

บทที่ 3

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมายประเทศไทย เปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศ

ปัญหาการได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริการชดเชยและเยียวยาความเสียหายที่ทันต่อเหตุการณ์และเป็นธรรม ทำให้เกิดภาระกับตัวผู้เข้ารับบริการหรือทายาทผู้เข้ารับบริการที่ได้รับความเสียหายซึ่งต้องแบกรับภาระดังกล่าวแต่เพียงฝ่ายเดียวทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมต่อตัวผู้ที่ได้รับความเสียหายเป็นอย่างมาก

ปัจจุบันพบว่า ประเทศไทยยังไม่มีหน่วยงาน หรือกองทุน ที่จัดตั้งขึ้นไว้เป็นการเฉพาะเพื่อชดเชย หรือเยียวยาความเสียหายให้กับผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด คงมีเพียงกองทุนเพื่อชดเชยหรือทดแทนความเสียหายจากการใช้รถ เช่น กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พุทธศักราช 2535 หรือกองทุนทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พุทธศักราช 2537 ที่ชดเชยให้กับลูกจ้างเมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ฯลฯ

ความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลยังไม่มีกฎหมายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการชดเชยความเสียหายดังกล่าวไว้โดยเฉพาะ คงมีแต่เพียงแต่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 ที่บัญญัติให้มีการจัดตั้ง “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมิได้มีไว้เพื่อให้ความคุ้มครองแก่ผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายเป็นการเฉพาะแต่อย่างใด มีเพียงมาตรา 41 ที่บัญญัติให้มีการจ่าย “ค่าเสียหายเบื้องต้น” ให้แก่ผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายเท่านั้น

ปัญหาดังกล่าว เพื่อให้เกิดความคุ้มครองและเยียวยาแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลให้ได้รับค่าเสียหายอย่างเป็นธรรม จึงควรศึกษากฎหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งในปัจจุบันมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องและขั้นตอนในการจัดตั้งกองทุนตามกฎหมายและต่างประเทศซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 หลักกฎหมายของประเทศไทย

3.1.1 กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในที่นี้ขอกล่าวรายละเอียดของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 ในส่วนภาพรวมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยเน้นสำคัญไปที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น

3.1.1.1 แนวความคิดในการจัดตั้งกองทุน

เนื่องจากมาตรา 52¹ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82² ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้ จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการ โดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน นอกจากนี้ เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ขึ้นมา³ โดยให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 เป็นต้นไป

จึงได้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นตามมาตรา 38 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

¹ ปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550, มาตรา 51.

² ปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550, มาตรา 80.

³ เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

3.1.1.2 วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งกองทุน

หมวด 4 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 38 บัญญัติว่า “ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ”

ค่าใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนคือ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข หมายความว่า ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ได้แก่

- 1) ค่าสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- 2) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- 3) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์
- 4) ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์
- 5) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์
- 6) ค่าทำคลอด
- 7) ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ
- 8) ค่าบริบาลทารกแรกเกิด
- 9) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- 10) ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
- 11) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ
- 12) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

และรวมถึง ค่าบริการ หมายความว่า เงินที่ผู้รับบริการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในการรับบริการสาธารณสุขแต่ละครั้ง

ด้านการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ถือเป็นค่าใช้จ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้ให้สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาตามตารางที่

ตารางที่ 3.1 ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษา

ชุดสิทธิประโยชน์	รายละเอียดที่ได้รับ
มะเร็ง	- รักษาจนสิ้นสุดการรักษาโดยไม่ต้องร่วมจ่าย - สำหรับการจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการ จ่ายให้ผู้ป่วยนอกไม่เกิน 4,000 บาท ต่อครั้ง - ส่วนผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม “DRGs: คีอาร์จี”
ไตวายเรื้อรัง	- การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม - เฉพาะผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านช่องท้องโดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ จ่ายให้ 1,500-1,700 บาท/ครั้ง - เฉพาะผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่าที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 สปสช. จ่ายให้ 2 ใน 3 ของค่าบริการ ไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้ง กรณีอายุมากกว่า 60 ปีเบิกได้ไม่เกิน 1,200 บาท/ครั้ง และหน่วยบริการเรียกเก็บจากผู้ป่วยไม่เกิน 500 บาท/ครั้ง - การปลูกถ่ายไต ครอบคลุมทั้งหมดตั้งแต่การเตรียมการผ่าตัด และครอบคลุมทั้งผู้ให้ และผู้รับ - การล้างช่องท้อง “ฟอกไตผ่านทางช่องท้อง” ไม่เสียค่าใช้จ่าย - ยังคงต้องมีการร่วมจ่ายในกรณี ผู้ป่วยต้องการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ - ค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายไต ค่ายาควบคุมภูมิคุ้มกัน และค่าติดตามผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลจ่ายอัตราเดียวกับสำนักงานประกันสังคม
โรคจิตเวช	- “ใช้สิทธิได้ทั้งหมด “เดิมเคยยกเว้น บางอาการ ปัจจุบันใช้สิทธิได้ทั้งหมด”
บำบัดการใช้สารเสพติด	- บำบัดการใช้สารเสพติด โดยให้สารทดแทนที่เรียกว่าเมธาโดน
เอชไอวี/เอดส์	- ให้สิทธิกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รวมถึงการให้ยาต้านไวรัสป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกและกรณีอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน - ได้รับยาด้านไวรัสเอชไอวี - ได้รับการตรวจปริมาณเม็ดเลือดขาวในกระแสเลือด “ซีดี 4” ทุก 6 เดือน - ได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสในกระแสเลือด “ไวรัสโหลด” ปีละ 1 ครั้ง - ได้รับการตรวจการทำงานของตับ ระดับไขมัน ระดับน้ำตาลในเลือดทุก 6 เดือน
ทันตกรรม	- ไม่จำกัดจำนวนครั้ง”ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ฟันเทียม รักษาโพรงประสาท ฟันน้ำนม ใส่เพดานเทียม cleft palate”

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ชุดสิทธิประโยชน์	รายละเอียดที่ได้รับ
การคลอด	- รับคลอดทั้งหมดตั้งแต่ฝากครรภ์จนถึงคลอด ไม่ว่าจะคลอดด้วยวิธีใดก็ตาม และดูแลลูกที่คลอดออกมาทันที
การคลอด	- รวมกันไม่เกิน 2 ครั้งกรณีที่บุตรคลอดแล้วอยู่รอดออกมามีชีวิต
พยายามฆ่าตัวตาย	- การรักษาครอบคลุมอาการที่เกิดกับผู้ฆ่าตัวตาย
การทำแท้ง	- การรักษาครอบคลุมอาการที่เกิดจากการจูงใจยุติการตั้งครรภ์
เจ็บป่วยฉุกเฉิน	- โรงพยาบาลในระบบประกันสุขภาพที่ขึ้นทะเบียนกับหลักประกันสุขภาพได้ทุกโรงพยาบาล - ไม่จำกัดจำนวนครั้งทั้งกรณีฉุกเฉิน และอุบัติเหตุ - ไม่แยกเจ็บป่วยฉุกเฉิน กับอุบัติเหตุ - หากเข้ารับบริการในสถานบริการอื่นที่ไม่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.อาการแรกเริ่มต้องเข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤติที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต จึงจะใช้สิทธิได้
การส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค	- ตรวจหาภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคตามแนวทางแพทยฯ “เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/มะเร็งปากมดลูก” - การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - การตรวจสุขภาพช่องปาก - การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้วัคซีนตามแผนงานภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ - การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ - การวางแผนครอบครัว - ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ ได้ปีละ 2 ครั้ง “ครอบคลุมคนไทยทุกคน ทุกสิทธิให้บริการได้ที่สถานบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ” - สำหรับผู้หญิง ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละ 1 ครั้ง
การจ่ายยา	- เป็นไปตามระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ - หากแพทย์มีความเห็นว่าจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติก็สามารถใช้ได้

ที่มา: คู่มือประชาชน ระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ

ดังนั้น วัตถุประสงค์หลักของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมี วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนในประเทศได้เข้าถึงระบบสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่ต้องกังวลในเรื่องของค่าใช้จ่าย เนื่องจากรัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบดูแลค่าใช้จ่ายในส่วนที่เกินกว่ากฎหมายกำหนดให้ผู้เข้ารับบริการจะต้องร่วมจ่ายตามสิทธิคือ จำนวน 30 บาทเท่านั้น ส่วนที่เกินกว่านั้นรัฐจะเป็นผู้จ่าย โดยจ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.1.1.3 ผู้สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บุคคลทุกคนที่ไม่มีสิทธิในสวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม หรือกรณีผู้ที่ไม่สามารถออกเงินจ่ายค่าพยาบาลได้เอง บุคคลดังกล่าวมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยยื่นคำขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการของตนเองต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาขา หรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเพื่อเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตนเอง ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดก็ได้ เว้นแต่ ผู้นั้นจะหน่วยบริการประจำ การขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและหน้าที่ของหน่วยบริการประจำ ให้คำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ

บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนเองหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนเองหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่ กรณีที่มีเหตุสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

กรณีที่ผู้ซึ่งมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนอาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวจัดให้บุคคลนั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ และแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานสาขาทราบภายใน 30 วันนับแต่ให้บริการ โดยหน่วยบริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการครั้งนั้นจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

สำหรับข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ รวมถึงบิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลดังกล่าว และผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม โดยหลักแล้วไม่สามารถใช้สิทธิในการรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ เว้นแต่จะได้มีการตกลงร่วมกันระหว่างคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอื่นของรัฐ หรือคณะกรรมการประกันสังคม ให้ใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช พ.ศ. และออกเป็นพระราชกฤษฎีกามาใช้บังคับ

ส่วนกรณีที่บุคคลนั้นเป็นลูกจ้างซึ่งมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ถ้าได้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อใดแล้ว ให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนเงินทดแทน กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ บริษัทผู้รับประกันภัยรถ หรือบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ แล้วแต่กรณี แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนหรือไม่เกินจำนวนค่าสินไหมทดแทนตามภาระหน้าที่ที่กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยต้องจ่ายตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หรือไม่เกินสิทธิที่พึงได้รับตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ส่งเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อส่งต่อไปให้หน่วยบริการต่อไป

3.1.1.4 ขั้นตอนการขอรับเงินเยียวยาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁴พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละ 1 ของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำความผิดมิได้หรือหาผู้กระทำความผิดได้แต่ผู้เสียหายยังไม่ได้รับชดเชยค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และมาตรา 18(7) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกัน

⁴ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 129 ตอนพิเศษ 128 ง หน้า 67 วันที่ 23 สิงหาคม 2555.

สุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41 ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 18(7) และมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ออกข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2546 ขึ้นมา เพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ต่อมาได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเหมาะสม และเกิด ประสิทธิภาพในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น ประกอบกับเพื่อให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของ กฎหมายปัจจุบันได้มีการประกาศใช้ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 โดยมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 เป็นต้น ไป ส่วนกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลก่อนวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ให้บังคับตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ และเงื่อนไข ใน การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 จนเสร็จสิ้นกระบวนการพิจารณา

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

1) ความหมายของเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

เงินช่วยเหลือเบื้องต้น หมายความว่า เงินที่จ่ายให้แก่ผู้รับบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะ ของผู้รับบริการ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการ รักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยมีต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด

2) ขอบเขตของความเสียหาย

ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการที่จะเป็นเหตุให้ได้รับเงิน ช่วยเหลือเบื้องต้นนั้น ให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาลด้วย แต่ความเสียหายนั้น ต้องไม่ใช่ความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพ หรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่ เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว

3) ประเภทของความเสียหายและอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 นั้น ได้มีการกำหนดประเภทของความเสียหาย และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไว้ ดังต่อไปนี้

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

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

3. บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน 100,000 บาท
กรณีที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์จนอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากับอัตราที่กำหนดในข้อ 1” และหากมารดาได้รับความเสียหายอื่นด้วย ก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายที่ได้รับนั้น

สำหรับกรณีที่ความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดเป็นหนึ่งตามข้อ 1) 2) และ 3) ได้ ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสม

1) ระยะเวลาในการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ทายาทผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ที่สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้นๆ หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ ต้องยื่นคำร้องภายใน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย

2) คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล จังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร หรือจังหวัดใดที่ไม่มีคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นผู้เสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสมจำนวน 5-7 คน เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ

สาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

1. ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 3 คน
2. ตัวแทนหน่วยบริการและตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน

ทั้งนี้ กำหนดให้ผู้อำนวยการสำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในจังหวัดนั้นเป็นเลขานุการคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี

1) การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

การพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนั้น ให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นพิจารณาว่ากรณีดังกล่าวเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่ และถ้าควรได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นควรที่จะได้ตามคำร้องขอหรือไม่เพียงใด ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและเสรษฐฐานะของผู้เสียหาย ประกอบด้วย และมีอำนาจอนุมัติจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ และต้องพิจารณาวินิจฉัยให้แล้วเสร็จโดยเร็ว

2) การอุทธรณ์

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

1. สั่งให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ หรือ
2. สั่งให้ยกอุทธรณ์

ทั้งนี้ คำวินิจฉัยชี้ขาดของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขให้เป็นที่สุด

ต่อมาเมื่อมีการออกหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินช่วยเหลือช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับทั้งสองฝ่ายทั้งสองผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลและผู้ให้บริการ โดยมีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข รวมถึงจำนวนเงินที่คล้ายคลึงกันดังได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น

3.1.1.5 แหล่งที่มาของกองทุน

ที่มาของงบประมาณบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁵ รัฐบาลได้มีการจัดสรรงบประมาณที่มาจากภาษีของประชาชนให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยแบ่งเป็นงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้ที่ลงทะเบียนในสถานบริการที่หน่วยบริการเป็นรายปี

ข้อมูล ณ ปี 2557 รัฐบาลงบประมาณในอัตราเหมาจ่ายรายหัวอัตรา 141,430 ล้านบาทให้กับผู้มีสิทธิบัตรทองประมาณ 48 ล้านคน หรือเฉลี่ยคนละประมาณ 2,895.09 บาท ครอบคลุมในเรื่องต่างๆ เช่น บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป บริการผู้ป่วยในทั่วไป บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ บริการแพทย์แผนไทย บริการกรณีเฉพาะ “ค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ” ส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ และเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้กับผู้รับบริการตามมาตรา 41 เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีส่วนเพิ่มที่เพิ่มมาในปีงบประมาณนี้ได้แก่ งบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ

สำหรับผู้ป่วยใน สปสช. ใช้ระบบการจ่ายค่ารักษาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม “DRGs: ดิอาร์จี” ซึ่งหมายถึงการคำนวณค่าใช้จ่ายที่เป็นค่ามาตรฐาน ในการรักษาโรคด้วยวิธีการต่างๆ โดยการจัดแบ่งเป็นกลุ่มโรค ซึ่งเป็นกลไกที่ควบคุมค่าใช้จ่าย และควบคุมมาตรฐานการรักษาได้ด้วย

นอกจากนั้น ยังมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และการจ่ายเฉพาะโรค ได้แก่ งบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ งบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งเป็นการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคดังกล่าวได้รับการรักษา โดยไม่มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย นอกจากนี้กองทุนโรคเฉพาะดังกล่าว ยังครอบคลุมการจัดบริการอื่นที่นอกเหนือไปจากการรักษาในหน่วยบริการด้วยระบบหลักประกันสุขภาพยังได้ช่วยครอบคลุมรายได้อื่นๆ และรายได้ปานกลาง

⁵ สำนักงานส่งเสริมการมีส่วนร่วม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “คู่มือประชาชน ระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ” น. 10.

