรื่อย ๆ มีความเป็นอิสระจากอิทธิพลจากฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการและฝ่ายอื่น ๆ เช่น ฝ่ายการเมือง เป็นต้น ระบบชดเชยจะต้องสามารถอุทธรณ์ได้ มีกลไกที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เสียหายในการยื่นคำร้อง มีความรวดเร็ว และจากการศึกษาพบว่าการศึกษาของผู้พิจารณาคำร้องจะมีความหลากหลายแตกต่างกันออกไปแม้จะเป็นกรณีผู้ป่วยรายเดียวกันถึงความหลากหลายในการตีความค่อนข้างสูง ก็ยังส่งผลต่อปัญหาความเป็นธรรมในการจ่ายเงินช่วยเหลือ การพัฒนาเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยนั้นควรมีการพัฒนาให้มีความกระจ่างชัด เป็นรูปธรรมทำให้มองเห็นภาพได้ชัดเจน เพื่อป้องกันปัญหาการตีความอย่างหลากหลาย ดังนั้นในการในการใช้ดุลพินิจของคณะอนุกรรมการและคณะกรรมการนั้นควรมีหลักที่ชอบด้วยกฎหมายในการใช้ดุลพินิจดังที่ เกลิมศักดิ์ วงศ์ศิริวัฒน์ (2554: 14-18) กล่าวไว้ว่า คือ เมื่อมีแล้วต้องใช้ โดยการริเริ่มการใช้ดุลพินิจต้องเริ่มจาก คำร้องแบบใด ชอบด้วยกฎหมายโดยพิจารณาจาก รูปแบบ ขั้นตอน ระยะเวลา ตามที่กฎหมายกำหนด และในการใช้ดุลพินิจต้องนั้นใช้อย่างอิสระ โดยผ่านขั้นตอนการพิจารณาที่ถูกต้อง ไม่บิดเบือนวัตถุประสงค์

ของกฎหมายสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกฎหมายและเจตนารมณ์ของกฎหมาย ไม่เกินขอบเขตที่กฎหมายกำหนด อีกทั้งต้องคำนึงถึงสิทธิและเสรีภาพและต้องไม่ฝ่าฝืนกฎระเบียบที่องค์กรได้วางไว้เองและไม่ขัดกับหลักกฎหมายทั่วไป

ส่วนด้านเหตุผลประกอบมติการพิจารณาตัดสินของคณะกรรมการในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการ ชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขนั้น ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายนั้นส่วนใหญ่เป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข และเมื่อพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือของผู้ให้บริการที่ทำการยื่นอุทธรณ์แล้วคณะกรรมการส่วนใหญ่มักพิจารณาให้จ่ายเงินช่วยเหลือเพิ่มเนื่องจากจะเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการนั้นสมควรได้รับเงินชดเชยเพิ่มมากขึ้น

เมื่อทำการวิเคราะห์เหตุผลการยื่นอุทธรณ์ของผู้ให้บริการและเหตุผลประกอบการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยของคณะกรรมการอุทธรณ์แล้ว จะเห็นได้ว่าผู้ให้บริการที่ทำการยื่นอุทธรณ์นั้นเห็นว่าผลการตัดสินของคณะกรรมการเขตพื้นที่นั้นไม่เหมาะสม เช่น เห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ส่วนมติของคณะกรรมการลงความเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข และเมื่อทำการยื่นอุทธรณ์ คณะกรรมการอุทธรณ์ก็ทำการลงมติเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขจริง หรือกรณีที่ผู้ให้บริการเห็นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นควรได้รับเงินชดเชยที่สูงกว่าที่คณะกรรมการเขตพื้นที่พิจารณาจ่ายเงินชดเชยจึงทำการยื่นอุทธรณ์ขอรับเงินชดเชยเพิ่มซึ่งเมื่อผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ก็เห็นได้ว่าส่วนใหญ่แล้วเมื่อคณะกรรมการอุทธรณ์พิจารณาก็จะลงมติว่าสมควรจ่ายเงินชดเชยเพิ่ม สะท้อนให้เห็นว่าในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยนั้นบางครั้งอาจพบปัญหาความไม่เป็นธรรมเกิดในการพิจารณาอาจมาจากปัจจัยหลายด้าน เช่น ด้านตัวเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาอาจต้องทำการวิเคราะห์เกณฑ์ที่ใช้ว่าเมื่อนำเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขไปใช้แล้วนั้นผู้นำเกณฑ์ไปใช้เกิดปัญหาหรือไม่อาจมีการติดตามทำแบบสำรวจสอบถามไปยังคณะกรรมการเขตพื้นที่และทำการปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสม หรือด้านคุณสมบัติของคณะกรรมการในการพิจารณาเนื่องจากเมื่อทำการวิเคราะห์ถึงการแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยแล้วจะเห็นได้ว่ามีคณะกรรมการมาจากหลากหลายสาขาอาชีพ ในส่วนของคณะกรรมการที่ไม่มีความเชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุขหรือบางครั้งในการพิจารณาความเสียหายบางกรณีที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง อาจจะต้องมีการจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข เช่น โรคอุบัติการณ์ใหม่ ลักษณะความรุนแรงของการติดเชื้อในแต่ละโรค การดูแลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น สอดคล้องกับ ชีระ วรรณรัตน์ (2555: 1-22) ที่ทำการ

ประเมินกลไกอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าองค์ประกอบทางด้านธรรมาภิบาลของการมีส่วนร่วม นั้นพบปัญหาคือ คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการที่เป็นนักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญ ถูกครอบงำทางด้านการตัดสินใจสืบเนื่องจากความแตกต่างของพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพ จึงมีบทบาทน้อย เกรงใจ ไม่กล้าขัดแย้ง ไม่มีบทบาทในการถ่วงดุลอำนาจ และในส่วนของคณะกรรมการมีการตั้งข้อสังเกตว่าคณะกรรมการมีบุคคลเดิมเป็นคณะกรรมการซ้ำเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะตัวแทนในส่วนของวิชาชีพต่าง ๆ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงส่งผลให้เกิดความเป็นธรรมแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายและส่งผลให้เกิดความน่าเชื่อถือในองค์กร

จากการศึกษาผลการวิจัยดังกล่าวจะสะท้อนให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานนี้ในการให้การช่วยเหลือดูแลรักษาผู้ป่วยที่มารับบริการและได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขมีอุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงต่าง ๆ ค่อนข้างสูงแม้ว่าตามหลักสากลกฎหมายของสหรัฐอเมริกาจะมีหน่วยงาน Occupational Safety and Health Administration (OSHA) มีการกำหนดมาตรฐานต่างๆในการดูแลผู้ประกอบอาชีพให้ได้รับความปลอดภัยในการทำงานแต่ส่วนใหญ่จะเน้นไปในส่วนของผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรมมากกว่า ในส่วนของผู้ให้บริการที่ทำงานในโรงพยาบาลอาจมีการได้รับการคุ้มครองโดยอ้อมจากการกำหนดมาตรฐานต่าง ๆ ในการจัดการบริหารงานความปลอดภัยในโรงพยาบาลส่วนในการได้รับการชดเชยในกรณีที่ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการประกอบอาชีพนั้นยังไม่มีให้เห็นเด่นชัดมากนัก มีเพียงสถิติจากรายงานสถานการณ์การดำเนินงานด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีผู้ที่ได้รับอันตรายจากการทำงานถึง 129,632 คน โดยมีการจ่ายเงินทดแทนกรณีความเสียหายต่าง ๆ รวมแล้วเป็นเงินทั้งสิ้นถึง 1,616.52 บาท และจากสถิติของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานเมื่อจำแนกตามประเภทกิจการพบว่า ประเภทโรงพยาบาล บริการสุขภาพนั้นมีผู้ที่ได้รับอันตรายจากการทำงานทั้งสิ้น 1,173 ราย ทั้งนี้มีผู้ที่ได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต 3 ราย และทุพพลภาพจำนวน 1 ราย จากสถิติดังกล่าวและจากรายงานการได้รับความเสียหายของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเห็นได้ว่าการได้รับอันตรายและเจ็บป่วยจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์นั้นควรมีการจัดการและมีแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่เคร่งครัดมากขึ้นเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานดังกล่าวและลดภาระค่าใช้จ่ายในการจ่ายเงินชดเชยหรือจ่ายเงินทดแทนอีกทั้งการมีมาตรการในการป้องกันการเกิดความเสี่ยงที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลยังช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์มีคุณภาพชีวิตที่ดีและทำงานได้เต็มศักยภาพกำลังความสามารถอีกด้วย

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบปัจจัยในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

การดำเนินวิจัยนี้ เป็นการวิจัยสำรวจข้อมูลผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายที่มีการบันทึกรวบรวมไว้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล โดยนำข้อมูลทุติยภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการรวบรวมไว้ในรายงานการประชุมเกี่ยวกับผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขที่มีการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผ่านคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยเขตพื้นที่ทั้ง 13 เขตพื้นที่ ที่มีมติการพิจารณาเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย ตั้งแต่ เดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2551-เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 รวมทั้งสิ้นจำนวน 2,360 ราย โดยทำการคำนวณกลุ่มประชากรตัวอย่างและสุ่มตัวอย่างจากกรณีผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากกรณีเจ็บที่มด้าและของมีคมบาดซึ่งมีทั้งสิ้น 597 ราย สุ่มเฉพาะกรณีเจ็บที่มด้าและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี และความเสียหายจากกรณีติดเชื้อวัณโรคมีทั้งสิ้นจำนวน 724 ราย ผู้วิจัยนำผลการการวิจัยมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทำการเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ t-test และ ANOVA

6.1 สรุปผลการวิจัย

เขตบริการที่ได้รับความเสียหายส่วนใหญ่อยู่ในเขต 7 ขอนแก่น เขต 9 นครราชสีมา เขต 13 กรุงเทพมหานครร้อยละ 9.9 ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 86.9 และเป็นเพศชายร้อยละ 13.1 ความเสียหายที่ได้รับส่วนใหญ่ร้อยละ 51.7 เกิดขึ้นในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 41.6 เกิดขึ้นในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปและร้อยละ 2.9 เกิดขึ้นที่สถานอนามัย ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายส่วนใหญ่เป็นพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยพยาบาลร้อยละ 71.8 เป็นเจ้าหน้าที่อื่นในโรงพยาบาลร้อยละ 13.4 และร้อยละ 7.6 เป็นแพทย์ ประเภทความเสียหายของผู้ให้บริการทั้งหมดเป็นประบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องร้อยละ 100

ระดับความรุนแรงของความเสียหายของผู้ให้บริการกรณีติดเชื้อวัณโรคอยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 94.5 รุนแรงมากร้อยละ 5.1 และรุนแรงน้อยร้อยละ 0.4 ส่วนระดับความรุนแรงกรณีเจ็บทึมดำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 97.8 อยู่ในระดับรุนแรงน้อยและระดับรุนแรงปานกลางกับรุนแรงน้อยร้อยละ 1.1

