



ทำไม?
คนไข้?

ไม่พร้อมเสมอ

บทพิสูจน์ความทุกข์ของหมอกับคนไข้ภายใต้ระบบฟ้องร้อง
เพื่อก้าวสู่พรมแดนใหม่ที่คนไข้ไม่ต้องฟ้องหมอ

ทำไมคนไข้ไม่ฟ้องหมอ

ISBN 978-974-09-5322-7

ผู้เขียน

อารยา ชูผกา

บรรณาธิการ

สายศิริ ตำนวัฒน์

รูปเล่มและปก

วัฒน์สินธุ์ สุวรรตยานนท์

พิมพ์ครั้งที่ 1

ตุลาคม 2550 จำนวน 500 เล่ม

สนับสนุนโดย

โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 2

มกราคม 2551 จำนวน 1,000 เล่ม

โดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พิมพ์ที่

บริษัท ทีฟิล์ม จำกัด

โทรศัพท์ 02-985-9614

คำนำจากผู้ป่วย

เมื่อดิฉันได้รับการติดต่อให้เรียบเรียงหนังสือเล่มนี้ ระลึกถึงเหตุการณ์สะเทือนใจที่เกิดขึ้นกับครอบครัวเมื่อกลางปี พ.ศ.2550

“น้องณาน” ลูกชายคนเล็กของนำสาวของดิฉันจากพวกเราไปภายหลังเข้ารับการรักษาหัวใจที่โรงพยาบาลระดับโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง เด็กชายตัวอ้วนกลมวัย 3 ขวบ 5 เดือน ที่หากมองดูเพียงผิวเผินจะแทบไม่รู้เลยว่าเขาป่วยด้วยโรคหัวใจผิดปกติแต่กำเนิด ต้องพึ่งหมอฟันยาตั้งแต่แรกเกิด จึงคุ้นเคยเป็นอย่างดีกับโรงพยาบาลแห่งนี้ รวมทั้งทีมหมอและพยาบาลนับสิบคนที่ให้การรักษา

แทบไม่มีใครเชื่อว่า เด็กชายที่ร่าเริงแจ่มใสผิดจากผู้ป่วยโรคหัวใจทั่วไป จากพวกเราไปไม่กี่ชั่วโมงภายหลังจากการผ่าตัดที่กินเวลาตั้งแต่เข้ายันค่ำ คำถามแรก ๆ ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวและญาติก็คือ **“เกิดอะไรผิดพลาดขึ้นระหว่างการผ่าตัด”** น้องณานจากพวกเราไปอย่างคาดไม่ถึง

ทั้ง ๆ ที่อีกสองสัปดาห์ข้างหน้า น้องฉานจะได้เข้าเรียนชั้นอนุบาลเหมือนเพื่อน ๆ วยเดียวกันแล้ว

มีคำอธิบายจากหมอเจ้าของไข้และญาติของเราที่เป็นหมอซึ่งขอเข้าไปดูบันทึกการรักษา จนทำให้เข้าใจได้ว่า เมื่อหมอผ่าตัดเปิดช่องอกเข้าไปจึงเพิ่งพบปัญหามากมาย ซึ่งไม่อาจตรวจพบได้ในการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ ที่มีอยู่ได้ แม้การผ่าตัดจะช่วยแก้ไขปัญหาของหัวใจได้แล้ว แต่ปอดไม่อยู่ในสภาพที่สมบูรณ์พอสำหรับการผ่าตัดใหญ่ขนาดนี้ได้

กระนั้น ก็ยังมีข้อซักค้านเกิดขึ้นในหมู่ญาติว่า **“หมอทําพลาดหรือเปล่า”** เพราะการผ่าตัดก่อนหน้านี้ของน้องฉาน ก็มีความผิดพลาดเกิดขึ้น โดยแพทย์บอกในภายหลังว่า มีการต่อเส้นเลือดผิด ด้วยเหตุผลที่ว่าเส้นเลือดมีขนาดเล็กมากประกอบกับความเร่งรีบเพื่อไม่ให้เกิดการผ่าตัดกินเวลานานเกินไป

ที่สำคัญคือ หมอไม่เคยบอกให้เธอทราบถึงความเสี่ยงในการผ่าตัดครั้งนี้เลย ทำให้เธอ **“คาดหวัง”** ว่าการผ่าตัดครั้งนี้จะไม่มีปัญหา

และเมื่อน้าสาวถูกถามว่าอยากสืบสาวเอาความกับประเด็นนี้หรือไม่ ก็ได้รับคำตอบว่า **“ไม่หรอก น้าเชื่อว่าอาจารย์หมอและทีมคงทำดีที่สุดแล้ว”** เรื่องราวที่เธอบอกเล่าต่อจากนี้ ทำให้ดิฉันเข้าใจว่าทำไมเธอถึงไม่คิดฟ้องหมอ

ตลอดระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา เธอและสามีได้ร่วมวางแผนการรักษากับทีมหมอมาโดยตลอด น้องฉานได้รับความดูแลเอาใจใส่จากผู้คนในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีในทุก ๆ ครั้งที่เข้ารับการรักษา ไม่ว่าจะป็นหมอหัวใจเด็ก หมอศัลยกรรมหัวใจเด็ก หมออดมยา และบรรดาคุณน้าและคุณน้าพยาบาลที่หอบผู้ป่วยเด็ก

ในคืนที่น้องฉานจากไปนั้น เธอพบว่าอาจารย์หมอหัวหน้าทีมผ่าตัดมี
สีหน้าท่าทางที่เศร้าสลดกับการผ่าตัดที่ล้มเหลวอยู่ไม่น้อย แม้น้องฉานจะจาก
ไปตั้งแต่ห้าทุ่ม แต่เธอยังเห็นเขานั่งสรุปงานถึงตีสาม

แม้ไม่ได้เข้ามาลอบโยนครอบครัวของเธอ แต่เขาก็ดูเศร้าหนัก

ส่วนหมอเด็กเจ้าของไข้ตัวจริง ที่ดูแลกันมาตลอด 3 ปี ทราบข่าวในเช้าวันรุ่ง
ขึ้น ตามหาตัวเธอจนพบที่หน้าลิฟท์ของตึก

**เขาเอื้อมมือมาจับไหล่ทั้งสองข้างของเธอ กล่าวแสดงความเสียใจ
และร้องไห้อย่างไม่อายที่นักศึกษาแพทย์ที่เดินตามหลังมา**

เพราะน้องฉานได้รับการดูแลเอาใจใส่จากทีมแพทย์และพยาบาลเป็น
อย่างดีตลอดระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา การผ่าตัดที่ล้มเหลวจึงเป็นความสูญเสียที่
เกิดขึ้นได้โดยไม่มีใครคาดคิดและเป็นสิ่งที่เธอยอมรับได้ในท้ายที่สุด

ที่สำคัญเธอรู้สึกได้ว่า ทุกๆ คนในทีมหมอ “รู้สึก” เช่นเดียวกับเธอ

ในยามนั้น หากรับรู้ได้ว่า มีใคร “รู้สึก” ร่วมกับเรา ก็ช่วยลอบประโลมใจ
ได้มีใช่น้อย

แต่อีกสิ่งที่คุณคาดไม่ถึง ก็คือ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด แม้
การรักษาน้องฉานจะสามารถเบิกจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของ
เธอได้ แต่ยังคงมีวัสดุทางการแพทย์บางอย่างที่ไม่สามารถเบิกได้ ซึ่งมีราคาหลาย
หมื่นบาท แกมโรงพยาบาลยังส่งจดหมายทวงหนี้ให้รู้สึกเหมือนว่า เธอหนีหนี
ออกมาจากโรงพยาบาลอีกต่างหาก

กลายเป็นหนี้ที่เธอต้องควักกระเป๋าจ่ายเอง แม้จะไม่ได้ชีวิตน้อยๆ นั้นคืน
มาก็ตาม

หากโรงพยาบาลไม่ตามทวงหนี้ค่าวัสดุที่เสียเปล่าเหล่านั้นได้ เธอคงจะรู้สึกดีกว่านี้ แม้จะเข้าใจได้ว่าวัสดุที่จำเป็นเหล่านั้น ไม่ได้รับประกันความสำเร็จของการรักษา แต่คงห้ามอาการ “เสียความรู้สึก” ไม่ได้

ประเด็นนี้เลยกลายเป็นโศกนาฏกรรมซ้ำซ้อนที่ผู้สูญเสียต้องเผชิญอย่างโดดเดี่ยว ทุกคนเห็นใจแต่ไม่สามารถเยียวยาความโดดเดี่ยวนี้ได้ แม้จะช่วยเหลือกันทางการเงินได้ก็ตาม

เธอยังเล่าว่า โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่เธออยู่นั้น มีทีมงานดูแล พี่นุพูจิตใจผู้สูญเสียไม่ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวมากนัก ด้วยการบอกขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องทำ และเงินที่จะต้องจ่าย ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

แต่โรงพยาบาลใหญ่ระดับประเทศที่เธอไปใช้บริการ ยังไม่ได้คิดถึงการแก้ปัญหาแบบนี้ให้กับคนไข้

เนื้อหาในหนังสือเล่มนี้ เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยค้นหาวิถีทางบรรเทาทุกข์ของผู้สูญเสียจากการรับบริการทางการแพทย์ การออกแบบระบบที่ดีพอ จะช่วยให้ผู้สูญเสียหรือผู้เสียหายจากเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงทางการแพทย์ไม่ต้องเผชิญกับความทุกข์อย่างโดดเดี่ยว

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือในมือของท่านเล่มนี้อาจช่วยจุดประกายความหวังเล็กๆ ให้เกิดขึ้นกับการปรับปรุงระบบสุขภาพในบ้านเราได้

ระบบสุขภาพที่ไม่เพียงแต่จะช่วยดูแลรักษาความป่วยไข้ทางกายเท่านั้น

หากแต่เยียวยาความเจ็บป่วยทางใจได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

อารยา ชูผกา

20 สิงหาคม 2550

สารบัญ

คำนำ

ทุกข์จากบริการทางการแพทย์

เหตุเกิดที่โรงหมอ	11
ระบบบริการเจ้าปัญหา	16
เมื่อ “เจ้าของไข้” ไม่สื่อสาร	18
ทุกข์ของคนที่ยังอยู่	21

ทุกข์จากการฟ้องร้อง

ทุกข์ของหมอ	27
ทุกข์ของระบบฟ้องร้อง	30
ความล่มสลายของระบบฟ้องร้องในต่างประเทศ	33

สู่พรหมแดนใหม่ คนไข้ไม่ต้องฟ้องหมอ

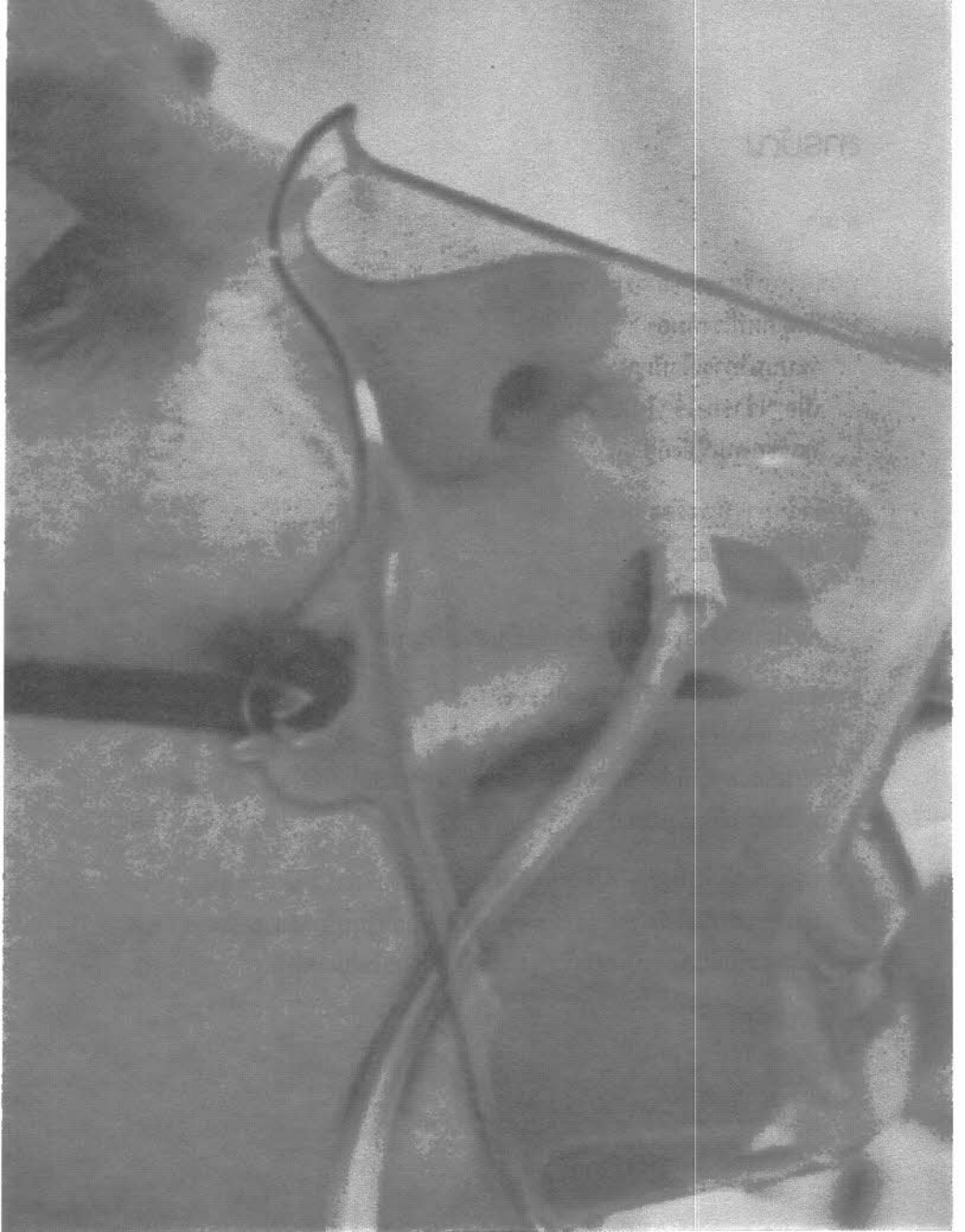
ระบบชดเชยฯ โดยไม่พิสูจน์ถูกผิด	39
การเยียวยาผู้เสียหายภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า	43
ทำไมคนไข้ไม่ฟ้องหมอ	46

จากบทเรียนสู่กฎหมาย คัดครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข

ประเด็นสำคัญในร่าง พ.ร.บ.คัดครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข	62
พลิกความลับกลับเป็นบทเรียน ประเด็นท้าทายในอนาคต	67