จำนวนมาก ให้สามารถหลีกเลี่ยงการล้มละลาย หรือการสูญเสียที่ดิน หรือทรัพย์สินจำนวนมาก เพื่อรักษาชีวิตสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคเรื้อรังรักษาแพง ทั้งยังได้ช่วยสนับสนุนให้ประชาชนได้ตรวจสุขภาพและอาการที่ไม่ปกติต่างๆ ตั้งแต่นั้นๆ เพื่อรักษาให้ทันเวลาที่

ที่มาของแหล่งเงินทุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดถึงแหล่งที่มาของกองทุนประกอบด้วย

- 1) เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
- 2) เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
- 3) เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้
- 4) เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้
- 5) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน
- 6) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน
- 7) เงินหรือทรัพย์สินใด ๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน
- 8) เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

เงินและทรัพย์สินที่เป็นของกองทุนไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดิน ตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลัง และกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

การเสนอขอรับงบประมาณประจำปี ให้คณะกรรมการจัดทำคำขอต่อคณะรัฐมนตรีโดยพิจารณาประกอบกับรายงานความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ตลอดจนบัญชีการเงินและทรัพย์สินของกองทุนในขณะจัดทำคำขอดังกล่าว

ผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 นั้น กฎหมายยังได้กำหนดให้ผู้ที่มีสิทธิได้รับคือ

บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

ผู้ซึ่งมีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนอาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวจัดให้บุคคลนั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

และแจ้งให้สำนักงานทราบภายในสามสิบวันนับแต่ให้บริการ โดยหน่วยบริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการครั้งนั้นจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

เห็นได้ว่า เงินที่นำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมาจากเงินภาษีของประชาชนทั้งสิ้นของเงินจำนวนทั้งหมด โดยที่ไม่มีเงินของเอกชนมาสมทบแต่อย่างใด

3.1.1.6 รูปแบบและโครงสร้างของกองทุน

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับ ควบคุม ดูแล คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “สปสช.”⁶ เป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในฐานะประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเลขาธิการ สปสช. บริหารจัดการสำนักงาน ตามบทบาทหน้าที่ที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยสำนักงานมีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้แก่ รับผิดชอบงานธุรการ การเงิน มีการเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการการบริการสาธารณสุข พร้อมจัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา 46 ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ⁷ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการควบคู่ไปกับการดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานและเผยแพร่ต่อสาธารณชน และดำเนินงานตามที่คณะกรรมการต่างๆ มอบหมาย

⁶ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “สปสช.). ประวัติความเป็นมา”online). สืบค้น 25 สิงหาคม 2555, จาก <http://www.nhso.go.th>

⁷ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “สปสช.). อำนาจหน้าที่”online). สืบค้น 25 สิงหาคม 2555, จาก <http://www.nhso.go.th>

⁸ หน่วยบริการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “UC) มีกว่า 11,400 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งพร้อมให้บริการสาธารณสุขอย่างครบวงจร ให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงตติยภูมิ รวมถึงโรคเฉพาะทางที่มีค่าใช้จ่ายสูง

การดำเนินงานจัดการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและอำนาจหน้าที่ พร้อมทั้งการตรวจสอบการดำเนินงานนั้น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติไว้มีรายละเอียดต่อไปนี้

1) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

1. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีฐานะเป็นประธานกรรมการ
2. ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ
3. ผู้แทนสภาเทศบาล 1 คน องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 คน องค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น 1 คน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง
4. ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับงานด้านเด็กหรือเยาวชน งานด้านสตรี งานด้านผู้สูงอายุ งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรัง งานด้านผู้ใช้แรงงาน งานด้านชุมชนแออัด งานด้านการเกษตรกรรมและงานด้านชนกลุ่มน้อย องค์กรละ 1 คน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละ 1 คน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวน 5 คน และต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อนครบกำหนด 15 วัน นับแต่วันที่มีเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการ ถ้าองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น
5. ผู้แทน ผู้ประกอบอาชีพด้านสาธารณสุขจำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้แทนแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และสมาคมโรงพยาบาลเอกชนด้านละ 1 คน
6. ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน ซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การเงินการคลัง กฎหมายและสังคมศาสตร์ ด้านละ 1 คน
7. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากนี้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ
2. ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ออกกฎกระทรวง และประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุข
4. กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการถอดถอนและกำหนดคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามของเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
6. ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์
7. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล โดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร
8. กั้นเงินจำนวนไม่เกินร้อยละ 1 ของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร
9. สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่
10. สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่
11. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

12. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน

13. จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้วรายงานต่อคณะรัฐมนตรีสภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายใน 6 เดือน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ

14. จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

15. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

16. ควบคุมดูแลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และให้รวมถึง

1) กำหนดนโยบายการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) อนุมัติแผนการเงินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนออกระเบียบข้อบังคับ ประกาศ หรือข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงินและทรัพย์สิน การติดตามประเมินผล และการดำเนินการอื่นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

17. แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

18. แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบขึ้นคณะหนึ่ง เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบการบริหารเงินและการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปโดยถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบแบบแผนที่เกี่ยวข้อง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีความโปร่งใส และมีผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

19. เสนอขอรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข” ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

1. อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ
2. ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนทันตแพทยสภา ผู้แทนสภาเภสัชกรรม และผู้แทนสภาทนายความ
3. ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นสมาชิกของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน 1 คน
4. ผู้แทนเทศบาล 1 คน องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 คน องค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น 1 คน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง
5. ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ทันตกรรม และเภสัชกรรม วิชาชีพละ 1 คน
6. ผู้แทนราชวิทยาลัย แพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยกรรม สาขาอายุรกรรม และสาขากุมารเวชกรรม สาขาละ 1 คน
7. ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สาขากายภาพบำบัด สาขาเทคนิคการแพทย์ สาขารังสีเทคนิค สาขากิจกรรมบำบัด สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก และสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย สาขาละ 1 คน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวน 3 คน
8. ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงผลผลกำไร และดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับงานด้านเด็กหรือเยาวชน งานด้านสตรี งานด้านผู้สูงอายุ งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น งานด้านผู้ไร้แรงงาน งานด้านชุมชนแออัด งานด้านเกษตรกรรมและงานด้านชนกลุ่มน้อย องค์กรละ 1 คน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละ 1 คน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวน 5 คน และต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อนครบกำหนด 15 วัน นับแต่วันที่มิเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการ ถ้าองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น
9. ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวน 6 คน โดยในจำนวนนี้ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาจิตเวช และสาขาการแพทย์แผนไทย สาขาละ 1 คน
10. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ทั้งนี้ ประธานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมาจากการที่บุคคลดังกล่าวข้างต้นประชุมและเลือกกันเองให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นประธานกรรมการ

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
2. กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ในกรณีที่หน่วยบริการนั้นๆ มีการให้บริการในส่วนที่สูงกว่าบริการสาธารณสุข
3. กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
4. เสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการ
5. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์ และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน
6. รายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน
7. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
8. จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
9. สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข
10. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนด ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขหรือตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

11. แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติตามที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมอบหมายได้

12. ขอให้หน่วยงานของรัฐหรือสั่งให้บุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

3) หน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อให้ประชาชนดำเนินการลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตน และได้กำหนดให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ตลอดจนการพินิจพิเคราะห์ส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

2. ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทาง วิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

3. ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

4. รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

5. จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขเพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

4) การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้ในกรณีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาขาแล้วแต่กรณี ตรวจสอบแล้วพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขแต่งตั้ง “คณะกรรมการสอบสวน” ซึ่งประกอบไปด้วยผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กร

เอกชนหรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา และให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขกำหนดจำนวนของคณะกรรมการสอบสวนตามความเหมาะสม และอาจแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนไว้ล่วงหน้าเป็นจำนวนหลายคณะก็ได้

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการสอบสวนมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการสอบสวนหน่วยบริการที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้ และเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

2. ขอให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ผู้ร้องเรียน หรือบุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำ หรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

เมื่อคณะกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนเสร็จแล้ว ให้เสนอเรื่องพร้อมความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาต่อไป ดังต่อไปนี้

1. ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1) ในกรณีที่เป็นการกระทำโดยไม่เจตนาให้มีคำสั่งเตือนให้ปฏิบัติโดยถูกต้อง

2) ในกรณีที่มีเจตนากระทำผิด ให้มีคำสั่งให้หน่วยบริการนั้นชำระค่าปรับทางปกครองเป็นจำนวนไม่เกิน 100,000 บาท สำหรับการกระทำผิดแต่ละครั้ง และให้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองมาใช้บังคับ และในกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการบังคับตามคำสั่ง ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจฟ้องคดีต่อศาลปกครองเพื่อบังคับชำระค่าปรับ ในการนี้ถ้าศาลปกครองเห็นว่าคำสั่งให้ชำระค่าปรับนั้นชอบด้วยกฎหมายก็ให้ศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษาและบังคับคดีให้มีการยึดหรืออายัดทรัพย์สินขายทอดตลาดเพื่อชำระค่าปรับได้

3) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งอาจมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

2. ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขตามที่กำหนดไว้ หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด หรือไม่จ่ายค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของ

หน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควร ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการ สาธารณสุขดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1) ตักเตือนเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นปฏิบัติต่อผู้ร้องเรียนให้เหมาะสมหรือ ถูกต้องตามสิทธิประโยชน์ของผู้ร้องเรียน

2) ออกคำสั่งเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นคืนเงินค่าบริการส่วนเกินหรือที่ไม่มี สิทธิเรียกเก็บให้แก่ผู้ร้องเรียนพร้อมดอกเบี้ยร้อยละ 15 ต่อปี นับแต่วันที่เก็บค่าบริการนั้นจนถึง วันที่จ่ายเงินคืน

3. ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า การกระทำผิดของหน่วยบริการนั้นเป็นการ กระทำผิดร้ายแรงหรือเกิดซ้ำหลายครั้ง ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายงาน ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1) สั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการนั้น

2) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อพิจารณา ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

3) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้กำกับดูแลเพื่อให้มีการดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหารของ หน่วยบริการในกรณีที่เป็สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

4) แจ้งต่อหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาด ข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษให้ผู้ประกอบการวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีส่วนรับผิดชอบใน การกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ ของรัฐ

3.1.2 กองทุนเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พุทธศักราช 2537

3.1.2.1 แนวความคิดในการจัดตั้งกองทุนเงินทดแทน

การกำหนดความคุ้มครองเกี่ยวกับเงินทดแทนเกิดขึ้นจากแนวความคิดพื้นฐานที่ ต้องการให้ลูกจ้างได้รับความช่วยเหลือเยียวยาเพื่อบรรเทาหรือระงับความเดือดร้อนเสียหายที่ ลูกจ้างและครอบครัวได้รับจากภาระค่าใช้จ่ายจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และจากการ ขาดรายได้ในระหว่างการเจ็บป่วยหรือการหยุดงานเพื่อพักรักษาตัวของลูกจ้าง โดยมีเหตุผล 2 ประการ คือ⁹

⁹ จาก คำอธิบายกฎหมายแรงงานภาครัฐวิสาหกิจ, โดย วิจิตรา (ฟุ้งกล้า) วิเชียรชม, 2557, โครงการ ดำเนินการและเอกสารประกอบการสอนคณะนิติศาสตร์, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

(1) การมีความสัมพันธ์ทางศีลธรรม

นายจ้างเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากการทำงานของลูกจ้างอย่างเต็มที่เต็มกำลังความสามารถ เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย หรือเกิดโรคเนื่องจากการทำงาน นายจ้างก็มีหน้าที่ในทางศีลธรรมที่ควรต้องให้ความช่วยเหลือจนเจือลูกจ้างด้วยความมีมนุษยธรรม

(2) ความสัมพันธ์ทางแพ่งที่ไม่อาจคุ้มครองอย่างเพียงพอ

เมื่อครั้งในอดีตซึ่งยังไม่มีกำหนดความรับผิดชอบของนายจ้างในการจ่ายเงินทดแทนนั้น กรณีที่ลูกจ้างได้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือเกิดโรคเนื่องจากการทำงาน นายจ้างย่อมมีความรับผิดชอบในทางละเมิดต่อลูกจ้างตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งโดยหลักทั่วไปนายจ้างต้องรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ลูกจ้างก็แต่เฉพาะเมื่อนายจ้างมีส่วนกระทำความผิดด้วย โดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อเป็นเหตุให้ลูกจ้างได้รับความเสียหาย อันเป็นเรื่องยากสำหรับลูกจ้างในการพิสูจน์หรือนำสืบว่า มีความจงใจหรือประมาทเลินเล่อของนายจ้าง นอกจากนั้น การใช้สิทธิเรียกร้องโดยฟ้องร้องดำเนินคดีหรือดำเนินกระบวนการพิจารณาคดีต่อนายจ้างเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายฐานละเมิดในทางแพ่งก็ต้องใช้เวลานาน มีความล่าช้า และต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ทำให้ลูกจ้างต้องลำบากและเดือดร้อนที่ต้องอดทนรอคอยเป็นเวลานานกว่าจะได้รับค่าเสียหาย หรืออาจไม่ได้รับความเสียหายถ้าลูกจ้างตกเป็นฝ่ายแพ้คดี แต่ความเดือดร้อนของลูกจ้างมีอยู่ทันทีที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือเกิดโรคเนื่องจากการทำงาน ซึ่งลูกจ้างอาจไม่มีเงินทดรองจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลหรือไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายทดแทนการขาดรายได้จากการที่เจ็บป่วยจนต้องหยุดทำงาน กฎหมายจึงเห็นถึงความจำเป็นที่ต้องกำหนดความคุ้มครองให้ลูกจ้างมีสิทธิได้รับเงินทดแทน นอกเหนือจากสิทธิเรียกร้องค่าเสียหายกรณีละเมิดตามกฎหมายแพ่ง ทั้งนี้ ไม่ว่านายจ้างจะมีส่วนกระทำความผิดหรือไม่ก็ตาม อันเป็นแนวความคิดพื้นฐานตามหลักความรับผิดชอบโดยปราศจากความผิด (Liability without Fault) และเป็นความรับผิดชอบโดยเคร่งครัดไม่มีสิทธิปฏิเสธได้ อันเป็นไปตามหลักความรับผิดชอบโดยเคร่งครัด (Strict Liability)

อาจกล่าวได้โดยสรุปได้ว่า ระบบความรับผิดชอบของนายจ้างในการจ่ายเงินทดแทนเป็นระบบที่กำหนดความรับผิดชอบของนายจ้างขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับการขยายตัวหรือพัฒนาในทางอุตสาหกรรม โดยมีหลักการ 2 ประการ คือ

1. หลักความรับผิดชอบโดยปราศจากความผิด (Liability without Fault)

ตามหลักการดังกล่าวกำหนดให้นายจ้างต้องรับผิดชอบแม้ความเสียหายเกิดขึ้นจากอุบัติเหตุ โดยไม่มีความผิดของนายจ้างหรือไม่มีความผิดของฝ่ายใดเกิดขึ้นเลยก็ตาม ทั้งนี้ เนื่องจากนายจ้างเป็นเจ้าของกิจการ เป็นเจ้าของสถานประกอบกิจการ รวมตลอดถึงเครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำงานของลูกจ้าง ซึ่งนายจ้างมีหน้าที่ต้องดูแลจัดสถานที่ทำงาน เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ ให้อยู่

ในสภาพที่ปลอดภัย อันเป็นการป้องกันมิให้ก่อให้เกิดอันตรายแก่ลูกจ้างโดยทั่วไปอยู่แล้วและแม้ นายจ้างจะไม่บกพร่องต่อหน้าที่โดยทั่วไปดังกล่าว แต่อันตรายเกิดขึ้นแก่ลูกจ้าง การที่ลูกจ้างทำงานให้แก่ นายจ้าง นายจ้างก็เป็นผู้ได้รับผลประโยชน์อย่างเต็มที่จากการใช้แรงงานหรือจากการทำงานของลูกจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือเกิดโรคเนื่องจากการทำงาน ก็เป็นความชอบธรรมที่จะกำหนดให้นายจ้างต้องมีความรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือลูกจ้าง

2. หลักความรับผิดโดยเคร่งครัด (Strict Liability)

ตามหลักการดังกล่าวกำหนดให้นายจ้างต้องรับผิดโดยเคร่งครัดซึ่งโดยทั่วไปแล้ว นายจ้างไม่อาจปฏิเสธความรับผิดได้กรณีที่ลูกจ้างเกิดประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือเกิดโรคเนื่องจากการทำงาน เนื่องจากลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนั้นต้องการได้รับการเยียวยาอย่างทันทั่วทั้งนี้ โดยทั่วไปแล้ว ไม่มีใครนอกจากนายจ้างที่ใกล้ชิดกับลูกจ้างมากที่สุดและ นายจ้างก็อยู่ในฐานะที่เหมาะสมจะให้การช่วยเหลือลูกจ้างมากที่สุดด้วย

2. ความสัมพันธ์ตามกฎหมายแพ่งที่ไม่อาจคุ้มครองลูกจ้างได้อย่างเพียงพอ กล่าวคือ เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน นายจ้างย่อมมีความรับผิดชอบต่อกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ลักษณะละเมิด ซึ่งโดยทั่วไปนายจ้างต้องรับผิดในความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ลูกจ้างก็แต่เฉพาะกรณีที่นายจ้างมีส่วนกระทำความผิดด้วยโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ซึ่งเป็นเรื่องยากแก่การพิสูจน์หรือนำสืบ และการฟ้องร้องดำเนินคดีต่อนายจ้างเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายฐานละเมิดก็เป็นไปโดยล่าช้า และเสียค่าใช้จ่ายสูง ทำให้ลูกจ้างต้องลำบากและเดือดร้อนที่ต้องอดทนรอคอยเป็นเวลานานกว่าจะได้รับค่าเสียหาย ซึ่งลูกจ้างอาจไม่มีเงินทดรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่าย ทดแทนการขาดรายได้กฎหมายจึงกำหนดคุ้มครองลูกจ้างให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทน นอกเหนือจากสิทธิเรียกร้องค่าเสียหายกรณีละเมิดตามกฎหมายแพ่งไม่ว่า นายจ้างจะมีส่วนกระทำผิดหรือไม่ก็ตาม

3.1.2.2 วัตถุประสงค์ของกองทุนเงินทดแทน

กองทุนเงินทดแทนมีวัตถุประสงค์จะให้หลักประกันที่มั่นคงแก่ลูกจ้างว่า ถ้าประสบอันตรายจากการทำงานหรือเจ็บป่วยสาเหตุมาจากการงานแล้วจะได้รับเงินทดแทนด้วยความรวดเร็วและเต็มตามสิทธิ ทั้งนี้ โดยมีเหตุผลที่ว่า แม้กฎหมายจะได้กำหนดให้เป็นภาระของนายจ้างต้องจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้าง ซึ่งประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานให้นายจ้างหรือป้องกันรักษาประโยชน์ให้แก่ นายจ้าง หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้นายจ้างด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงาน หรือโรคซึ่งเกิดขึ้นจากการทำงานตามที่กฎหมายกำหนด และรวมถึงกรณีที่ลูกจ้างถึงแก่ความตาย เนื่องจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติลูกจ้างก็ยังคงไม่มีความมั่นคงเพราะนายจ้างจำนวนมากที่ไม่สามารถจ่ายเงินทดแทนได้ เพราะบางครั้ง

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน ทำให้ต้องจ่ายเงินจำนวนมาก และมีหลายรายที่พยายามปิดความรับผิดชอบหรือประวิงการจ่ายโดยวิธีการต่างๆ ดังนั้น กองทุนทดแทนจึงเป็นการเยียวยาที่รัฐจัดให้กับลูกจ้างเพื่อให้ได้รับประโยชน์ด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3.1.2.3 แหล่งที่มาของกองทุนเงินทดแทน

สำหรับแหล่งที่มาของกองทุนเงินทดแทน ตามกฎหมายได้กำหนดให้ประกอบด้วยเงินและทรัพย์สินดังต่อไปนี้ “มาตรา 27 ของพระราชบัญญัติเงินทดแทน”

(1) เงินกองทุนทดแทน ตามมาตรา 26 วรรค 2 ของพระราชบัญญัติเงินทดแทนได้บัญญัติให้กองทุนเงินทดแทนตามประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 16 มีนาคม 2515 “ฉบับที่ 1” พุทธศักราช 2533 เป็นเงินกองทุนทดแทน ทั้งนี้ กองทุนเงินทดแทนตามประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 นั้น ประกอบด้วยเงินที่นายจ้างจ่ายสมทบ เงินอุดหนุนจากรัฐบาล เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้อุทิศให้ และเงินรายได้อื่น

(2) เงินสมทบ คือเงินที่นายจ้างจ่ายเงินเข้ากองทุนเงินทดแทน เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างตามสิทธิที่กฎหมายกำหนด และเป็นหน้าที่ของนายจ้างโดยตรงที่จะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน นายจ้างจะหักเงินค่าจ้างของลูกจ้างมาจ่ายเป็นเงินสมทบไม่ได้¹⁰

ถือว่าเงินสมทบเป็นแหล่งที่มาของกองทุนที่สำคัญที่สุด ทั้งนี้ เงินสมทบที่นายจ้างต้องจ่ายสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน จ่ายตามอัตราเงินสมทบตามประเภทกิจการของนายจ้างและตามเงินค่าจ้างที่จ่ายแก่ลูกจ้างทั้งสิ้น

(3) ผลประโยชน์ของกองทุน เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการของสังคม

(4) เงินเพิ่มเป็นกรณีที่นายจ้างไม่จ่ายเงินสมทบภายในกำหนดเวลา หรือจ่ายเงินสมทบไม่ครบจำนวนที่จะต้องจ่ายตามที่กฎหมายกำหนด ให้นายจ้างเสียเงินเพิ่มร้อยละ 3 ต่อเดือน ของเงินสมทบที่จะต้องจ่าย

(5) เงินที่ตกเป็นของกองทุนหมายถึงเงินเหลือจากการขายทอดตลาดทรัพย์สินของนายจ้างตามคำสั่งของเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม กรณีที่นายจ้างไม่นำส่งเงินสมทบหรือเงินเพิ่มหรือนำส่งไม่ครบจำนวน ภายหลังที่หักค่าใช้จ่ายในการยึด อาศัย ขายทอดตลาด และจ่ายเงิน

¹⁰ ทานกับกองทุนเงินทดแทน. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, มีนาคม 2538.