ลักษณะทั่วไปในการพิจารณาปัจจัยด้านลักษณะที่ได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคส่วนใหญ่ตรวจพบรอยโรควัณโรคและเชื้อวัณโรคชัดเจนหรือมีอาการแพ้ยารุนแรงไม่สามารถใช้ยาพื้นฐานได้ร้อยละ 54.5 ตรวจพบรอยโรควัณโรคไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจนร้อยละ 41.9 และร้อยละ 3.6 มีภาวะแทรกซ้อนทำให้อวัยวะทำงานไม่เต็มที่แต่ยังไม่พิการหรือเกิดการดื้อยาหลายชนิดส่วนปัจจัยด้านลักษณะที่ได้รับความเสียหายกรณีเจ็บทึมดำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีไม่ระบุขนาดบาดแผลร้อยละ 79.6 บาดแผลขนาดน้อยกว่า 1 ซม. ร้อยละ 18.7 และขนาดบาดแผลเท่ากับ 1 ซม. หรือมากกว่า 1 ซม. ร้อยละ 4.4 ลักษณะบาดแผลไม่ระบุร้อยละ 34.1 มีเลือดออกร้อยละ 62.6 และปวดร้อยละ 3.3 ในการพิจารณาปัจจัยด้านภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหายพบว่ากรณีได้รับความเสียหายติดเชื้อวัณโรคร้อยละ 92.1 ต้องรับประทานยาต้านไวรัสและพบแพทย์เพื่อตรวจประเมินสุขภาพ ร้อยละ 7.1 ต้องรับประทานยาต้านไวรัสพบแพทย์เพื่อตรวจประเมินสุขภาพและมีภาวะดื้อยา และร้อยละ 0.8 ต้องรับประทานยาต้านไวรัสพบแพทย์เพื่อตรวจประเมินสุขภาพและมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ กรณีได้รับความเสียหายถูกเจ็บทึมดำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีต้องรับประทานยาต้านวัณโรคและพบแพทย์เพื่อประเมินสุขภาพ ร้อยละ 82.4 ต้องรับประทานยาต้านวัณโรคพบแพทย์เพื่อประเมินสุขภาพและมีอาการแพ้ยา ร้อยละ 12.1 และร้อยละ 5.5 มีอาการแพ้ยา ปัจจัยด้านลักษณะงานที่รับผิดชอบผู้ให้บริการที่ให้การรักษาและให้การพยาบาลโดยตรงร้อยละ 83.7 และเป็นผู้ให้การรักษายาพยาบาลสายสนับสนุนร้อยละ 16.3 ในปัจจัยด้านระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคอยู่ในช่วงระยะเวลาปานกลางร้อยละ 91.3 ระยะเวลาความเสียหายมากร้อยละ 7.9 และระยะเวลาน้อย ร้อยละ 0.8 ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายกรณีเจ็บทึมดำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีระยะส่วนใหญ่ระยะเวลาน้อยร้อยละ 96.7 ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายปานกลางร้อยละ 3.3 ส่วนจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีติดเชื้อวัณโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 56.9 รองลงมาคือน้อยร้อยละ 33.2 ส่วนร้อยละ 8.7 และร้อยละ 1.2 อยู่ในระดับมากและระดับมากที่สุด กรณีถูกเจ็บทึมดำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากร้อยละ 65.9 รองลงมาคือปานกลางร้อยละ 23.1 มากที่สุดร้อยละ 9.9 และร้อยละ 1.1 อยู่ในระดับน้อย

การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับของความรุนแรงกรณีติดเชื้อวัณโรคกับจำนวนเงินการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และจากการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีเจ็บไข้ตามค่าและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี กับจำนวนเงินการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การเปรียบเทียบปัจจัยการพิจารณาด้านลักษณะความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การเปรียบเทียบปัจจัยการพิจารณาด้านลักษณะความเสียหายกรณีเจ็บไข้ตามค่าและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากกลุ่มข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์มีขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยอีกทั้งในรายงานการประชุมของผู้ยื่นคำร้องส่วนใหญ่ ไม่มีการระบุลักษณะความเสียหายผู้วิจัยจึง ไม่ได้นำข้อมูลด้านนี้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบ

การเปรียบเทียบปัจจัยด้านภาวะสุขภาพหลัง ได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการเปรียบเทียบรายคู่พบว่ากลุ่มทานยาต้านวัณโรคพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพและมีภาวะคือยามีการจ่ายเงินสูงกว่ากลุ่มทานยาต้านวัณโรคและพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ การเปรียบเทียบด้านภาวะสุขภาพหลัง ได้รับความเสียหายกรณีถูกเข็มและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินที่จ่ายชดเชยกรณีผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ไม่พบความแตกต่างกัน

การเปรียบเทียบปัจจัยการพิจารณาด้านลักษณะงานที่รับผิดชอบกรณีติดเชื้อวัณโรค และกรณีเจ็บไข้ตามค่าและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบปัจจัยการพิจารณาด้านระยะเวลาที่ ได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายกรณีผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) และเมื่อวิเคราะห์รายคู่พบว่ากลุ่มที่ได้รับความเสียหายระยะเวลามากกว่า 20 วัน ได้รับการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยมากกว่ากลุ่มที่ได้รับความเสียหายระยะเวลา 0-3 วัน และกลุ่มที่ได้รับความเสียหายระยะเวลา 4-20 วัน ส่วนการเปรียบเทียบปัจจัยการพิจารณาด้านระยะเวลาที่ ได้รับความเสียหายกรณีถูกเข็มเข็มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เหตุผลประกอบมติของคณะกรรมการในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ในเขต 5 เขต 6 เขต 13 พบว่าเหตุผลประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการทั้ง 3 เขต พบว่าเหตุผลประกอบมติการพิจารณาของคณะกรรมการส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงและเป็นไปตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ยังคงพบว่าบางเขตมีเหตุผลประกอบการพิจารณาที่ครอบคลุมผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายค่อนข้างชัดเจนมีการระบุเหตุผลอธิบายประกอบการพิจารณาทำให้ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายในลักษณะเดียวกันแต่อาจมีปัจจัยในด้านอื่นๆที่แตกต่างกัน เช่นปัจจัยส่วนบุคคล ด้านครอบครัว ทำให้ส่งผลต่อจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือ อีกทั้งยังพบความแตกต่างของเกณฑ์ในการพิจารณาในช่วงแรก ๆ ก่อนการมีแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการจ่ายเงินช่วยเหลือที่ค่อนข้างแตกต่างกันอย่างชัดเจน ส่วนประเด็นเหตุผลการยื่นอุทธรณ์ของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขเทียบกับเหตุประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการในการพิจารณาการช่วยเหลือพบว่าผู้ให้บริการที่ยื่นอุทธรณ์ในกรณีต่างๆ คือกรณีถูกผู้ให้บริการทำร้ายร่างกาย กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาด กรณีความเสียหายเกิดอุบัติเหตุจากการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย กรณีผู้ให้บริการติดเชื้อไวรัส ส่วนใหญ่มีเหตุผลที่คล้ายคลึงกัน คือ ค่าชดเชยที่ได้รับน้อยเกินไป ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายได้ปฏิบัติหน้าที่เต็มกำลังความสามารถ ความเสียหายที่ได้รับมีผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจและภายหลังได้รับความเสียหายผู้ให้บริการยังต้องได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาอีก ส่วนเหตุผลที่คณะกรรมการนำมาประกอบการพิจารณาตัดสินพิจารณาจ่ายเงินชดเชยเพิ่มคือ คณะกรรมการมีมติว่า ความเสียหายที่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายยื่นอุทธรณ์นั้น เมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขจริง และบางกรณีเห็นว่าความเสียหายยังไม่สิ้นสุดขณะยื่นคำร้องเมื่อมีการยื่นอุทธรณ์คณะกรรมการจึงพิจารณาจ่ายเงินชดเชยเพิ่ม

6.2 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรมีการสร้างตัวชี้วัดที่ได้มาตรฐาน เพื่อใช้เป็นเกณฑ์เครื่องมือในการพิจารณาให้แก่คณะกรรมการในเขตพื้นที่ทั้ง 13 เขตพื้นที่ช่วยลดการใช้ดุลยพินิจซึ่งจะส่งผลให้มติการพิจารณามีความใกล้เคียงกันมากขึ้นและส่งผลต่อการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขให้มีความเป็นธรรมและชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายควรมีการบันทึกข้อมูลรายละเอียดความเสียหายอย่างชัดเจนตามแบบฟอร์มที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนดเพื่อช่วยในการประกอบการวินิจฉัยซึ่งจะส่งผลให้การวินิจฉัยรวดเร็วและครอบคลุมทุกด้านของความเสียหาย

3. ในกรณีของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อไวรัสโรคนั้นควรมีการกำหนดแนวทางการจ่ายเงินช่วยเหลือผู้ให้บริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไวรัสโรคปอดกับไวรัสโรคนอกปอดออกจากกันเพื่อให้การจ่ายเงินช่วยเหลือของคณะกรรมการในแต่ละเขตเป็นไปตามแนวทางเดียวกันเนื่องจากไวรัสโรคในตำแหน่งอื่นนั้นการตรวจพบรอยโรคและเชื้อค่อนข้างที่ระบุได้ยากทำให้การนำเกณฑ์เดียวกันกับการจ่ายเงินไวรัสโรคปอดมาใช้ขึ้นอาจเกิดการตีความที่แตกต่างกันทำให้การจ่ายเงินในกรณีความเสียหายคล้ายคลึงกันได้รับเงินชดเชยที่แตกต่างกัน

4. ควรมีการพัฒนาเกณฑ์แนวทางการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยในกรณีความเสียหายอื่น ๆ เช่น กรณีได้รับบาดเจ็บจากการส่งต่อ กรณีถูกทำร้ายร่างกาย เป็นต้น ให้มีความเป็นรูปธรรมชัดเจนยิ่งขึ้น และทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วแบบแผนเดียวกันในทุก ๆ เขตเพิ่มความน่าเชื่อถือและแสดงให้เห็นถึงความยุติธรรมของคณะกรรมการและคณะกรรมการ

5. ควรมีการพิจารณาแนวทางการจ่ายเงินช่วยเหลือแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายในโรคติดเชื้ออุบัติการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นร่วมด้วย เนื่องจากในปัจจุบันมีโรคติดต่อที่แพร่กระจายเชื้อและส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก

6. ควรมีการแสดงเปิดเผยถึงหลักเกณฑ์รายละเอียดการพิจารณาที่เป็นแนวทางให้คณะกรรมการ และผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายทราบตามความเหมาะสม เพื่อแสดงถึงความโปร่งใสที่มีแล้วในองค์กรให้เป็นที่ยอมรับแก่สาธารณะตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

6.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงความเสียหายในกรณีอื่นที่เกิดขึ้นร่วมด้วย เช่นกรณีถูกทำร้ายร่างกาย กรณีได้รับความเสียหายในขณะที่ปฏิบัติงานส่งต่อ เป็นต้น เพื่อศึกษาแง่มุมการพิจารณาของคณะกรรมการในด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย

2. ควรมีการศึกษาศึกษาการพิจารณาของคณะกรรมการในเขตอื่น ๆ อย่างละเอียดพร้อมด้วยเพื่อหาสาเหตุประกอบการพิจารณาอื่น ๆ และเป็นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงความโปร่งใสและเป็นธรรมในองค์กร

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการจ่ายเงินชดเชยในรูปแบบเดียวกันในกองทุนอื่น ๆ เช่น กองทุนการจ่ายเงินทดแทน หรือกองทุนที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายเงินชดเชยผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการประกอบอาชีพทั้งในประเทศและต่างประเทศ

4. ควรมีการศึกษางานวิจัยคุณภาพเชิงลึกเพื่อวิเคราะห์ถึงการตัดสินใจแนวทางการใช้ดุลยพินิจของคณะกรรมการและคณะกรรมการเพื่อใช้เป็นองค์ประกอบในการสร้างตัวชี้วัดที่มีมาตรฐานสืบต่อไป

การเปรียบเทียบปัจจัยในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

COMPARATIVE FACTORS ON DETERMINING HEALTH SERVICE DAMAGE COMPENSATION FOR HEALTH CARE PROVIDERS

ร้อยเอกหญิงพาฝัน แก้วเทศ 5437302 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ฉัตรสุมน พงศ์ภิณูโย, ปช.ด.(ประชากรศาสตร์), เซษฐ รัชดาพรรณานิกุล, ศษ.ด.(ประชากรศึกษา), นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, Dr.P.H.(PREVENTIVE CARE)

บทสรุปสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ดังนั้นจึงต้องมีการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน(พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545: 28) การรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานนั้นมียุทธศาสตร์ประกอบที่สำคัญหลายประการ ทรัพยากรด้านบุคคลคือบุคลากรทางด้านสุขภาพ เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการขับเคลื่อนการรักษให้ได้มาตรฐาน เป็นกลุ่มพลังหลักที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ งานด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีหน้าที่บำบัดทุกข์และสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนที่มารับบริการ มีการระดมทรัพยากรในการช่วยเหลือ ดูแลรักษาทางด้านสุขภาพ เป็นที่พึ่งพิงของประชาชนโดยทั่วไป

ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานจึงต้องมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงสมบูรณ์เพื่อสามารถปฏิบัติภารกิจหน้าที่ในการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (สารัตน์ สองเมืองสุข และคณะ, 2554: 263-264) แต่จากรายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2554 ด้านการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการในภาพรวมพบว่า

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการบริการสูงกว่าผู้ให้บริการ โดยคะแนนความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ในปี พ.ศ. 2554 คิดเป็นร้อยละ 66.86 ลดลงจากปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 11.89 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังคงมี ปัญหาเกี่ยวกับการจัดการบางอย่างที่ไม่ตรงกับความต้องการของผู้ให้บริการ

เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสนสัมผัสกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพอนามัยและความไม่ปลอดภัยต่าง ๆ อย่างหลีกเลี่ยงมิได้ ตลอดทั้งงานในสถานพยาบาลมีลักษณะและกระบวนการในการทำงานที่มีความสลับซับซ้อนจึงมีผลให้บุคลากรบางส่วนเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออุบัติเหตุ การให้บริการสาธารณสุขบางครั้ง ผู้ให้บริการเองก็อาจได้รับความเสียหายจากการให้บริการได้ซึ่งความเสียหายดังกล่าวอาจเกิดขึ้นได้ในหลายกรณี ดังนั้นเพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหาย กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้กำหนดให้มีมาตรการในการช่วยเหลือเบื้องต้น โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกข้อบังคับเพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น หลังจากทีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 จากรายงานพบว่า ผู้ยื่นคำร้องซึ่งได้รับความเสียหายจากการให้บริการเกิดจากสาเหตุ 1) เกิดจาก เชื้อดำ หรือถูกของมีคมบาด 2) เกิดจากการสัมผัสสารคัดหลั่ง จากผู้ป่วยกระเด็นเข้าหน้าตาหรือสัมผัสบริเวณที่มีบาดแผล 3) เกิดจากการได้รับเชื้อวันโรค 4) เกิดจากกรณีถูกผู้ป่วยทำร้าย 5) เกิดจากกรณีอื่น ๆ (สำนักงานกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

จากการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือภายหลังที่มีการพัฒนาเกณฑ์และแนวทางการพิจารณาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขที่มีการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ ในบางกรณีความเสียหายที่เกิดประเภทเดียวกันและความรุนแรงคล้ายคลึงกันการได้รับเงินช่วยเหลือเป็นจำนวนที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ (2553: 82-86) พบว่ามีปัญหาความไม่สม่ำเสมอและคลุมเครือในการวินิจฉัยเพื่อการตัดสินใจจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (ตามมาตรา 41) ซึ่งนำไปสู่ปัญหาความไม่เป็นธรรม อีกทั้งจากรายงานสถิติสำนักงานกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2556) พบว่ามีจำนวนผู้ยื่นอุทธรณ์เพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข โดยเปรียบเทียบปัจจัยการพิจารณาของคณะอนุกรรมการทั้ง 13 เขตพื้นที่ ในกรณีความเสียหายที่คล้ายกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 ภายหลังจากได้มีการปรับปรุงประกาศหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขในปี พ.ศ.2551 แต่ยังไม่มีการวิเคราะห์หรือประเมินผลประกาศดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้

ผู้วิจัยคาดว่าจะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการปรับปรุงเกณฑ์การพิจารณาเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ผู้ให้บริการ ลดจำนวนการยื่นอุทธรณ์เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ให้บริการที่ได้รับ ความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข และบรรลุวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของการออกข้อบังคับ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของความเสียหายในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยการพิจารณา ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสำรวจข้อมูลผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายที่มีการบันทึก รวบรวมไว้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข และมีการยื่นคำร้องมาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งคณะอนุกรรมการพิจารณาว่า เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อการชดเชยโดยใช้ข้อมูลในเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2551- เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 มีจำนวนทั้งสิ้นรวม 2,360 ราย โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคและกรณีถูกเข็มที่มดและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 344 ราย สุ่มตัวอย่างแบบเป็นขั้นตอน 2 ตอน (Two-stage sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลเชิงปริมาณ โดยนำข้อมูลสถิติภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการรวบรวมไว้ในรายงานการประชุมเกี่ยวกับผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขที่มีการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผ่านคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยเขตพื้นที่ทั้ง 13 เขตพื้นที่ ที่มีมติการพิจารณาเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย ตั้งแต่ เดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2551-เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 รวมทั้งสิ้นจำนวน 2,360 ราย โดยกลุ่มความเสียหายจากกรณีติดเชื้อวัณโรคและกรณีเจ็บทรวงอกและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี จำนวน 344 ราย เกี่ยวกับปัจจัยในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ ระดับความรุนแรงของความเสียหาย ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย ในการพิจารณาของคณะกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้ข้อมูลสถิติภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการรวบรวมไว้ในรายงานการประชุมเกี่ยวกับผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขที่มีการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผ่านคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยเขตพื้นที่ที่มีมติการพิจารณาเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย ตั้งแต่ เดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2551-เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 1) เหตุผลประกอบมติของคณะกรรมการในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการ ชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารการประชุมทั้ง 13 เขตพื้นที่ โดยการคัดเลือกตัวแทนจากเอกสารการประชุมที่มีเหตุผลประกอบก่อนข้างครบถ้วน 3 เขต คือ เขตที่ 5 ราชบุรี เขตที่ 6 ระยอง เขตที่ 13 กรุงเทพมหานคร โดยในแต่ละเขตคัดเลือกกรณีตัวอย่างเขตละ 10 ราย โดยเป็นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายประเภทเดียวกันคือกรณีติดเชื้อวัณโรค 2) เหตุผลการยื่นอุทธรณ์ของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข และเหตุผลประกอบมติการพิจารณาตัดสินของคณะกรรมการในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข วิเคราะห์จากจำนวนผู้ยื่นอุทธรณ์ปี พ.ศ. 2551- พ.ศ. 2555 จำนวนทั้งสิ้น 114 ราย โดยแบ่งเป็น ปี พ.ศ. 2551 19 ราย ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 33 ราย ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 22 ราย ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 21 ราย และปี พ.ศ. 2555 จำนวน 19 ราย จากการสุ่มตัวอย่างทั้งหมด 10 ราย

การประเมินคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของแบบบันทึกข้อมูล (Validity) โดยนำแบบบันทึกข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำหนังสือขออนุญาตถึง (สำนักงานกฎหมาย) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อขอความร่วมมือเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลทุกข้อมูมมาบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง โดยรวบรวมข้อมูลก่อนข้างสมบุรณ์มาทำการสุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 344 ราย และทำการสุ่มวิเคราะห์ห้มีคิประกอบการพิจารณาของคณะอนุกรรมการและเหตุผลประกอบการยื่นอุทธรณ์ของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายในเขตบริการที่ 5 เขตบริการที่ 6 และเขตบริการที่ 13

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ ใช้ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัยโดยการเปรียบเทียบปัจจัยการจ่ายเงินชดเชยใช้สถิติ t-test และ ANOVA และ ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe และใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ

เขตบริการที่ได้รับความเสียหายส่วนใหญ่อยู่ในเขต 7 ขอนแก่น เขต 9 นครราชสีมา เขต 13 กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 9.9 รองลงมาเป็น เขต 6 ระยอง เขต 10 อุบลราชธานี ร้อยละ 9.3 ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขเป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.9 เพศชาย ร้อยละ 13.1 โรงพยาบาลที่ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายเป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 51.7 โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 41.6 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 2.9 ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยการพยาบาล ร้อยละ 71.8 เป็น

เจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในโรงพยาบาล ร้อยละ 13.4 แพทย์ ร้อยละ 7.6 ประเภทของความเสียหายของผู้ให้บริการเป็นประเภทการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง ร้อยละ 100

ส่วนที่ 2 ระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคและผู้ให้บริการได้รับความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี

ระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคจากจำนวนผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย 253 ราย ความเสียหายที่ได้รับอยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 94.5 รุนแรงมาก ร้อยละ 5.1 และระดับความรุนแรงน้อยร้อยละ 0.4 ระดับความรุนแรงของความเสียหายของผู้ให้บริการกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี จากจำนวนผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจำนวน 91 ราย ความเสียหายที่ได้รับมีระดับความรุนแรงน้อย ร้อยละ 97.8 รุนแรงปานกลาง ร้อยละ 1.1 และรุนแรงมาก ร้อยละ 1.1

ส่วนที่ 3 ปัจจัย ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย ในการพิจารณาของคณะกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ลักษณะความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคส่วนใหญ่ตรวจพบรอยโรควัณโรคและเชื้อวัณโรคชัดเจนหรือมีอาการแพ้ยารุนแรงไม่สามารถใช้ยาพื้นฐานได้ ร้อยละ 54.5 ตรวจพบรอยโรควัณโรคไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน ร้อยละ 41.9 และลักษณะความเสียหายของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีลักษณะบาดแผล ไม่ระบุขนาดบาดแผล ร้อยละ 79.6 บาดแผลขนาดน้อยกว่า 1 ซม. ร้อยละ 18.7 มีเลือดออก ร้อยละ 62.6 ปวด ร้อยละ 3.3 ภาวะสุขภาพของผู้ให้บริการหลังได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อวัณโรค ร้อยละ 92.1 ต้องรับประทานยาต้านวัณโรคและพบแพทย์เพื่อตรวจประเมินสุขภาพ ร้อยละ 7.1 ต้องรับประทานยาต้านวัณโรคพบแพทย์เพื่อตรวจประเมินสุขภาพและมีภาวะดีอียา ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีต้องรับประทานยาต้านไวรัสและพบแพทย์เพื่อประเมินสุขภาพ ร้อยละ 82.4 ลักษณะงานที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการที่ให้การรักษาสายสนับสนุนร้อยละ 78.7 และเป็นผู้ให้การรักษาสายสนับสนุนร้อยละ 21.3 กรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีพบว่าเป็นผู้ให้บริการที่ให้การรักษาสายสนับสนุนร้อยละ 97.8 และเป็นผู้ให้การรักษาสายสนับสนุนร้อยละ 2.2 ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรคปานกลางร้อยละ 91.3 ระยะ