เอกสารอ้างอิง

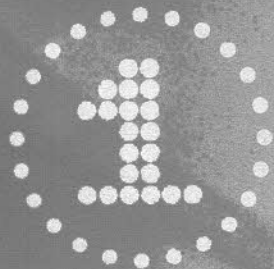
71



WUJIAN

Over the
the
the
the

ทุกซ์จากบริการ
ทางการแพทย์





ความขาดแคลน ความไม่พร้อมของระบบบริการ
ในบ้านเรา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษา
ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เช่น การขาดแคลนเครื่องมือ
ขาดแพทย์ ขาดเตียง ความไม่พร้อมของระบบบริการ
สาธารณสุขนี้มักเกิดขึ้นในพื้นที่ชนบท
ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก ที่มีหมอเพียงไม่กี่คน
สภาพการทำงานที่เร่งรัด เช่น ผ่าตัดใส่ขี้ผึ้งเสร็จ
ต้องรีบไปทำคลอด ระหว่างนั้นอาจถูกตามตัว
ไปในช่วงชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
ที่ห้องฉุกเฉิน เป็นต้น

เหตุเกิดที่โรงหมอ

คืนที่ **สมชาย** พาลูกชายวัย 3 ขวบไปหาหมอที่โรงพยาบาลนั้น เพราะทนรำคาญใจที่เห็นลูกเอาแต่ขี้ตาไม่ไหว สมชายคิดในใจว่าเด็กน้อยคงติดเชื้อตาแดง จากญาติลูกพี่ลูกน้องที่มีบ้านอยู่ติดกัน จึงมีอาการตาแดง น้ำตาไหลแฉิม ขี้ตาแฉะ แต่หมอรับตัวไว้นอนในโรงพยาบาลให้น้ำเกลือ ฉีดยา และสั่งยาให้หยอดตา

สมชายอยู่เฝ้าลูกจนถึงเที่ยงคืน จึงกลับไปพักที่บ้าน แล้วให้อาของเด็กลูกชายดูแลแทน เขากลับมาอีกครั้งตอนตีสาม เด็กน้อยหลับสนิทอยู่บนเตียง ทุกอย่างดูเป็นปกติดี เกือบหกโมงเช้าเมื่อน้ำของเด็กชายเข้ามาเยี่ยม สมชายฝากน้องภรรยาให้อยู่แทนสักครู่ ก่อนจะออกไปทำธุระนอกห้องผู้ป่วย

ไม่ถึงครึ่งชั่วโมงหลังจากนั้น สมชายกลับเข้ามาในห้องอีกครั้ง แต่กลับพบว่าลูกชายเสียชีวิตแล้ว!

หมอเจ้าของไข้แจ้งว่า เด็กชายอาเจียนออกมาและมีเศษอาหารไปอุดทางเดินหายใจ คนเฝ้าดูแลไม่รีบแจ้งให้ทราบ หมอจึงช่วยชีวิตไว้ไม่ทัน ในขณะที่น้ำของเด็กน้อยแล้วว่าเป็นเพราะพยาบาลมาฉีดยาให้แล้วเด็กน้อยชัก เกร็ง และแน่นิ่งไป ก่อนจะอาเจียนออกมาในภายหลัง

ในโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง หญิงสาวอายุ 16 ปี ลูกสาวคนเดียวของดวงใจที่กำลังเตรียมตัวสอบเข้าเรียนชั้นมัธยมปลาย ได้เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่ง แต่หลังจากที่หมอให้ยาฉีดระงับความรู้สึกทางไขสันหลังกับลูกสาวของดวงใจแล้ว หญิงสาวก็เกิดอาการช็อค เธอถูกส่งตัวไปยังห้องไอซียูของโรงพยาบาลขนาดใหญ่อีกแห่งหนึ่ง

หญิงสาวมีชีวิตอยู่ในห้องไอซียูอีก 5 คืน ก่อนจะจากดวงใจไปอย่างไม่มีวันกลับ

ในโลกปัจจุบันที่เทคโนโลยีทางการแพทย์และระบบบริการทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยก้าวหน้าไม่แพ้ประเทศพัฒนาแล้ว แต่ในบางซอกมุมยังคงมีเสียงคร่ำครวญจากผู้คนอีกจำนวนมากอย่างสมชายและดวงใจที่ไม่เคยคาดคิดว่าการพาลูกเข้าไปรักษาอาการเจ็บป่วยที่ไม่ได้มากมายอะไรนี่ก็จะเกิดผลลัพธ์เป็นความสูญเสียเช่นนี้

คำถามที่เกิดขึ้นกับสมชายและดวงใจ คือ ลูกของพวกเขาตายเพราะอะไรกันแน่ เป็นความผิดพลาดในการรักษาจนทำให้ลูกต้องจากไปก่อนวัยอันควรใช่หรือไม่!

คำตอบ อาจเป็นได้ทั้ง “ใช่” และ “ไม่ใช่” เพราะผลลัพธ์นั้น อาจเกิดจากความบกพร่องของเครื่องมือ หรือความผิดพลาดในกระบวนการรักษาพยาบาล (medical errors) เช่น การจ่ายยาผิด ซึ่งเป็นความผิดพลาดที่หลีกเลี่ยงได้ (avoidable) หรืออาจเป็นเหตุสุดวิสัย ซึ่งหมายถึงว่าบุคลากรทางการแพทย์ได้ให้การรักษาย่างเหมาะสมแล้วแต่กลับเกิดผลเสียอันถือว่าเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ (unavoidable)

แต่ไม่ว่าคำตอบจะเป็นเช่นไร ผลลัพธ์ที่พวกเขาได้รับคือ ผลอันไม่พึงประสงค์จากการเข้ารับบริการสุขภาพ

ไม่เพียงแต่สมชายและดวงใจเท่านั้นที่ต้องเผชิญกับความสูญเสียที่คาดไม่ถึง ยังมีผู้คนทั่วโลกจำนวนมากที่ต้องประสบกับการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากระบบการรักษาพยาบาลในแต่ละปี ในปีพ.ศ.2542 สถาบันการแพทย์ของสหรัฐอเมริกา ได้เผยแพร่รายงานฉบับสำคัญเรื่อง To Err is Human (การทำผิดพลาดเป็นเรื่องปกติของมนุษย์) ที่ระบุว่า ในแต่ละปีจะมีคนอเมริกันต้องเสียชีวิตเนื่องจากความผิดพลาดทางการแพทย์ราว 44,000 คน มากกว่าการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน มะเร็งเต้านม และเอชไอวี นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุให้คนอเมริกันจำนวน 1 ล้านคนต้องบาดเจ็บโดยไม่จำเป็นจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในแต่ละปี

สาเหตุของความผิดพลาดทางการแพทย์

ผลข้างเคียงหรือผลอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในระบบการรักษาพยาบาลนั้น สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย เช่น การประมาทเลินเล่อของบุคลากรทางการแพทย์ ความบกพร่องของระบบการทำงาน ระบบการประสานงาน ความบกพร่องของเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ข้อจำกัดขององค์ความรู้ทางการแพทย์ในขณะนั้น ข้อจำกัดของข้อมูลที่อาจไม่ครบถ้วน รวมทั้งความเร่งด่วนในการรักษา

จากการศึกษาสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดที่พบบ่อย ของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดในปีพ.ศ.2527 ระบุว่า มีความผิดพลาดที่พบบ่อยอยู่ 3 ประเภท คือ ความผิดพลาดจากการผ่าตัด ประมาณครึ่งหนึ่งของเหตุการณ์ไม่พึง



ประสงคจะเกดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เกิดจากการให้ยา เหตุการณ์คาดไม่ถึงจากการรักษา และการวินิจฉัยผิดพลาด

ความผิดพลาดจากการใช้ยา ซึ่งเป็นความผิดพลาดที่ป้องกันได้ โดยร้อยละ 26 เป็นความผิดพลาดในการสั่งยา ร้อยละ 25 เป็นความผิดพลาดจากการควบคุมดูแล มักพบในการใช้ยาบรรเทาปวด ยาปฏิชีวนะ ยาระงับประสาท ยาเคมีบำบัด ยาจำพวกออกฤทธิ์ต่อหัวใจหรือหลอดเลือด และยาหรือสารต้านการจับตัวเป็นลิ่ม

ความผิดพลาดจากผู้ให้บริการ เช่น วินิจฉัยโรคผิดพลาด ประเมินอาการล่าช้า ไม่ได้สั่งจ่ายยาในเวลาที่เหมาะสม หรือ สั่งยาให้คนไข้ผิดคน ผิดเวลา เป็นต้น

และจากรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาพยาบาล โดยการศึกษาของนักวิชาการจากศูนย์การแพทย์อิสราเอลดีคอนเนส (Israel Deconess Medical Center) ในสหรัฐอเมริกา และโรงพยาบาลรอยัลนอร์ธชอร์ (Royal North Shore Hospital) ในออสเตรเลีย พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายจากริการทางการแพทย์บางประการ ได้แก่

- ผู้สูงอายุตั้งแต่ 64 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์มากกว่ากลุ่มอื่น
- การรักษาโรคซับซ้อนบางอย่างมีความเสี่ยงสูง เช่น การผ่าตัดหลอดเลือดและหัวใจ การผ่าตัดระบบประสาท
- แผนกฉุกเฉินมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น การใช้แพทย์ที่ไม่ได้ผ่านการอบรมการทำงานในห้องฉุกเฉิน จำนวนผู้รับบริการมากจนแพทย์มีเวลาจำกัดในการวินิจฉัยโรคและให้การรักษาผู้ป่วย
- ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ยิ่งอยู่นานยิ่งมีความเสี่ยงสูง



ข้อมูลจากกรมบริการสุขภาพ (Department of Health) ของสหราชอาณาจักร พบว่า ผู้รับบริการสุขภาพร้อยละ 5 จะประสบกับผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ของการรักษา โดยหนึ่งในสามเป็นผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

ร้อยละ 18 ของผลข้างเคียงของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นความผิดพลาดจากการรักษา

ลักษณะของการได้รับความเสียหายที่นำไปสู่การร้องเรียนในสหราชอาณาจักร ที่พบในสถานบริการระดับโรงพยาบาล เป็นเรื่องการละเลยการรักษาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือ ได้รับความเจ็บปวดโดยไม่จำเป็น

ในบริการระดับปฐมภูมินั้น พบว่าความผิดพลาดกว่าครึ่ง เป็นความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค และกว่าหนึ่งในสี่ เป็นการให้ยาผิด

ในระดับโรงพยาบาลเฉพาะทาง พบว่ามีกรณีผู้ป่วยขอรับการชดเชยความเสียหายจากการศัลยกรรมพอๆ กับบริการด้านสูตินรีเวช เช่น ทารกได้รับบาดเจ็บที่สมองจากการคลอด

เฉพาะความเสียหายจากการคลอดที่ทำให้ทารกมีภาวะการชักแต่กำเนิด (Cerebral Palsy) เพียงกรณีเดียวคิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 5 ของกรณีทั้งหมดที่ได้รับการชดเชย แต่กลับมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายมากถึงร้อยละ 60 ของค่าใช้จ่ายในการชดเชยต่อปีของระบบประกันความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ในสหราชอาณาจักร

สำหรับสาเหตุของความเสียหายที่ผู้ป่วยได้รับจากการเข้ารับบริการสุขภาพนั้น หลายประการเป็นลักษณะร่วมที่พบเจอได้ในสถานพยาบาลต่างๆ ไป สำหรับประเทศไทยยังมีปัจจัยเสี่ยงบางประการที่นำไปสู่ความผิดพลาดในการรักษาซึ่งสะท้อนอยู่ในกรณีศึกษาของผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง

ระบบบริการเจ้าปัญหา

“พอฟพยาบาลพ่นยา น้องเขาซ็อกตัวเขียวทั้งตัวเลย เลยก้มน้องแล้วเรียกพพยาบาล พยาบาลมาปิดเครื่องพ่นยา แล้วบอกว่าไม่เป็นอะไร เขาก็เลยนำตัวน้องไปดูดเสมหะซึ่งนำเด็กได้ไปด้วย พอดูดเสมหะแต่ว่า ไม่มีเสมหะออกมามีแต่เลือดออกมาตามสายยาง พอเลือดออกเขาก็พาน้องมาที่เตียง ตอนนั้นน้องไม่รู้อะไรแล้ว น้องนิ่งไม่รู้รู้สึกอะไรแล้ว เขาได้ทำการช่วยเหลือ ให้ออกซิเจน แต่เครื่องมือที่เขาามันใช้ไม่ได้ เขาก็ขึ้นไปข้างบนเอาเครื่องใหม่มาเปลี่ยนก็ใช้ไม่ได้อีก กลับไปเปลี่ยนใหม่เอาเครื่องใหม่มาอีกมันก็ยังใช้ไม่ได้อยู่ดี จนเครื่องสุดท้ายซึ่งใช้ได้แต่ก็ใช้ไม่ค่อยดีเท่าไร...”