สมทบหรือเงินเพิ่มแล้ว ให้คืนแก่นายจ้าง ถ้านายจ้างไม่มาขอรับคืนภายใน 5 ปี กฎหมายกำหนดให้ตกเป็นของกองทุน

(6) เงินค่าปรับที่ได้จากการเปรียบเทียบ ในกรณีที่มีการกระทำความผิด ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน ซึ่งผู้กระทำความผิดไม่ควรได้รับโทษจำคุก หรือไม่ควรถูกฟ้องร้อง กฎหมายกำหนดให้เลขาธิการประกันสังคม หรือผู้ว่าราชการมีอำนาจเปรียบเทียบได้ เงินค่าปรับที่ได้จากการเปรียบเทียบดังกล่าว กฎหมายกำหนดให้ตกเป็นของกองทุน

(7) ทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้หรือเงินอุดหนุน

(8) รายได้อื่น เช่น เงินส่วนลดกรณีที่ย้ายเงินทดแทนเป็นเงินก้อนในคราวเดียวหรือเงินทดแทนที่ไม่มีผู้รับ

(9) ดอกผลของกองทุน หมายความว่า ดอกผลของกองทุนอาจได้มาจากการลงทุน

3.1.2.4 รูปแบบและโครงสร้างของกองทุนเงินทดแทน

กองทุนเงินทดแทน มีโครงสร้างและรูปแบบบริหาร กล่าวคือ การดูแลเกี่ยวกับเงินทดแทนนั้น อยู่ในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคม ซึ่งมีเลขาธิการสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้มีอำนาจสูงสุด และคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน ทำหน้าที่ดูแลเกี่ยวกับเงินทดแทน โดยเฉพาะ โดยคณะกรรมการจะมาจากผู้แทน 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายรัฐบาล ฝ่ายนายจ้าง และฝ่ายลูกจ้าง มีหน้าที่ดูแล ทั้งนี้ ฝ่ายนายจ้างต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างตามสิทธิที่กฎหมายกำหนด และเป็นหน้าที่ของนายจ้างโดยตรงที่จะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน โดยอัตราเงินสมทบ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน จะเป็นผู้กำหนดในรูปของประกาศกระทรวงแรงงาน ซึ่งจะเรียกว่าเงินสมทบหลัก “Basic Rates” โดยกำหนดไว้สูงต่ำแตกต่างกันตามสภาพความเสี่ยงภัยในการทำงานของแต่ละกิจการ¹¹

โดยที่กองทุนเงินทดแทนเป็นกองทุนเพื่อจ่ายเป็นเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการทำงานในกรณีที่นายจ้างสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป นายจ้างมีหน้าที่จ่ายเงินสมทบ “ฝ่ายเดียว” เข้ากองทุนเงินทดแทน ส่วนลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน เมื่อลูกจ้างประสบเหตุอันตรายจากการทำงานลูกจ้างได้รับเงินจากนายจ้างโดยตรง

นายจ้างผู้มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบต้องจ่ายเงินสมทบโดยคำนวณเงินสมทบจากเงินค่าจ้างให้แก่ลูกจ้างทุกคนทั้งปีคูณกับอัตราเงินสมทบของประเภทกิจการ ทั้งนี้ กฎหมายได้กำหนดขั้นสูงสุดของค่าจ้างที่จะนำมาคำนวณเงินสมทบไว้ไม่เกินปีละ 240,000 บาทต่อลูกจ้าง 1 คน¹²

¹¹ แหล่งเดิม.

¹² แหล่งเดิม.

ในกรณีที่นายจ้างรายใดต้องจ่ายเงินสมทบจำนวนมาก ก็อาจยื่นคำร้องขอผ่อนชำระเงินสมทบ แต่นายจ้างจะต้องจ่ายเงินฝากไว้เป็นจำนวน 25% ของเงินสมทบโดยประมาณที่จะต้องจ่ายในปีนั้น ภายในเดือนมกราคมของทุกๆ ปี”คงยอดเงินฝากไว้ตลอดปีโดยไม่นำมาหักชำระเงินสมทบ” และชำระเงินสมทบเป็นรายงวด

หากนายจ้างรายใดไม่จ่ายเงินฝากหรือเงินสมทบประจำงวดภายในกำหนดจะไม่ได้รับอนุญาตให้ผ่อนชำระเงินสมทบเป็นงวดสำหรับปีนั้นหรือในปีต่อไป โดยจะเปลี่ยนเป็นชำระเงินสมทบคราวเดียวทั้งปี และต้องจ่ายเงินเพิ่ม ซึ่งกฎหมายกำหนดไว้ในกรณีที่นายจ้างไม่จ่ายเงินสมทบภายในกำหนดจะต้องชำระเงินเพิ่มอีกร้อยละ 3 ต่อเดือน ของเงินสมทบที่ค้างชำระ¹³

การเยียวยาลูกจ้างตามวัตถุประสงค์ของกองทุนเงินทดแทนจะอยู่ในรูปของเงินทดแทน ซึ่งหมายถึง เงินที่จ่ายให้แก่ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิ กรณีลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยจนถึงแก่ความตาย หรือสูญหายเนื่องจากการทำงาน หรือป้องกันรักษาผลประโยชน์ของนายจ้าง หรือตามคำสั่งของนายจ้าง หรือเป็นโรคซึ่งเกิดตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน¹⁴ โดยผู้มีสิทธิเรียกร้องเงินทดแทนนั้น ต้องเป็นลูกจ้างที่ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือผู้มีสิทธิได้รับเงินทดแทน ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจนถึงแก่ความตายหรือสูญหายผู้มีสิทธิได้รับเงินทดแทน ได้แก่ ทายาท หรือบุคคลผู้มีความสัมพันธ์กับลูกจ้าง

ทั้งนี้ กฎหมายได้กำหนดประเภทของเงินทดแทนไว้ ดังนี้ คือ¹⁵

(1) ค่าทดแทน หมายถึง เงินที่จ่ายให้แก่ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิ สำหรับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือสูญหายของลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

(2) ค่ารักษาพยาบาล ซึ่งอัตราค่ารักษาพยาบาลก็คือ จ่ายเท่าที่ลูกจ้างจ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินอัตราตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

(3) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ภายหลังการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ถ้าลูกจ้างมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน นายจ้างต้องจ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานของลูกจ้างตามความจำเป็นตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

(4) ค่าทำศพ เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจนถึงแก่ความตาย หรือสูญหาย นายจ้างต้องจ่ายค่าทำศพให้แก่ผู้จัดการศพของลูกจ้าง ในอัตราเท่ากับ 100 เท่า ของอัตราสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวันตามกฎหมายคุ้มครองแรงงาน

¹³ แหล่งเดิม.

¹⁴ กฎหมายคุ้มครองแรงงาน (น. 90). เล่มเดิม.

¹⁵ แหล่งเดิม.

สำหรับกรณีที่นายจ้างไม่ต้องจ่ายเงินทดแทน เกิดขึ้นได้ในกรณีที่ลูกจ้างเสพของมีนเมา หรือสิ่งเสพติดอื่นจนไม่สามารถครองสติได้ อันเป็นสาเหตุทำให้ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงานให้แก่นายจ้าง และกรณีที่ลูกจ้างจงใจให้ตนเองประสบอันตรายหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนประสบอันตราย ไม่ว่าจะด้วยความมุ่งหมายเพื่อให้ตนเองได้รับเงินทดแทนหรือด้วยเหตุอื่นใดก็ตาม ก็เข้าข่ายของข้อยกเว้นที่จะทำให้ไม่ต้องจ่ายเงินทดแทนทั้งสิ้น

ในกรณีที่ลูกจ้างประมาทเลินเล่อจนเป็นเหตุให้ตนเองต้องประสบอันตรายยังไม่เข้ากรณียกเว้นที่จะทำให้ผู้มีหน้าที่จ่ายเงินทดแทนหลุดพ้นจากความรับผิดชอบในการจ่ายเงินทดแทน นอกจากนี้กรณีที่ลูกจ้างทำงานโดยฝ่าฝืนคำสั่งหรือระเบียบข้อบังคับของนายจ้างแล้วเกิดอันตรายขึ้นผู้มีหน้าที่จ่ายเงินทดแทนก็ยังคงต้องจ่ายเงินทดแทนอยู่ เนื่องจากการฝ่าฝืนคำสั่งหรือระเบียบข้อบังคับของนายจ้างมิใช่เป็นข้อยกเว้นความรับผิดชอบในการจ่ายเงินทดแทนเช่นเดียวกัน

เงื่อนไขในการจ่ายเงินทดแทนนั้น ต้องปรากฏว่ามีการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือเกิดโรคเนื่องจากการทำงานให้แก่นายจ้าง หรือตามลักษณะหรือสภาพของงานไม่ว่าจะเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นแก่ร่างกาย หรือจิตใจของลูกจ้าง ซึ่งหลักเกณฑ์การพิจารณาว่าเป็นการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานหรือไม่นั้น อาจแยกพิจารณา ได้ดังนี้¹⁶

(1) งานปกติ การประสบอันตรายที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงานตามกำหนดเวลาทำงานปกติ หรือตามลักษณะของงาน ซึ่งเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของลูกจ้างก็พอสันนิษฐานได้ว่าเป็นการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานให้แก่นายจ้าง

(2) งานพิเศษ การประสบอันตรายที่เกิดขึ้นนอกสถานที่ทำงานหรือนอกเวลาทำงานปกติ แต่ถ้าข้อเท็จจริงปรากฏว่าการประสบอันตรายนั้นเกิดขึ้นเพราะสาเหตุที่มาจากการปฏิบัติหน้าที่การงานให้แก่นายจ้าง แต่ถ้าลูกจ้างได้ไปช่วยทำเพราะได้ทำหน้าที่ของตนเสร็จแล้วโดยนายจ้างมิได้ทักท้วงหรือแม้ลูกจ้างกระทำผิดหน้าที่ หรือฝ่าฝืนคำสั่งหรือระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงานแล้วเกิดอุบัติเหตุขึ้นนายจ้างก็ต้องรับผิดชอบจ่ายเงินทดแทน หรือการประสบอันตรายเกิดขึ้นขณะที่ลูกจ้างปฏิบัติตามคำสั่ง หรือปฏิบัติงานพิเศษตามที่นายจ้างมอบหมาย หากลูกจ้างเกิดอันตรายระหว่างนั้น จะต้องพิจารณาอาการของโรคว่า ลูกจ้างป่วยเป็นโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงานที่กฎหมายกำหนดไว้หรือไม่ โดยต้องอาศัยความเห็นของแพทย์ผู้รักษาหรือผู้เชี่ยวชาญ ถ้าหากการเจ็บป่วยของลูกจ้างเกี่ยวข้องโดยตรงกับการทำงาน

¹⁶ แหล่งเดิม.

หรือสภาพแวดล้อมในการทำงาน ก่อให้เกิดโรคแก่ลูกจ้าง นายจ้างก็ต้องรับผิดชอบจ่ายเงินทดแทน
เมื่อการของโรคจะปรากฏภายหลังมิได้เกิดในทันทีก็ตาม

หากนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิได้รับคำวินิจฉัยหรือการประเมินเงินสมทบของ
พนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งสั่งการตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนแล้วไม่พอใจคำสั่ง คำวินิจฉัย หรือการ
ประเมินเงินสมทบนั้น ก็มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนได้ภายใน
30 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่ง คำวินิจฉัยหรือการประเมินเงินสมทบ เว้นแต่เป็นคำสั่งให้ยึด
อายัด และขายทอดตลาดทรัพย์สินของนายจ้าง และเมื่อคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนวินิจฉัย
อุทธรณ์แล้ว ให้แจ้งคำวินิจฉัยเป็นหนังสือให้ผู้อุทธรณ์ทราบ ในกรณีที่ผู้อุทธรณ์ไม่พอใจคำวินิจฉัย
ของคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน ก็มีสิทธินำคดีไปสู่ศาลแรงงานภายใน 30 วัน นับแต่วันที่
ได้รับแจ้งคำวินิจฉัย ถ้าไม่นำคดีไปสู่ศาลแรงงานภายในเวลาดังกล่าว ให้คำวินิจฉัยของ
คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนเป็นที่สุด

3.1.3 กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

3.1.3.1 แนวความคิดในการจัดตั้งกองทุนทดแทน

แนวความคิดในการจัดตั้งกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยสืบเนื่องมาจากการบัญญัติ
พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 โดยมีที่มา¹⁷ คือ

“เนื่องจากอุบัติเหตุอันจากการใช้รถได้ทวีจำนวนมากขึ้นในแต่ละปี เป็นเหตุให้มี
ผู้ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก โดยผู้ประสบภัยดังกล่าวไม่ได้รับการชดเชยค่าเสียหาย
หรือได้รับชดเชยค่าเสียหายไม่คุ้มกับความเสียหายที่ได้รับจริง และหากผู้ประสบภัยจะใช้สิทธิทาง
แพ่งเรียกร้องค่าเสียหายก็จะต้องใช้เวลาดำเนินคดียาวนาน ดังนั้น เพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับการ
ชดเชยค่าเสียหายและได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นที่แน่นอน และทันทั่วที่สมควรกำหนดให้มีกฎหมาย
ว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้” จากเหตุผลท้าย
พระราชบัญญัติดังกล่าวสามารถสรุปเหตุผลในการตราพระราชบัญญัตินี้ ได้ดังนี้

1) เพื่อคุ้มครองและให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนผู้ประสบภัยจากรถซึ่งได้รับ
ความเสียหายแก่ชีวิตและร่างกาย ให้ได้รับการชดเชยค่าเสียหายและค่าเสียหายเบื้องต้นอย่าง
ทันทั่วที่และแน่นอน

2) เพื่อให้พระราชบัญญัตินี้เป็นหลักประกันว่า ผู้ประสบภัยจากรถจะได้รับการชดเชย
ค่าเสียหายและค่าเสียหายเบื้องต้นอย่างแน่นอนและทันทั่วที่ และเป็นหลักประกันว่าสถานพยาบาล
ทุกแห่งจะได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลอย่างแน่นอนและรวดเร็วในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประสบภัย
จากรถดังกล่าว

¹⁷ สืบค้น 7 มกราคม 2558, จาก <http://www.oic.or.th/th/victims/inner.php>

3) เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนธุรกิจประกันภัย ให้มีส่วนร่วมในการแบ่งเบา ค่าเสียหายของผู้ประกันภัยอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุจากกรณ ซึ่งนอกจากจะเป็นการช่วยบรรเทาภาระ ความเดือดร้อนของผู้ประสบภัยและครอบครัวแล้ว ยังเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของรัฐบาลอีกด้วย

3.1.3.2 วัตถุประสงค์ของกองทุนทดแทน

วัตถุประสงค์การจัดตั้ง “กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย” คือ¹⁸ เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่าย ค่าเสียหายเบื้องต้น ตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดให้แก่ผู้ประสบภัย หรือทายาท สำหรับ ค่ารักษาพยาบาลและหรือค่าปลงศพ และค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการจัดการศพในกรณี เสียชีวิตให้แก่ผู้ประสบภัยหรือทายาทโดยธรรมของผู้ประสบภัย โดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิด ภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับความร้องขอ และเป็นค่าใช้จ่ายอื่นในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจึงมีวัตถุประสงค์ เป็นการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัย หรือทายาทที่ได้รับความเสียหายอันเป็นค่า รักษาพยาบาล หรือทายาท อันเป็นค่าปลงศพ โดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิด

3.1.3.3 แหล่งที่มาของกองทุนทดแทน¹⁹

(1) เงินทุนประเดิมที่รัฐบาลจัดสรรให้ ซึ่งเป็นเงินที่รัฐบาลได้จัดหางบประมาณมาให้ กองทุนเพื่อเป็นทุนสำหรับค่าใช้จ่าย

(2) เงินที่บริษัทจ่ายสมทบให้แก่กองทุนทุกรอบสามเดือนในอัตราไม่เกินร้อยละสิบ ของเบี้ยประกันภัยที่ได้รับจากผู้เอาประกันภัยในแต่ละสามเดือน เงินสมทบที่บริษัทจ่ายนั้นให้นำไป หักเป็นค่าใช้จ่ายในการคำนวณภาษีเงินได้ตามประมวลรัษฎากรได้ การเรียกเก็บ และการจ่ายเงิน สมทบจากบริษัท ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง²⁰ และเงินเพิ่มที่ ได้รับในอัตราร้อยละสองต่อเดือนของเงินสมทบที่ไม่ได้จ่ายตามมาตรา 36 ทวิ

(3) เงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้จากงบประมาณรายจ่ายประจำปี

(4) เงินหรือทรัพย์สินที่ได้มาตามมาตรา 28 มาตรา 30 มาตรา 31 หรือมาตรา 32

(5) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้อุทิศให้ หรือเงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้

(6) ดอกผลของเงินกองทุนในกรณีที่ได้มีการนำเงินของกองทุนไปหาประโยชน์

(7) เงินที่ได้จากการขายทรัพย์สินที่ได้มาตาม (4) และ (5) ซึ่งก็คือ เงินที่ได้มาจากการ ยึดรถหรือขายทอดตลาด หรือขายทรัพย์สินที่มีผู้อุทิศให้หรือบริจาคให้

¹⁸ สืบค้น 7 มกราคม 2558, จาก <http://www.oic.or.th/th/victims/inner.php>

¹⁹ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535, มาตรา 33 วรรคสอง.