เวลาความเสียหายมาก ร้อยละ 7.9 และระยะเวลาน้อย ร้อยละ 0.8 ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายกรณีเจ็บที่มด้าและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีน้อย ร้อยละ 96.7 ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายปานกลาง ร้อยละ 3.3 จำนวนเงินที่จ่ายชดเชยกรณีติดเชื้อมโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.9 น้อย ร้อยละ 33.2 มาก ร้อยละ 8.7 และระดับการจ่ายเงินชดเชยมากที่สุด ร้อยละ 3.2 กรณีได้รับความเสียหายจากการเจ็บที่มด้าและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อมโรค จำนวนเงินที่จ่ายชดเชยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.9 ปานกลาง ร้อยละ 23.1 มากที่สุด ร้อยละ 9.9 และน้อย ร้อยละ 1.1

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อมโรคและผู้ให้บริการได้รับความเสียหายกรณีเจ็บที่มด้าและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อมโรค กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขพบว่า ระดับความรุนแรงของความเสียหายกรณีติดเชื้อมโรคและกรณีเจ็บที่มด้าและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.5$)

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบปัจจัย ลักษณะความเสียหาย ภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายในการพิจารณาของคณะกรรมการ กับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างปัจจัยการพิจารณาด้าน ลักษณะความเสียหายกรณีติดเชื้อมโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนกรณีเจ็บที่มด้าและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อมโรคไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ปัจจัยด้านสุขภาพหลังได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อมโรคกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนกรณีเจ็บที่มด้าและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อมโรคไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายกรณีวินโรกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) กรณีเจ็บทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ปัจจัยด้านลักษณะงานที่รับผิดชอบกรณีวินโรและกรณีเจ็บทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีกับจำนวนเงินที่จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

สรุปมติการพิจารณาของคณะอนุกรรมการเขต 5 เขต 6 เขต 13 ด้านความคล้อยคลึงของมติพบว่ามีการใช้เกณฑ์ในการพิจารณาตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนความแตกต่างของมติผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ พบว่ามีพิจารณาโดยคำนึงถึงความเสียหายในแง่เศรษฐฐานะและภาระครอบครัวของผู้ให้บริการรวมทั้งมีการใช้หลักการในการคำนวณระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายประกอบการพิจารณาด้วย ส่วนด้านสาเหตุการยื่นอุทธรณ์ของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายมีการระบุว่าผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายว่าได้ระมัดระวังตัวและป้องกันตัวเองอย่างเต็มกำลังความสามารถแล้วแต่เป็นเหตุสุดวิสัย ค่าชดเชยที่ได้รับน้อยเกินไปเมื่อเทียบกับรายได้ที่ผู้ร้องต้องสูญเสียในระหว่างได้รับความเสียหาย ความเสียหายที่เกิดขึ้นบ้างครั้งกระบวนการรักษาที่ได้รับยังไม่สิ้นสุด และความเสียหายที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพแก่ผู้ร้อง ครอบครัว และอาจส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการอีกด้วย

อภิปรายผลการวิจัย

การเปรียบเทียบปัจจัยด้านลักษณะความเสียหายกรณีวินโรกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขพบว่ามีความแตกต่างกันส่วนการเปรียบเทียบปัจจัยด้านลักษณะความเสียหายกรณีเจ็บทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าการจ่ายเงินกรณีวินโรนั้นมีการแบ่งประเภทในการแยกการจ่ายเงินที่ทำให้เห็นชัดเจน ทำให้คณะอนุกรรมการสามารถพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือได้ตามลักษณะความเสียหายที่มองเห็นเป็นรูปธรรม ส่วนกรณีความเสียหายถูกเจ็บทิ่มตำนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้วางแนวทางในการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยไว้นั้น ทำให้การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยค่อนข้างตายตัว เนื่องจากจากการศึกษาไม่พบรายงาน

ผลเลือดผู้ให้บริการหลังเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดตรวจร่างกายแล้วมีผลเลือดเป็นบวก แต่จากแนวทางดังกล่าวผู้วิจัยเห็นแม้การที่ผู้ให้บริการได้รับอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดจะมีได้หลายกรณี แต่ถ้ามีการพิสูจน์ทราบว่าเป็นเข็มหรือของมีคมที่บาดนั้นมีการสัมผัสหรือใช้กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อมาก่อน เช่น ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี นั้นควรมีแนวทางการจ่ายเงินที่ครอบคลุมผู้ให้บริการกลุ่มนี้มากขึ้นเนื่องผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกลุ่มนี้จะต้องปฏิบัติตามหลักการของผู้ให้บริการที่สัมผัสเชื้อแล้ว ทั้งการรับประทายยา การเจาะตรวจผลเลือดเป็นระยะแล้วยังต้องเผชิญกับภาวะหวาดกลัวทางด้านจิตใจที่สูงกว่ากลุ่มผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายในลักษณะอื่น ๆ อีกด้วย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพหลังได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือตับอักเสบบีช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน จากงานวิจัยจะเห็นได้ว่าคณะกรรมการก่อนข้างจ่ายเงินช่วยเหลือโดยพิจารณาตามภาวะสุขภาพหรืออาการข้างเคียงที่ได้รับภายหลังการรักษา ร่วมด้วย ส่วนความเสียหายกรณีเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่ากรณีเข็มทิ่มตำในกรณีต่างนั้น ๆ แม้ว่าจะเน้นไปที่การรับประทายยาต้านไวรัสภายหลังการถูกเข็มทิ่มตำ และผลเลือดของผู้ให้บริการหลังได้รับความเสียหายแล้วมีการระบุจำนวนเงินชดเชยไว้แล้วนั้นแต่ในกรณีบาดแผลอื่น ๆ ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของคณะกรรมการทำให้เกิดความหลากหลายทางด้านการพิจารณาของแต่ละเขต ปัจจัยด้านลักษณะงานที่รับผิดชอบที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการจ่ายเงินช่วยเหลือที่แตกต่างกันแสดงให้เห็นผู้ให้บริการที่ยื่นคำร้องมาทั้งหมดนั้นส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยแต่ก็มีผู้ให้บริการบางส่วนที่แม้จะมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยแต่ช่วงระยะเวลาค่อนข้างน้อยอาจต้องมีการตรวจสอบประวัติการสัมผัสกับบุคคลอื่น ๆ ร่วมด้วย ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือตับอักเสบบีช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยทำให้เห็นว่าการระยะเวลาการเจ็บป่วยมีผลต่อการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยโดยผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายเป็นระยะเวลานานมีโอกาสที่จะได้เงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยมากกว่ากลุ่มผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกรณีเดียวกันส่วนกรณีผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายกรณีถูกเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีนี้นั้นส่วนมากไม่ได้เข้ารับการรักษาทันทีที่โรงพยาบาลเนื่องจากบาดแผลที่ได้รับเล็กน้อยจึงไม่พบความแตกต่างทางด้านระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย สรุปเหตุผลประกอบมติของคณะกรรมการในการพิจารณาในการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขในเขตที่ 5 เขตที่ 6 และเขตที่ 13 ที่มีความแตกต่างกัน คือการพิจารณาของคณะกรรมการโดยคำนึงถึงความเสียหาย

ในแง่เศรษฐฐานะ และภาระครอบครัวของผู้ร้องร่วมด้วย สอดคล้อง กับแนวคิดทางกฎหมายในการชดเชยที่กล่าวว่าการชดเชยนั้นต้องมีการกำหนดมาตรการฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ที่ได้รับความเสียหายกลับคืนสู่สภาวะปกติและในการจ่ายค่าตอบแทนความเสียหายควรมีการตอบแทนความเสียหายที่เกิดตามความเหมาะสมตามสัดส่วน ทั้งนี้การชดเชยความเสียหายควรรวมความเสียหายทางด้านร่างกาย จิตใจ สูญเสียโอกาส สูญเสียรายได้ ทรัพย์สิน เป็นต้น ส่วนเหตุผลที่ผู้ร้องยื่นอุทธรณ์นั้นเกิดจาก 1. ผู้ร้องคิดว่าการปฏิบัติงานนั้นเกิดจากเหตุสุดวิสัย 2. ความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นกระบวนการรักษาที่ได้รับยังไม่สิ้นสุด เนื่องจากมีบ้างกรณีขณะที่ผู้ร้องยื่นคำร้องเพื่อการพิจารณานั้นกระบวนการรักษาทางการแพทย์ยังไม่สิ้นสุดจึงทำให้ผู้ร้องยื่นอุทธรณ์ 3. ภายหลังจากได้รับความเสียหายผู้ร้องยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ ในการวินิจฉัยนั้นควรวินิจฉัยตามพฤติการณ์และความร้ายแรงต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยถ้ามีการกำหนดกฎเกณฑ์ที่ชัดเจนก็จะเพิ่มความรวดเร็วและประหยัดระยะเวลาในการพิจารณาส่วน กระบวนการและขั้นตอนการพิจารณาจ่ายค่าชดเชยควรมุ่งที่จะทำให้ระบบมีความเป็นมาตรฐานตามเกณฑ์ที่ระบุในกฎหมาย โดยเกณฑ์ที่สร้างนั้นจะต้องสามารถอ้างอิงได้ และมีการพัฒนาให้มีความน่าเชื่อถือและเป็นปัจจุบันตลอดเวลา

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยการเปรียบเทียบปัจจัยในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พบว่าปัจจัยความรุนแรงของความเสียหาย ลักษณะความเสียหาย สภาพสุขภาพหลังได้รับความเสียหาย ระยะเวลาที่ได้รับความเสียหาย กรณีได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยมีความแตกต่างกัน ส่วนกรณีเจ็บป่วยและของมีค่าที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าปัจจัยด้านความรุนแรงของความเสียหายกับจำนวนเงินที่จ่ายช่วยเหลือเพื่อการชดเชยมีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายควรมีการบันทึกข้อมูลรายละเอียดความเสียหายอย่างชัดเจนตามแบบฟอร์มที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนดเพื่อช่วยในการประกอบการวินิจฉัยซึ่งจะส่งผลให้การวินิจฉัยรวดเร็วและครอบคลุมทุกด้านของความเสียหาย

2. ควรมีการพัฒนาเกณฑ์แนวทางการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยในกรณีความเสียหายอื่น ๆ ให้มีความเป็นรูปธรรมชัดเจนยิ่งขึ้น และทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วแบบแผนเดียวกันในทุก ๆ เขตเพิ่มความน่าเชื่อถือและแสดงให้เห็นถึงความยุติธรรมของคณะกรรมการและคณะกรรมการ
3. ควรมีการเปิดเผยถึงหลักเกณฑ์รายละเอียดการพิจารณาที่เป็นแนวทางให้คณะกรรมการ และผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายทราบตามความเหมาะสม เพื่อแสดงถึงความโปร่งใสที่มีแล้วในองค์กรให้เป็นที่ยอมรับแก่สาธารณะตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงความเสียหายในกรณีอื่นที่เกิดขึ้นรวมด้วย เช่นกรณีถูกทำร้ายร่างกาย กรณีได้รับความเสียหายในขณะปฏิบัติงานส่งต่อ เป็นต้น เพื่อศึกษาแง่มุมการพิจารณาของคณะกรรมการในด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย
2. ควรมีการศึกษาคำพิจารณาของคณะกรรมการในเขตอื่น ๆ อย่างละเอียดพร้อมด้วยเพื่อหาสาเหตุประกอบการพิจารณาอื่น ๆ และเป็นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงความโปร่งใสและเป็นธรรมในองค์กร
3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการจ่ายเงินชดเชยในรูปแบบเดียวกันในกองทุนอื่น ๆ เช่น กองทุนการจ่ายเงินทดแทน หรือกองทุนที่เกี่ยวกับการจ่ายเงินชดเชยผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการประกอบอาชีพทั้งในประเทศและต่างประเทศ

COMPARATIVE FACTORS ON DETERMINING HEALTH SERVICE DAMAGE COMPENSATION FOR HEALTH CARE PROVIDERS

CAPTAIN PAPHAN KAEWTES 5437302 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) PROGRAM IN MEDICAL AND PUBLIC HEALTH
LAW ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHARDSUMON PRUTIPNYO, Ph.D.
(DEMOGRAPHY), CHET RATCHADAPNNATHIKUL, Ph.D.(DEMOGRAPHIC
STUDY), NITHAT SIRICHOTRAT, Dr.P.H.(PREVENTIVE CARE)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problems

The National Health Insurance Act of B.E. 2545 has the purpose for people to receive thorough standard and effective service. Therefore, there shall be arrangement of public health service system which is necessary for health and living so that there is standard medical care (The National Health Security Act of 2002: 28). The standard medical care has several important components. Human resources who are health personnel are one component in moving medical care to be standardized. Health personnel are main and important force group in health system. Medical and public health work has duty to reduce suffering and create good health to people who receive service, accepting burden and responsibility to help take care health of people and to be dependence of people in general.