คำบอกเล่าของแม่ผู้สูญเสียลูกสาวตัวเล็ก ๆ ไปในระหว่างการรักษาพยาบาล คงสะท้อนภาพของ “ความบกพร่อง” ของเครื่องมือเครื่องมือที่ใช้ในการช่วยชีวิต ได้อย่างชัดเจน แม่ผู้บอกเล่ามิได้รู้จักมักคุ้นกับเครื่องมือที่ว่านั้น แต่คงไม่ใช่เรื่องยากที่คนทั่ว ๆ ไปจะเข้าใจได้ว่าการต้องเปลี่ยนเครื่องมือถึง 3-4 ครั้งนั้นเป็นเพราะมันใช้การไม่ได้

คนไข้ถูกกัด ต่อกตายเพราะที่โรงพยาบาลไม่มีเซรุ่มแก้พิษงู

คนไข้รัลลัสซีเมีย ติดเชื้อเอช ไอ วี จากการให้เลือด

เด็กมีปัญญาแรกคลอด ต่อกตายระหว่างส่งต่อการรักษา เพราะโรงพยาบาลไม่มีเครื่องมือช่วยชีวิตที่เพียงพอ

เรื่องเหล่านี้เกิดขึ้นในประเทศไทยอยู่เรื่อย ๆ

ความขาดแคลน ความไม่พร้อมของระบบบริการในบ้านเรา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เช่น การขาดแคลนเครื่องมือขาดแพทย์ ขาดเตียง ความไม่พร้อมของระบบบริการสาธารณสุขนี้มักเกิดขึ้นในพื้นที่ชนบท ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก ที่มีหมอเพียงไม่กี่คน สภาพการทำงานที่เร่งรัด เช่น ผ่าตัดไส้ติ่งเสร็จ ต้องรีบไปทำคลอด ระหว่างนั้นอาจถูกตามตัวให้ไปช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ห้องฉุกเฉิน เป็นต้น

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งให้สัมภาษณ์ไว้ใน รายงานประเมินผลการติดตามและประเมินผลกระทบของนโยบายและการดำเนินการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 (2547) โดย ดร.ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะสะท้อนภาพปัญหา “ขาดคน” ได้อย่างชัดเจน

“ถ้าเรามาดูเหตุการณ์ทั้งหลายหรือข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นมักจะเกิดตอนที่เราเหนื่อยแล้ว แพทย์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ดี อยากรักษาให้ดี อยากรักษาคนไข้ทุกกรณี ก็โหมงกี่ยามก็มาดู อยากรักษาด้วยตัวเอง แต่มันมาไม่ไหว ดูดีหนึ่ง ดีสอง ดีสี่ ดีห้า มาทำงานตอนเจ็ดโมง ทำไม่ไหว ความผิดพลาดส่วนใหญ่

จะเกิดตอนเราหมดสภาพ ความเหนื่อยล้า ความหงุดหงิดตามมา เกิดการถกเถียง... ดูเหมือนว่ารากของมันจริงๆ คือ คนเรายังไม่พอ อัตราส่วนแพทย์กับประชากรที่ต้องรับผิดชอบมันมากเกินไป มากเกินกว่าที่เราจะมองหาคุณภาพกันได้ เราต้องตรวจ OPD วันละ 80 -100 ราย ต่อแพทย์ 1 คน เฉพาะช่วงเช้า ชั่วโมงละ 20 คน วันละ 2 จุด”

ภาระงานอันไม่สอดคล้องกับจำนวนบุคลากรนี้ ย่อมเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความผิดพลาดในกระบวนการรักษาได้ การที่หมอต้องดูแลคนไข้จำนวนมากขนาดนี้ ย่อมเกิดความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยหรือการรักษาที่ไม่ละเอียดรอบคอบเพียงพอ

เพียงแค่เวลาที่จะสื่อสารกับคนไข้แต่ละคนสักคนละ 5 นาที ก็แทบจะเป็นไปไม่ได้

เมื่อ “เจ้าของไข้” ไม่สื่อสาร

“ทำไมหมอไม่บอกอาการตั้งแต่ที่แรก น้องเป็นอะไรแล้วผมจะส่งน้องไปรักษาที่ไหนเป็นสิทธิ์ของผมที่จะทำได้...”

“หมอมีหน้าที่ต้องพูด รักษาแล้วตาย หมอพูดไหม หมอต้องพูดก่อนสิ ว่าเนี่ยมีผลข้างเคียงต่อลูกดิฉัน อะไรยังไง หมอกี่ไม่พูด ตายขึ้นมาหมอกี่ไม่พูดอีก...”

คำบอกเล่าของผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์*

แม้กระแสเรื่องการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) จะเป็นที่นิยมในสถานพยาบาลทุกระดับ ทำให้หลักการบริหารความเสี่ยงในเรื่องคุณภาพ ความพึงพอใจของผู้ป่วย ได้รับการนำไปปฏิบัติกันอย่างแพร่หลาย แต่ปัญหาในการสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติยังคงเป็นอีกสาเหตุสำคัญของการฟ้องร้องแพทย์มาโดยตลอด

เรื่อง **“หมอไม่พูด”** หรือ **“หมอไม่บอก”** เป็นคำอ้างที่พบได้เป็นส่วนใหญ่ของกรณีที่มีการฟ้องร้อง ในการศึกษาติดตามกรณีผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดย รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะยังพบว่า กว่าครึ่งของทั้ง 31 กรณีที่ศึกษามีปัญหาพื้นฐานเรื่องการสื่อสารกับแพทย์หรือพยาบาล ทั้ง **“ไม่บอก”** และ **“บอกไม่ชัดเจน”**

หลายกรณีที่ผู้เสียหายและครอบครัวไม่พอใจจนนำไปสู่การร้องเรียน หรือฟ้องร้องนั้นมีปัญหาเรื่องการสื่อสารระหว่างแพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลกับผู้ป่วยหรือญาติให้เข้าใจเรื่องผลข้างเคียง ความเสี่ยงต่างๆ ในการรักษา ตั้งแต่การวินิจฉัย การให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจรับการรักษา

นอกจากปัญหาการสื่อสารที่เป็นภาษาพูดแล้ว ภาษาท่าทางยังเป็นปัญหาอีกด้วย เช่น ท่าทีที่แสดงถึงการขาดความเอาใจใส่ของแพทย์ในการตรวจรักษา การเหมินเฉยหรือการแสดงท่าที่ไม่เต็มใจของพยาบาลเมื่อถูกร้องขอให้ไปดูอาการผู้ป่วย

ในหลายประเทศที่ใช้ระบบฟ้องร้อง ท่าทีของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ก่อให้เกิดปัญหาความไม่พอใจในการรับบริการเช่นกัน เมื่อเกิดความเสียหายจากการรับบริการนั้น ผู้เสียหายจึงฟ้องร้องด้วยเหตุผลว่า แพทย์ละเลยการรักษาไม่ได้รับความเอาใจใส่อย่างที่ได้รับบริการพึงจะได้รับ





สำหรับสังคมไทยนั้น แม้หลังเกิดความสูญเสียแล้ว ผู้เสียหายส่วนใหญ่ยังคงคาดหวังท่าทีที่เห็นอกเห็นใจจากแพทย์ และพยาบาลอีกด้วย เรื่องการไปพบเพื่อพูดคุยแสดงความเสียใจ และไปร่วมงานศพจึงแทบจะเป็นสูตรสำเร็จในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากความเสียหายของผู้ป่วย

เช่น กรณีเด็กชายวัย 8 ปี มีอาการบัสสาวะเป็นเลือดไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง และถูกส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลระดับจังหวัด โดยได้รับการผ่าตัดไต แต่พ่อของเด็กชายเข้าใจว่าลูกมีปัญหาเกี่ยวกับลำไส้ หลังรับการผ่าตัดแล้วเด็กชายมีปัญหาไตทำงานได้ไม่ดี และเสียชีวิตในอีกสองสัปดาห์ต่อมา

พ่อของเด็กชายร้องเรียนไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อ้างว่า ขาดการสื่อสารจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าลูกต้องได้รับการผ่าตัดไต แพทย์เจ้าของไข้พูดจาไม่ดี หลัง

เกิดเรื่องทางโรงพยาบาล และแพทย์เจ้าของไข้ ไม่ได้พูดคุยกับครอบครัวของเด็ก ให้เข้าใจอีก

เลยคิดว่าไตของลูกน่าจะถูกขโมยไป!

การสื่อสารที่สร้างความเข้าใจที่ไม่ชัดเจนให้กับผู้ป่วยและญาตินั้น บางครั้งนำไปสู่เหตุการณ์ความขัดแย้งที่ลุกลาม บานปลาย ถึงขั้นที่เรียกได้ว่า “ไปกันใหญ่” ดังเช่นกรณีข้างต้น

ทุกข์ของคนที่ยังอยู่

โรคดีที่อาการปวดท้องของน้องหนิง เด็กสาววัย 15 มาเกิดขึ้นเอาหลังจาก สอบเสร็จได้เพียงหนึ่งวัน ทันทิที่หมอวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ ก็รีบตัวไว้ในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด หลังจากการผ่าตัดผ่านไปประมาณ 15 นาที น้องหนิงเกิดอาการช็อก ความดันเลือดตก และหยุดหายใจ แต่แพทย์ก็ทำการช่วยชีวิตไว้ได้

โรคร้ายที่น้องหนิงฟื้นขึ้นมาหลังจากนั้น 5 วันพร้อมกับอาการตาค้าง ขยับตัวไม่ได้ และพูดไม่ได้ แพทย์ต้องเจาะคอเพื่อใส่เครื่องช่วยหายใจ จนถึงวันนี้ เป็นเวลากว่า 3 ปีแล้วที่น้องหนิงยังไม่รับรู้อะไร แม่ของเธอต้องลาออกจากงาน มาคอยดูแลให้อาหารทางสายยาง ฝ้าพลิกตัวให้เธอทุกชั่วโมง

เพราะสิ่งเดียวที่น้องหนิงทำได้คือ ลืมตาและหลับตาเท่านั้น!

วิภาเป็นอีกคนที่ต้องประสบชะตากรรมไม่ต่างจากแม่ของน้องหนิง หลังจากคลอดลูกคนแรก ก็พบว่าบาดแผลจากการคลอดทำให้เกิดรูรั่วระหว่างช่องคลอดและลำไส้ใหญ่ส่วนปลายติดกับทวารหนัก



เป็นรูรั่วเล็กๆ ที่สร้างปัญหาใหญ่ให้กับชีวิตของวิภาเป็นอย่างมาก

นอกจากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นระหว่างซัปดาห์แล้ว เธอยังต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากการผ่าตัดปีครึ่งอีกครั้ง แม้จะรักษาต่อเนื่องมาครบ 2 ปีแล้ว แต่แผลก็ยังไม่หาย จนต้องผ่าตัดยกกล้ามเนื้อส่วนปลายมาเปิดทางหน้าท้องเพื่อให้ซัปดาห์ออกทางหน้าท้องแทนทางทวารหนัก หมอบอกว่าเมื่อรักษาแผลที่ช่องคลอดหายแล้ว จึงจะผ่าตัดอีกครั้งเพื่อให้ซัปดาห์ได้เช่นเดิม

ทุกวันนี้ วิภาต้องเลิกขายอาหาร เพราะลูกค้าที่รู้จักถึงเกือบ ต้องฝากลูกไว้ให้แม่ของเธอดูแลเป็นหลัก แคมยังต้องทะเลาะเบาะแว้งกับสามีด้วยความที่ไม่สามารถให้ความสุขกับเขาได้เหมือนเมื่อก่อน

การคลอดครั้งนั้นไม่ได้แค่ทำให้เธอมีบาดแผลทางกายเท่านั้น แต่ยังทิ้งบาดแผลทางใจที่ไม่รู้ว่าต้องใช้เวลาอีกนานเท่าใดจึงจะหาย

ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษานั้น นำมาซึ่งความเดือดร้อนของครอบครัวและผู้ใกล้ชิดของผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ ผู้เสียหายและครอบครัวที่ต้องประสบกับปัญหาความเจ็บป่วยต่อเนื่อง, ทุพพลภาพ หรือการตาย ต้องประสบกับความสูญเสียทั้งที่จับต้องได้ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การขาดรายได้จากการทำงาน และที่จับต้องไม่ได้เช่น การสูญเสียโอกาสในการทำงาน ความสูญเสียทางด้านจิตใจ

ในสหรัฐอเมริกามีการคาดประมาณค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความสูญเสียเหล่านี้ คาดคะเนว่ารัฐบาลต้องใช้จ่ายงบประมาณไปกับผลอันไม่พึงประสงค์ของการรักษาซึ่งสามารถป้องกันได้ในปีละ 17-29 ล้านเหรียญสหรัฐ และยิ่งส่อเค้าว่า จะเป็นปัญหาใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ อีกด้วย

ในประเทศไทยยังไม่มีกรารายงานความผิดพลาดที่เกิดจากการรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากความผิดพลาดทางการแพทย์ แต่จากสถานการณ์ฟ้องร้องแพทย์ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา จะพบว่าผู้ป่วยเรียกร้องค่าเสียหายเป็นจำนวนเงินที่สูงมากขึ้นกว่าที่ปรากฏในอดีต หลายครั้งที่พบว่าจำนวนเงินนั้นสูงถึงหลักล้าน สะท้อนให้เห็นถึงมูลค่าของความสูญเสียต่างๆ อันเป็นผลกระทบที่ผู้เสียหายได้รับ

การฟ้องร้องแพทย์ที่ปรากฏเป็นข่าวทางสื่อมวลชนนั้น เป็นเพียงยอดของภูเขาน้ำแข็งเท่านั้น ยังมีผู้ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์อีกจำนวนมากที่ไม่ได้นำเรื่องเข้าสู่กระบวนการทางศาล นอกจากนี้ผู้ที่ได้รับการชดเชยจากระบบการฟ้องร้องยังมีจำนวนน้อยมากในขณะที่ต้องสูญเสียเวลากับกระบวนการทางศาลเป็นเวลายาวนานหลายปี หากประเทศไทยไม่มีระบบการคุ้มครองความเสียหายที่เป็นธรรม ผู้เสียหายเหล่านี้ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายและความสูญเสียที่เกิดขึ้นเอง

โดยเฉพาะคนยากจน คนด้อยโอกาสขาดความรู้ยิ่งไม่มีหนทางที่จะเรียกร้องหรือแม้แต่จะรู้ว่าตนมีสิทธิและควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเยียวยาอย่างไร จึงได้แต่ปล่อยให้เป็นเรื่องของเวรของกรรมไปเท่านั้น

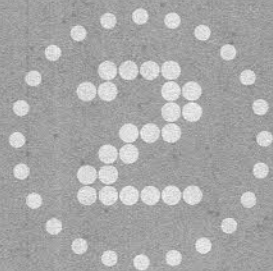
เรียกได้ว่า นอกจากไม่ช่วยแล้ว ยังเท่ากับเป็นการซ้ำเติมผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์อีกด้วย!