²⁰ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535, มาตรา 36.

(8) เงินรายได้อื่นๆ เช่น เงินเพิ่ม ค่าปรับ เงินค่าธรรมเนียมต่างๆ เป็นต้น

เงินและทรัพย์สินดังกล่าวให้เป็นของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของกองทุนโดยไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดินตามมาตรา 33 วรรคท้าย

ดังนั้น แหล่งที่มาของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจึงมาจากเงินอุดหนุนของรัฐซึ่งเป็นภาษีของประชาชนและเงินที่ได้จากบริษัทประกันภัยจากการขายประกันภัยจากบังคับ” พรบ.” ซึ่งหากบริษัทที่รับประกันภัยไม่ส่งเงินตาม (2) แล้วจะมีบทลงโทษคือต้องเสียเงินเพิ่มในอัตราร้อยละสองต่อเดือนของเงินสมทบที่ไม่ได้จ่าย

3.1.3.4 รูปแบบและโครงสร้างของกองทุนทดแทน

โครงสร้างองค์กรของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย

กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการและส่งเสริมธุรกิจประกันภัย “คปภ.” โดยมีการกระจายไปอยู่ในหลายๆ หน่วยงานของสำนักงาน คปภ. ดังนี้

1. สายกลยุทธ์องค์กร

ฝ่ายพัฒนากลยุทธ์และบริหารยุทธศาสตร์ ทำหน้าที่ประเมินผล ติดตามการดำเนินงาน การบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายใน

ฝ่ายสื่อสารองค์กร ทำหน้าที่ เผยแพร่ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ส่งเสริมความรู้ด้านการประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับ รวมถึงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการทำประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับ

2. สายบริหาร

ฝ่ายวางแผนและการลงทุน ทำหน้าที่ ดูแลเรื่องงบประมาณรายรับ-รายจ่าย

สำนักบัญชี 2 ทำหน้าที่ ดูแลด้านการเงิน บัญชี การจ่าย-รับคืนค่าเสียหายเบื้องต้น จัดทำรายงานงบแสดงฐานะการเงิน

3. สายส่งเสริม ทำหน้าที่ส่งเสริม รณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านการประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับผ่านโครงการต่างๆ โดยการจัดอบรมความรู้ และจัดกิจกรรมเผยแพร่

4. สายประกันภัยภูมิภาค

สำนักงานคณะกรรมการและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยส่วนภูมิภาคทุกจังหวัด และทุกภาค ทำหน้าที่ จ่ายค่าเสียหายเบื้องต้น ไล่เบี้ยเรียกคืน และรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้ ด้านการประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับ

5. สายคุ้มครองสิทธิประโยชน์

ฝ่ายสำนักนายทะเบียนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ทำหน้าที่ วางแผนการจัดการเชิงกลยุทธ์ด้านการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้ประสบภัยจากรถ ศึกษา วิเคราะห์ และพัฒนาระบบรูปแบบวิธีการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ให้คำปรึกษา และบริหารจัดการเกี่ยวกับการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้น ดำเนินการไต่เบี่ยเรียกคืนค่าเสียหายเบื้องต้น

นอกจากนี้ยังมีส่วนงานสนับสนุนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของกองทุนฯ ได้แก่ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล ฝ่ายระบบสารสนเทศ ฝ่ายตรวจสอบกิจการภายใน และสำนักบริหารทรัพย์สิน

3.2 การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายต่างประเทศ

แนวทางในการดำเนินการเพื่อชดเชยความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข นอกจากการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนความเสียหายตามกระบวนการทางศาลยุติธรรมเรื่องละเมิดแล้ว ในต่างประเทศยังกำหนดแนวทางเพื่อชดเชยความเสียหายด้วยการจัดตั้งกองทุนขึ้นมาช่วยเหลือ ซึ่งในบั้นนี้จะยกกระบวนการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ ที่เรียกว่า 66 (Medical Misadventure Scheme) โดยมีหน่วยงานการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Unit (MMU)) เป็นหน่วยงานในองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation (ACC)) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลกรณีการบาดเจ็บและความเจ็บป่วยอย่างครอบคลุมในประเทศนิวซีแลนด์มาศึกษา เหตุผลในการนำระบบการชดเชยของประเทศนิวซีแลนด์มาศึกษาก็เนื่องจากเป็นประเทศที่มีการจ่ายเงินชดเชยโดยนำเอา “ระบบไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด (No-fault liability system) มาใช้เป็นประเทศแรกๆ ทั้งการจ่ายชดเชยนั้นไม่เพียงแต่เป็นค่าเสียหายเบื้องต้นเท่านั้น ยังเป็นการจ่ายชดเชยที่ครอบคลุมทั้งการดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จำเป็นระหว่างที่มีการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นการจ่ายชดเชยที่มีความน่าสนใจที่ควรศึกษา

สำหรับระบบชดเชยของราชอาณาจักรสวีเดนตามกองทุนชดเชยการบาดเจ็บหรือเสียหายจากการรักษา (Patient Compensation Insurance Fund: PCI) มีหลักการพิจารณาจ่ายโดยใช้ “กฎผู้เชี่ยวชาญ” คือ การพิจารณาว่าความเสียหายนั้นจะเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการที่เชี่ยวชาญหรือดีที่สุดหรือไม่ เพราะกฎนี้มีมาตรฐานที่สูงขึ้นไปอีก ทำให้ผู้เข้ารับบริการมีโอกาสได้รับการชดเชยมากขึ้น ซึ่งวัตถุประสงค์ของระบบชดเชยตลอดจนการจัดตั้งกองทุนของทั้งประเทศนิวซีแลนด์และประเทศสวีเดน มีวัตถุประสงค์เดียวกันคือเพื่อชดเชยความเสียหายให้กับผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหาย แต่ต่างกันตรงกันที่ในประเทศนิวซีแลนด์หากได้รับเงินจาก

กองทุนชดเชยแล้วจะตัดสินฟ้องคดีทันที ที่มีระบบลงโทษผู้ให้บริการอีกด้วย ซึ่งประเทศไทยควรที่จะศึกษาเพื่อนำมาพิจารณาเป็นแนวทางในการจัดให้มีกองทุนชดเชยความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลต่อไป

3.2.1 ประเทศในระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law System)

3.2.1.1 ประเทศนิวซีแลนด์²¹

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

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

หน่วยงานที่เกี่ยวกับวิชาชีพแพทย์และผู้ให้บริการด้านสุขภาพหลักๆ ในประเทศนิวซีแลนด์ มีดังนี้

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

²¹ ประสพการณ์ต่างแดนระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข บทวิเคราะห์และผลการทบทวนประสพการณ์ใน 6 ประเทศ (น. 118-126). เล่มเดิม.

คณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่น (District Health Board: DHBs) เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสาธารณสุขและทุพพลภาพ ปีค.ศ. 2000 (Public Health and Disability Act 2000) มีทั้งหมด 21 แห่ง รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของประชากรในเขต โดยอาจจะจัดให้มีการบริการเองหรือจัดซื้อจากผู้ให้บริการอื่นๆ สำหรับคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่นแห่งหนึ่งๆ จะมีโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 แห่ง ในการให้บริการ สมาชิกของคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่นประกอบด้วยกรรมการที่มาจากการเลือกตั้ง กับกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสุขภาพ

1. หน่วยงานหรือองค์กรวิชาชีพ และผู้ให้บริการอื่นๆ

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

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

3) องค์กรสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Organization: PHO) เป็นองค์กรที่สร้างขึ้นใหม่ ได้รับงบประมาณจากคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่นในการให้บริการประชาชน โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวที่มีการคำนวณจากสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

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

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

การจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการ สำหรับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลภาครัฐจะได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน กลุ่มแพทย์จะต่อรองค่าตอบแทนกับตัวจ้างเอง แพทย์ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานส่วนตัวด้วย สำหรับแพทย์ในภาคเอกชนจะได้รับค่าตอบแทนตามการบริการ (Fee for Service) และสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ได้รับค่าตอบแทนจากหลายแหล่ง ร้อยละ 85 รับเงินเหมาจ่ายเป็นรายหัวประชากร (Capitation Fees) โดยภาครัฐมีความตั้งใจ

จะให้บริการประชาชนอย่างครอบคลุม อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติจะมีการเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการ (Patient Fees) ด้วย ปัจจุบันมีความพยายามที่จะให้มีระบบการจ่ายเงินในระบบการบริการปฐมภูมิเป็นแบบรายหัวประชากรมากขึ้น

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

พัฒนาการของระบบการชดเชยการบาดเจ็บส่วนบุคคล การชดเชยการบาดเจ็บแบบไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด ถือว่าเป็นการชดเชยแบบเบ็ดเสร็จ โดยไม่จำเป็นต้องพิสูจน์สาเหตุของการบาดเจ็บ ซึ่งในระยะแรกๆ ยังไม่มีคำจำกัดความที่ชัดเจนในหลายๆ ประเด็น อย่างไรก็ตาม ระบบการชดเชยดังกล่าวมีความเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ ดังต่อไปนี้

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

ประเทศนิวซีแลนด์ได้นำระบบไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ (No-Fault) มาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1900 ภายใต้ข้อบังคับในพระราชบัญญัติการชดเชยแรงงาน (Worker Compensation Act) โดยจ่ายคนงาน ผลประโยชน์ที่ได้รับจะไม่มากนักและจ่ายเป็นระยะเวลา 6 ปี เท่านั้น นอกจากนี้กฎหมายยังไม่ครอบคลุมผู้ที่ไม่มีงานทำและผู้ได้รับอนุมัติจากรถ ต่อมาปี ค.ศ. 1928 มีการประกาศใช้บริษัทประกันภัยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการชดเชยดังกล่าว

ในปี ค.ศ. 1967 มีการจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหการจ่ายเงินชดเชยคนงานที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ ที่ประชุมได้สรุปเป็นรายงานขึ้น และเสนอให้มีการใช้ระบบไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ (No-Fault) ในการชดเชยการบาดเจ็บของบุคคล การฟ้องร้องนายจ้างในกรณีการบาดเจ็บ จนกระทั่งปี ค.ศ. 1972 คณะรัฐมนตรีได้ผ่านร่างพระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Act) และมีการแก้ไขเพิ่มเติมเป็นระยะจนเนื้อหาในพระราชบัญญัตินี้มีความครอบคลุมมากขึ้น ในปี ค.ศ. 1974 โครงการดังกล่าวจึงประกาศใช้อย่างเป็น

ทางการ พร้อมกับมีการจัดตั้งองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation : ACC) ขึ้น ให้มีอำนาจหน้าที่ภายใต้พระราชบัญญัติดังกล่าว

ในระยะแรก กฎหมายประกอบไปด้วย 3 แผนหลัก ได้แก่

1) แผนสำหรับผู้มีรายได้ เก็บสมทบจากนายจ้างส่วนหนึ่งร่วมกับการหักภาษี ณ ที่จ่ายจากผู้มีรายได้ อีกส่วนหนึ่งและการจ่ายโดยผู้ที่มีกิจการส่วนตัว

2) แผนอุบัติเหตุจากยานพาหนะ เก็บเงินสมทบจากเจ้าของรถและผู้ขับขี่

3) แผนที่ให้ความคุ้มครองอื่นๆ ได้รับเงินสมทบจากรัฐบาล

ผลประโยชน์ที่ได้รับการชดเชย ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ การฟื้นฟู ค่าเดินทางในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เงินชดเชยรายได้ โดยจ่ายหลังจากวันที่ 7 หลังจากเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้นไป ในอัตราร้อยละ 80 ของรายได้ต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ ยังมีเงินก้อนสำหรับชดเชยในกรณีเสียหายหรือพิการถาวรแต่มีการจำกัดเพดานสูงสุดเอาไว้ รวมทั้งค่าทำศพและเงินก้อนชดเชยสำหรับคู่สมรสและบุตรในรายที่เสียชีวิต

กล่าวได้ว่า แนวคิดการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลในนิวซีแลนด์ได้เริ่มในพระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ ปี ค.ศ. 1974 (Accidental Compensation Act 1974) เป็นการให้การชดเชยแก่การบาดเจ็บของบุคคลที่เกิดจากอุบัติเหตุ (Personal Injury by Accident) โดยถือว่าการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์เป็นอุบัติเหตุ หลังจากที่มีการประกาศใช้ไปได้ระยะหนึ่ง จึงมีการเพิ่มเติมเรื่องการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์และการผ่าตัด (Medical or Surgical Misadventure) และรวมการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ การผ่าตัดทันตกรรม และการปฐมพยาบาล (Medical, Surgical Dental or First Aid Misadventure) ลงไปในกฎหมายเพิ่มเติม แต่ยังไม่มีการจำกัดความที่ชัดเจน การพิจารณาว่ากรณีใดเข้าข่ายที่จะได้รับการชดเชยหรือไม่ยังขึ้นอยู่กับพิจารณาของคณะกรรมการขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์การชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accidental Compensation Appeal Authority) และการตีความของศาล ต่อมาในปี ค.ศ. 1976 มีการขยายความครอบคลุมของการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure) ให้หมายรวมถึงความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) และเหตุสุควิสัยทางการแพทย์ (Medical Mishap) ด้วย

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

ในปี ค.ศ. 1979 โครงการเริ่มประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย โดยปลายปี ค.ศ. 1980 พบรายจ่ายเพิ่มประมาณร้อยละ 60 ต่อปี จึงมีการทบทวนและเปลี่ยนแปลงรายละเอียดหลายประการ

จนในที่สุดมีการรวมสามแผนงานหลักเป็นแผนงานเดียว โดยที่มาของเงินยังมีที่มาจาก 3 แหล่งเหมือนเดิม และมีการกำหนดเพดานในการจ่ายชดเชย

ปี ค.ศ. 1986 มีการทบทวนอีกครั้ง โดยคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย และสรุปเป็นรายงานในปี ค.ศ. 1987 รัฐบาลได้มีมติให้มีการทบทวนและมีรายงานออกมาในปี ค.ศ. 1988 เสนอการเปลี่ยนแปลงหลายประการ จนนำไปสู่การแก้ไขเพิ่มเติมในปี ค.ศ. 1989 โดยขยายการคุ้มครองของแผนการชดเชยให้รวมความเจ็บป่วยและโรค “Sickness or Disease” จนกระทั่งปี ค.ศ. 1990 รัฐบาลแห่งชาติเข้ามามีอำนาจและให้มีการทบทวนขึ้นอีกครั้ง สหพันธ์ผู้จ้างงานและที่ประชุมนักธุรกิจไม่ต้องการให้นายจ้างต้องจ่ายสมทบในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุที่ไม่ใช่สาเหตุจากการทำงานอีกต่อไป นอกจากนั้น ยังมีการเสนอให้ลดค่าใช้จ่ายโดยการเปิดโอกาสให้มีทางเลือกกับการประกันกับภาคเอกชนมากขึ้นและมีการแข่งขันระหว่างการประกันภาครัฐและภาคเอกชน

ก่อนการปฏิรูปในปี ค.ศ. 1992 แผนการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล ยังถือเป็นการบาดเจ็บส่วนบุคคลที่รวมอยู่กับการบาดเจ็บอื่นๆ ไม่ได้แยกออกมาชัดเจน การทบทวนรายงานในปี ค.ศ. 1990 จนถึงปี ค.ศ. 1991 เสนอให้มีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในเอกสารชื่อแผนที่เป็นธรรมเนียมขึ้นขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (ACC-a Fairer Scheme) ในปี ค.ศ. 1992 จึงเกิดพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจากอุบัติเหตุและการประกันการชดเชย (Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act) ขึ้น โดยแยกเป็นบัญชีรายจ่ายเป็นหลายประเภท มีบัญชีสำหรับการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลเป็นบัญชีหนึ่งแยกออกมา และจัดตั้งหน่วยงานการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Unit: MMU) ขึ้นมาเป็นหน่วยงานที่ดูแลกรณีการชดเชยในกรณีการบาดเจ็บจากความผิดพลาดทางการแพทย์โดยตรง รวมทั้งให้คำจำกัดความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ (Medical Mishap) ที่ชัดเจนขึ้น โดยที่ความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) หมายถึงความผิดพลาดของบุคลากรทางสุขภาพที่ลงทะเบียนในการหาวิธีการรักษาและทักษะสมเหตุสมผลที่ถูกคาดหวังในสถานการณ์นั้นๆ และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ (Medical Mishap) หมายถึงผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโดยบุคลากรสุขภาพที่ลงทะเบียนและเป็นผลข้างเคียงที่มีโอกาสเกิดได้น้อยมาก “ไม่เกินร้อยละ 1” และเป็นผลข้างเคียงที่เกิดรุนแรง “เสียชีวิต พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน หรือมีการบาดเจ็บต่อเนื่องมากกว่า 28 วัน” นอกจากนี้ยังมีการแก้ปัญหาด้านการเงินการคลังโดยการจำกัดจำนวนเงินที่ชดเชย การลดเพดานจำนวนเงินที่ชดเชย และลดอัตราการสนับสนุนจากภาครัฐแก่ผู้ให้บริการปฐมภูมิลงจากการจ่ายตามจริง มาเป็นการจ่ายในวงเงินที่จำกัด การปฏิรูปที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นการแก้ปัญหาการจ่ายที่เพิ่มขึ้นในระยะแรก