Therefore, practitioners need to have a healthy body and a healthy mind for performing complete task and duty provided to people with quality and effectiveness. (Sarat Songmueang et al, 2011: 263-264), but from the report regarding creating health insurance coverage for the year 2011 to assess the satisfaction of service receivers and service providers in general found that service receivers had

higher satisfaction with the service than service providers. The satisfaction marks of the service providers in the year 2011, representing 66.86 percent reducing for 11.89 per cent from the year 2010 which showed that there were still some problems with the management which did not meet the expectations of service providers.

As practitioners had opportunity to expose to threats to human health and unsafe place inevitably. Furthermore, hospital work had complex manner and process of working, so it had result in some people with chronic illness or accidents. In health services, sometimes service provider itself may have been damaged from services. Such damage can occur in several cases. Therefore, in order to alleviate the suffering of those who have been damaged, the law on National Health Insurance is scheduled to take measures to help primarily. The National Health Insurance Board has issued regulations to be used as guidelines in providing primary assistance. The National Health Board has set the rules, procedures and conditions for the payment of primary assistance fund in case service providers have been damaged by public health service from Fiscal Year 2003. From the report it was found that petitioners who had been damaged by the service had the following causes: 1) the needle stabs, or there were injuries from sharp things; 2) service providers had exposed to secretions of patients splashed into the face or touching the wound; 3) the cause was obtaining of tuberculosis; 4) the cause was attack of the patients and 5) other cases. (Law Office, The National Health Insurance Office, 2007).

From consideration of the payment of assistance fund after the development of criteria and guidelines for the National Health Insurance Office. Service providers who have been damaged by the public health service has filed a request for assistance fund preliminarily, there were issues of interest, including, in some cases, the damage caused by the same type and intensity, but service providers received different amount of money. This is consistent with the research of Pattaphong Ketsomboon et al (2010: 82-86), it was found that the problems were intermittent and vague in diagnostic action to determine the primary payments of assistance; (under Section 41), which led to the issue of unfairness and from the statistical report of the Law Office, the National Health Insurance Office (2013; it was found that the number of appellants increased. The researcher then was interested to study factors in consideration of the payment of assistance fund for compensation if the service

providers have been damaged by the public health service. When comparison was made on the factors considered by the subcommittees in 13 districts in the case of similar damage, from the year 2008-2012 after the notice of criteria for paying of assistance fund for compensation in case service providers have been damaged by the public health services in the year 2008, but there was no analysis or evaluation of the announcement. In this study, the researchers expect to be able to use this information to improve the assessment criteria to ensure fairness to the provider. Reduce the number of appeals was satisfied to service providers who have been devastated by the Public Health Service. And achieve the real purpose of regulating the National Health Security Board. The criteria for assistance to pay compensation. If the property has been damaged by the Public Health Service.

Research Objectives

1. To compare the severity levels of damage in consideration of the Subcommittee and the amount of aid to pay as compensation in case service providers were damaged by the public health service.
2. To compare the factors to be considered, damage characteristics, condition of health after receiving damage, manner of responsible work, period of obtaining damage in the consideration of the subcommittee and the amount of aid to pay compensation in case service providers were damaged from public health service.

Research Model

This research is data survey research of service providers who have been damaged. The data was recorded and collected at the National Health Insurance Office, using secondary data to analyze, synthesize and collect data by using the data record form.

Population and Sample Group Used in the Research

The population in the study contained service providers suffering from damage from providing public health service and submitting complaints to National Health Insurance Office that the Subcommittee considered that they were under the criteria of paying assistance amount of money primarily for compensation. The researcher used the information in October 2008 to September 2012, in the total number of 2,360 people. Random sampling was used from sample groups of service providers that have been damaged in case of infectious tuberculosis and stabbing by needles and some part of body was cut by sharp things, associated with HIV infection. Sample group was calculated to be equal to 344 persons. There was random sampling as Two- stage sampling.

Research Tools

Part 1 is the form for recording the information in quantitative research, by the secondary data of the National Health Insurance Office that has compiled in a minutes of meeting relating with service providers who have been damaged by public health service, that there is submitting petition to receive paying assistance amount of money primarily for compensation passing the subcommittee who would diagnose the claims for compensation payments to 13 areas which the subcommittee had resolution to consider eligible for financial aid to pay compensation since October 2008 to September 2012, in total of 2,360 cases of random damage in tuberculosis cases and needle stabbing and injuries from cutting by sharp things associated with the infectious HIV on 344 cases. Regarding the factors in consideration of the payment of contributions for compensation, in case service providers have been damaged by providing public health service, containing the personal characteristics of service providers. The severity levels of damage, damage characteristics, health after receiving damage, characteristics of the work in responsibility, time that has been damaged, consideration of the Subcommittee and the amount of aid to pay compensation in case service providers have been damaged by providing public health service.

Part 2 is the form for recording qualitative data, using secondary data of the National Health Insurance Office has compiled in the minutes of meeting relating with service providers that have been damaged by public health service who submitted requests for a grant to pay compensation through Subcommittee who considered and diagnosed the requests for a grant to be compensation in the area of the resolution to be considered eligible for assistance to receive payment of compensation since October 2008 to September 2012, considering: 1) Reasons for the decision of the Subcommittee to consider paying aid for compensation in case service providers have been damaged by providing public health service, by analysis of the documents of the meeting in 13 areas. There was selection of representatives from the meeting documents with considerably complete reasons of three areas ,including Area 5; Ratchaburi, Area 6; Rayong and Area 13; Bangkok Metropolis. In each area, there was selection of sample cases of 10 people; they were service providers that have been damaged, in the same case for tuberculosis; 2) the reasons for the appeal of service providers that have been damaged by public health service and reasons for resolution for consideration to have the decision of the committee to consider paying aid for compensation in case service providers have been damaged by providing public health service, making analysis of service providers who appealed in the year 2008-2012 totaled 114, numbering 19 persons were classified in the Year 2008; in the Year 2009 numbering 33 persons, in the Year 2010 numbering 22 cases, in the Year 2011, numbering 21 cases and in the Year 2012, numbering 19 cases out of a random sample of 10 cases.

Assessment of Tool Quality

It is the finding of Validity of data, giving data record form to three experts for reviewing of the content.

Data Collection

The researcher had written letters to request for permission to Law Office, the National Health Insurance Office to obtain cooperation for collection of data. The

researcher used secondary data to be recorded in the data recording form manually. The collection of information is quite complete to the sampling and analysis of data on 344 patients. The researcher randomly analyzed the resolutions for consideration by the Subcommittee and reasons for submitting of the appeal of service providers that have been damaged in Service Area 5, Service Area 6 and Service Area 13.

Data Analysis

Descriptive statistics are used to describe personal characteristics by using statistics, percentage, mean and standard deviation. Analytical statistics are used in testing research hypotheses by comparing the factors to compensate. The researcher used statistics of t-test and ANOVA and pair testing with Scheffe methods and used content analysis in the analysis of qualitative data.

Research Result

Part 1 personal characteristics of service providers

Service areas which have been damaged, mostly in Area 7; Khon Kaen; Area 9 Nakhon Ratchasima; Area 13, Bangkok Metropolis, for 9.9 percent. The following level was Area 6; Rayong, Area 10; Ubon Ratchathani, for 9.3 percent. Service providers that have been damaged by public health service were female, for 86.9 percent; male, for 13.1 percent. Hospitals that service providers have been damaged were community hospitals, for 51.7 percent; hospitals as medical centers or general hospitals, for 41.6 percent and Health Promotion Hospital, for 2.9 percent, most service providers were nurses or nursing assistants or nursing assistant staff, for 71.8 percent, other staff in hospitals, for 13.4 percent, physicians for 7.6 percent. Types of damage of service providers were continuous injury or illness, for 100 percent.

Part 2 there were the severity levels of damage in case service providers obtained damage from infectious tuberculosis and service providers who were damaged from needle stabbing and injuries from cutting by sharp things associated with HIV infection.

Severity levels of damage in case of tuberculosis infection from service providers that have been damaged, for 253 people. Damages have been at the moderate severity for 94.5 percent, much severe for 5.1 percent and a slight severe for 0.4 percent level. Severity levels of the damage of service providers, in case of needle stabbing and injuries from cutting by sharp things associated with HIV infection from the number of service providers have been damaged for total of 91 cases. The damage which was less severe, for 97.8 percent, with moderate severe for 1.1 percent and very severe for 1.1 percent.

Part 3 factor, manner of damage, condition of health after receiving damage, manner of responsible work, time that service providers have been damaged, in consideration of the Subcommittee and the amount of aid to pay compensation in case service providers have been damaged by providing public health service

The damage of tuberculosis mainly there was detection and finding of lesions of tuberculosis and tuberculosis infection which was clearly seen, or severe drug allergy, so basic drug could not be used, for 54.5 percent. There was finding of lesions of tuberculosis but there was no clear tuberculosis for 41.9 percent. The damage of service providers that have been damaged from needle stabbing and injuries from cutting by sharp things associated with HIV infection. Manner of wound, the wound size was not specified for 79.6 percent. Wounds that had size less than 1 cm. for 18.7 percent; bleeding, for 62.6 percent; pain for 3.3 percent. Health of service providers after receiving damage from tuberculosis infection, numbering 92.1 percent had to take drug for protecting from tuberculosis and seeing the doctor to assess health, for 7.1 percent. Service providers who had to take drug for protecting from tuberculosis and see doctors to assess the health and have drug resistance, health after receiving damage from the needle stabbing and injuries from cutting by sharp things associated with the infectious HIV need to take drug for anti-virus and see doctor to

assess the health for 82.4 percent. Manner of work in responsibility of service providers that have been damaged in case infecting tuberculosis was mainly service provider to have medical treatment and provide direct nursing for 78.7 percent and was the medical support for 21.3 percent of needle stabbing and injuries from cutting by sharp things associated with HIV infection, it was found that they were service providers providing medical treatment and providing direct nursing for 97.8 percent and was in the hospital supporting for 2.2 percent. The period of damage when infecting tuberculosis in the moderate level for 91.3 percent. Time of much damage for 7.9 percent and less time for 0.8 percent. Time of damage when the needle stabbing and injuries from cutting by sharp thing associated with the infectious HIV in less level was 96.7 percent; time which was damaged moderately was 3.3 percent. The amount paid for compensation for tuberculosis mostly was in moderate level was 56.9 percent; the amount paid for compensation for tuberculosis in less level was 33.2 percent; the amount paid for compensation for tuberculosis in much level was 8.7 percent and the level of compensation paid most was 3.2 percent. Cases that have been damaged by the needle stabbing and injuries from cutting by sharp things. associated with HIV infection largely the amount paid was high for 65.9 percent, moderate level was 23.1 percent; the highest 9.9 percent and in less level was 1.1 percent.