* จากการศึกษาติดตามและประเมินผลกระทบของนโยบายและการดำเนินการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41, คณะที่ปรึกษาและติดตามประเมินผล ศูนย์วิจัยสังคมและคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ธันวาคม 2547





ทุกข์จาก
การฟ้องร้อง





วิธีคิดแบบ "ตาต่อตา ฟันต่อฟัน"
ทำให้เกิดความขัดแย้ง การเผชิญหน้า
ต่างฝ่ายต่างต้องทุกข์ใจกันเป็นเวลานานกลางปี
ในระหว่างกระบวนการทางศาลนั้น
ที่สำคัญอาจไม่ก่อให้เกิดการเรงนรู้
เพื่อลดความเส็งง
ให้กับการดูแลผู้ป่วงรางอื่นๆ
ต่ออุปในอนาคตได้

ทุกข์ของหมอ

ไม่ใช่แต่เพียงผู้เสียหายจากความผิดพลาดระหว่างการรักษา และครอบครัวเท่านั้นที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ หากแต่แพทย์เองก็ได้รับความทุกข์เมื่อเกิดความผิดพลาดหรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาอยู่ไม่น้อย

บางรายถูกฟ้องร้องดำเนินคดีทั้งทางแพ่ง และกรณีรับผิดทางละเมิด หรือร้องเรียนทางด้านจริยธรรมกับแพทยสภา และอีกหลายรายต้องทุกข์ใจแสนสาหัส เมื่อถูกร้องเรียนเป็นข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์ จนต้องขอย้าย หรือต้องปิดคลินิก แม้ยังไม่ได้มีการพิสูจน์เลยว่าความเสียหายนั้นมีหมอเป็นต้นเหตุจริงหรือไม่

สมจินต์นำลูกชายซึ่งมีอาการไข้ ไอ และหอบ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง วันถัดมาเด็กน้อยมีอาการหอบมากขึ้นและจากไปต่อหน้าต่อตาสมจินต์ เขาอ้างว่าเป็นเพราะลูกชายไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งจากแพทย์และพยาบาลเท่าที่ควร

- เขาแบกโลงศพไปประท้วงที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- จากนั้นได้ร้องสี่หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ โดยไทยรัฐได้ประสานเครือข่ายสี่หนังสือพิมพ์ท้องถิ่นให้ลงข่าวให้
- ต่อมา เขาร้องเรียนไปยังรายการร่วมมือร่วมใจ ทางไอทีวี เพราะเห็นกรณีที่คล้ายกับที่ตนประสบได้ออกอากาศ
- สมคิดนำศพลูกชายพร้อมผลชันสูตรไปร้องเรียนกับแพทย์หญิงพรทิพย์ที่กรุงเทพฯ
- เขาร้องเรียนไปทางมูลนิธิปวีณา เพราะเห็นว่ากระบวนการช่วยเหลือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่คืบหน้า

ความพยายามในการเรียกร้องความยุติธรรมของพ่อคนหนึ่ง ได้สร้างความทุกข์ให้กับแพทย์ผู้เป็นเจ้าของไข้ของลูกชายของเขาไม่แพ้กัน กับการร้องเรียนซ้ำแล้วซ้ำเล่า

ที่ทุกข์มากที่สุดก็คือ การปรากฏเป็นข่าวในสื่อมวลชนนั้นเป็นการประกาศให้รู้โดยทั่วกัน ทั้งที่ยังพิสูจน์ไม่ได้ว่าเจ้าของไข้คนนั้นเป็นเหตุของการตายของเด็กน้อยจริง

สำหรับประเทศไทย ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่ามีความเสียหายหรือความผิดพลาดทางการแพทย์เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด แต่หากพิจารณาจากคดีฟ้องร้องแพทย์ที่ขึ้นสู่ศาลจะพบว่าในปี 2549 มีจำนวนเรื่องที่ร้องเรียนและนำขึ้นสู่ศาลถึง 279 คดี นอกจากนี้ยังมีกรณีร้องเรียนต่อแพทย์สภาให้ดำเนินการทางจริยธรรมหรือวินัยแพทย์ ซึ่งพบกรณีร้องเรียนในระยะ 13 ปีที่ผ่านมา (ระหว่างปี 2536-2549) จำนวน 2,802 กรณี โดย 1,500 กรณีเกิดจากการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานพิจารณาหลงโตะแล้ว 320 กรณี และมีการพิจารณาหลงโตะที่เข้าข่ายประมาทเลินเล่อจำนวน 38 กรณี ซึ่งแพทย์ที่ให้การรักษาไม่ได้มาตรฐานจะถูกลงโทษโดยพักใช้ใบอนุญาต หรือเพิกถอนใบอนุญาต

การฟ้องร้องแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก หลีกเลี่ยงการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการผ่าตัด เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาด ซึ่งก็หมายถึงลดความเสี่ยงในการถูกฟ้องร้องด้วย

นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤษช์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวในการประชุมเพื่อพิจารณาร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ พ.ศ..... ซึ่งจัดขึ้นที่โรงแรมอมารี แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2550 ว่า ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) พบว่าในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลชุมชนมีการผ่าตัดน้อยลงลงมาก ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ดีสำหรับคนไข้บางกรณีที่จะได้รับการรับการผ่าตัดที่ดีกว่า

แต่สำหรับคนไข้อีกจำนวนหนึ่งที่ต้องการการผ่าตัดเพื่อช่วยชีวิตในทันที นั้นอาจต้องเสี่ยงกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่จะเพิ่มมากขึ้นด้วย นอกจากนี้ การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะก่อให้เกิดปัญหาในระยะยาวกับโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากความชำนาญและความพร้อมในการผ่าตัดของแพทย์และทีมจะหายไป

ญาติแพทย์ท่านหนึ่ง เล่าให้ฟังว่า เคยถูกร้องเรียนกรณีที่คุณไข้ในความดูแลเสียชีวิตจากการคลอด รู้สึกทุกข์ใจเป็นอย่างมาก กินไม่ได้ นอนไม่หลับอยู่เป็นเดือนๆ แม้เหตุแห่งการเสียชีวิตของคนไข้จะเกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางการคลอดซึ่งเป็นเหตุสุดวิสัยก็ตาม และแม้ไม่ใช่ “คนผิด” แต่การร้องเรียนก็ส่งผลกระทบต่อเธอและครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

แพทย์จำนวนหนึ่งคิดว่า การฟ้องร้องจะนำไปสู่กระบวนการพิสูจน์ถูกผิด ซึ่งสามารถให้ความยุติธรรมกับแพทย์ที่ให้การรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมแล้วได้ หลายกรณีก็อยู่ในสภาพการณ์ “ทำให้คนไข้ฟ้อง” เพราะต้องการพิสูจน์ว่าตนได้ให้การรักษาที่เหมาะสมและถูกต้องตามมาตรฐานแล้ว

อย่างไรก็ตาม หากผลของตัดสินของศาลออกมาว่าไม่ผิด ก็คงหาสิ่งชดเชย ความทุกข์และความเสียหายที่ต้องเสียชื่อเสียงจากการถูกฟ้องร้องไม่ได้

วิธีคิดแบบ “ตาต่อตา ฟันต่อฟัน” ทำให้เกิดความขัดแย้ง การเผชิญหน้า ต่างฝ่ายต่างต้องทุกข์ใจกันเป็นเวลาหลายปีในระหว่างกระบวนการทางศาลนั้น ที่สำคัญอาจไม่ก่อให้เกิดการเรียนรู้เพื่อลดความเสี่ยงให้กับการดูแลผู้ป่วย รายอื่นๆ ต่อไปในอนาคตได้

เพราะทั้งคนไข้ และ หมอ อาจเป็น “เหยื่อ” ของ “ระบบที่แย่” ด้วย กันทั้งนั้น

ทุกข์ของระบบฟ้องร้อง

ในอดีต มีนักวิชาการหลายท่านที่เห็นว่าการเปิดช่องให้ฟ้องร้องทาง กฎหมาย น่าจะเป็นกลไกเดียวที่ทำให้ผู้ให้บริการเกิดความระมัดระวังความผิด พลาดมากขึ้น แต่ในทางปฏิบัติการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์กลายเป็นที่มา ของวิกฤติในระบบสุขภาพของหลาย ๆ ประเทศ

บทเรียนจากหลายประเทศ พบว่าการฟ้องร้องแพทย์ ทำให้ค่าใช้จ่ายทาง ด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มมากขึ้นอย่างควบคุมไม่ได้ เป็นกระบวนการที่ทำให้ ประเทศยักษ์ใหญ่อย่างสหรัฐอเมริกาต้องเจ็บช้ำอย่างหนักในรอบ 15 ปีที่ผ่านมา เพราะทำให้เกิดระบบป้องกันการฟ้องร้องที่ทั้งหมอและคนไข้ต้องควักกระเป๋า จ่ายเงินกันอย่างเกินจำเป็น ไม่ว่าจะเป็น ค่าประกันความผิดพลาดทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในตรวจ วินิจฉัย และการรักษาที่เกินความจำเป็น

จากงานศึกษาเรื่อง “การชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ โดยไม่ต้องรับผิด (No-Fault Compensation Schemes): การทบทวน ประสพการณ์ใน 6 ประเทศ” โดย รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ระบุว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา ระบบการฟ้องเรียกค่าเสียหายทำให้เบียดเบียนการฟ้องร้องสำหรับ แพทย์เพิ่มสูงขึ้นมากจนแพทย์ไม่สามารถจ่ายได้ หรือไม่มีบริษัทรับประกัน เนื่องด้วยแนวโน้มของการเกิดคดีการฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้น ทำให้บริษัทประกันต้อง จ่ายค่าชดเชยด้วยวงเงินชดเชยที่สูงขึ้นมาก ส่งผลให้บริษัทประกันในหลายรัฐเลิก รับทำประกัน หรือเพิ่มเบียดเบียนสูงมากจนแพทย์ไม่สามารถจ่ายได้

ผลที่ตามมาก็คือ แพทย์ลาออก เลิกหรือลดการให้บริการ หรือย้ายไป ทำงานในรัฐอื่น ส่งผลไปถึงปัญหาการขาดแคลนแพทย์และบริการทางการแพทย์ เช่น การสไตรค์หยุดงานของแพทย์ในบางรัฐ และการปิดบริการชั่วคราวของ โรงพยาบาลบางแห่ง

นอกจากนี้ ในรายงานของกรมสุขภาพและบริการของสหรัฐ เมื่อปี 2545 ได้ระบุถึงผลกระทบเชิงลบหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการใช้ระบบการฟ้อง ร้องในสหรัฐอเมริกา คือ

ปัญหาการเข้าถึงแพทย์และบริการที่มากขึ้น และด้วยค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น (เนื่องจากแพทย์ลาออก จำกัดการให้บริการ หรือย้ายออก เพราะทนกับ ปัญหาค่าเบียดเบียนที่สูงไม่ได้หรือไม่มีบริษัทรับประกัน)

อันตรายที่ผู้ป่วยอาจได้รับจากการรับบริการที่มากขึ้น เนื่องจากสาเหตุ การให้การรักษา แบบป้องกันตัวเองจากการถูกฟ้องของแพทย์ (defensive medicine) ด้วยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งต่อ หรือ การจ่ายยามาก ขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงกับอันตรายมากขึ้น ทุกฝ่ายต้องจ่ายเงินมากขึ้น โดยเฉพาะ

แต่คนไข้ ส่งผลให้ทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพบริการลดลง ประการสำคัญคือ การทำให้ประสิทธิภาพระบบการเก็บรวบรวมและการรายงานความผิดพลาดในการรักษา ที่เป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของระบบการให้บริการทางการแพทย์ ถูกทำลายไปเนื่องจากความกลัวว่าข้อมูลเหล่านั้น อาจจะมีผลย้อนกลับ มาเป็นหลักฐานในการฟ้องแพทย์หรือโรงพยาบาลที่ให้บริการ โดยเชื่อกันว่า ด้วยปัญหาดังกล่าวทำให้ความผิดพลาดทางการแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) เกิดขึ้น โดยไม่มีการรายงาน

ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพทั้งระบบเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล เพราะ นอกจากแพทย์ต้องจ่ายเงินเบี้ยประกันมากขึ้น (ในปี พ.ศ.2544 เฉพาะกลุ่มแพทย์ต้องจ่ายเงินรวมกันถึง 6.3 พันล้านเหรียญกับการประกันเพื่อคุ้มครองการ ถูกฟ้องร้อง) ประชาชนแต่ละคนยังต้องจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น ขณะที่รัฐบาลกลางเองต้องจ่ายงบประมาณสำหรับเป็นค่าชดเชยปัญหาความผิดพลาดในการรักษาทั้งทางตรงและทางอ้อมถึงประมาณ 28-47 พันล้านเหรียญ ต่อปี

ในประเทศอังกฤษ ในระหว่างปี พ.ศ.2542-2543 สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service- NHS) ต้องจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าชดเชยความเสียหายและค่าใช้จ่ายในกระบวนการฟ้องร้องถึง 373 ล้านปอนด์ ในขณะที่ จำนวนการฟ้องร้องและวงเงินชดเชยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ข้อมูลที่น่าสนใจในรายละเอียด อีกส่วนหนึ่งก็คือ การรายงานว่า ในกระบวนการฟ้องร้องนั้น ผู้ป่วยที่เสียหายและ ยื่นฟ้อง และประสบความสำเร็จ ในปี พ.ศ.2545-2546 ต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ ทนายและอื่นๆ สูงกว่าค่าใช้จ่ายของจำเลย (Defendant) คือ สำนักงานสุขภาพ แห่งชาติเกือบเท่าตัว (ร้อยละ 86-88)

นอกจากนี้บทเรียนของประเทศอังกฤษยังพบว่า ระยะเวลาโดยเฉลี่ยของ กระบวนการฟ้องร้องตั้งแต่ต้นจนเรื่องยุติ ใช้เวลาเฉลี่ย 5 ปี และเกือบครึ่งหนึ่ง

ของคดีฟ้องร้องในระหว่างปี พ.ศ.2542-2543 ค่าชดเชยที่ผู้เสียหายได้รับ มีมูลค่าน้อยกว่าเงินที่ใช้จ่ายไปกับกระบวนการทางกฎหมาย นอกจากนี้ยังพบว่า คดีการฟ้องร้องที่ต้องจ่ายแพงที่สุดคือ การฟ้องเรียกค่าชดเชยจากความเสียหายที่เกิดจาก “การคลอด” ซึ่งต้องมีการจ่ายถึงกว่า 5 ล้านบาท

ปัญหาของระบบการพิสูจน์ถูกผิดในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ทำให้ปัจจุบันเริ่มมีกระแสอยากล้มเลิกระบบฟ้องร้องแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสหรัฐอเมริกา และกลายเป็นแนวโน้มใหม่ของระบบบริการสุขภาพในหลายประเทศทั่วโลก

ความล้มสลายของระบบฟ้องร้องในต่างประเทศ

ในรายงานการทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ เรื่องการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ โดยไม่ต้องรับผิด โดย รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ ระบุว่าวิกฤติในระบบการฟ้องร้องในกรณีของสหรัฐอเมริกา นั้น เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน และมีความเห็นต่อสาเหตุแตกต่างกันไป โดยเฉพาะต่างก็พุ่งโทษไปที่พฤติกรรมของฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องับระบบการฟ้องร้องค่าเสียหาย นั่นคือ บริษัทประกัน ผู้ให้บริการ และนักกฎหมายว่าเป็นที่มาของวิกฤติดังกล่าว

ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นและผลกระทบทั้งหลายที่ต่อเนื่องมา ก่อให้เกิดแรงกดดันทางการเมืองอย่างหนักที่จะให้มีการลดคดีฟ้องร้องในทำนองนี้ลง โดยหลายฝ่ายตั้งข้อสังเกตว่า ระบบกฎหมายที่ทำให้มีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดในการลดปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์ หรือประโยชน์ที่ได้คุ้มค่างับค่าใช้จ่ายและสิ่งอื่น ๆ ที่ต้องสูญเสียไปหรือไม่

ในเอกสารของสมาคมแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าววิจารณ์การใช้ระบบการฟ้องร้อง (Tort system) ว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดวัฒนธรรมการตำหนิ ซึ่งปิดกั้นผู้ให้บริการจากการยอมรับและเปิดเผยความผิดพลาดอย่างตรงไปตรงมา และเรียนรู้จากความผิดพลาดเหล่านั้น แม้ว่าจะมีความเชื่อว่า ความเสียหายจากการถูกฟ้องร้องจะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ให้บริการเกิดความระมัดระวัง และหาทางป้องกันความผิดพลาดมากขึ้น แต่ระบบการฟ้องร้องมีธรรมชาติเป็นกระบวนการเชิงลบ เนื่องจากเน้นการลงโทษ ฟังโทษไปที่ความผิดของปัจเจก ขณะเดียวกันที่ก่อให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึงปรารถนามากมายในระหว่างกระบวนการฟ้องร้อง