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

ในปี ค.ศ. 1998 รัฐบาลได้เปลี่ยนแปลงรายละเอียดบางประการ จากแนวคิดที่ต้องการให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ และเพื่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยงานมีระบบการป้องกันอุบัติเหตุและส่งเสริมความปลอดภัยในที่ทำงาน จึงเกิดพระราชบัญญัติประกันอุบัติเหตุ (Accident Insurance Act) มาแทนที่พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจากอุบัติเหตุและการประกันการชดเชย (Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act) เดิม โดยอนุญาตให้ประกันภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการให้ประกันการบาดเจ็บจากการทำงานเพื่อให้เกิดการแข่งขัน ทั้งนี้ การบาดเจ็บจากการทำงานจะอยู่ในความรับผิดชอบของบริษัทประกันเอกชน เริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ปี ค.ศ. 1999 แต่ในปี ค.ศ. 2000 องค์การชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) กลับมาเป็นผู้รับผิดชอบการให้ประกันการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงานอีกครั้งหนึ่ง

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

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

4. ระบบชดเชยการบาดเจ็บส่วนบุคคลในปัจจุบัน

ประเทศนิวซีแลนด์ถือได้ว่าเป็นประเทศหนึ่งในไม่กี่ประเทศ และเป็นประเทศแรกๆ ที่นำระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ (No Fault Compensation) มาใช้สำหรับการชดเชย ในกรณีการบาดเจ็บของบุคคลที่ถือได้ว่าครอบคลุมหลักประกันทางสังคมแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive No-Fault Compensation Schemes) โดยครอบคลุมค่าชดเชยทั้งการดูแลรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จำเป็นระหว่างที่มีการบาดเจ็บอีกด้วย

การบาดเจ็บส่วนบุคคลที่ให้การคุ้มครอง ได้แก่ การเสียชีวิต การบาดเจ็บทางกาย การบาดเจ็บทางจิตใจที่เกี่ยวข้องจากการบาดเจ็บทางร่างกาย ความเสียหายต่องานทันตกรรมประดิษฐ์

ทุกชนิด แผนการชดเชยดังกล่าวครอบคลุมประชากรชาวนิวซีแลนด์ทุกคนทั้งที่อาศัยอยู่ในประเทศและเดินทางอยู่ที่ใด ๆ ก็ตาม รวมทั้งผู้ที่พักอาศัยในประเทศเป็นการชั่วคราว

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

การบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ ที่เรียกว่า (Medical Misadventure Scheme) เป็นหนึ่งใน 7 แผนงาน ซึ่งอยู่ภายในความรับผิดชอบขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) โดยมีหน่วยงานการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Unit: MMU) เป็นหน่วยงานในองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ ดูแลรับผิดชอบแผนงานการชดเชยกรณีการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์

ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Scheme) มีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้²²

1) ความเสียหายที่ได้รับการชดเชย

การชดเชยความเสียหายจากการรักษาพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความคุ้มครองความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการรักษา และรวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด ทั้งที่สามารถป้องกันได้และและไม่สามารถป้องกันได้ ความเสียหายไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นในขณะรักษาหรือระหว่างรับการรักษา²³ นอกจากนี้ ยังคุ้มครองความเสียหายจากการรักษาพยาบาลที่เป็นส่วนหนึ่งของการทดลองทางคลินิก ไม่ว่าผู้้นั้นจะยินยอมในการเข้าร่วมการทดลองหรือไม่ ผู้ที่ติดเชื่อ และรวมถึงบุคคลที่สามที่ติดเชื่อจากผู้ป่วยหรือคู่สมรสหรือคู่นอนของผู้ป่วย

การรักษาพยาบาล หมายรวมถึง การให้การรักษา การวินิจฉัยทางการแพทย์ การตัดสินใจว่าจะให้หรือไม่ให้การรักษา ความล้มเหลวในการรักษาหรือการรักษาอย่างทันท่วงที ได้หรือไม่ได้รับการแจ้งความยินยอมในการรักษาและการให้การป้องกันโรค การประยุกต์ใช้ระบบสนับสนุนใดๆ รวมถึงนโยบาย กระบวนการ และระบบการบริหารที่ผู้ให้การรักษารับมาดำเนินการ และมีผลต่อการรักษาพยาบาลโดยตรง นอกจากนี้ ยังรวมถึงความบกพร่องของอุปกรณ์หรือ

²² จาก หลักเกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยตามร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ... (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), โดย จุฬลพมา โพธิ์อุโมงค์, 2553, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

²³ From *Treatment injury and medical misadventure* in P.D.G. Skegg and R. Paterson (eds) *Medical Law in New Zealand* (pp .698-9), by Manning, J, 2006, Wellington: Thomson Brookers

เครื่องมือที่ใช้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา ไม่ว่าจะเป็นในเวลาของการรักษาหรือภายหลังการรักษา ความบกพร่องของอวัยวะเทียม “เช่น การออกแบบผลิตภัณฑ์” ยกเว้นที่เกิดจากการสึกหรอและฉีกขาดทั่วไป การกำหนดเช่นนี้เพื่อปิดช่องว่างการฟ้องร้องทางแพ่งกับผู้ผลิตอวัยวะเทียมเกี่ยวกับความบกพร่องของสินค้าที่ไม่มีความใส่ใจในการออกแบบ²⁴

2) หลักเกณฑ์ในการชดเชยความเสียหาย โดยผู้ที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้ระบบการชดเชยกรณีที่ได้รับบาดเจ็บ คือ

ก. ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

ข. ความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกรณีที่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย คือ ผู้ที่ติดเชื้อ และรวมถึงบุคคลที่สามที่ติดเชื้อจากผู้ป่วยหรือคู่สมรสหรือผู้นอนของผู้ป่วย

ค. ความเสียหายที่เป็นผลมาจากการรักษาพยาบาลบุคคลอื่น

ง. ความเสียหายเกิดจากกระบวนการค่อยเป็นค่อยไป โรค หรือการติดเชื้อ

จ. ความเสียหายที่เกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมอง²⁵

นอกจากนี้ ได้มีการกำหนดนิยามของความเสียหายจากการรักษาพยาบาลไว้ในมาตรา 32 ของพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพและการชดเชย เป็นความเสียหายของผู้ที่

ก. แสวงหาบริการทางการแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน 1 หรือมากกว่า 1 คน

ข. ได้รับบริการทางการแพทย์หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน 1 หรือมากกว่า 1 คน

ค. ความเสียหายนั้นเกิดจากการรักษาพยาบาล

ง. ไม่ใช่สิ่งที่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้น หรือเป็นผลธรรมชาติของการรักษา โดยพิจารณาจากสภาพแวดล้อมของการรักษา รวมถึงสภาวะทางสุขภาพที่แฝงอยู่ในขณะที่ทำการรักษา และความรู้ทางด้านการแพทย์ในขณะนั้น

การใช้คำว่า “ความเสียหายที่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้นซึ่งเป็นผลธรรมชาติของการรักษา” เป็นการใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการพิจารณาความน่าจะเป็น เช่น คำว่า “จำเป็น” และ “ผลธรรมชาติ” เป็นคำที่มีความยืดหยุ่นและตอบสนองกับสถานการณ์เฉพาะของผู้ป่วยได้ดี แม้จะเป็นที่ทราบกันดีว่าการพิจารณาจะไม่มีคำแนะนำในการพิจารณา “ความเสียหายที่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้นซึ่งเป็นผลธรรมชาติของการรักษา” แยกพิจารณาได้เป็นความเสียหายที่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้น คือ ความเสียหายที่มีความ

²⁴ Section 33 Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

²⁵ Section 20 “2) Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

มุ่งหมายให้เกิดหรือได้วางแผนล่วงหน้าไว้แล้วว่าจะเกิด และเป็นส่วนที่จำเป็นของขั้นตอนการรักษา เช่น แผลเป็นหลังผ่าตัด ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด หรือผมร่วงภายหลังให้เคมีบำบัด เป็นต้น ส่วนผลกระทบของการรักษา การพิจารณา 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ

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

ปัจจัยที่สอง ในการระบุว่าความเสียหายเป็นผลกระทบของการรักษาหรือไม่ ขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพของบุคคลนั้นในขณะรับการรักษา ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยมีสุขภาพไม่ดี โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากการรักษาจึงมีค่อนข้างมาก ภาวะไม่พึงประสงค์ดังกล่าวจึงมีแนวโน้มที่จะเป็น “ผลกระทบ” ของการรักษา ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีสุขภาพไม่ดีจึงได้รับการคุ้มครองจากระบบการชดเชยนี้ได้ยากกว่า

ปัจจัยที่สาม การพิจารณาผลกระทบจะต้องขึ้นอยู่กับความรู้ทางคลินิกในเวลาของการรักษา และต้องไม่ใช่การเข้าใจถึงปัญหาหลังเหตุการณ์หรือความรู้ที่ได้มาภายหลัง หลักฐานทางคลินิกของผลการรักษาปกติทั่วไปหรือสถานการณ์แวดล้อมของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญในการพิจารณา

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

ระบบการชดเชยของประเทศนิวซีแลนด์ ได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของความเสียหายที่จะได้รับการชดเชยที่อยู่ในกลุ่มที่มีสาเหตุจากภาวะสุดวิสัย (Medical Mishap) จะต้องมียุทธศาสตร์ คือ หนึ่ง การบาดเจ็บหรือความเสียหายนั้นต้องทำให้เกิดการพักรักษาตัวตั้งแต่ 28 วัน หรือนานกว่า สอง ผู้เสียหายฯ ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วันหรือนานกว่า และสาม ทำให้

ผู้เสียหายเสียชีวิต อย่างไรก็ดี เกณฑ์เรื่องระดับความรุนแรงของความเสียหายนี้จะไม่นำมาใช้พิจารณากับกรณีความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Errors)²⁶

1) ข้อยกเว้นการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ซึ่งถือว่าไม่ใช่ความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ได้แก่²⁷

ก. ความเสียหายที่เกิดจากโรคหรือสภาวะสุขภาพที่แฝงอยู่ทั้งหมดหรือโดยสาระสำคัญ การรักษาที่ไม่บรรลุผลที่ต้องการไม่ถือว่าเป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เฉพาะในกรณีที่สภาวะของโรคดำเนินไปมากขึ้น หรือมีความเสียหายเกิดขึ้นใหม่เนื่องจากการรักษาที่ให้ “หรือไม่ได้ให้การรักษา” จึงจะอยู่ภายใต้ระบบการชดเชยนี้ ดังนั้น จึงต้องมีความเชื่อมโยงโดยตรงระหว่างสาเหตุของความเสียหายและการรักษา ในกรณีที่ความเสียหายส่วนหนึ่งเกิดจากโรคหรือสภาวะสุขภาพที่แฝงอยู่ และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการรักษา จะต้องมีการตรวจสอบว่าส่วนใดเป็นสาเหตุสำคัญ การตัดสินโดยศาลอุทธรณ์ของนิวซีแลนด์ในคดี (ACC V Ambros (2007) NACA 304) ศาลได้กล่าวว่า การหาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลในโซ่ร้ายทางการแพทย์ หรือความเสียหายจากการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องนั้น คือ การที่ผู้เสียหายสามารถแสดงความสัมพันธ์เหล่านั้นได้อย่างชัดเจน โดยไม่มีการสันนิษฐานซึ่งไม่เพียงพอในการพิสูจน์

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

ค. ความเสียหายที่เกิดจากการไม่ยินยอมรับการรักษาหรือทำให้การรักษาล่าช้าออกไป เป็นที่ยอมรับตามกฎหมายของนิวซีแลนด์ว่าผู้ป่วยสามารถมีสิทธิสมบูรณ์ในการปฏิเสธที่จะรับการรักษาพยาบาล แม้ว่าการกระทำนี้อาจดูเหมือนไม่มีเหตุผล ดังนั้น ภาระทางการเงินหรือสิ่งอื่นๆ ที่เป็นผลตามมาจากความเสียหายจากการรักษาพยาบาลใดๆ ที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยใช้สิทธิของตนเองในการปฏิเสธ ผู้ป่วยควรจะเป็นผู้รับภาระมากกว่าระบบการชดเชย

ง. ความเสียหายทางจิตใจที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับความเสียหายทางกาย องค์การชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) ไม่ให้ความคุ้มครองความเสียหาย

²⁶ ประสพการณ์ต่างแดน ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับสาธารณสุข บทวิเคราะห์และผลการทบทวนประสพการณ์ใน 6 ประเทศ (น. 39-40). เล่มเดิม.

²⁷ *Treatment injury and medical misadventure* (709-763). Op.cit.

ต่อจิตใจที่เกิดขึ้นโดยตัวของมันเอง เนื่องจากความเสียหายทางจิตใจที่ไม่เชื่อมโยงกับความเสียหายทางกาย ไม่อยู่ในความหมายของความเสียหายในพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพและการชดเชย ดังนั้น จึงไม่ได้รับการคุ้มครองภายใต้การชดเชยนี้ผู้เสียหายสามารถที่จะดำเนินการทางกฎหมายในศาลเพื่อเรียกร้องค่าชดเชยได้ และเพื่อให้ได้รับการคุ้มครองจากองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ ความเสียหายจะต้องเข้าในเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

ก. ความเสียหายทางจิตใจจะต้องมีสาเหตุจากความเสียหายทางกาย

ข. เกิดจากการกระทำผิดทางอาญาแก่ผู้บาดเจ็บที่ตามปกติอาศัยอยู่ในนิวซีแลนด์ และการรักษาเกิดขึ้นในนิวซีแลนด์

ค. เกิดจากการกระทำผิดที่ปรากฏในตารางที่ 3 ของพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความผิดทางเพศ

นอกจากนี้ ผู้เสียหายยังต้องแสดงให้เห็นถึงความเสียหายทางจิตใจที่มีสาเหตุจากความเสียหายทางกาย ได้แก่ การมีความผิดปกติของพฤติกรรม ปัญญา การรับรู้ หรือจิตใจ

ง. ภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย คำว่า “บุคคล” ไม่รวมถึงทารกในครรภ์ จนกว่าทารกนั้นจะคลอดและรอดชีวิต อย่างไรก็ตาม แม้ที่มีความเสียหายทางกายอาจมีสิทธิได้รับการคุ้มครองภายใต้ระบบการชดเชยหากเด็กทารกตายในครรภ์ แม้ว่าจะไม่มีความเสียหายอื่นๆ นอกจากการสูญเสียเด็กทารกที่ยังไม่คลอด

จ. ค่าชดเชยการทำหมันที่ล้มเหลว/เด็กที่เกิดมาโดยไม่พึงประสงค์ ยังไม่แน่นอนว่าการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการให้กำเนิดเด็กที่เป็นผลมาจากการทำหมันที่ล้มเหลวจะถือเป็นความเสียหายที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชยหรือไม่ แต่ในการตัดสินใจโดยเสียงส่วนใหญ่ (2:1) ของศาลอุทธรณ์นิวซีแลนด์ในคดี (ACC V D & Anor (2008) NZCA, 576 “CA329/07)) ศาลตัดสินว่าการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ไม่ใช่ความเสียหายภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย เนื่องจากไม่ใช่ความเสียหายทางกาย จึงไม่ได้รับการคุ้มครองตามบทบัญญัติของการเผชิญโชคร้ายทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย (ก่อนการปฏิรูปในปี ค.ศ. 2005)

4. องค์ประกอบผู้พิจารณาวินิจฉัยการจ่ายค่าชดเชย

ผู้พิจารณาวินิจฉัยการจ่ายค่าชดเชยต้องเป็นที่ปรึกษาทางคลินิก (Clinical Advisor) ที่มีความรู้ทางการแพทย์ ซึ่งอาจมีประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญไม่ตรงกับข้อเรียกร้อง แต่ให้อำนาจในการขอความเห็นจากที่ปรึกษาทั้งภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณา เมื่อที่ปรึกษาได้ให้ความเห็นทั้งในด้านการแพทย์และด้าน

กฎหมายแล้ว จะมีการหารือกับผู้จัดการทีมอาวุโสอีกครั้ง ในที่สุดผู้จัดการศูนย์ความเสียหายของผู้ป่วย (Teratment Injury Center: TIC) จะเป็นผู้ตัดสินว่าจะให้ความคุ้มครองหรือไม่

5. สิทธิที่จะได้รับการชดเชย

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม คือ เพื่อให้ผู้เสียหายสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้²⁸ ลักษณะสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือและอุปกรณ์การช่วยเหลือ ผู้ดูแล ผู้ดูแลเด็ก ผู้ดูแลบ้าน สนับสนุนการศึกษา การสื่อสารของเด็ก ปรับปรุงแก้ไขบ้านให้สะดวกต่อการอยู่อาศัย ฝึกให้ช่วยเหลือตนเองและสามารถเดินทางได้ด้วยตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ คือ ช่วยให้ผู้เสียหายได้รับการจ้างงานหรือมีงานทำ โดยงานนั้นจะต้องเหมาะสมสำหรับผู้เสียหายและเหมาะสมกับประสบการณ์และระดับการฝึกอบรมของผู้เสียหาย²⁹ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ เช่น ค่ารถพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าผ่าตัด ค่ายา ค่าใช้จ่ายทางทันตกรรม กรณีสูญเสียการได้ยิน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเครื่องช่วยฟังและแบตเตอรี่ ตลอดจนให้ผู้เสียหายเข้าสู่โปรแกรมการสื่อสาร ถ้าผู้เสียหายได้รับความเสียหายที่มีผลต่อการมองเห็นแล้ว องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporaiton: ACC) จะคุ้มครองค่าใช้จ่าย เช่น การได้รับการฝึกอบรมสำหรับการใช้ชีวิตประจำวัน การกำหนดตำแหน่งหรือทิศทางและการเคลื่อนไหว การเขียนและการสื่อสารเครื่องมือช่วยในการถอดความหรือบันทึก การให้คำปรึกษา ค่าใช้จ่ายของการบริการให้คำปรึกษา สำหรับผู้ที่ได้รับความเสียหายทางด้านจิตใจ ค่าทดแทนการสูญเสียรายได้ เงินช่วยเหลือเพิ่มเติมถ้าความเสียหายมีผลกระทบในระยะยาวอย่างรุนแรง ค่าฌาปนกิจเงินและค่าขาดรายได้อุปการะในกรณีเสียชีวิตการสนับสนุนทางการศึกษาในระดับก่อนวัยเรียนและวัยเรียนกับประชาชนอายุไม่เกิน 21 ปี