Part 4 there was comparison of severity levels of damage in case service providers are damages in case of infection of tuberculosis and service providers are damaged in case needle stabs and cutting by sharp things related with HIV infection and the amount that was paid as assistance fund for compensation in case service providers are damaged because of public health service providing.

The analysis and comparing difference of severity levels of damage in case service providers are damaged in case of infection with tuberculosis and the amount of money paid as assistance fund for compensation in case service providers are damaged because of providing public health service, found that there were different severity levels of damage in case of tuberculosis infection and injuries in case of needle stabbing and cutting by sharp things were associated with HIV infection and the amount of assistance fund to pay compensation if service providers have been

damaged by public health service providing with statistical significance (P-value <0.5).

Part 5 there was comparison of factors, manner of damage, condition of health after receiving damage, manner of responsible work, period of time that has been damaged in the consideration of the Sub-committee and the amount of assistance fund to pay compensation if service providers have been damaged by public health service providing.

There was analysis to compare the difference by using factors for considering in the manner of damage in case of tuberculosis and amount of money paid for assistance to pay compensation if service providers have been damaged by public health service providing, was found that there was difference with statistical significance ($p < 0.05$). Regarding needle stabbing and injuries because of cutting by sharp things associated with the HIV infection did not have difference with statistical significance ($p > 0.05$). Factors of health after receiving damage, in case of tuberculosis and the amount of assistance fund to pay compensation if service providers have been damaged by public health service providing had difference with statistical significance ($p < 0.05$). Regarding needle stabbing and injuries because of cutting by sharp things associated with HIV infection did not have difference with statistical significance ($p > 0.05$). Regarding factors of time period of obtaining damage for tuberculosis and the amount of money paid for assistance for compensation to service providers who have been damaged by the public health service had difference with statistical significance ($p < 0.05$). In case of needle stabbing and injuries from cutting by sharp things associated with HIV infection did not have difference with statistical significance ($p > 0.05$). Factors of manner of work in responsibility and in case of tuberculosis and in case that needle stabbed and injuries from cutting by sharp things were associated with HIV infection and the amount paid for compensation if service providers have been damaged by public health service providing did not have difference with statistical significance ($p > 0.05$).

Part 6 the analysis result of qualitative data

The summary of the consideration resolution of the Subcommittee in Area 5, Area 6 and Area 13 in the aspect of semblance of the resolution, it was found that there was using of criteria in consideration according to the guidelines of the National Health Insurance Office. The difference of the resolution, from the consideration result of Subcommittee, it was found that there was consideration by taking into account the damage in the status and burden of the family of service providers, as well as there was use of the principle of calculating the period of damage for consideration as well. In the aspect of cause of submitting the appeal of service providers that has been damaged, there was determining whether service providing that has been damaged, service providers have been careful and protect themselves at full capacity, but it was force majeure. Compensation was too little when comparing with income that the petitioner has to lose during the period that the petitioner has been damaged. The damage that has happened sometimes, obtained treatment process was not ended and occurred damage was affected on health of the petitioner and family and may affect service receivers as well.

Discussion of Findings

The comparison of the factors of damage manner in cases of tuberculosis and the amount of assistance to pay as compensation in case service providers has been damaged by public health service, found that there is difference. The comparison of factors of the damage in case of needle stabbing and injuries from cutting by sharp things associated with HIV infection is no different, showing that paying of amount of money in tuberculosis cases are categorized in separate payment that is made clearer, helping the Subcommittee to consider paying, according to the damage that is visible in concrete form . In case of damage from needle stabbing, National Health Insurance Office has placed guidelines in order to pay assistance amount as compensation so that paying assistance amount as compensation is somewhat stereotyped as in the study there was not found report of blood result of service providers, after there was accident of needle stabbing and injuries from cutting by sharp things. When there was physical examination, blood test result was positive, but from the approach, the researcher had

the opinion that service providers have incidences of needle stabbing and injuries from cutting by sharp things that occurred in several cases, if it was proved that the needle or sharp thing that cut the service providers were exposed to or infected with patients, for example, in patients infected with hepatitis B virus, patients infected with hepatitis C virus or patients infected with HIV, there should be a guideline for paying compensation, in order to cover this group of service providers that have been damaged, because this group of service providers that have been damaged will behave according to the principles of service providers that exposed diseases. This group of service providers had to give medication, penetrate for checking the blood from time to time. They had to face with psychological terror higher than service providers that have been damaged in other ways. Factors on health after such service providers obtained damage, in case they infected with tuberculosis and the amount of money that was paid as compensation in case service providers have been damaged by public health service were different. Previous research showed that the subcommittee paid an allowance based on health status or side symptom that was obtained after medical treatment. The damages in case of the needle stabbing and injuries from cutting by sharp thing associated with HIV infection were not different. This showed that cases of needle stabbing in several cases, even though it focused on taking of antiretroviral drugs after needle stabbing and the blood test result of service providers, after obtaining damage, there was specifying of amount of damage compensation. However, in case of other cuts, the National Health Insurance Office ordered to base on the deliberations of the subcommittee. Therefore, considering of each area had variety of consideration. Factors regarding the manner of responsible work that was different did not affect the different paying of assistance amount of money, showing that most service providers that appealed were service providers that interacted directly with patients. However, some service providers even though they had direct interaction with patients, the period was relatively little. There should be checking of contacting with other people. Factors on the duration of obtaining damage in case of infecting with tuberculosis and amount of money to pay for assistance fund for compensation, in case service providers are damaged because of providing public health service, were different with statistical significance.

The research results showed that the duration of illness affected to payments paid to help for compensation to service providers that have been damaged for a long time had opportunity to get aid to more compensation than those groups of service providers who have been damaged in the same case. The case that service providers who have been damaged in case of needle stabbing and injuries from cutting by sharp things associated with HIV infection, most people have not been admitted into hospital because the wounds received were minor, therefore, there was no significant difference in the length of time of damage. The summary of reasons for the resolution of the subcommittee in order to consider of payments paid to help for compensation in case service providers have been damaged by the public health service in Area 5, Area 6 and Area 13 were different. In the consideration of the subcommittee with regard to damage for status and family burden of the petitioner was harmonious with the legal concept in compensation, saying that such compensation shall be prescribed for rehabilitation measures so that service providers who have been damaged returned to normal. In payments paid to help for compensation, there should be compensation for occurred damages according to the appropriateness and proper proportion. The compensation should include physical, psychological damage, loss of opportunity, loss of income, property, etc. The reason is attributed to the petitioner appealed occurring from 1. the petitioner is that the performance is caused by force majeure, 2. Damage that was occurred happened from healing process was not ended, because there were some cases when the petitioner filed a petition for review of the medical procedures that were not followed, making the petitioner to file an appeal; 3. after receiving damage, the petitioner was disabled. The diagnosis should be determined by the circumstances and severity of the damage occurred. If the rules are clear, it is quicker and saves time in considering. Processes and procedures for determining compensation should make the system to have standard according to the criteria specified in the law. The criteria that is created could be used in reference and it should be developed to be reliable and up to date at all times.

Conclusions and Recommendations

The research compared the factors in consideration of the payment of contributions for compensation in case service providers are damaged because of providing public health service, it was found that the factors of severity of the damage, type of damage of health after receiving damage, time period that has been damaged, in case there was damage from infection by tuberculosis and payments paid to help for compensation, had difference. In case of needle stabbing and injuries from cutting by sharp thing associated with HIV infection, it was found that the factors on severity of damage and payments paid to help for compensation, had the difference.

Recommendations on Bringing the Research Results to be used

1. The service provider that has been damaged should record the information and detail of damage clearly in the form determined by National Health Insurance Office to assist in the diagnosis which will result in prompt diagnosis and all comprehensive aspects of damage.
2. There should be development of guideline criteria of paying assistance amount of money for compensation in the event of other damages to have more concrete form and to be clearer. It will give more convenience and there will be similar pattern in every area, adding credibility and demonstrating the fairness of the Subcommittee and the Board.
3. There should be providing a detailed disclosure of the criteria of consideration so that there will be a central concept to the subcommittee and service providers that have been damaged for acknowledgement as appropriate, to show the transparency that is already in the organization, so that it is clear to the public according to the spirit of the law.

Recommendations for Further Research

1. There should be study about the damage that occurs in other cases. For example, assaults on body, or cases of occurred damage during the work operation of

referring patients forward, for instance. This will study about aspects of the resolution being considered by the Subcommittee in other aspects as well.

2. There should be study about consideration of Subcommittee in other areas in detail together with this study, to find other causes for consideration and being empirical evidence to show transparency and fairness in the organization.

3. There should be study of paying of compensation in the same form in other funds, for example, fund for paying compensation fund, or funds for paying compensation to those who have suffered damage from their careers both locally and abroad.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). ประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาทีมประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพกับงานอาชีวอนามัย และความปลอดภัยในโรงพยาบาล [ออนไลน์]. เข้าถึงจาก: <http://advisor.anamai.moph.go.th/HPH/NEWS/ergo14.html>. (วันที่ค้นข้อมูล: 1 พฤศจิกายน 2555).
- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. (2554). พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานพ.ศ. 2554. [ออนไลน์]. เข้าถึงจาก: <http://www.hrcenter.co.th/law/safet>. (วันที่ค้นข้อมูล: 1 พฤศจิกายน 2555).
- กองทุนทดแทน สำนักงานประกันสังคม. (2555). รายงานประจำปี 2554 กองทุนทดแทน สำนักงานประกันสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 1.
- กำพล วันทา.(2552). อำนาจดุลพินิจของผู้บังคับบัญชา. [ออนไลน์]. เข้าถึงจาก <http://gumpolwanta.blogspot.com/2009/05/blog-post.html>. (วันที่ค้นข้อมูล: 12 ตุลาคม 2555).
- คณะกรรมการปรับปรุงกฎหมายเพื่อการพัฒนาประเทศ. (2546). รายงานการศึกษาและข้อเสนอแนะเรื่อง การปรับปรุงอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการตามกฎหมาย. [ออนไลน์]. เข้าถึงจาก : <http://www.lawreform.go.th>. (วันที่ค้นข้อมูล: 7 ธันวาคม 2555).
- จรวยพร ธรณินทร์. องค์ประกอบคณะกรรมการสำคัญใน ราชการแนวหน้าปฏิรูป. [ออนไลน์]. เข้าถึงจาก <http://www.charuaypontorranin.com> (วันที่ค้นข้อมูล: 2 ธันวาคม 2555).
- เฉลิมศักดิ์ วงศ์ศิริวัฒน์. (2554). ดุลพินิจในการออกคำสั่งทางปกครอง. [ออนไลน์]. เข้าถึงจาก http://www3.excise.go.th/ebook/dep2/Law.../Law_regulation-24.doc. (วันที่ค้นข้อมูล: 13 ธันวาคม 2555).
- เชษฐ รัชดาพรณาทิกุล. (2554). “กฎหมายว่าด้วยความปลอดภัยและอาชีวอนามัย”. ใน บริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข 2554. ฉัตรสุมน พงศ์ภิณูโย, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร.
- ชไมพร เป็นสุข และคณะ. (2549). ผลของแผนงานป้องกันการบาดเจ็บจากของมีคมในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. นิพนธ์ต้นฉบับ. วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร; 24(4) ก.ค.-ส.ค.