ในกรณีของสหรัฐอเมริกา ปัญหาการเพิ่มขึ้นของเบี้ยประกันสุขภาพที่กำลังส่งผลสะท้อนต่อระบบการฟ้องร้องทั้งระบบ สัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออกกับระบบการฟ้องร้องค่าเสียหายที่มีราคาแพง ซ้ำและเป็นประโยชน์น้อยต่อผู้ป่วยที่ประสบความเสียหายจากความผิดพลาดจากการรับบริการทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่คาดการณ์ผลลัพธ์ได้ยากและไม่มีมาตรฐาน

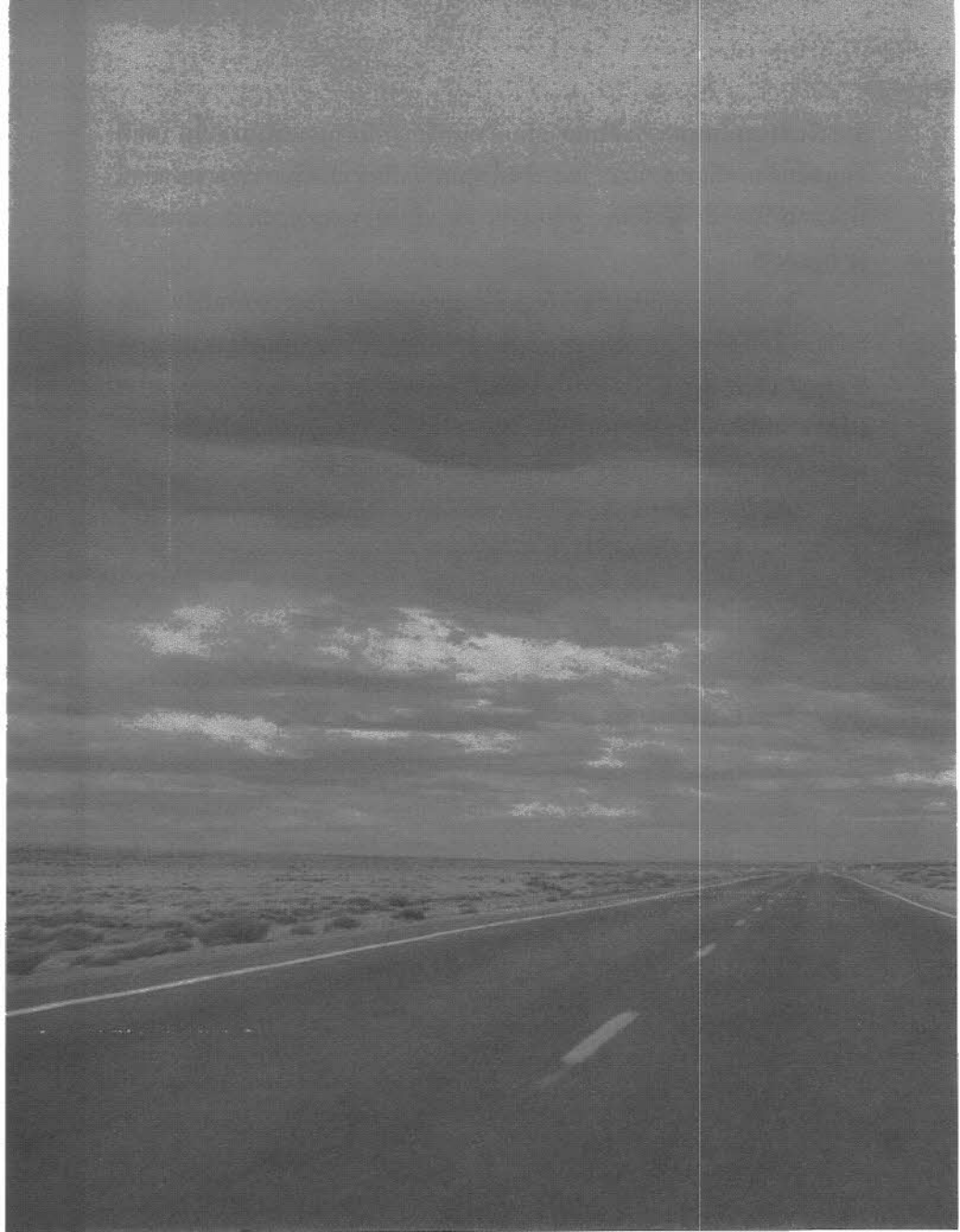
ทั้งนี้จากข้อเท็จจริงที่ว่า ผู้รับความเสียหายจากการรักษาส่วนใหญ่ไม่ได้นำเรื่องเข้าสู่กระบวนการฟ้องร้อง และในบรรดาผู้ที่ฟ้อง ประมาณร้อยละ 57-70 ถูกตัดสินไม่ได้รับค่าชดเชย ในรายงานชิ้นหนึ่งพบว่า เพียงร้อยละ 8-13 ของการฟ้องร้อง ที่ถูกนำเข้าสู่กระบวนการได้ส่วนทางศาล และเพียงร้อยละ 1.2-1.9 ที่ผลการตัดสินลงเอยด้วยการให้เงินชดเชยต่อผู้ฟ้องร้อง

ในรายงานดังกล่าว สรุปว่า ที่มาสำคัญของปัญหาการต้องจ่ายเงินมหาศาลกับระบบการฟ้องร้องก็คือ การที่ค่าชดเชยจำนวนมากต้องจ่ายกับความเสียหายที่มีชีวิตเงินของผู้เสียหาย (ซึ่งหมายถึงความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และผลกระทบทางจิตใจ ครอบครัว สังคม ฯลฯ) ที่วัดได้ยาก โดยเฉพาะในกระบวนการตัดสินใจของคณะลูกขุนในศาล อีกประการหนึ่งคือ คดีที่ผลการตัดสินให้มีการ

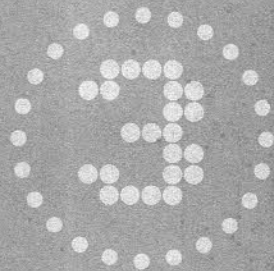
จ่ายเงินชดเชยในมูลค่าระดับหลายสิบล้านเหรียญที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยที่ข้อมูลอีกด้านหนึ่งรายงานว่า ในวงเงินทั้งหมดที่ผู้เสียหายได้รับการชดเชยเหล่านี้ ประมาณร้อยละ 30-40 หรือมากกว่า เป็นส่วนแบ่งของฝ่ายทนายหรือนักกฎหมาย

วิกฤติของระบบประกันที่เกี่ยวข้องเนื่องอยู่กับการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายดังกล่าว ทำให้เกิดกระแสการแสวงหาแนวทางการปฏิรูประบบการฟ้องร้องค่าเสียหายทางศาล (Tort system reform) โดยแม้ว่าโดยหลักการจะเพื่อหากระบวนการหรือระบบที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในการสร้างทั้งความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและควบคุมคุณภาพของบริการทางการแพทย์ไปในขณะเดียวกัน

แต่เป้าหมายหลักคือ เพื่อหาทางจัดการกับการพุ่งทะยานของค่าใช้จ่ายในการประกันที่ส่งผลสะท้อนต่อมาถึงระบบสุขภาพทั้งระบบ



สู่พรมแดนใหม่
คนใช้ไม่ต้องพ้องหม้อ





แม้ไม่ใช่จำนวนเงินมากนักหากเทียบกับบางกรณี
แต่สำหรับผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนแล้ว
การให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วทำให้บรรเทาความทุกข์ใจ
ความรู้สึกไร้ค่าของผู้ได้รับความเสียหาย
อย่างหนักที่สุดก็ยังมีคุณค่าพอที่จะมีหน่วยงาน
หรือใครบางคนเข้ามาติดต่อพูดคุย แสดงความเห็นใจ
และช่วยเหลือทางการเงินบ้างตามสมควร
ในขณะที่แพทย์เองไม่ต้องตกอยู่ในความทุกข์
จากกระบวนการฟ้องร้องตัวงเช่นกัน

ระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด

ระบบการฟ้องร้องศาลซึ่งเน้นการพิสูจน์ว่าใครถูกใครผิด ใครต้องรับผิดชอบ นั้น เป็นระบบที่ใช้ในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศยักษ์ใหญ่อย่างสหรัฐอเมริกา แต่กลับเป็นระบบที่สร้างความหวาดระแวงและความทุกข์อย่างใหญ่หลวงให้กับทุกฝ่าย ทั้งผู้ให้บริการและผู้ได้รับความเสียหาย จนปัจจุบันมีความพยายามที่จะล้มเลิกระบบการฟ้องร้องกล่าวโทษทางศาล เปลี่ยนมาใช้วิธีการอื่นๆ แทนเพื่อแก้ปัญหาอันเป็นผลกระทบจากการใช้ระบบฟ้องร้อง

มีการเสนอแนวคิดและรูปแบบการปฏิรูประบบและกระบวนการฟ้องร้องหลายแบบ เช่น

- การควบคุมวงเงินชดเชยให้กับผู้เสียหาย โดยเฉพาะในส่วนที่ใช้ความเสียหายทางการเงิน
- การลดส่วนแบ่งของค่าตอบแทนที่ฝ่ายกฎหมายหรือทนายโจทก์จะได้รับ
- การตัดสินวงเงินชดเชยโดยพิจารณา ร่วมกับการมีสิทธิในการได้รับผลประโยชน์จากการประกันอื่นๆ ที่ผู้เสียหายมีอยู่ในขณะเดียวกัน
- สร้างระบบการจ่ายเงินชดเชยเป็นงวดแทนการจ่ายเป็นเงินก้อนขนาดใหญ่ครั้งเดียว เพื่อลดผลกระทบทางการเงินที่จะมีต่อบริษัทประกัน

- การใช้กลไกอื่นๆ ในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง
- สร้างระบบการชดเชยอื่นด้วยสิ่งที่มีใช้ตัวเงิน (เช่น บริการรักษาพยาบาลให้กับผู้เสียหายที่บ้าน) และ
- สร้างระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่เน้นการพิสูจน์ถูกผิดหรือหาคนผิด (no-fault compensation/ no-fault liability scheme) เป็นต้น

ข้อสุดท้ายนี้เอง เป็นประเด็นที่ระบบหลักประกันสุขภาพบ้านเรากำลังเรียนรู้เพื่อปรับใช้อยู่ ซึ่งเป็นแนวคิดที่หลาย ๆ ประเทศเองก็สนใจและทดลองทำอยู่ บางประเทศได้นำไปใช้หลายสิบปีแล้ว

ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องรับผิดชอบในทางการแพทย์ (No-fault หรือ No-blame compensation system) คือ ทางเลือกในการปฏิรูประบบการรับผิดชอบเมื่อเกิดความผิดพลาดหรือเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ หรือ ทางเลือกในการปฏิรูประบบการฟ้องร้องทางกฎหมาย ซึ่งถูกมองว่า จะช่วยแก้ปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์ ที่ง่ายและเร็วกว่า โดยทำให้ผู้เสียหายสามารถได้รับการชดเชยโดยไม่จำเป็นต้องผ่านกระบวนการทางกฎหมายอันล่าช้า ยืดยาว และยังมีผลดีต่อการคลังของระบบสุขภาพเพราะสามารถคาดการณ์วงเงินค่าใช้จ่ายชดเชยล่วงหน้าได้

ในแง่หลักการ มีความเห็นกันว่า ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องรับผิดชอบในทางการแพทย์นั้น ผู้ร้องขอการชดเชยต้องแสดงว่า ความผิดพลาดของบริการทางการแพทย์คือสาเหตุของการบาดเจ็บ เสียหายต่างๆ ที่เกิดภายหลังโดยไม่ต้องสนใจว่าใครคือผู้ต้องรับผิดชอบชดใช้ นั่นคือ การพิสูจน์หาสาเหตุมากกว่า การพิสูจน์ความผิด เป็นระบบที่ใช้แนวทางเชิงบวกที่พยายามสร้างความปลอดภัยให้กับคนไข้ เป็นการเน้นที่ปัญหาของระบบมิใช่ของบุคคล

ทางเลือกสำหรับการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์

ประเด็น	ระบบการฟ้องร้องทางศาล	ระบบชดเชยโดยไม่พิสูจน์ ถูก-ผิด
ตัวอย่างแบบสุดขั้ว	สหรัฐอเมริกา	นิวซีแลนด์
แหล่งที่มาของเงิน	บุคคล/ เอกชน	รัฐ
กระบวนการ	กระบวนการทางศาล	การบริหารจัดการโดยองค์กร
มาตรฐานในการชดเชย	โดยการพิสูจน์ความผิด/ ต้องมีผู้รับผิดชอบ	ไม่พิสูจน์ถูกผิด
ความเสียหายที่ ได้รับการชดเชย	ต้องเสียหายรุนแรงมาก เช่น พิการมาก หรือ ตาย	เสียหายปานกลาง ชดเชยทาง เศรษฐกิจ เช่น การสูญเสีย รายได้

หมายเหตุ: ประเทศอังกฤษเป็นตัวอย่างหนึ่งที่ใช้ทั้งสองระบบเข้ามาชดเชยความเสียหาย โดยพิจารณาตามความรุนแรงของความเสียหาย

ระบบนี้อยู่บนฐานความเชื่อว่า ความผิดพลาดของคนในระดับหนึ่งนั้นเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่พ้น หากผู้ให้การรักษารู้สึกว่าปลอดภัยจากการถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย จะนำไปสู่การเปิดเผยข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรักษา และสาเหตุของความผิดพลาดทางการแพทย์ต่อคนไข้ ตลอดจนการสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้จากประสบการณ์ความผิดพลาด ที่จะนำมาซึ่งความปลอดภัยของคนไข้และคุณภาพในการรักษาที่ดีขึ้นต่อไป

นอกจากนี้ ยังช่วยลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในขั้นตอนต่างๆ ของการทำงานได้มากกว่าระบบการฟ้องร้อง เนื่องจากเป็นการจัดการหาข้อยุติอย่าง

รวดเร็ว ไม่ต้องเสียเวลากับกระบวนการทางกฎหมาย ทำให้ผู้ได้รับความเสียหายได้ประโยชน์เร็ว และเต็มเม็ดเต็มหน่วย