6) การใช้สิทธิฟ้องร้องต่อศาล

ถ้าใช้สิทธิตามกฎหมายประกันสังคมคุ้มครองแล้ว จะถูกตัดสิทธิการฟ้องศาลแพ่งและอาญา แต่ฟ้องศาลปกครองได้กรณีกองทุนจ่ายค่าชดเชยไม่เป็นธรรม

7) ความเชื่อมโยงกับองค์วิชาชีพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการศึกษากฎหมายของประเทศนิวซีแลนด์ จะเห็นได้ว่า ในเรื่องมาตรฐานวิชาชีพตามกฎหมายของประเทศนิวซีแลนด์ ในอดีตมีการบัญญัติเกณฑ์ความผิดพลาดทางการแพทย์

²⁸ Section 79 Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

²⁹ Section 80 Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

(Medical Error)³⁰ ไว้ในกฎหมายว่า หมายถึง เหตุที่เกิดจากกรณีที่บุคลากรทางสุขภาพที่มีใบประกอบวิชาชีพผิดพลาดในการให้การรักษามาตรฐานหรือขาดทักษะที่สมควรจะมีในการทำการรักษานั้นๆ แต่ก็เกิดปัญหาขึ้นว่าในกรณีของอุบัติเหตุที่จะพิจารณาว่าเข้าเกณฑ์ความผิดพลาดทางการแพทย์หรือไม่นั้น ต้องอาศัยการพิสูจน์ตรวจสอบ ทำให้กระบวนการชดเชยช้ามากขึ้น ในปี ค.ศ. 2005 จึงมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การชดเชยเป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (Treatment Injury) เพื่อกำจัดการพิสูจน์ความผิด ให้ความคุ้มครองความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการรักษาและรวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด ทั้งที่สามารถป้องกันได้และไม่สามารถป้องกันได้ ลดความสำคัญของกระบวนการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้มาตรฐาน บกพร่อง หรือ ละเลยไม่ทำสิ่งที่ควรทำลง เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยมากยิ่งขึ้น เพราะเมื่อเปรียบเทียบกับ การชดเชยการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุแบบอื่นๆ จะไม่มีการพิจารณาในข้อนี้เลย รวมทั้งยังเป็นข้อที่ทำให้ระบบยังผูกติดอยู่กับการหาคนผิด ซึ่งเป็นตัวบั่นทอนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทำให้ผู้ให้บริการไม่ยอมให้ความร่วมมือ ไม่ยอมจะให้ข้อมูล เป็นผลทำให้กระบวนการพิจารณาล่าช้าออกไป ส่วนการเชื่อมโยงกับองค์กรวิชาชีพนั้น³¹ แต่ก่อนความผิดพลาดทางการแพทย์ใดๆ ต้องถือเป็นความรับผิดชอบและต้องถูกรายงานต่อองค์กรที่ดูแลมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจและเป็นอุปสรรคระหว่างแพทย์และองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ แต่หลังจากการปฏิรูปพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย ในปี ค.ศ. 2005 รายงานในลักษณะนี้ไม่มีอีกแล้ว³² มีการเน้นการส่งเสริมการเรียนรู้จากการ

³⁰ ปี ค.ศ. 1976 มีการขยายความครอบคลุมของการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ “Medical Misadventure” ให้หมายรวมถึงความผิดพลาดทางการแพทย์ “Medical Error” และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ “Medical Mishap” ด้วย ในปี ค.ศ. 1992 จึงเกิดพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจากอุบัติเหตุและการประกันการชดเชย “Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act” ให้คำจำกัดความผิดพลาดทางการแพทย์ “Medical Error” และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ “Medical Mishap” ที่ชัดเจนขึ้น โดยที่ความผิดพลาดทางการแพทย์ “Medical Error” หมายถึง ความผิดพลาดของบุคลากรทางสุขภาพที่ลงทะเบียนในการหาวิธีการรักษา และทักษะที่สมเหตุสมผลที่ถูกคาดหวังในสถานการณ์นั้นๆ และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ “Medical Mishap” หมายถึง ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโดยบุคลากรสุขภาพที่ลงทะเบียนและเป็นผลข้างเคียงที่มีโอกาสเกิดได้น้อยมาก “ไม่เกินร้อยละ 1” และเป็นผลข้างเคียงที่เกิดรุนแรง “เสียชีวิต พิการขาดตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน หรือมีการบาดเจ็บต่อเนื่องมากกว่า 28 วัน”

³¹ หลักเกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยตามร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ... (น. 166-167). เล่มเดิม.

³² From *Beyond misadventure: Compensation for medical injuries in New Zealand* (pp. 357-91) by Oliphant K, 2007, Medical Law Review 15,

เปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์ ขณะนี้องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุจะรายงานให้หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลเฉพาะในกรณีที่มีความเสียหายจากการรักษาพยาบาลนั้นจะเป็นความเสี่ยงอันตรายต่อสาธารณะเท่านั้น³³

3.2.2 ประเทศในระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (Civil Law System)

3.2.2.1 ราชอาณาจักรสวีเดน³⁴

ก่อนปี 1862 โรงพยาบาลจะดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล สำหรับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจะเป็นการให้บริการของแพทย์นอกโรงพยาบาล ต่อมาเมื่อมีการจัดตั้งสภาเขต (Country Council) ขึ้นในปี 1862 สภาเขตได้เข้ามาดูแลระบบบริการสุขภาพ โดยเริ่มจากการให้บริการในโรงพยาบาลในปี 1928 สองปีต่อมาได้ขยายครอบคลุมการให้บริการสุขภาพอื่นๆ นอกเหนือจากบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ต่อมา มีการประกาศใช้บังคับพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Act) ในปี 1946 ให้ความคุ้มครองประชาชนครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาแพทย์ ค่ายา และการชดเชยจากความเจ็บป่วย กฎหมายปี 1970 กำหนดให้สภาเขตเข้ามาดูแลการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วย ตั้งแต่ปี 1980 เป็นต้นมา ความรับผิดชอบในด้านสุขภาพของระดับเขตได้ขยายไปครอบคลุมการดูแลและวางแผนงานระบบสุขภาพทั้งหมด รวมทั้งการบริหารจัดการการเงินการคลังด้วยตัวเอง โดยมีการกระจายอำนาจให้แก่โรงพยาบาลและศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ในระดับเขต สภาเขตมีอำนาจหน้าที่ในการดูแลระบบบริการสุขภาพทั้งหมด ทั้งการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาลและการให้บริการปฐมภูมิ รวมถึงดูแลการให้บริการจากภาคเอกชนด้วย โดยมีหน่วยงานสุขภาพในระดับอำเภอ (Health care district) ประกอบด้วยโรงพยาบาล อำเภอละ 1 แห่ง และหน่วยบริการด้านสุขภาพย่อยๆ ทั้งนี้ เขตทั้งหมดมีจำนวน 21 เขต จัดกลุ่มเป็น 6 เขตใหญ่ๆ ท้องถิ่นหรือเทศบาล (municipalities) มีบทบาทในการดูแลสวัสดิการและบริการสังคม เช่น การดูแลเด็ก การบริการสุขภาพในโรงเรียน การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่ได้รับสมรรถภาพ การดูแลผู้ป่วยทางจิต เป็นต้น

การคลังสุขภาพของสวีเดนมาจากสามแหล่ง ได้แก่ ระบบภาษีทั้งจากส่วนกลาง ระดับเขต และภาษีระดับท้องถิ่น จากระบบประกันสังคม และจากภาคเอกชน รายจ่ายส่วนใหญ่ของระบบบริการสุขภาพจะมาจากภาษี ประมาณร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพ (ข้อมูลปี 1999)

³³ Section 284 “2) Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

³⁴ ประสิทธิภาพต่างแดนระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข บทวิเคราะห์และผลการทบทวนประสิทธิภาพใน 6 ประเทศ (น. 118-126). เล่มเดิม.

ร้อยละ 8.4 ของ GDP เป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ข้อมูลปี 1999) และเป็นสัดส่วนจากภาคเอกชน ร้อยละ 16.2

ศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ (Primary health care center) จะให้บริการปฐมภูมิแก่ประชาชน โดยประชาชนมีสิทธิเลือกสถานบริการอย่างอิสระในเขตเดียวกัน นอกจากนี้ยังสามารถเลือกใช้บริการในศูนย์บริการปฐมภูมิหรือแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลก็ได้ แต่ถ้าข้ามเขตจะอยู่ภายใต้ระบบการส่งต่อ ในการรับบริการปฐมภูมิ ผู้รับบริการจะต้องร่วมจ่ายในอัตราหนึ่ง และจะมีเพดานสูงสุดที่ต้องจ่ายเป็นรายปีกำหนดโดยรัฐบาล ค่าใช้จ่ายที่มากกว่าวงเงินที่กำหนดจะได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล (deductible) โดยเขตเป็นผู้กำหนดระดับการร่วมจ่ายของบริการผู้ป่วยนอก แต่คณะรัฐมนตรีเป็นผู้กำหนดเพดานสูงสุดของการร่วมจ่าย แพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะอยู่ในระบบการจ้างโดยภาครัฐ มีเพียงร้อยละ 5 ที่ปฏิบัติงานอิสระ

1. ระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพ

สวีเดนมีระบบประกันสังคมที่ครอบคลุมทั้งความเจ็บป่วยและผู้ที่อยู่ในภาวะที่สูญเสียโอกาสต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่สูญเสียรายได้จากการเจ็บป่วย ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือ ผู้ที่ต้องสูญเสียรายได้จากการที่ต้องดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นต้น

งบประมาณในการประกันสุขภาพมาจากการเก็บสมทบจากนายจ้าง และจากระบบภาษีเงินได้ประมาณร้อยละ 80 ของภาษีดังกล่าวนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนค่าบริการทางการแพทย์แก่ประชาชน ประชาชนสวีเดนทุกคนมีสิทธิที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากรัฐ ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 6,000 เกรียชสวีเดน (อัตราแลกเปลี่ยนเงินของราชอาณาจักรสวีเดนในปัจจุบัน 1 SEK (โครนาสวีเดน) = 4.0399 THB)³⁵ จะได้รับการชดเชยในกรณีการเจ็บป่วยทำให้สูญเสียรายได้ สำหรับผู้ที่ไม่มีรายได้ จะมีกองทุนที่แยกบริหารจัดการออกมาต่างหาก

ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ผู้รับบริการต้องจ่ายค่าปรึกษาแพทย์ครั้งละ 60 ถึง 300 เกรียชสวีเดน แต่กำหนดว่าไม่เกิน 900 เกรียชแรก แต่มีเพดานไม่เกินปีละ 1,800 เกรียช สำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายแต่ไม่เกินร้อยละ 80 เกรียช เด็กและเยาวชนที่อายุ ไม่เกิน 20 ปี ได้รับการฟรี กรณีความเจ็บป่วยในภาคการจ้างงาน ถ้าเจ็บป่วยเกินวันที่ 2 นายจ้างเป็นผู้จ่ายในอัตราร้อยละ 80 ของรายได้รายสัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 2 ถึงวันที่ 21 หลังจากนั้นระบบประกันสังคมจะเป็นผู้รับผิดชอบ

³⁵ ธนาคารแห่งประเทศไทย อัตราแลกเปลี่ยนประจำวัน. สกุลเงินราชอาณาจักรสวีเดน. สืบค้น 13

มิถุนายน 2558, จาก https://www.bot.or.th/thai/statistics/financialmarkets/exchangerate/_layouts/application/exchangerate/exchangerate.aspx

การประกันเอกชนหรือการประกันด้วยความสมัครใจมีจำนวนน้อยมากในสวีเดน โดยส่วนใหญ่จะให้ประกันที่ครอบคลุมการบริการอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการให้บริการจากภาครัฐอยู่แล้ว

2. พัฒนาการของระบบการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์

ประเทศสวีเดนมีกองทุน 2 แบบ คือ กองทุนชดเชยความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และกองทุนชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการใช้ยา

2.1 กองทุนชดเชยการบาดเจ็บหรือเสียหายจากการรักษา (Patient Compensation Insurance Fund: PCI)

ตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1970 สวีเดนมีระบบการประกันด้วยความสมัครใจในการชดเชยความเสียหายหรือการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่บาดเจ็บหรือติดเชื้อจากการรักษาทางการแพทย์จะได้รับการจ่ายค่าชดเชย ไม่ว่าจะเป็นความบกพร่องของผู้ให้บริการหรือไม่ก็ตาม ในช่วงปลายทศวรรษที่ 1970 ระบบการประกันด้วยความสมัครใจดังกล่าวได้ถูกยกเลิก ผู้ให้บริการสุขภาพมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องมีการประกันการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล และต้องให้การดูแลผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บดังกล่าวด้วย

สวีเดนได้ออกพระราชบัญญัติหลายฉบับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิด (Tort liability Act) ปี 1972 พระราชบัญญัติความเสียหาย (Patient Damage Act) และประกาศใช้ในชื่อพระราชบัญญัติการบาดเจ็บของผู้ป่วย (Patient Injury Act) ในปี ค.ศ. 1996 ที่มาของระบบการชดเชยของสวีเดน จึงไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมากจากระบบกฎหมาย แต่เกิดจากการให้ความสำคัญกับความพอเพียงในการชดเชยมากกว่า อีกทั้งยังได้ชื่อว่าเป็นระบบการชดเชยที่ครอบคลุมเบ็ดเสร็จที่ใหญ่ที่สุดในโลกด้วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับความเสียหายหรือการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล สวีเดนกำหนดให้ผู้ให้บริการมีหน้าที่รายงานรายละเอียดของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นไปยังคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการ (National Board of Health and Welfare: NBW) และถ้าพบว่าความผิดพลาดดังกล่าวมาจากผู้ให้บริการคนหนึ่งๆ ข้อมูลจะถูกส่งต่อไปยังคณะกรรมการควบคุมวิชาชีพแพทย์ (Medical Responsibility Board: MRB) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลและควบคุมวิชาชีพ โดยทำหน้าที่ตักเตือนลงโทษ แต่ไม่มีบทบาทในการพิจารณาจ่ายค่าชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นแต่อย่างใด กระบวนการชดเชยการบาดเจ็บเป็นหน้าที่ของระบบประกันผู้ป่วยที่แยกออกมาต่างหาก

2.2 กองทุนชดเชยความเสียหายของผู้ป่วยจากการใช้ยา (Swedish Pharmaceutical Insurance Compensation Association Fund : SPICAF)

เป็นกองทุนที่ชดเชยความเสียหายของผู้ป่วยจากการใช้ยา ครอบคลุมความเสียหายจากพิษและผลกระทบทางร่างกายจากยา รวมการทดลองใช้ทางคลินิก แต่ไม่ครอบคลุมการใช้ยาที่ผิดพลาดซึ่งครอบคลุมโดยกองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วยแล้ว หรือผลของยาที่ไม่อยู่ในการคาดการณ์ เช่น ยาปฏิชีวนะที่ไม่สามารถหยุดยั้งการติดเชื้อ หรือในกรณีที่มีความเสี่ยงสูงอยู่แล้ว เช่น สตรีที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดและเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) หลังจากการผ่าตัด ผลข้างเคียงของยาจะต้องเป็นอาการที่ไม่คาดคิดและไม่เคยปรากฏมาก่อน ซึ่งตามปกติแล้วจะปลอดภัย ผู้ร้องเรียนจะต้องร้องเรียนภายในสามปีหลังจากที่มีอาการ และมีสิทธิที่จะขอรับการทบทวนถ้าไม่พอใจในการพิจารณาแต่ต้องภายใน 6 เดือน หลังจากการพิจารณาแล้ว

3. ประเทศสวีเดนมีพัฒนาการของระบบการชดเชยความผิดพลาดจากบริการทางการแพทย์

3.1 พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด (Tort Liability Act 1972)

ในระหว่างศตวรรษที่ 1970 ฝ่ายกฎหมายและฝ่ายนโยบายของสวีเดนยกประเด็นปัญหาความเหมาะสมและพอเพียงของระบบการชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์ด้วยการฟ้องร้องตามกฎหมายการละเมิด (Tort system) ขึ้นมาพิจารณา ประเด็นที่กล่าวถึงคือ การที่ผู้ป่วยมักจะขาดโอกาสในการเข้าถึงการร้องเรียนทางกฎหมาย และอุปสรรคด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้เสียหายในการร้องเรียน โดยก่อนหน้านี้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด (Tort Damage Act) เพื่อให้มีการรับผิดชอบต่อการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์อย่างจริงจัง ไม่ว่าจะเกิดความผิดพลาดหรือไม่ก็ตาม แต่ระบบการชดเชยดังกล่าวได้รับการปฏิเสธเนื่องจากยากที่จะพิสูจน์ว่า ความบกพร่องดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการแพทย์หรือการรักษาทางการแพทย์หรือไม่ สาเหตุหนึ่งมาจากการขาดความรู้เฉพาะด้านการแพทย์ในขณะนั้น