- ทองปาน เจือกาม. (2556). การติดเชื้อวัณโรคในบุคลากร โรงพยาบาลแม่สอด. วิทยานิพนธ์พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธีระ วรรณรัตน์. (2555). ทศวรรษที่ 2 หลักประสพภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน: การประชุมวิชาการ
เรื่อง “ธรรมนูญการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”การประชุมหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าในทศวรรษที่สอง. HSRI Forum ฉบับพิเศษ; 1(ฉบับพิเศษ) พฤษภาคม 2555.
- ธานินทร์ กรัยวิเชียร. (2547). กฎหมายกับความยุติธรรม. [ออนไลน์]. เข้าถึงจาก http://elib.coj.go.th/Ebook/data/E10_2009_56.pdf. (วันที่ค้นข้อมูล: 12 มกราคม 2556)
- นรวิรุ จัวแจ่มใส. (2546). การป้องกันวัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์. วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์
คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า; 20(1) ม.ค.-มี.ค.
- เนสินี ไชยเอีย, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์, ทิพาพร กาญจนราช, จุฬารัตน์ คงเพชร, ศิริลักษณ์ พานิช. การ
หยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของบุคลากรงานบริการการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์.
Srinagarind Medical Journal; 17(3) ก.ค.-ก.ย. 2545.
- ดาร์รัตน์ ดำรงกุลชาติ. (2540). การติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการ
ติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และสุกสิทธ์ พรหมนารุโณทัย. (2548). ทางเลือกการออกแบบระบบชดเชยความ
เสียหายแก่ผู้ป่วย. วารสารวิชาการสาธารณสุข; 14: 941-954.
- ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2553). การวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์จากบริการทางการแพทย์เพื่อการจ่าย
ชดเชย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข; 4(1) ม.ค.-มี.ค. 2553.
- ประกาย พิทักษ์ และผกากรอง ลุ่มพิกานนท์. การป้องกันการติดเชื้อที่เป็นปัญหาในบุคลากร. โรงพยาบาล
ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545. ราชกิจจานุเบกษา. (เล่ม 1199 ตอนที่ 116 ก.
วันที่ 18 พฤศจิกายน 2545).
- พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554. ราชกิจจา
นุเบกษา. (เล่ม 128 ตอนที่ 4 ก. วันที่ 17 มกราคม 2554).
- เพชรน้ำผึ้ง เทพพิพิธ. (2547). ปัญหาการดำเนินคดีและการชดเชยความเสียหายในคดีมลพิษ. เอกสาร
วิชาการส่วนบุคคลการอบรมผู้พิพากษาศาลชั้นต้น: วิทยาลัยข้าราชการตุลาการศาล
ยุติธรรม สถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม.

- พัชรา ทิพย์ทัศน์. (2550). ชุดบทเรียนเพื่อพัฒนาตนเอง ตอนที่ 1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้นำ. [ออนไลน์]. เข้าถึงจาก: http://www.br.ac.th/E-learning/lesson1_2.html. (วันที่ค้นข้อมูล: 12 มกราคม 2556).
- ภาคภูมิ เศรษฐกิจศิลป์. (2547). ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ตำรวจในการนำคดีอาญาเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม: กรณีศึกษาพนักงานสอบสวน กองบังคับการตำรวจนครบาล 5. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิชัย สังข์ประไพ. (2553). หลักกฎหมายมหาชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- มนต์ชัย ชนินทรลีลา. (2552). การใช้ดุลพินิจทางกฎหมาย. [ออนไลน์]. เข้าถึงจาก: <http://www.library.coj.go.th>. (วันที่ค้นข้อมูล: 3 พฤศจิกายน 2555)
- รัชพล ฟองทอง. (2554). พัฒนาการกำเนิดความคิดทางกฎหมาย. [ออนไลน์]. เข้าถึงจาก: http://www.esu.ac.th/main/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=30. (วันที่ค้นข้อมูล: 3 พฤศจิกายน 2555).
- วรพจน์ บุษราคัมวดี. (2551). เอกสารประกอบคำสอนวิชาองค์การและการจัดการ. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- วิฑูรย์ ศรีสุกใส. (2550). ผลการดำเนินการคุ้มครองสิทธิผู้เสียหายและจำเลยในคดีอาญาในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2555). รายงานประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงศวรรษแรก (2544-2553). พิมพ์ครั้งที่ 1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- วิไลวรรณ เพิ่มศิลป์ เพ็ญศรี ชำนาญวิทย์ สมหมาย จันทรอัมพร อัจฉรา บุญกาญจน์. (2555). Optimal Nursing Practice in Medicine. พิมพ์ครั้งที่ 1. นำอักษรการพิมพ์.
- วิษชุดา เทียนเกษง และเชิดชัย สุนทรภาส. (2555). การจัดการและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ณ โรงพยาบาลบ้านกรวด. วารสาร Original Article; 8(2) May-August 2012: 40-50.
- ศักดิ์เดช โพธิ์รัชต์. (2552). มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษดิ์ และหทัยชนก สุมาลี. (2553). ทางเลือกเชิงนโยบายเรื่องกองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

- ศิริลักษณ์ อภิวานิชย์ ถนอมวงศ์ มณฑจิตร และกำธร มาลาธรรม. (2555). การเฝ้าระวังการติดเชื้อโรคของบุคลากรในทีมสุขภาพโรงพยาบาลรามาธิบดี. วารสารพยาบาลรามาธิบดี; 18: 273-285.
- สมชัย วัฒนการุณ. (2552). การใช้ดุลพินิจในการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร. [ออนไลน์]. เข้าถึงจาก: <http://www.pub-law.net/publaw/view.aspx?id=1417>. (วันที่ค้นข้อมูล: 3 พฤศจิกายน 2555).
- สารัตน์ สองเมืองสุข ธวัช ชาญชยานนท์ อุมพร มุณีแนม. (2554). การจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วารสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 23 ณ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน ระหว่างวันที่ 23-24 ธันวาคม 2554: 263-264.
- สาธิตา ตันติยาพงศ์. (2551). ผลการของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางฝอยละอองจากระบบทางเดินหายใจและการลาป่วยของบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก สถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาขาชีวอนามัยและความปลอดภัย สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. (2549). อาชีวอนามัยและความปลอดภัยพื้นฐาน. [ออนไลน์]. เข้าถึงจาก: http://www.sut.ac.th/im/618241-BASIC_OCC/leson%201-2.htm. (วันที่ค้นข้อมูล: 5 พฤศจิกายน 2555).
- _____. (2555). อาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรค. ศูนย์แพทย์ โรงพยาบาลศิริราช.
- สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551). กลิ่นหัวใจดับไฟได้ การเยียวยาที่กว้างไกลกว่ามิติสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: สำนักพิมพ์ลายเส้น.
- สุภาภรณ์ วัฒนาร และคณะ. (2555). การเปรียบเทียบอัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื้อที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบของจังหวัดสระบุรี. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี.
- สุรจิต สุนทรธรรม. (2555). หลักการหลักประกันสุขภาพไทย. สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2555. นนทบุรี: บริษัท คัลเลอร์บุ๊กส์ จำกัด.
- สำนักกระบวนวิชา ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคระบาดวิทยาประจำปี. สัปดาห์; 43(18): 11 พฤษภาคม 2555.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2556. นนทบุรี: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555. นนทบุรี: บริษัท คัลเลอร์บุ๊กส์ จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2545). พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.
- สำนักงานนโยบายและแผน. (2555). ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2554. นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สำนักกฎหมาย. (2551). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [ออนไลน์]. เข้าถึงจาก: <http://www.pub-law.net/publaw/view.aspx?id=1417>. (วันที่ค้นข้อมูล: 3 พฤศจิกายน 2555).
- สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแบบเชิงรับ.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). คู่มือประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล (ฉบับปรับปรุงแก้ไข 2554). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หจก. อรุณการพิมพ์.
- สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1.
- สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (2550). คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านวัณโรค. สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. พิมพ์ครั้งที่ 1.
- เขาวรัตน์ อินทอง, ศิริลักษณ์ โพธิกุล, ชุศรี ปัญจวงศ์, ราตรี ศิริศิริรัักษ์. (2544). คู่มือการพยาบาลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เจ เอส การพิมพ์.
- อนามัย เทศกระติก. (2551). อาชีพอนามัยและความปลอดภัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โอ. เอส. พรินต์ติ้ง เฮาส์.
- อุไรพร จันทะอุ่มเฒ่า. (2554). การประเมินความพึงพอใจในการทำงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ภาษาอังกฤษ

- Denes, A.E., Smith, J.L., Maynaed, J.E., Doto, I.L., Berquist, K.R. & Fonkel, A.J. (1978). Hepatitis B infection in physicians: results of a nationwide seroepidemiologic survey. JAMA; 239: 210-212.
- Hutton MD, Stead WW, Cauthen GM, et al. (1990). Nosocomial transmission of tuberculosis associated with a draining tuberculous abscess. J Infect Dis; 161: 286-95.
- Maloney S, Pearson M, Gordon M, Del Castillo R, Boyle J, Jarvis W. Nosocomial. (1995). MDR-TB revisited: assessing the efficacy of recommended control measures in preventing transmission to patients and health care workers. Ann Intern Med; 122: 90-95.
- Paraskeui G, Maria P, Georgios V, Eleni M, Maritsa G. (2012). Occupational Exposure to blood and body fluids of nurses at Emergency. Health Science Journal; 6: 60-68.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
จริยธรรมการวิจัย



เอกสารยืนยันการยกเว้นการรับรอง
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อโครงการ : การเปรียบเทียบปัจจัยในการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย
กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข
รหัสโครงการ : 18/2556
ชื่อหัวหน้าโครงการ : ร้อยโทหญิง พาฝัน แก้วเทศ
หน่วยงานที่สังกัด : หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โครงการวิจัยนี้เป็นโครงการวิจัยที่เข้าข่ายยกเว้นการรับรอง (Research with Exemption)

วันที่ออกเอกสาร : 19 กุมภาพันธ์ 2556

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบตามมาตรฐานการดำเนินการของ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์สุธรรม นันทมงคลชัย)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



Documentary Proof of Exemption
Ethical Review Committee for Human Research
Faculty of Public Health, Mahidol University

Protocol Title : COMPARITIVE FACTORS ON HEALTH DAMAGE COMPENSETION
FOR HEALTH CARE PROVIDERS

Protocol No. : 18/2556

Principal Investigator : 1LT. Paphan Kaewtes

Affiliation : Master of Science (Public Health) Program in Medical
and Public Health Law Administration
Faculty of Public Health, Mahidol University

This protocol complies with a “Research with Exemption” category

Date of Issue : 19 February 2013

The aforementioned project have been reviewed and approved according to the Standard Operating Procedures of Ethical Review Committee for Human Research, Faculty of Public Health, Mahidol University.

(Assoc. Prof. Sutham Nanthamongkolchai)

Chairman of Ethical Review Committee for Human Research

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกการเก็บข้อมูล

เรื่อง การเปรียบเทียบปัจจัยการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณี
ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. เขตหน่วยบริการ

☐ เขต 1 ☐ เขต 2 ☐ เขต 3 ☐ เขต 4 ☐ เขต 5 ☐ เขต 6 ☐ เขต 7 ☐ เขต 8
☐ เขต 9 ☐ เขต 10 ☐ เขต 11 ☐ เขต 12 ☐ เขต 13

2. เพศของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย

☐ หญิง ☐ ชาย

3. โรงพยาบาลของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย

☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ☐ โรงพยาบาลชุมชน
☐ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ☐ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย
☐ โรงพยาบาลเอกชน ☐ สถานบริการอื่น ๆ ☐ ไม่ระบุ

4. ตำแหน่งงานของผู้ให้บริการ

☐ ผู้บริหาร ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานช่วยการพยาบาล
☐ ทันตแพทย์ ☐ เภสัชกร/ผู้ช่วยเภสัชกร ☐ พนักงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
☐ แม่บ้านทำความสะอาด ☐ อื่น ๆ.....