อย่างไรก็ดี ในสหรัฐอเมริกา ไม่ได้มีผู้เห็นด้วยกับระบบการชดเชยโดยไม่ต้องรับผิดชอบไปซะทั้งหมด บางฝ่ายยังเห็นว่า ระบบนี้ยังไม่สามารถแสดงให้เห็นว่าจะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยได้ดีเท่าหรือมากกว่าระบบการฟ้องร้องทางศาลได้ นอกจากนี้ ยังมีกรณีวิพากษ์วิจารณ์ว่า ระบบดังกล่าวจะทำให้แพทย์หรือผู้ให้บริการที่กระทำผิดจริง ๆ ขาดความรับผิดชอบในการทำหน้าที่ หรือให้บริการได้ต่ำกว่ามาตรฐานวิชาชีพ รอดพ้นจากการถูกลงโทษได้ ในบางประเทศจึงเสริมด้วยการลงโทษแพทย์ในกรณีผิดจริงด้วยข้อพิจารณาทางมาตรฐานวิชาชีพ และไม่มีข้อห้ามสำหรับผู้เสียหายที่ต้องการฟ้องร้องทางกฎหมาย นอกเหนือจากการได้รับการชดเชยจากระบบนี้

นอกเหนือจากสหรัฐอเมริกาและอังกฤษแล้ว ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องรับผิดชอบนี้ยังมีการใช้ในอีกหลายประเทศ เช่น นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย สวีเดน เดนมาร์ก ฟินแลนด์ นอร์เวย์ เยอรมันนี ฝรั่งเศส แคว้นควิเบคของแคนาดา ญี่ปุ่น สวิสเซอร์แลนด์ ไต้หวัน และ อิตาลี เป็นต้น

การเยียวยาผู้เสียหาย ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แม้ประเทศไทยยังไม่เผชิญวิกฤติการฟ้องร้องแพทย์ดังเช่นที่เกิดขึ้นในหลายประเทศ แต่ก็มีความโน้มของปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน จึงเริ่มมีการนำแนวคิดการช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ให้กับผู้เสียหายจากการ

รับบริการทางการแพทย์โดยไม่มี การพิสูจน์ถูกผิดมาใช้ เพื่อช่วยเหลือนผู้เสียหายที่รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบประกัน

กองทุนช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงถือเป็นนวัตกรรมทางกฎหมาย หรือ เป็นกลไกใหม่ ที่ช่วยบรรเทาความเดือดร้อนให้กับผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย

ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 41 กำหนดไว้ว่า “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด”

จากมาตราดังกล่าว ทำให้เกิดกองทุนช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาทุกข์ให้กับผู้รับบริการที่ใช้สิทธิบัตรทอง ซึ่งได้รับความเสียหายอันเกิดจากเหตุสุดวิสัยจากบริการสุขภาพ โดยมีกลไกคณะกรรมการเกิดขึ้นในระดับจังหวัด (คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์)

หลักการเบื้องต้นในการพิจารณาวินิจฉัยของคณะกรรมการเป็นไปตามหลักมนุษยธรรม หากเหตุนั้นไม่ควรเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นอย่างคาดไม่ถึง โดยผู้ให้บริการเองก็ได้ให้การดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว คณะกรรมการแต่ละจังหวัดจะพิจารณาประกอบกับข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ได้รับความเสียหายด้วย ส่วนจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนั้น ขึ้นอยู่กับความเสียหายที่ได้รับ ตั้งแต่ 50,000-200,000 บาท

แม้ไม่ใช่จำนวนเงินมากนักหากเทียบกับบางกรณี แต่สำหรับผู้ได้รับความเดือดร้อนแล้ว การให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วทำให้บรรเทาความทุกข์ใจ ความรู้สึกไร้ค่าของผู้ได้รับความเสียหาย อย่างน้อยที่สุดก็ยังมีคุณค่าพอที่จะมีหน่วยงานหรือใครบางคนเข้ามาติดต่อพูดคุย แสดงความเห็นใจ และช่วยเหลือทางการเงินบ้างตามสมควร ในขณะที่แพทย์เองไม่ต้องตกอยู่ในความทุกข์จากกระบวนการฟ้องร้องด้วยเช่นกัน

ปัจจุบัน กลไกการช่วยเหลือผู้เสียหายฯ นั้น ครอบคลุมเฉพาะผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ยังไม่มีระบบนี้สำหรับข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และครอบครัว รวมทั้งผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมด้วย

ประเด็นท้าทายต่อไปในสังคมก็คือ ทำอย่างไรผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครอง จะได้รับการช่วยเหลือดูแลเมื่อได้รับความเสียหายฯ โดยได้รับการชดเชยอย่างเป็นทางการเหมาะสมกับความสูญเสีย และผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้เสียหายและครอบครัว

การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย

เกณฑ์ในการช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุข

1. ไม่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค
2. เป็นเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการวินิจฉัยตามปกติ
3. เป็นเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการรักษาโรคตามมาตรฐาน

ผู้มีสิทธิ และการใช้สิทธิขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือ คือ ผู้รับบริการและทายาท โดยผู้รับบริการและทายาทสามารถดำเนินการยื่นคำร้องได้ที่สำนักงานสาขาที่ตั้งอยู่ในจังหวัดต่าง ๆ และที่สปสข. ภายใน 1 ปี นับจากวันเกิดความเสียหาย หรือนับจากวันที่ทราบความเสียหาย

ผู้พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

คณะอนุกรรมการวินิจฉัยขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นคณะอนุกรรมการฯ จังหวัด ที่มีกรรมการประมาณ 5-7 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ผู้ให้บริการ 1-2 คน และผู้รับบริการ 1-2 คน จะทำหน้าที่วินิจฉัยพิจารณา โดยนำกระบวนการสร้างฉันทมติซึ่งระดมความเห็นกันมาเกือบ 1 ปี มาใช้เป็นแนวทางในการทำงาน

จำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

กรณีที่ได้รับเงินช่วยเหลือ คือ เสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร ไม่เกิน 200,000 บาท สูญเสียอวัยวะหรือพิการไม่เกิน 120,000 บาท และบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องไม่เกิน 50,000 บาท และในกรณีที่เห็นควรจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเกินอัตราที่กำหนด คณะอนุกรรมการฯ จังหวัด ต้องนำเรื่องเสนอให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาวินิจฉัยต่อไป

การยื่นอุทธรณ์

ในกรณีที่ผู้เสียหายหรือทายาทไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการฯ จังหวัด ก็มีสิทธิที่จะยื่นเรื่องอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อให้พิจารณาวินิจฉัยโดยเร็ว ที่หน่วยรับคำร้องของจังหวัดภายในกำหนด 30 วัน นับจากวันที่ทราบผลวินิจฉัยของอนุกรรมการฯ จังหวัด โดยที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีอำนาจวินิจฉัยสั่งจ่ายเงินตามอัตราที่กำหนด

ถ้าเป็นคนไข้ไม่ฟ้องหมอ

“หากจะเกิดการร้องขอการช่วยเหลือมากจริงๆ ก็ต้องปล่อยให้มันเป็นไปอย่างนั้น เป็นเรื่องที่ไม่น่าจะต้องเป็นห่วงเพราะเป็นเหมือนการเป็นที่ระบายความกดดันให้กับประชาชน เพราะสังคมทุกวันนี้มันก็มีความขัดแย้งมากอยู่แล้ว การมีช่องทางแบบนี้เป็นการช่วยระบายความกดดัน ความขัดแย้งให้กับประชาชนด้วยซ้ำ และเมื่อมีการร้องขอการช่วยเหลือแล้วก็เชื่อว่าทุกรายจะต้องได้รับการช่วยเหลือ เพราะมีกระบวนการพิจารณาถ่วงถ่วงคำร้องโดยคณะกรรมการฯ อยู่แล้ว จึงไม่น่าเป็นห่วงว่าจะมีการร้องขอการช่วยเหลือโดยไม่มีเหตุอันควร..”

ความเห็นของคณะกรรมการวินิจฉัยคำร้อง
ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41ฯ*

จากการศึกษาติดตามและประเมินผลกระทบของนโยบายและการดำเนินการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยศูนย์วิจัยสังคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า มูลเหตุสำคัญที่ผู้รับบริการร้องเรียนผู้ให้บริการนั้นส่วนมากมีพื้นฐานสำคัญมาจาก “ความไม่พอใจ” แพทย์ผู้ให้บริการ ไม่พอใจที่ผลการรักษาไม่เป็นอย่างที่คิด ไม่พอใจที่ไม่ได้รับการอธิบายอย่างเพียงพอ ลักษณะความต้องการการตอบสนองของผู้ป่วย คือ ต้องการให้แพทย์ชัดเจน ต้องการความรับผิดชอบและอยากให้แพทย์ออกมาชี้แจงมากกว่าหลบหน้าเป็นต้น

หลายกรณีศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของมาตรา 41 ในฐานะที่เป็นหนึ่งในกลไกลดความขัดแย้งระหว่างหมอและคนไข้ ผนวกกับกลไกการจัดการเดิมที่มีอยู่ของสถานบริการ เช่น การสื่อสารเพื่อชี้แจงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและแสดงความเสียใจเห็นใจ การให้เงินช่วยเหลือจากสถานบริการ การให้บริการพิเศษกับผู้เสียหาย การร่วมงานหรือช่วยค่าทำศพ เป็นต้น

กรณีที่ 1 ฆาปการพรธา-ฉดยา

ใครจะคาดคิดได้ว่า ยาฉิดแกั้ใช้เข็มเล็ก ๆ เพียงเข็มเดียว ทำให้พัลลภเด็กชายวัย 12 ปีต้องขาพิการ และใช้เวลาอีกหลายเดือนเพื่อทำกายภาพบำบัด

หลังจากเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เพราะอาการไข้สูง เจ็บคอ ปวดศีรษะที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง หมอตรวจอาการและให้พยาบาลฉิดยา แต่ภายหลังการฉิดยาเข้ากล้ามเนื้อที่สะโพกข้างขวาแล้ว หลายวันถัดมาพัลลภรู้สึกขาขวาของเขาไม่มีแรง กระดกปลายเท้าไม่ได้ ขณะเดินมีอาการเขจนล้ม หมอได้สันนิษฐานว่า เกิดจากการฉิดยาเข้ากล้ามเนื้อ

พัลลภได้รับการส่งต่อไปรักษายังสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และหมอรักษาด้วยวิธีให้ทำกายภาพบำบัดเพื่อกระตุ้นเส้นประสาทที่ขา เขาถูกส่งตัวกลับมายังโรงพยาบาลแห่งเดิมอีกครั้งเพื่อทำกายภาพบำบัดทุกวัน วันละครึ่งชั่วโมง

แม่ของพัลลภร้องเรียนไปยังผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เรียกร้องค่าเสียหายจากทางโรงพยาบาลเป็นเงิน 500,000 บาท ซึ่งทางโรงพยาบาลไม่สามารถจ่ายเงินจำนวนดังกล่าวได้แม้ในภายหลังจะเจรจาต่อรองจนเหลือเพียง 150,000 บาทแล้วก็ตาม จึงนำเรื่องเข้าสู่กระบวนการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41

แม่ของพัลลภกล่าวถึงเหตุผลของการร้องเรียนว่า “ได้ปรึกษาผู้หลักผู้ใหญ่ ซึ่งก็ได้รับคำแนะนำให้ฟ้อง เพราะคิดว่าเราชนะคดีแน่ๆ เพราะความเสียหายที่เกิดขึ้นเห็นได้อย่างชัดเจนไม่ต้องตรวจเอกซเรย์ให้ละเอียด จากเดินปกติกลายเป็นคนพิการ”

ส่วนหมอที่รักษาพัลลภ เล่าว่า “ทางโรงพยาบาลได้พูดคุยกับทางแม่เด็ก ในลักษณะการไกล่เกลี่ย ชี้แจงว่ามีกฎหมายที่สามารถให้การช่วยเหลือ แรกๆ เขาไม่เชื่อว่ามีกองทุน การร้องเรียนกลายเป็นเรื่องของชุมชนที่มีเพื่อนบ้านโดยเฉพาะผู้ใหญ่บ้านต้องการให้ครอบครัวผู้เสียหายเรียกร้องทางโรงพยาบาล”

หลังจากนั้นคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ครอบครัวผู้เสียหาย เป็นเงินจำนวน 50,000 บาท ด้วยเหตุผลว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นเกิดจากการให้บริการของทางโรงพยาบาล ส่งผลให้ขาพิการ

ครอบครัวของพัลลภไม่พอใจกับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ได้รับ ประธานคณะกรรมการได้ช่วยในการเจรจาไกล่เกลี่ยให้อีกครั้ง สุดท้ายทางโรงพยาบาลจึงจ่ายเงินเพิ่มให้ครอบครัวผู้เสียหายอีก 50,000 บาท ครอบครัวผู้เสียหายจึงยินยอม

แม่ของพัลลภคิดว่าเงินจำนวนนี้ช่วยพวกเขาได้มาก นอกจากนำมาใช้จ่ายในครอบครัวและใช้หนี้สินแล้ว เงินจำนวนที่เหลือก็นำไปฝากธนาคารไว้ใช้ในยามจำเป็นในเรื่องความเจ็บป่วยและการศึกษาของพัลลภ ส่วนความสัมพันธ์กับทางโรงพยาบาลนั้น ครอบครัวของพัลลภยังรู้สึกตะขิดตะขวงใจอยู่บ้าง แต่เธอไม่อยากจะให้เรื่องยืดเยื้อจึงไม่ได้ดำเนินการฟ้องร้องกับทางโรงพยาบาลแต่อย่างใด

กรณีที่ 2 เด็กคลอดยาก เสี่ยงตาบอด

ใกล้เวลาที่พรธษา หญิงสาววัย 31 ปี จะได้เห็นลูกคนแรกของเธอแล้ว เธอรู้สึกเจ็บท้องถี่ขึ้นเรื่อยๆ ระหว่างรอคลอดอยู่ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เมื่อได้เวลาที่เด็กน้อยจะลืมตาดูโลก เธอกลับพบว่าการคลอดเป็นไปด้วยความยากลำบาก หมอต้องใช้เครื่องดูดสุญญากาศและคีมดิงเด็กออกมา เด็กน้อยเพศหญิงแรกคลอดมีภาวะขาดอากาศและมีเลือดออกในตา ตาข้างซ้ายเป็นจุดเหมือนเส้นเลือดฝอยแตกในตาขาว และเหมือนมีอะไรๆ ปิดตาเอาไว้

หนูน้อยได้รับการส่งต่อไปรักษาที่แผนกเด็กของโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ซึ่งพรธษาได้รับทราบในภายหลังว่าลูกสาวของเธอมีความเสี่ยงที่ตาข้างซ้ายจะบอด และต้องเดินทางไปรับการรักษาต่อเนื่องทุกๆ เดือน โดยหมอไม่สามารถบอกได้ว่าตาข้างซ้ายจะมองเห็นหรือไม่ ต้องรอดูอาการจากการรักษาต่อเนื่อง โดยไม่รู้ว่าจะต้องใช้เวลาในการรักษานานเท่าไร เธอจึงต้องมีค่าใช้จ่ายเหมารวดในการเดินทางไปกรุงเทพฯ เพื่อพาลูกสาวไปพบหมอครั้งละ 2,000 บาท และค่ายานนอกบัญชียาหลักแห่งชาติในการรักษาซึ่งต้องชำระเงินเองอีกครั้งละประมาณ 2,000 บาท และยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ระหว่างเดินทางของเธอและสามีซึ่งได้พยายามใช้จ่ายอย่างประหยัดที่สุด ในขณะที่ครอบครัวมีอาชีพทำไร่ทำนา มีรายได้เพียงเดือนละ 3,000-4,000 บาทเท่านั้น