หลังปี 1971 เป็นต้นมา รัฐบาลให้ความสำคัญกับระบบการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์มากขึ้น เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้พัฒนาขึ้นเรื่อยๆ มีการนำวิธีการรักษาโรคแบบใหม่มาใช้ รวมทั้งมีการบริการเพิ่มมากขึ้น ประชาชนมีโอกาสดำเนินการเพิ่มมากขึ้น ทำให้โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นด้วย แต่มีผู้ที่ได้รับการชดเชยจากความเสียหายดังกล่าวน้อยมาก คณะกรรมการสมาพันธ์เขตได้มีการประชุมกันในเดือนกุมภาพันธ์ ปี 1971 เพื่อพิจารณาเรื่องดังกล่าว จนกระทั่งในปี 1972 รัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด (Tort Liability Act) กำหนดจำนวนเงินในการจ่ายค่าชดเชยความเสียหาย เช่น ในกรณีของการประกันสังคมหรือการชดเชยคนงาน เป็นต้น และใช้เป็นแนวทางในการชดเชยความเสียหายทางการแพทย์ด้วย สำหรับการจ่ายชดเชยจากประกันสังคม (Social insurance) แม้ว่าจะเป็นส่วนหนึ่งของการชดเชยทั้งหมดในภาพรวม แต่ก็มีการแยกจ่ายออกมา

ต่างหาก ไม่ว่าผลการพิจารณาเรื่องร้องขอจะเป็นอย่างไร การจ่ายชดเชยตามแผนประกันสังคม ขึ้นอยู่กับความจำเป็นและความเหมาะสม กระนั้นก็ตาม การชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติดังกล่าวยังไม่ชัดเจน ผู้ที่เกี่ยวข้องเองมีการกล่าวถึงประเด็นนี้เป็นระยะ แต่เนื่องจากข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บในกรณีนี้มีน้อยมาก ปี 1974 เมื่อมีระบบประกันสังคมขึ้น มีการช่วยเหลือครอบคลุมการบาดเจ็บและโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน ภายใต้ระบบนี้ถูกจ้างไม่สามารถฟ้องร้องนายจ้างได้ แต่จะมีการจ่ายเงินชดเชยถ้าพบว่า นายจ้างมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดการบาดเจ็บ หรืออีกนัยหนึ่ง เป็นการบาดเจ็บจากการทำงาน

3.2 กองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วย (Swedish Patient Insurance Compensation Fund 1975)

ในปี 1975 ผู้เสียหายที่ได้รับการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์มีเพียงประมาณ 10 รายต่อปี ทำให้มีการนำประเด็นการชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์มาเป็นประเด็นพิจารณาในระดับนโยบายมากขึ้น ชื่อเรียกร้องของคณะกรรมการสหพันธ์รัฐที่เริ่มมาก่อนหน้านี้เริ่มเป็นรูปเป็นร่างขึ้นมา ด้วยความสมัครใจของกลุ่มบริษัทประกันขนาดใหญ่ในสวีเดน สามบริษัท ได้แก่ (Folksam, Skandia) และ (Trygg-Hansa) โดยร่วมกันคิดรูปแบบการให้ประกันขึ้นมาเป็นบริษัทประกันร่วม โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเสียหายในแผนการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์ ครอบคลุมไปถึงการบริการนอกสถานพยาบาลของรัฐ โดยเริ่มจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General practitioners; GPs) และการบริการที่ได้รับ การสนับสนุนจากรัฐหรือสาธารณะ (Publicly funded services)

ภายใต้ระบบดังกล่าว จะมีระบบประกันที่ชดเชยจากการบาดเจ็บจากการบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นเพื่อเสริมระบบเดิม เรียกว่า ระบบชดเชยการประกันทางอุบัติเหตุ (Patient Compensation Insurance: PCI) ในระยะแรกเป็นการประกันด้วยความสมัครใจ และให้การชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ว่าผู้ให้บริการผิดหรือไม่ คุ้มครองการบาดเจ็บจากการรักษาที่เกิดจากโรงพยาบาลหรือคลินิกที่อยู่ในการดูแลของสภาเขต (County Council) โดยครอบคลุมเฉพาะแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลของสภาเขต (County Council) เท่านั้น แต่ต่อมาขยายไปยังแพทย์ในภาคเอกชน ทันตแพทย์ และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ด้วย พร้อมกันนี้ได้มีการจัดตั้ง กองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วย (Swedish Patient Insurance Compensation Fund: SPICF) เป็นแหล่งเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการชดเชยดังกล่าว โดยจะมีผู้ดูแลรายเดียวในการจัดการกับการร้องเรียนให้แก่ บริษัททนายการที่อยู่ภายใต้การดูแลของผู้ให้ประกันเอกชนและผู้รับประกันร่วมที่กล่าวถึงข้างต้น โดยกองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วยเป็นหนึ่งในจำนวนกองทุนชดเชยที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะจำนวนหลายๆ กองทุน เช่น กองทุนชดเชยความเสียหายจากการใช้ยา กองทุนชดเชยอุบัติเหตุจากการกีฬา และยานพาหนะ

นอกจากนี้ ในปี 1978 รัฐบาลร่วมกันกับผู้ผลิตยา ได้จัดตั้งกองทุนที่ดูแลด้านการชดเชยความเสียหายจากการใช้ยาขึ้น ชื่อ กองทุนชดเชยความเสียหายจากการใช้ยา (The Swedish Pharmaceutical Insurance Compensation Association Fund) ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากบริษัทผู้ผลิตยา วัตถุประสงค์คือ การชดเชยความเสียหายด้านการแพทย์ที่เกิดจากผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาอย่างถูกต้องเท่านั้น³⁶ ส่วนการใช้ยาที่ผิดพลาดจากข้อบ่งชี้หรือไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดจะอยู่ในความคุ้มครองของกองทุนชดเชยความเสียหายจากการใช้ยาอยู่แล้ว

3.3 พระราชบัญญัติการบาดเจ็บของผู้ป่วย (Patient Injury Act 1996)

ในปี 1992 รัฐบาลมีการทบทวนระบบการชดเชยดังกล่าวและเสนอร่างกฎหมายใหม่เนื่องจากพบว่ายังมีผู้ให้บริการอีกจำนวนหนึ่ง (ประมาณร้อยละ 5) ที่ยังไม่เข้าร่วมในระบบประกันการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล ที่สำคัญคือ ระบบประกันดังกล่าวให้การคุ้มครองผู้ที่ได้รับความเสียหายจากผู้ให้บริการที่ไม่ได้มีประกันด้วย ทำให้ผู้ให้บริการที่มีประกันอยู่แล้วไม่เห็นด้วยและระบบดังกล่าวยังไม่กระตุ้นให้ผู้ให้บริการที่เหลือให้ทำประกัน นอกจากนี้ ในปี 1993 สวีเดนมีกฎหมายที่ส่งเสริมการแข่งขันในการลงทุนเกิดขึ้น การมีบริษัทร่วมเพียงบริษัทเดียวในการดูแลการใช้จ่ายจึงไม่สอดคล้องกับกฎหมายดังกล่าว ในปี 1994 จึงมีมติให้ยกเลิกบริษัทประกันร่วมที่มีก่อนหน้านี้ จัดตั้งบริษัทประกันร่วมของเขตมาแทนที่³⁷ บริษัทประกันแห่งหนึ่งถอนตัวออกไป คณะกรรมการเขตมีการจัดตั้งหน่วยงานสำหรับดูแลบริษัทประกันร่วมของสภาเขต (County Council Mutual Insurance Company) ร่วมกับบริษัทที่เหลืออีกสองบริษัท และตั้งคณะกรรมการที่ดูแลการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลขึ้น ขณะเดียวกันนั้นในปี 1987-1992 มีประเทศใกล้เคียงที่ใช้ระบบการชดเชยดังกล่าวด้วย ทำให้มีการศึกษาเปรียบเทียบมากขึ้น การทบทวนปรับปรุงโดยคณะกรรมการในครั้งนั้นได้รายงานเสนอให้มีกฎหมายที่แตกต่างหากจากกฎหมายละเมิดเดิม เพื่อควบคุมการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์

3.4 พระราชบัญญัติการบาดเจ็บของผู้ป่วย (Patient Injury Act 1997)

ปี 1997 มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติการบาดเจ็บของผู้ป่วย (Patient Injury Act) โดยการชดเชยยังอ้างอิงจากระบบการประกันสมัครใจเดิม แต่เปลี่ยนให้ผู้ให้บริการทุกคนต้องมีประกันการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ด้วย ผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นเอกชนจะต้องซื้อประกันจากบริษัทประกันเอกชน การให้บริการแก่ผู้ที่ได้รับอันตรายจากการรักษาทางการแพทย์ เป็นหน้าที่ตามกฎหมายที่ผู้ให้บริการทุกคนต้องดูแลพื้นฐานโดยไม่มีการปฏิเสธ บริษัท

³⁶ ACC 2003; The Pharmaceutical Insurance in Sweden 2004.

³⁷ Country Council Mutual Insurance Company; CCMIC).

ประกันมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องให้การประกันอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บที่เกิดจากการรักษาทางการแพทย์ตามที่กำหนด

อย่างไรก็ตาม สำหรับการประกันจากภาคเอกชนนั้น คำจำกัดความของ “การบาดเจ็บ” ยังมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแผนการประกันที่เลือกใช้ มีการให้ความหมายของ “การบาดเจ็บทางกาย” กับ “การบาดเจ็บทางจิตใจ” โดยที่การบาดเจ็บทางจิตใจจะได้รับการชดเชยก็ต่อเมื่อมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทางกายเท่านั้น นอกจากนี้บริษัทประกันสามารถเสนอข้อตกลงอื่นๆ ในการเสนอสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ สำหรับการบาดเจ็บจากการรักษาโดยแพทย์หรือผู้ให้บริการที่ไม่ได้มีการประกัน จะมีการจ่ายค่าชดเชยจากสมาคมการประกันตนผู้ป่วย (Patient Insurance Association) โดยที่ผู้ให้ประกันทุกรายจะต้องเป็นสมาชิกสมาคมดังกล่าว การชดเชยจะครอบคลุมการให้บริการสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลที่บ้าน การจ่ายค่าชดเชยรายสัปดาห์ ภายใต้ระเบียบการประกันสังคม

1. เงินชดเชยมีแหล่งที่มาจาก

เนื่องจากการให้บริการสุขภาพในระดับเขตร้อยละ 95 อยู่ภายใต้การดูแลของสภาเขตหรืออยู่ในการดูแลของรัฐ ผู้ให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและศูนย์บริการปฐมภูมิได้รับเงินค่าจ้างจากเขต สภาเขตในฐานะนายจ้างจึงเป็นฝ่ายรับผิดชอบในการจ่ายเบี้ยประกันให้ผู้ให้บริการเหล่านี้

สำหรับผู้ให้บริการอิสระหรือภาคเอกชนซึ่งมีประมาณร้อยละ 5 ของผู้ให้บริการทั้งหมด จะต้องซื้อประกันจากบริษัทประกันเอกชนด้วยตนเอง โดยบริษัทประกันจะเป็นผู้คำนวณจำนวนเบี้ยประกันตามความเสี่ยงของสถานบริการแต่ละประเภท ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า แหล่งที่มาของเงินชดเชยส่วนใหญ่จึงมาจากภาษีในระดับเขตจากการเก็บภาษีเงินได้และจ่ายให้แก่บริษัทประกันร่วมของสภาเขต (County Council Mutual Insurance Company) ตามสัดส่วนต่อหัวประชากรที่รับผิดชอบ

เนื่องจากการให้บริการสุขภาพในระดับเขตร้อยละ 95 อยู่ภายใต้การดูแลของสภาเขตหรืออยู่ในการดูแลของรัฐ ผู้ให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและศูนย์บริการปฐมภูมิได้รับเงินค่าจ้างจากเขต สภาเขตในฐานะนายจ้างจึงเป็นฝ่ายรับผิดชอบในการจ่ายเบี้ยประกันให้ผู้ให้บริการเหล่านี้

สำหรับผู้ให้บริการอิสระหรือภาคเอกชนซึ่งมีประมาณร้อยละ 5 ของผู้ให้บริการทั้งหมด จะต้องซื้อประกันจากบริษัทประกันเอกชนด้วยตนเอง โดยบริษัทประกันจะเป็นผู้คำนวณจำนวนเบี้ยประกันตามความเสี่ยงของสถานบริการแต่ละประเภท ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า แหล่งที่มาของเงินชดเชยส่วนใหญ่จึงมาจากภาษีในระดับเขตจากการเก็บภาษีเงินได้และจ่ายให้แก่บริษัทประกันร่วมของสภาเขต ตามสัดส่วนต่อหัวประชากรที่รับผิดชอบ

2. กระบวนการในการร้องขอรับการชดเชย

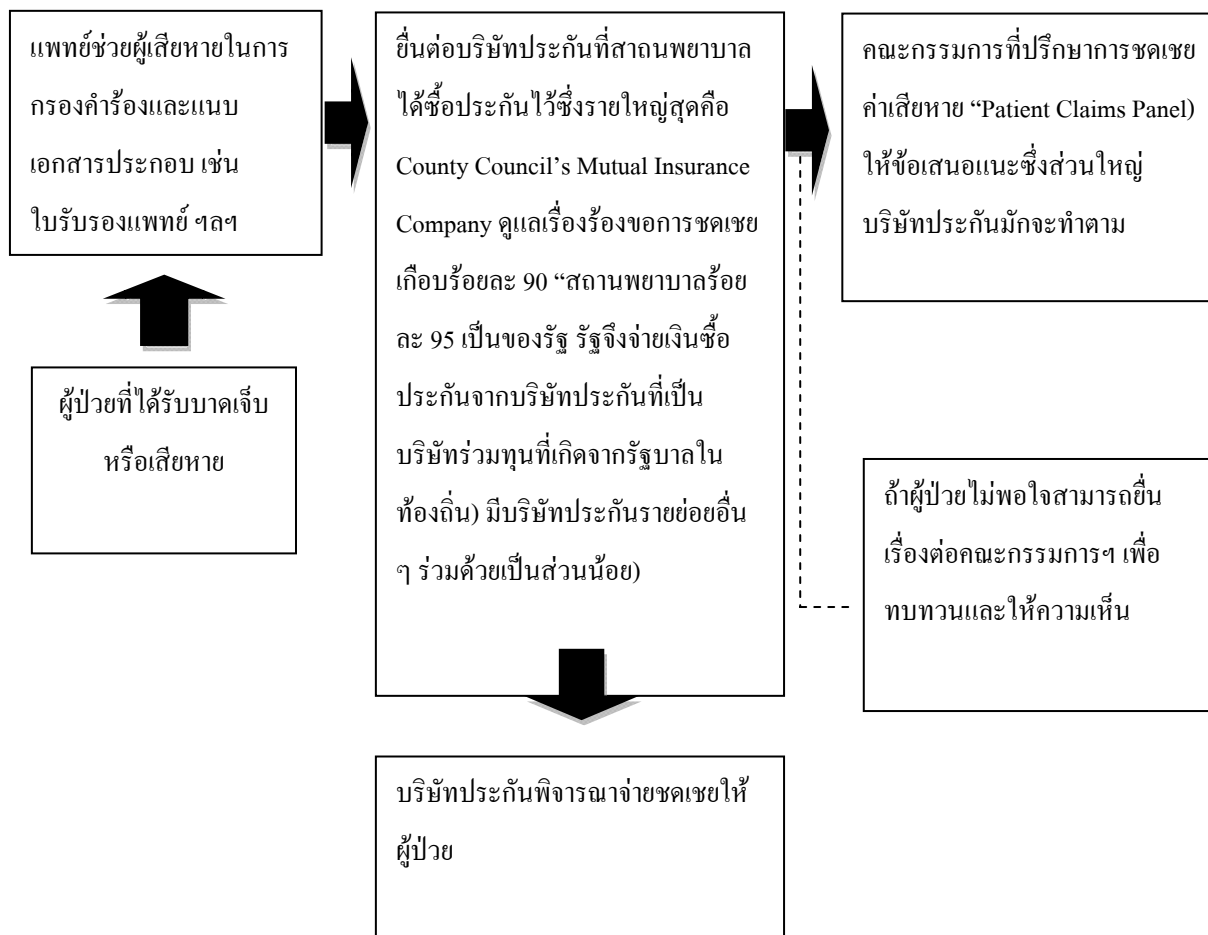
ก่อนปี 1995 คำร้องของผู้เสียหายจะถูกส่งไปยังบริษัทประกันโดยตรง แต่ในปี 1995 หลังจากที่เข้าร่วมในสหภาพยุโรป อำนาจการจัดการระบบชดเชยได้เปลี่ยนไปเป็นส่งให้กับบริษัทประกันร่วมของสภาเขต (County Council Mutual Insurance Company)

การเสนอเรื่องขอรับการชดเชยตามระบบในประเทศสวีเดน แพทย์ผู้ให้บริการหรือสถานบริการเป็นด่านแรกในการให้ความช่วยเหลือผู้เสียหาย มีการประชาสัมพันธ์ระบบของกองทุนการชดเชยที่เข้าถึงได้ง่ายและสะดวก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานประกันสังคมหรือบริษัทประกันร่วมของสภาเขตได้จัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์แผนการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ รายละเอียดสิทธิที่พึงมีพึงได้ รวมทั้งกระบวนการในการเสนอเรื่องร้องขอไว้สำหรับผู้รับบริการในทุกสถานบริการไม่ว่าจะเป็นในภาครัฐหรือเอกชน ทั้งโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ และคลินิกทันตกรรม นอกจากนี้ผู้รับบริการสามารถขอรับแบบฟอร์มได้จากการเขต หรือคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้ป่วย (Patient's Advisory Committee) หรือจากเว็บไซต์ของคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียน

คำร้องของผู้เสียหายส่วนใหญ่จะต้องมีคำรับรองจากแพทย์ โรงพยาบาล ตัวแทนทางกฎหมายของผู้ป่วย หรือคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้ป่วย ผู้ร้องขอรับการชดเชยจะต้องส่งเรื่องไปที่คณะกรรมการที่ดูแลการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล โดยมีคณะกรรมการพิจารณาสิทธิเรียกร้องของผู้ป่วย (Patient Claims Panel) ประกอบด้วยประธาน 1 คน และสมาชิกอื่นๆ อีก 6 คน มาจากตัวแทนของผู้รับบริการ 3 คน มาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 คน เป็นผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการประกันภัยการบาดเจ็บ 1 คน และเป็นผู้มีความรู้พิเศษในงานบริการสุขภาพอีก 1 คน คณะกรรมการมีวาระคราวละ 3 ปี