5. แผนงานที่ปฏิบัติหน้าที่ขณะที่ได้รับความเสียหาย

☐ การรักษาพยาบาลโดยตรง ☐ การรักษาพยาบาลสายสนับสนุน

6. ประเภทของความเสียหาย

☐ เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร
☐ สูญเสียอวัยวะหรือพิการ
☐ บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง

7. ระดับความรุนแรงของความเสียหาย

☐ รุนแรงน้อย ☐ รุนแรงปานกลาง ☐ รุนแรงมาก

8. เหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น

- ☐ เกิดจากการได้รับเชื้อวัณโรค
- ☐ เกิดจากเข็มตำหรือถูกของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

9. ลักษณะความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรค

- ☐ พบรอยโรควัณโรคไม่พบเชื้อวัณโรคชัดเจน
- ☐ พบรอยโรควัณโรคและเชื้อวัณโรคชัดเจนหรือมีอาการแพ้ยารุนแรงไม่สามารถใช้ยาพื้นฐานได้
- ☐ พบรอยโรควัณโรคพบเชื้อวัณโรคชัดเจนและภาวะแทรกซ้อนทำให้อวัยวะทำหน้าที่ไม่เต็มที่แต่ยังไม่พิการหรือเกิดการคุดยาลหลายชนิด

10. ภาวะสุขภาพของผู้ให้บริการหลังได้รับความเสียหายกรณีติดเชื้อวัณโรค

- ☐ ทานยาต้านวัณโรค ☐ พบแพทย์ตรวจประเมินสุขภาพ ☐ ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ
- ☐ คุดยา ☐ ทานยาต้านวัณโรคและพบแพทย์ตรวจประเมินสุขภาพ
- ☐ ทานยาต้านวัณโรคพบแพทย์ตรวจประเมินสุขภาพภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ
- ☐ ทานยาต้านวัณโรคพบแพทย์ตรวจประเมินสุขภาพและมีภาวะคุดยา

11. จำนวนเงินที่จ่ายชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีติดเชื้อวัณโรค

- ☐ น้อยที่สุด หมายถึงน้อยกว่า 5,000 บาท ☐ น้อย หมายถึง 5001-10,000 บาท
- ☐ ปานกลาง หมายถึง10,001 -20,000 บาท ☐ มาก หมายถึง 20,001-30,000 บาท
- ☐ มากที่สุด หมายถึง มากกว่า30,001 บาท

12. ลักษณะความเสียหายกรณีเกิดจากเข็มที่มุดำหรือของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี

- 12.1 ขนาดบาดแผล (ความกว้างและความลึกของแผล) ☐ < 1 ซม. ☐ ≥ 1 ซม. ☐ ไม่ระบุ
- 12.2 บาดแผลหลังได้รับความเสียหาย ☐ มีเลือดออก ☐ บวมแดง ☐ ปวด ☐ ไม่ระบุ

13. ภาวะสุขภาพของผู้ให้บริการหลังได้รับความเสียหายกรณีเข็มที่มุดำหรือของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี

- ☐ ทานยาต้านไวรัส ☐ พบแพทย์ตรวจประเมินสุขภาพ ☐ แพ้ยา
- ☐ ทานยาต้านไวรัสและพบแพทย์ตรวจประเมินสุขภาพ
- ☐ ทานยาต้านไวรัสพบแพทย์ตรวจประเมินสุขภาพและมีภาวะแพ้ยา

14. จำนวนเงินที่จ่ายชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขกรณีเกิดจากเข็มที่มุดำหรือของมีคมบาดที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี

- ☐ น้อยที่สุด หมายถึงน้อยกว่า 500 บาท ☐ น้อย หมายถึง501-1,000 บาท
- ☐ ปานกลาง หมายถึง1,001 -5,000 บาท ☐ มาก หมายถึง 5,001-10,000 บาท
- ☐ มากที่สุด หมายถึง มากกว่า10,000 บาท

15. ระยะเวลาที่รับความเสียหาย(ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและระยะเวลาที่พักรักษาตัวที่บ้านรวมกัน)

- [] น้อย หมายถึง 0-3 วัน [] ปานกลาง หมายถึง 4- 20 วัน
[] มาก หมายถึง >20 วัน [] ไม่ระบุ

16. ความครบถ้วนเอกสารหรือหลักฐานที่ยื่น

- [] ครบถ้วน [] ไม่ครบถ้วน

ประกอบด้วย

- 16.1 สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการและ/หรือใบรับรองแพทย์
16.2 ใบตรวจสอบสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการพร้อมสำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ
16.3 สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ
16.4 เอกสารแสดงสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการ
16.5 เอกสารหรือหลักฐานแสดงรายละเอียดข้อมูลอื่นที่อาจเป็นประโยชน์ในการประกอบการพิจารณา

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. วิเคราะห์เหตุผลประกอบมติของคณะกรรมการเขต 5 ราชบุรี เขต 6 ระยอง และเขต 13 กรุงเทพมหานครกับเกณฑ์การจ่ายเงินตามข้อบังคับ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551.....

.....
.....
.....
.....

2. วิเคราะห์เหตุผลการยื่นอุทธรณ์ของผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขและเหตุผลประกอบมติการพิจารณาตัดสินของคณะกรรมการในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ

.....
.....
.....
.....

ภาคผนวก ก

**ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย
กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข
พ.ศ. 2550**

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุง หลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือในกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขให้มีความเหมาะสมและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 18(4) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีมติในการประชุมครั้งที่ 9/2549 เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2549 และครั้งที่ 16/2549 เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2549 ให้ออกบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ. 2550”

ข้อ 2 ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2550 เป็นต้นไป

ข้อ 3 ให้ยกเลิก ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุนเพื่อให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ. 2546

ข้อ 4 ในข้อบังคับนี้

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการสาธารณสุขตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และให้รวมถึง การให้การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขแก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“เงินช่วยเหลือ” หมายความว่า เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยให้แก่ผู้ให้บริการหรือทายาท ในกรณีที่ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข

“สำนักงานสาขา” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย

“พื้นที่เสี่ยงภัย” หมายความว่า พื้นที่เสี่ยงภัยตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อที่ 5 ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งอาจได้รับเงินช่วยเหลือได้ ต้องเป็นผู้ให้บริการของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อที่ 6 ประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข และอัตราจ่ายเงินช่วยเหลือแบ่งเป็น

- (1) เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือได้ ไม่เกิน 200,000 บาท
- (2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ จ่ายเงินช่วยเหลือได้ ไม่เกิน 120,000 บาท
- (3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือได้ ไม่เกิน 50,000 บาท

ข้อ 7 ผู้ให้บริการหรือทายาท มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือได้ที่สำนักงานสาขาในจังหวัด ทั้งนี้ต้องยื่นคำร้องภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย

ข้อที่ 8 ให้มีคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยในแต่ละเขตพื้นที่ โดยให้เลขาธิการแต่งตั้งจากบุคคลที่มีประสบการณ์และมีความรู้ความสามารถเหมาะสม จำนวน 5-7 คน

ให้คณะกรรมการทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ ว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือตามข้อบังคับนี้หรือไม่ และถ้าควรได้รับ ควรจะได้รับเป็นจำนวนเงินเท่าใด ทั้งนี้ การพิจารณาวินิจฉัยให้คำนึงถึงประเภท และความรุนแรงของความเสียหายด้วย

คณะกรรมการ มีอำนาจอนุมัติจำนวนเงินช่วยเหลือได้ไม่เกินอัตราในข้อ 6

การพิจารณาวินิจฉัยคำร้องของคณะกรรมการให้กระทำไปแล้วเสร็จโดยเร็ว ทั้งนี้ ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่รับคำร้อง ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการให้รายงานต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อทราบ

ให้ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่เป็นเลขานุการ

เมื่อมีการแต่งตั้งคณะกรรมการแล้ว ให้เลขานุการเรียกประชุมคณะกรรมการ เพื่อให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานกรรมการ

ข้อ 9 ในกรณีที่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายหรือทายาท ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการ ให้มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ ที่เลขาธิการแต่งตั้ง

โดยยื่นที่สำนักงานสาขาในจังหวัดนั้น ทั้งนี้ต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับความทราบผลการวินิจฉัย

ข้อ 10 ในกรณีที่ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายในพื้นที่เสี่ยงภัย และคณะกรรมการของจังหวัดในพื้นที่เสี่ยงภัยนั้น เห็นควรสั่งจ่ายเงินช่วยเหลือให้แก่ผู้ให้บริการหรือทายาท มากกว่าอัตราที่กำหนดในข้อที่ 6 ให้เสนอเรื่องต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาวินิจฉัยโดยเร็ว

ข้อ 11 เมื่อมีกรณีอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการตามข้อ 8 ให้คณะกรรมการมีอำนาจพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาด โดยสั่งให้จ่ายเงินช่วยเหลือตามอัตราที่กำหนดในข้อ 6 หรือสั่งให้ยกอุทธรณ์

กรณีคณะกรรมการของจังหวัดในพื้นที่เสี่ยงภัยเห็นควรสั่งจ่ายเงินช่วยเหลือมากกว่าอัตราที่กำหนดในข้อ 6 ให้คณะกรรมการมีอำนาจพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาด โดยสั่งให้จ่ายเงินช่วยเหลือตามอัตราที่กำหนดในข้อ 6 หรือมากกว่าอัตราที่กำหนดในข้อ 6 ได้แต่ต้องไม่เกิน 2 เท่าของอัตราดังกล่าว

คำวินิจฉัยชี้ขาดของคณะกรรมการให้เป็นที่สิ้นสุด

ข้อ 12 การจ่ายเงินช่วยเหลือให้แก่ผู้ให้บริการหรือทายาทตามข้อบังคับนี้ ไม่เป็นการรอนสิทธิของผู้ให้บริการหรือทายาทที่จะได้รับความช่วยเหลือจากทางการหรือหน่วยงานต้นสังกัด

ข้อ 13 ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับกับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือตามข้อ 7 ที่ผู้มีสิทธิได้ยื่นไว้ตั้งแต่วันที่ข้อบังคับนี้มีผลใช้บังคับ

คำร้องใดที่ได้ยื่นไว้ก่อนวันที่ข้อบังคับนี้มีผลใช้บังคับและอยู่ระหว่างดำเนินการ ให้นำข้อบังคับที่ใช้อยู่ในขณะนั้น มาใช้บังคับกับคำร้องนั้น

ข้อ 14 ให้เลขาธิการรักษาการตามข้อบังคับนี้ และให้มีอำนาจในการวินิจฉัยชี้ขาดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550

(นายมงคล ณ สงขลา)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การกำหนดพื้นที่เสี่ยงภัย

เพื่อให้การกำหนดพื้นที่เสี่ยงภัยเป็นไปตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ. 2550

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 31 และมาตรา 36 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบกับข้อ 4 แห่งข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ. 2550 เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้จังหวัดดังต่อไปนี้ เป็นพื้นที่เสี่ยงภัยตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ. 2550

- (1) จังหวัดนราธิวาส
- (2) จังหวัดปัตตานี
- (3) จังหวัดยะลา

ข้อ 2 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2550 เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550

(นายสงวน นิตยารัมภ์พงศ์)

เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ร้อยเอกหญิงพาฝัน แก้วเทศ
วัน เดือน ปี เกิด	24 ธันวาคม 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดเพชรบุรี
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก, พ.ศ. 2551 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2557 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข
ที่อยู่ปัจจุบัน	135 หมู่ 2 ตำบลโรงเข้ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี 76150 E-mail: paphan@outlook.com
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 315 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ 0-2763-3286