พรธษาได้รับคำแนะนำจากพยาบาลคนหนึ่งในโรงพยาบาลที่เธอไปคลอดว่า มีกฎหมายที่ให้การช่วยเหลือซึ่งอาจจะเป็นจำนวนเงินไม่มากนักแต่ก็พอเป็นค่าทำขวัญได้ และคงจะบรรเทาความเดือดร้อนเงินทองที่ไปหยิบยืมมาได้ เธอจึงไปยื่นคำร้องขอรับการช่วยเหลือที่โรงพยาบาล โดยมีเจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นคนดำเนินการให้ทั้งหมด แล้วพามายื่นคำร้องขอรับการช่วยเหลือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขอรับการช่วยเหลือตามมาตรา 41

ในการยื่นขอรับการช่วยเหลือครั้งนี้ เธอขอให้ทางคณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นเงินจำนวน 100,000 บาท ในที่สุดก็ได้รับเงินช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเป็นเงิน 50,000 บาท พระราชรัฐลิกตีใจและตื่นตันใจเป็นอย่างมากที่ได้รับการช่วยเหลือแม้จะเป็นจำนวนไม่มากเท่าที่ขอไป แต่ก็ยังได้นำเงินไปใช้หนี้สินที่ยืมเพื่อนบ้านมาได้

กรณีที่ 3 ตายทั้งกลม

ซุติมาไม่เคยคาดคิดมาก่อนเลยว่า วันที่เธอตั้งใจมารับขวัญหลานคนใหม่ที่โรงพยาบาลกลับกลายเป็นวันที่ต้องมารับศพของลูกและหลานแทน

หลังจากเธอไปส่งลูกสาวที่โรงพยาบาลช่วงบ่าย หมอก็สั่งเจาะเลือดส่งตรวจตรวจคลื่นหัวใจเด็กในท้อง พบว่าเด็กดิ้นน้อยลง และปากมดลูกเริ่มเปิดประมาณ 2 เซนติเมตร หมอให้ยาเร่งคลอดและบอกว่าจะคลอดได้ภายในคืนวันนั้น

เกือบเที่ยงคืน หญิงสาวบ่นว่าเจ็บท้องคลอด ซุติมาไปตามพยาบาลมาดูอาการ 2 ครั้ง พยาบาลได้แต่บอกว่ายังไม่คลอดเพราะปากมดลูกเปิดแค่ 5 เซนติเมตร ในขณะที่หญิงสาวมีอาการปวดมากขึ้น และได้พูดกับซุติมาว่า “แม่หนูตายแน่ ไม่ไหวแล้ว แน่นหน้าอก หายใจไม่ออกช่วยหนูด้วย” เธอไปตามพยาบาลมาดูอาการอีกครั้ง ไม่ถึงครึ่งชั่วโมงหลังจากนั้นเธอจึงรับทราบว่าลูกสาวเสียชีวิตแล้ว โดยหมอบอกว่าจะส่งศพหญิงสาวไปผ่าที่โรงพยาบาลจังหวัดเพื่อช่วยชีวิตเด็กในท้อง แต่เธอบอกรักใจเชื่อว่าโรงพยาบาลจะปิดความรับผิดชอบเรื่องการเสียชีวิตของลูกสาว จึงไม่ยอมให้เอาศพไปผ่าเพราะคิดว่าเวลานานขนาดนี้แล้วหลานคงไม่รอดแน่

ซุติมาได้เข้าแจ้งความเพื่อดำเนินคดีกับโรงพยาบาล และร้องเรียนไปยังหนังสือพิมพ์สองฉบับ โดยยืนยันว่าจะเอาเรื่องทางโรงพยาบาลให้ถึงที่สุดในกรณี

ที่ไม่เอาใจใส่ดูแลจนลูกสาวเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้สัมภาษณ์ทางหนังสือพิมพ์ในวันถัดมาว่า “เรื่องนี้ต้องฟังทั้งสองฝ่าย เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับผู้ปฏิบัติงานและญาติผู้เสียชีวิต ผมเข้าใจดีว่าการสูญเสีย นั้นยิ่งใหญ่แค่ไหน ซึ่งได้เรียกแพทย์เวรและพยาบาลเวรที่ปฏิบัติหน้าที่ขณะนั้น มาสอบสวนหาข้อเท็จจริงอีกทีหนึ่ง หากพบว่าผิดทางโรงพยาบาลยินดีจะรับผิดชอบ อย่างเต็มที่ เบื้องต้นคงต้องช่วยเงินจำนวนหนึ่งเป็นการทำบุญศพไปก่อน” นอกจากนี้ ยังร้องปลัดกระทรวงสาธารณสุข และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดให้สัมภาษณ์ อีกในทำนองว่าจะให้ความเป็นธรรมกับครอบครัวชุตินมาอย่างแน่นอน

ชุตินมาเล่าว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ความช่วยเหลือทางครอบครัวเป็นอย่างดี มาช่วยค่าทำศพโดยส่วนตัวด้วย แต่หมอกับพยาบาลที่อยู่ในเหตุการณ์ วันนั้นไม่มาเลย เขาบอกเธอว่า ถึงไม่ใช่ความผิดของโรงพยาบาลแต่ก็ต้องรับผิดชอบ ยังไงก็จะมีทั้ง จึงรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างมาก

หลังจากนั้น ชุตินมาและญาติได้ทำเรื่องไปยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยระบุว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นดังกล่าวเกิดจากการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังเตรียมหนังสือสำหรับยื่นศาลปกครองอีกฉบับหนึ่ง หากทางโรงพยาบาลไม่รับผิดชอบ และได้ทำหนังสือเพื่อขอความเป็นธรรม ให้โรงพยาบาลชดเชยความเสียหายให้เพียงพอในการทำบุญ ให้ลูกสาวและทุนการศึกษาสำหรับเล่าเรียนของหลานชายคนโต ซึ่งทางโรงพยาบาล ได้ให้เงินช่วยเหลือให้เป็นเงินจำนวน 90,000 บาท

ผลการพิจารณาคณะอนุกรรมการอนุมัติจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นจำนวน 80,000 บาท ด้วยเหตุผลว่าการที่ผู้รับบริการเสียชีวิตขณะที่รอคลอด แพทย์เวรมีคนเดียวติดภารกิจผ่าตัดให้กับคนไข้รายอื่นอยู่ ทำให้การช่วยฟื้นคืนชีพทำได้ไม่เต็มที่ในช่วงที่เกิดเหตุ ซึ่งเป็นปัญหาด้านระบบการให้บริการสาธารณสุข ประกอบ



กับครอบครัวของชุดิมา มีอาชีพทำนา มีรายได้ไม่แน่นอน และครอบครัวต้องสูญเสียทั้งแม่และลูก

แม้จะยังไม่คลายความโศกเศร้าจากการสูญเสียในครั้งนี้ แต่ชุดิมาก็รู้สึกพอใจที่ได้รับการช่วยเหลือตามมาตรา 41 และยังได้รับการชดเชยจากทางโรงพยาบาล จึงยุติเรื่องการดำเนินคดีความต่าง ๆ กับแพทย์และโรงพยาบาลในเวลาต่อมา

กรณีที่ 4 ลูกตาย

ธิดินันท์ เริ่มมีอาการน้ำเดินหลังจากนอนรอลคลอดที่โรงพยาบาลมาเกือบ 12 ชั่วโมงแล้ว เธอบอกตัวเองให้อดทนอีกนิด อีกไม่กี่ชั่วโมงก็คงจะได้เห็นหน้าลูก

อีก 12 ชั่วโมงถัดมา หมอเตรียมทำคลอดให้กับธิดินันท์ หมอบอกว่าเด็กตัวโตไม่มากนักคงจะคลอดเองได้แน่ แต่ด้วยความที่ธิดินันท์ต้องเผชิญกับการเจ็บท้องคลอดเป็นเวลายาวนานข้ามวันข้ามคืน เธอจึงไม่มีแรงเบ่งมากพอ หมอต้องทำคลอดโดยใช้คี้มช่วย การคลอดเป็นไปอย่างยากลำบาก เด็กมีภาวะไหล่ติด ต้องใช้เวลาในการคลอดศีรษะและไหล่ยาวนานถึง 4-5 นาที มีสัญญาณว่าหนูน้อยแรกคลอดอาการไม่ดีนัก หมอจึงทำการกระตุ้นหัวใจและใส่ท่อช่วยหายใจ และรีบส่งหนูน้อยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด โดยมีแพทย์เวรติดตามไปดูแลเด็กตลอดทาง

ลูกของเธอเสียชีวิตในวันถัดมา หมอที่อยู่เวรวันนั้นได้อธิบายให้เธอและสามีฟังถึงสาเหตุการตายของลูก และยืนยันว่าได้ให้การรักษาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ และทางโรงพยาบาลได้แสดงความเห็นใจและมอบเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจำนวน 10,000 บาท หมอผู้รักษาเห็นว่า แม้จะรักษาตามมาตรฐานแล้ว แต่ก็เกิดความเสียหายขึ้นกับธิดินันท์ จึงได้ส่งเรื่องเข้ารับการช่วยเหลือตามมาตรา 41 โดยทางโรงพยาบาลดำเนินเรื่องให้ทุกขั้นตอน เธอเพียงแค่อ่านเอกสารเท่านั้น

แต่ผลการพิจารณาคณะอนุกรรมการวินิจฉัยไม่ให้การช่วยเหลือ ด้วยเหตุผลว่าหมอได้ช่วยเหลือเต็มที่ถูกต้องตามขั้นตอนและมาตรฐานการรักษาแล้ว

หมอผู้รักษา บอกว่า “เราพยายามเต็มที่แล้วทำทุกอย่างตามหลักวิชาการ แต่ผลออกมาเด็กเสียชีวิต ซึ่งหมอมองว่าเป็นผลกระทบที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจจะมีส่วนอย่างที่เกิดขึ้นจากการให้บริการตามมาตรฐานก็เป็นได้ เราต้องการบรรเทาความเดือดร้อน ทางครอบครัวเขามากก็ได้ตั้งใจจะมาร้องมาเพื่อรับศพลูกไปทำพิธีทางศาสนาเท่านั้น ซึ่งแทนที่เขาควรจะรับลูกกลับไปเลี้ยง กลับเป็นอีกอย่างหนึ่ง หมอว่าเขาควรจะได้รับการดูแลบ้าง”

อิติหนันท์รู้สึกผิดหวังแต่ยังมีความรู้สึกที่ติดกับทางโรงพยาบาล เธอเข้าใจเป็นอย่างดีว่าการเสียชีวิตของลูกของเธอเป็นเรื่องที่ไม่มีใครต้องการให้เกิดขึ้น เธอจึงไม่ยื่นอุทธรณ์แต่อย่างใด ปัจจุบัน เธอได้ตั้งครุภีอีกครั้งและยังคงไปฝากครุภีกับทางโรงพยาบาลแห่งนี้เหมือนเคย

ทั้ง 4 กรณีศึกษาที่หยิบยกมาจากงานวิจัยชิ้นดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าการที่ผู้เสียหายได้รับเงินช่วยเหลือจะช่วยลดความรุนแรงของความขัดแย้งได้เป็นอย่างดี ตัวอย่างเช่น กรณีที่ 1 เด็กขาพิการจากการฉีดยา ซึ่งครอบครัวตั้งใจฟ้องร้องและตั้งต้นด้วยการเรียกร้องเงินจำนวนมากจากสถานพยาบาล แต่เมื่อเริ่มกระบวนการแก้ไขความขัดแย้งต่าง ๆ รวมทั้งการเจรจาไกล่เกลี่ย ท้ายสุดผู้เสียหายจึงล้มเลิกความตั้งใจที่จะฟ้องร้อง

คล้ายกับกรณีที่ 3 ซึ่งแม่และเด็กในท้องเสียชีวิตระหว่างคลอด ที่แม่จะเป็นเรื่องราวใหญ่โตแล้วจากการแจ้งความดำเนินคดี และร้องเรียนผ่านสื่อมวลชน แต่หลังจากได้รับเงินช่วยเหลือจากมาตรา 41 และจากทางโรงพยาบาล รวมทั้งการแสดงความเสียใจความเห็นใจจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล จึงรู้สึกพอใจและยุติการฟ้องร้องในเวลาต่อมา

กรณีที่ 2 ซึ่งเด็กมีความเสี่ยงต่อการตาบอดจากการช่วยคลอดนั้น ผู้เสียหายไม่คิดที่จะฟ้องร้องหรือร้องเรียน เพียงแต่มีความเดือดร้อนจากการพาลูกไปรักษาตาอย่างต่อเนื่อง เมื่อได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จึงรู้สึกพอใจเป็นอย่างมาก

สำหรับกรณีที่ 4 ทารกเสียชีวิตจากปัญหาการคลอดยาก เป็นกรณีเดียวที่แม้ผู้ได้รับความเสียหายไม่ได้รับเงินช่วยเหลือ ก็ยังรู้สึกดีกับทางโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก เพราะได้รับการอธิบายจากแพทย์จนเข้าใจและเห็นถึงความเอาใจใส่ของโรงพยาบาลในการช่วยดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือให้

แม้การแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งจากความเสียหายจะต้องการวิธีการหลายๆ อย่างประกอบกัน ทั้งการให้เงินช่วยเหลือ การเจรจาไกล่เกลี่ย การพูดคุยแสดงความเห็นอกเห็นใจก็ตาม แต่การให้ความช่วยเหลือเป็นตัวเงินนอกจากจะบรรเทาความเดือดร้อนได้แล้ว ยังเป็นสัญลักษณ์ของการดูแลผู้เสียหายได้เป็นอย่างดี มาตรา 41 จึงเป็นอีกช่องทางหนึ่งซึ่งงานศึกษาชิ้นนี้ได้สรุปว่า เป็นทางเลือกที่ได้รับการนำมาใช้ในสถานการณ์ที่โรงพยาบาลไม่สามารถควบคุมความรุนแรงของความขัดแย้งได้ เป็นส่วนที่ทำให้เกิดรูปธรรมของการได้รับการชดเชยที่ชัดเจนและนำไปสู่ข้อสรุปได้ง่ายขึ้น

เรียกได้ว่า แม้การเลือกใช้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 จะยังไม่ใช่ “พระเอก” ในยุคการฟ้องเริ่มเฟื่องฟู แต่ก็ช่วย “ผ่อนหนักให้เป็นเบา” ได้อย่างชัดเจน