ข้อมูลล่าสุดพบว่า บริษัทประกันจะเป็นด่านแรกในการจัดการกับคำร้องขอรับการชดเชยของผู้ป่วย โดยหนึ่งในบริษัทประกันคือบริษัทประกันร่วมของสภาเขต (County Council's Mutual Insurance Company) เป็นผู้รับผิดชอบคำร้องกว่าร้อยละ 90 ของคำร้องทั้งหมด ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจผลการพิจารณาของบริษัทประกัน ผู้ป่วยสามารถที่จะยื่นเรื่องขอรับการพิจารณาทบทวนจากคณะกรรมการเรียกร้องสิทธิของผู้ป่วยที่เรียกว่า (Patient Claim Panel) โดยที่แม้ว่าคณะกรรมการทบทวนคำร้องฯ ดังกล่าวจะมีหน้าที่เป็นเพียงคณะกรรมการที่ปรึกษา แต่บริษัทประกันส่วนใหญ่จะทำตามมติของคณะกรรมการดังกล่าว

ผังแสดงกระบวนการขอรับการชดเชย



กรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับผลการชดเชยของบริษัทประกันนั้น เรื่องจะถูกส่งไปยังคณะกรรมการที่ปรึกษาฯ ซึ่งจะเป็นผู้พิจารณาให้ความเห็น การตัดสินใจจะใช้หลักฐานบันทึกทางการแพทย์และบันทึกการอื่นๆ เป็นสำคัญ นอกเสียจากว่าจะมีข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นในการพิจารณาด้วย เช่น สภาพแวดล้อมของการรักษา หรือการพยากรณ์โรค และอาจมีที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญทางการแพทย์เฉพาะด้าน หลังจากนั้นคณะกรรมการจะส่งผลการพิจารณาไปยังผู้ป่วย ถ้าการร้องขอไม่ได้รับการชดเชยผู้เสียหายสามารถดำเนินการต่อในระดับศาลได้ ทั้งนี้ผู้ร้องขอจะต้องเสนอเรื่องขอรับการชดเชยภายใน 3 ปี หลังจากที่อยู่จะต้องรายงาน แต่ไม่เกิน 10 ปี หลังจากเกิดความเสียหาย และถ้าไม่พอใจในผลการพิจารณาของกรรมการ ผู้ร้องขอยังมีสิทธิที่จะส่งเรื่องร้องเรียนไปยังคณะกรรมการชดเชยการบาดเจ็บ “Patient Claims Board” ซึ่งเป็นคณะกรรมการที่จัดตั้งโดยรัฐบาลและเป็นอิสระจากผู้ให้ประกัน นอกจากนี้ยัง สามารถนำเรื่องเสนอต่อศาลได้ภายใน 6 เดือน

1. หลักเกณฑ์ในการขอรับการจ่ายเงินชดเชย

การบาดเจ็บที่เข้าข่ายการขอรับการชดเชยได้แก่ การเจ็บป่วยมากกว่า 30 วัน หรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 10 วัน หรือเสื่อมสมรรถภาพอย่างถาวร หรือเสียชีวิต คณะกรรมการจะพิจารณาว่าผู้ร้องขอมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่จะรับเงินช่วยเหลือหรือไม่ มากกว่าการพิสูจน์ว่าแพทย์ผิดหรือไม่

หลักการพิจารณาชดเชยหรือไม่ พิจารณาจาก

1. การบาดเจ็บจะต้องเกี่ยวข้องกับการรักษาทางการแพทย์
2. การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน “ในกรณีการรักษาเป็นไปตามมาตรฐานแล้ว แม้ว่าการบาดเจ็บจะรุนแรง ก็ไม่ได้รับการชดเชย”
3. ถ้ามีทางเลือกอื่นในกระบวนการรักษาแล้วสามารถหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บได้ โดยทั่วไปการบาดเจ็บที่เกิดหลังจากการรักษาจะไม่ค่อยได้รับการชดเชย

ที่เป็นสาระสำคัญ คือ การชดเชยในความผิดพลาดบกพร่องที่หลีกเลี่ยงได้ “หลักคิดคือ เพราะหลีกเลี่ยงได้แต่เกิดเสียหาย ดังนั้น จึงควรได้รับการชดเชย” โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา 6 ประเด็นหลัก คือ

1. การบาดเจ็บเกิดจากการรักษาทางการแพทย์ (Treatment injury) ไม่ว่าจะเป็นจากการตรวจ การรักษา หรือกระบวนการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การให้เลือด เป็นต้น โดยมีหลักการว่า ความผิดพลาดดังกล่าวสามารถหลีกเลี่ยงได้ถ้ามีทางเลือกอื่นในการรักษา เช่น การรักษาวิธีอื่น การใช้สถานพยาบาลอื่น หรือโดยเปรียบเทียบมาตรฐานการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในสาขานั้นๆ การประเมินไม่ขึ้นกับความสามารถหรือประสบการณ์ของผู้ให้การรักษาคณใดคนหนึ่งที่ทำ การรักษา น่าจะเป็นในการเกิด หรือความรุนแรงไม่นำมาเป็นข้อพิจารณาในการให้ การชดเชยหรือไม่ หรือโดยหลักการคือการพิจารณาว่ามีทางเลือกอื่นในการให้บริการที่สามารถหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บได้หรือไม่นั่นเอง
2. การบาดเจ็บเกิดจากความบกพร่องของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ (Material-related injury)
3. การบาดเจ็บจากการวินิจฉัยที่ผิดพลาด (Diagnostic injury) เช่น การวินิจฉัยโรคผิด ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม หรือให้การรักษาล่าช้า เช่น การไม่ได้สังเกตอาการแสดง หรือการอธิบายอาการที่ผิดพลาดเมื่อเปรียบเทียบกับกรตรวจโรคผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
4. การบาดเจ็บจากการติดเชื้อในระหว่างการตรวจรักษา (Infection injury)

5. การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระหว่างกระบวนการรักษา (Accident-related injury) เช่น อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นขณะทำการตรวจรักษา การดูแล การเคลื่อนย้าย เป็นต้น แต่กรณีการบาดเจ็บจากการใช้ชีวิตประจำวันจะไม่ได้รับการคุ้มครอง

6. การบาดเจ็บจากการจ่ายยาผิดพลาด (Medication injury) ชดเชยเฉพาะการจ่ายยาผิดพลาดที่ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้หรือไม่เป็นไปตามมาตรฐาน แต่จะไม่คุ้มครองผลข้างเคียงที่เกิดจากการจ่ายยาที่ถูกต้องตามมาตรฐานแล้ว (ในกรณีดังกล่าวเป็นความรับผิดชอบของ SPICAF)

การชดเชยไม่รวมในกรณีที่เป็นการรักษาเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งถ้าไม่มีการช่วยเหลือจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ หรือเป็นอันตรายร้ายแรง เช่น ในสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมทั้งไม่มีการชดเชยในกรณีการบาดเจ็บเล็กน้อย (minor injury) จำนวนเงินที่ชดเชยอ้างอิงจากกฎหมายเดิม คือ พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด (Tort damage Act 1972) อย่างไรก็ดีตาม มีที่แตกต่างออกไปคือมีการกำหนดเพดานสูงสุดในการจ่ายเงินชดเชย ในแต่ละกรณี

6. ผลการดำเนินงานของระบบชดเชยในประเทศสวีเดน

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ามีทั้งมุมบวกและลบ ซึ่งมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. จำนวนผู้เสียหายได้รับการชดเชยเพิ่มขึ้นและรวดเร็ว

เหตุผลในการนำระบบการชดเชยดังกล่าวมาใช้ในสวีเดนนั้น เพื่อแก้ปัญหาที่ผู้รับบริการหรือผู้เสียหายจากการบาดเจ็บที่มีสาเหตุมาจากการรักษาทางการแพทย์ ได้รับการชดเชยไม่พอเพียงและล่าช้า ระบบดังกล่าวจึงต้องการที่จะลดเวลาในการพิจารณาโดยมีเป้าหมายเพื่อให้กรณีการร้องเรียนส่วนใหญ่เสร็จสิ้นภายใน 6 เดือน และร้อยละ 95 เสร็จสิ้นภายใน 8 เดือน ในภาพรวมจากการทบทวนรายงานพบว่าพิจารณาใช้เวลาเร็วขึ้น ร้อยละ 28 เสร็จภายใน 4 เดือน และร้อยละ 75 เสร็จสิ้นภายใน 8 เดือน และพบว่าผู้เสียหายมีโอกาสได้รับการชดเชยมากขึ้น กรณีที่ได้รับการชดเชยมีประมาณ 9,500 รายต่อปี ในจำนวนนี้ ร้อยละ 45 ที่ยื่นเรื่องร้องขอจะได้รับการชดเชย (มากกว่า 4,000 รายต่อปี) มีค่าใช้จ่ายชดเชยประมาณ 300 ล้านเหรียญสวีเดนต่อปี แม้ว่ากฎหมายยอมให้มีการฟ้องร้องต่อศาลในระบบศาล แต่พบว่าการฟ้องร้องต่อศาลน้อยมาก เหตุผลหนึ่งอาจเป็นเพราะว่าเงินตอบแทนจากศาลน้อยกว่าการชดเชยนี้

นอกจากนี้จำนวนของผู้ที่ยื่นเรื่องขอรับการชดเชยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลจากปี 1975-1985 พบว่าจำนวนการร้องขอการชดเชยเพิ่มจาก 682 ราย เป็น 5,000 รายโดยประมาณในปี 1985 และลดลงมาอยู่ที่ประมาณ 3,000 รายต่อปีในปี 1986-1991 สำหรับในปี 1992 มีการร้องขอการชดเชยมากกว่า 5,000 ราย ในจำนวนที่เสนอเรื่องร้องขอระหว่างปี 1975-1986 นั้น ประมาณร้อยละ 55 ได้รับการชดเชย ในปี 1992 มีการร้องขอรับการชดเชยโดยเฉลี่ยประมาณ 21 รายต่อแพทย์ 100 คน

2. ผู้ให้บริการให้ความร่วมมือดี เพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

ประเด็นที่สำคัญของระบบการชดเชยดังกล่าวในสวีเดนคือ การแยกระบบการชดเชย ออกจากระบบการควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพ โดยที่ระบบการควบคุมวิชาชีพเป็นหน้าที่ของ หน่วยงานเช่นคณะกรรมการความรับผิดชอบทางการแพทย์และสุขภาพ (Health and Medical Care Liability Board) หรือคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการ (National Board of Health Welfare) แต่ระบบการชดเชยเป็นหน้าที่ของบริษัทประกันร่วมของสภาเขต การควบคุมวิชาชีพ จึงมีบทบาทแยกออกจากระบบประกันดังกล่าว และเชื่อว่าจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นระหว่าง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากขึ้น

นอกจากนี้แพทย์หรือผู้ให้บริการในสวีเดนมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล เกี่ยวกับสาเหตุของความผิดพลาดมากขึ้น เพราะระบบการชดเชยไม่ใช่ความพยายามที่จะพิสูจน์ ความถูกต้องของผู้ให้บริการ อีกทั้งการที่ข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ เช่น คณะกรรมการควบคุมวิชาชีพ (Medical Responsibility Board : MRB) กับ กองทุนชดเชย การบาดเจ็บหรือเสียหายจากการรักษา (Patient Compensation Insurance Fund : PCI) ไม่มีการส่ง ต่อกันนั้น ทำให้ผู้ให้บริการไม่รู้สึกลัวถูกคุกคามจากการลงโทษ อาจกล่าวได้ว่าการแยกระบบ ชดเชยออกจากระบบการควบคุมวิชาชีพ เป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้แพทย์ผู้ให้บริการมีความร่วมมือ ในการให้ข้อมูลข่าวสารมากขึ้น แพทย์ตระหนักในความสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการ การเสนอเรื่องร้องขอรับการชดเชยของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากการรักษา และถือเป็นหน้าที่อีก ประการหนึ่งที่จะต้องปฏิบัติตามนอกเหนือจากการให้การรักษาตามปกติ เป็นที่น่าสังเกตว่าในกรณีที่เกิด ความผิดพลาดที่ส่วนเรื่องเข้ารับการพิจารณานั้น ร้อยละ 60-80 เป็นการส่งเรื่องที่มีผู้ให้บริการ เป็นคนรายงานหรืออย่างน้อยเป็นผู้ที่มีส่วนช่วยผู้เสียหายในการเขียนเรื่องเสนอเพื่อขอรับการ ชดเชย

3. ลดการฟ้องศาล

ระบบการชดเชยที่ไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดดังกล่าวในสวีเดน ในสายตานักกฎหมายอเมริกัน เชื่อกันว่าจะนำไปสู่การฟ้องร้องในศาลมากขึ้น แต่นักกฎหมายสวีเดนไม่เห็นด้วยกับแนวคิด ดังกล่าว เนื่องจากเชื่อว่ามุมมองชาวอเมริกันกับชาวสวีเดนต่อระบบการแพทย์ และแนวคิดเกี่ยวกับ สิทธิ หรือการขอรับการชดเชยมีความแตกต่างกัน

4. ถูกมองว่าเป็นระบบ (ช่วยแพทย์)

อย่างไรก็ตาม มุมมองจากผู้รับบริการส่วนหนึ่งยังไม่พอใจในหลาย ๆ ประเด็น เช่น การขอข้อมูลจากการรักษาจากสถานบริการในกรณีต้องการไปประกอบการเขียนคำร้องอาจจะ ไม่ได้รับความร่วมมือจากสถานบริการมากนัก เมื่อมีการร้องเรียนไปยังคณะกรรมการผู้ป่วยของ

สภาเขต คณะกรรมการมักจะปกป้องผู้ให้บริการมากกว่าผู้ป่วย หรือแม้แต่การส่งข้อมูลการรักษาเข้าสู่คณะกรรมการดูแลสุขภาพ (Health and Health Care Board) เป็นการนำข้อมูลที่เป็นความลับทำให้ผู้เสียหายไม่อยากส่งเรื่องร้องเรียน คณะกรรมการเองก็ไม่มีบทบาทในการเตือนแพทย์ผู้ให้บริการมากนัก การรับเรื่องร้องเรียนมักจะไม่มีการบันทึกชื่อผู้ให้บริการลงในรายงาน อีกทั้งในกระบวนการควบคุมการเกิดอุบัติเหตุทางการแพทย์ ผู้ให้บริการจะได้รับการคาดหวังว่าต้องเป็นผู้รายงานความผิดพลาดต่อแผนกสุขภาพของกระทรวงสุขภาพ แต่ในความเป็นจริงมีการรายงานเป็นบางครั้งเท่านั้น ผู้ให้บริการจะรายงานก็ต่อเมื่อเห็นว่าเป็นเรื่องร้ายแรงที่คิดว่าเสี่ยงต่อการร้องเรียนจากผู้ป่วย³⁸

5. บริษัทประกันหวังผลกำไร

นอกจากนี้ผู้รับบริการยังเห็นว่า แม้ว่า คณะกรรมการที่ดูแลการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลจะเป็นบริษัทร่วมทุนที่เกิดจากรัฐบาลในท้องถิ่นเองก็ตาม แต่บริษัทดังกล่าวก็ยังเป็นหน่วยงานที่หวังผลกำไร การร่วมทุนประกอบด้วยสัดส่วนของ บริษัทประกันของสภาเขต ร้อยละ 30 เป็นสัดส่วนของ (บริษัท Folksam) ร้อยละ 35 และ (บริษัท Skandia) ร้อยละ 35 ในทางปฏิบัติบริษัทดังกล่าวดำเนินงานโดย (บริษัท Skandia) เป็นหลัก และมีแนวโน้มว่าบริษัทประกันดังกล่าวพยายามจ่ายน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในส่วนของผู้ให้บริการเองก็มีแนวโน้มปฏิเสธความเกี่ยวข้องระหว่างการบาดเจ็บกับการรักษาทางการแพทย์

6. สัดส่วนกรรมการที่ปรึกษามีประชาชนเป็นเสียงข้างน้อย

อีกประเด็นหนึ่งที่ผู้รับบริการไม่พอใจได้แก่ การที่ผู้ชำนาญการพิเศษที่เป็นที่ปรึกษาตัดสินโดยถือตามบันทึกการรักษาที่เขียนโดยแพทย์ผู้ให้การรักษาเป็นสำคัญโดยไม่มีข้อมูลจากผู้รับบริการ และในมุมมองจากผู้รับบริการเห็นว่า องค์ประกอบของคณะกรรมการพิจารณาความเสียหายจากการบาดเจ็บ (Patient Damage Board) ที่มาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญในระบบประกันอุบัติเหตุ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญในงานด้านสาธารณสุข 1 คน และประธานล้วนแต่เป็นคนจากภาครัฐ ซึ่งมีทั้งหมด 4 คน แต่มีกรรมการที่เป็นตัวแทนจากผู้รับบริการเพียง 3 คนเท่านั้น ผู้รับบริการจึงมักจะเสียเปรียบ เมื่อพิจารณาข้อมูลในปี 1998 พบว่าเรื่องทั้งหมดที่คณะกรรมการรับไว้พิจารณา 792 รายนั้น ผู้เสียหายได้รับความพอใจหลังจากการพิจารณา 111 ราย อีก 681 ราย ผลการตัดสินเป็นผลดีแก่บริษัทประกัน เมื่อพิจารณาในประเด็นที่ว่าผู้เสียหายจะได้รับการจ่ายเงินชดเชยมากขึ้นจากระบบการชดเชยแบบนี้แล้วนั้น ระบบการชดเชยดังกล่าวของสวีเดนจ่ายแค่ร้อยละ 0.2 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ในขณะที่ในประเทศสหราชอาณาจักรจ่ายประมาณร้อยละ 10 ของรายจ่ายด้านสุขภาพ เป็นต้น

³⁸ Swedish Eye: A Description of Day-to-Day Life in Sweden As Seen by Foreigner 2004.

จากการศึกษากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ของประเทศไทย เปรียบเทียบกับกองทุนชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ของประเทศนิวซีแลนด์ และราชอาณาจักรสวีเดนแล้ว พบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังคงมีข้อบกพร่องทางกฎหมายเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนที่ควรได้รับการแก้ไข ซึ่งจะขอกล่าวถึงปัญหาเพื่อวิเคราะห์และทำการแก้ไขในบทที่ 4 ต่อไป