* จากการศึกษาติดตามและประเมินผลกระทบของนโยบายและการดำเนินการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41, คณะที่ปรึกษาและติดตามประเมินผล ศูนย์วิจัยสังคมและคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ธันวาคม 2547

เคล็ดลับ “ผ่อนหนักให้เป็นเบา”

ในการศึกษา ติดตามและประเมินผลกระทบของนโยบายและการดำเนินการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41, คณะที่ปรึกษาและติดตามประเมินผล ศูนย์วิจัยสังคมและคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ธันวาคม 2547 พบว่าบางจังหวัดไม่มีกรณีคนไข้ฟ้องหรือร้องเรียนหมอ หรือมีกรณีร้องเรียนน้อยมาก รวมทั้งไม่มีการขอรับความช่วยเหลือตามมาตรา 41 โดยพบว่าโรงพยาบาลมีการบริหารความเสี่ยงที่ดี ซึ่งได้แก่คุณลักษณะเหล่านี้

- ผู้อำนวยการและบุคลากรในโรงพยาบาลมีแนวคิดการทำงานร่วมกับชาวบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานดูแลสุขภาพเชิงรุก ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นกับชุมชน
- มีระบบลดความเสี่ยงและความผิดพลาดทางการแพทย์
- มีระบบใกล้เคียงที่รวดเร็วหลังจากเกิดความผิดพลาดหรือผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์จากการรักษาขึ้น

“เวลาคุยกับญาติก็ให้ทั้งหมดมาคุยกันทีเดียวไม่ใช่เรียงกันมาถาม ต้องเลือกว่าจะพูดกับคนไหนก่อนเพื่อให้ได้ตามเวลาจำกัด ต้อง attack ทันทที ให้ทีม emergency management ไปคุย ต้องมีทักษะ วิธีคิด วิธีพูด วิธีระบายนใจรัก ฟังไว้ก่อน พร้อมรับฟัง ดูแล ช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม ถ้ามีพวกสื่อมวลชน อบต. อบจ. เข้ามาจะยากที่สุด บางกรณีเราจับ admit เปลี่ยนหมอส่งต่อไปรักษา ดูแลพิเศษไม่คิดค่าล้างไต บางกรณีเราทำดีที่สุดแล้วไม่ได้ต่ำกว่ามาตรฐาน ก็จะไม่แจ้งไป ไม่ได้ยอมทุกเรื่อง”

ความเห็นจากคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาล*



เมื่อหมอ ไม่กลัวถูกฟ้อง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ที่เกี่ยวข้องกับ กรณีเสียชีวิตจากการท้องนอกมดลูก

กล่าวถึง มาตรา 41 ว่า หลายคนอาจไม่เห็นด้วยกับการจะชดเชยด้วยเงิน ในส่วนตัวคุณหมอกลับคิดตรงกันข้าม เพราะว่าหากผู้ให้บริการมีเจตนาที่ดี มีเหตุผลก็ไม่กลัวการฟ้องร้อง ไม่มีใครจะรู้หมดทุกอย่าง ยกตัวอย่าง กรณีท้องนอกมดลูกแล้วเสียชีวิตที่ร้องเรียนทางโรงพยาบาล มองว่าบุคลากรเรารู้ไม่เพียงพอ เมื่อคนไข้เสียชีวิตจึงเห็นด้วยที่ญาติควรจะได้รับความช่วยเหลือเพื่อให้เขาอยู่ได้

หลายคนคิดว่าการจ่ายเงินจะมีผลกระทบในด้านลบต่อตัวแพทย์เองหรือโรงพยาบาล แต่คนไข้เดือดร้อนจากการกระทำที่ตั้งใจของแพทย์ที่ไม่ใช่ความประมาท ส่งผลให้ทางครอบครัวเดือดร้อน แล้วมีการช่วยเหลือเพื่อให้เขาสามารถอยู่ได้ ไม่ใช่เรื่องลบแต่อย่างใด ส่วนมากแพทย์ที่ทำงานไม่นานอาจจะรู้สึกกดดัน ไม่ได้ตั้งใจให้เกิดความผิดพลาดแต่กลับถูกพิจารณาเหมือนการไต่สวนถูกผิด

“การที่หมอส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย เพราะคิดว่า ทำงานหนักแล้วยังต้องเจอเหตุการณ์แบบนี้ พอถูกตัดสินมันมีน้อยจะความถูกผิด กับมาตรา 41 มีหมอกว่า 70% ที่ไม่เห็นด้วย เราต้องสอนให้แพทย์เปลี่ยนวิธีคิด แล้วมองว่าเราทำหน้าที่ดูแลประชาชน”

กลไกการจัดการกับข้อผิดพลาดที่ผ่านมา เมื่อเกิดความผิดพลาดหรือการร้องเรียนจากคนไข้ คุณหมอใช้วิธีการเข้าหาชุมชน ไม่เน้นการเผชิญหน้า หาทางบรรเทาทุกข์ให้คนไข้หรือญาติ ยกตัวอย่างคนไข้ท้องนอกมดลูก ทั้ง ๆ ที่คุมกำเนิดมานานสิบปีแล้ว แล้วตั้งครภโดยไม่รู้ตัว คุณหมอกล่าวว่า เป็นสิ่งที่คาดไม่ถึง เมื่อเขาขอรับการช่วยเหลือ ทางเราก็เข้าไปหาเขาพยายามหาช่องทางช่วยให้เขาได้รับค่าชดเชย เขาก็ไม่คิดจะฟ้องหมอ

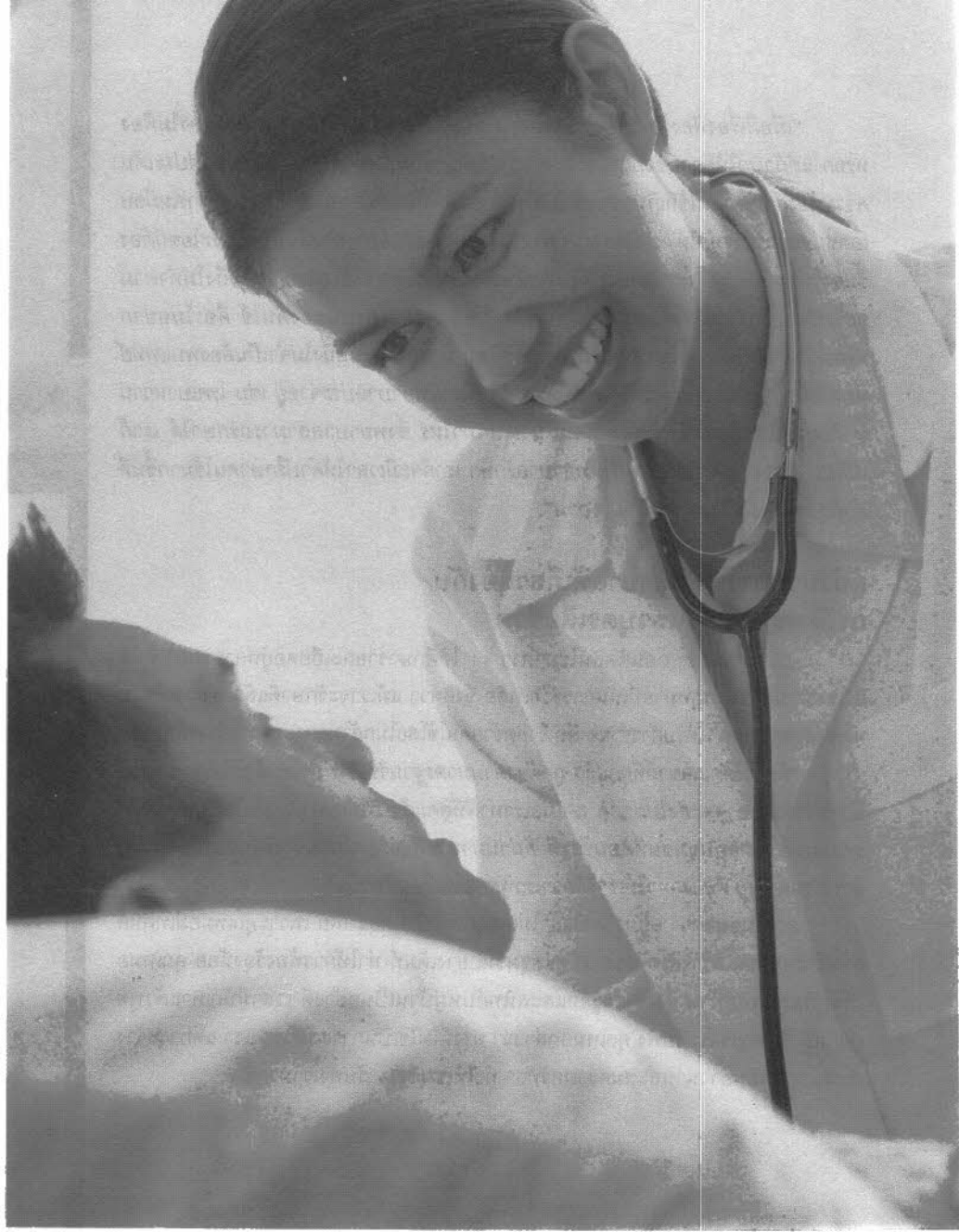
“เมื่อมีเรื่องฟ้องร้อง มันคงมีสาเหตุ คนที่ฟ้องเขาโกรธเรา ถ้าไม่โกรธเขาคงไม่ฟ้องหรอก แต่ถ้าเราให้ความช่วยเหลือ ผมเชื่อว่า นิสัยคนไทยไม่ปกติบุญ หรือแม้แต่ประเด็นความต้องการของคนไข้ที่เกินความจำเป็น เช่น ออกยาคให้หมอจิดยา เอกขเรย์ ต้องการเหมือนเอกชนอยากให้รัฐทำให้ เราก็ต้องแม่นยำทางวิชาการ บางอย่างทำแล้วไม่เกิดประโยชน์ต้องชี้แจงให้คนไข้ทราบ เราต้องเก่งเพียงพอที่จะอธิบายสิ่งที่คนไข้ร้องขอ ทำให้ถึงไม่ทำตามอะไรที่จำเป็นต้องทำให้แพทย์บางคนต้องจ่ายยาตามเสียงบ่นของคนไข้ คือ ไม่อยากหัดทานความต้องการ ในจุดนี้ต้องเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ คนไข้ส่วนหนึ่งไม่จำเป็นต้องพบแพทย์หมด สถานื่อนอนมาก็สามารถรักษาขั้นพื้นฐานได้ เรามีพยาบาลประจำอยู่ เช่น โรคเบาหวาน มารับยาอย่างเดียวแล้วตรวจว่าตอนนี้น้ำตาลเท่าไร ซึ่งพยาบาลสามารถรักษาได้ เราก็เปลี่ยนวิธีทำงาน คนไข้ต่างๆ ก็ให้พยาบาลรักษา เราก็จะมีเวลาให้คำปรึกษาคนไข้มากขึ้นที่สำคัญเราต้องไม่โกรธเวลาที่คนไข้ถาม”

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณี คลอดบุตรแล้วบุตรเสียชีวิต

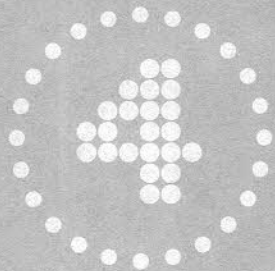
คุณหมอล้ำว่า ก่อนตัดสินใจผ่าคลอด 41 ได้ศึกษารายละเอียดอยู่หลายรอบ เข้าใจถึงเจตนาารมณ์ของกฎหมายที่เน้นการช่วยเหลือ จึงคิดว่า แม้เราจะรักษาดีแล้ว หากเขาได้รับผลเสียหายเขาก็ควรได้รับการช่วยเหลือ จึงคิดช่วยคนไข้โดยไม่กลัวผลกระทบหรือการฟ้องร้อง

“คิดว่าได้ดูแลเขาดีที่สุดในแล้ว ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ ถ้าเขาเลือกได้เขาคงเลือกอีกอย่างหนึ่ง อาจจะส่งไปผ่าตัด แต่เมื่อเราทำดีที่สุดแล้ว ก็ไม่กลัว เชื่อมั่นในสัมพันธภาพของโรงพยาบาลกับชุมชนที่ค่อนข้างดี ที่ผ่านมารการฟ้องร้องน้อยมากเรียกว่าแทบจะไม่มีเลย ส่วนสำคัญ คือ เราทำให้เขารู้สึกว่าเราพูดคุยในเรื่องเดียวกัน”

คุณหมอบอกว่า อยู่มา 7 ปีแล้วไม่เคยถูกชาวบ้านต่อว่าเลย เพราะคุณหมอมมีเทคนิคการเข้าถึงชุมชน สร้างสัมพันธภาพ ดูแลชุมชนอย่างเต็มที่ ทำให้การฟ้องร้องน้อย คุณหมอได้จัดทีมดูแลหมู่บ้าน ซึ่งเขาจะรู้จักและสนิทกับหมู่บ้านเป็นอย่างดี เวลามีปัญหาแล้วพูดคุยกันส่วนใหญ่เขาจะรับฟัง คุณหมอมกล่าววว่า ตรงนี้ไม่ใช่เป็นการแก้ตัวของเรา แต่การสร้างสัมพันธภาพอันยาวนานสะสมความศรัทธา ทำให้เขาเชื่อเรารับฟังเรามากขึ้น



จากบทเรียนสู่กฎหมาย:
คุ้มครองผู้เสียหาย
จากบริการสาธารณสุข





จากกระแสการฟ้องร้องแพทย์
ที่ปรากฏในสื่อมวลชนอย่างเพิ่มมากขึ้นในระยะเวลาปีที่ผ่านมา
ทำให้แนวคิดการวางความคุ้มครองผู้เสียหาย
จากบริการทางการแพทย์ได้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนจึง
เกิดขึ้นและเริ่มเป็นรูปธรรม
ดังปรากฏในร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหาย
จากบริการสาธารณสุข พ.ศ.....



จากบทเรียนสู่กฎหมาย: คุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข

ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดได้มีการนำไปใช้ในหลายประเทศ ทั้งแบบบังคับและสมัครใจ โดยมีพัฒนาการที่แตกต่างกันไป บางประเทศมีการใช้มาเป็นเวลากว่า 20 ปี ในขณะที่บางประเทศเพิ่งเริ่มใช้ได้ไม่นาน

นิวซีแลนด์ เริ่มในปี พ.ศ.2515

สวีเดน ใช้แบบสมัครใจในปี พ.ศ.2518 และบังคับทั้งหมดในปี พ.ศ.2540

ฟินแลนด์ เริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2530

นอร์เวย์ เกิดแบบสมัครใจขึ้นในปี พ.ศ.2533 และออกเป็นกฎหมายในปี พ.ศ.2546

เดนมาร์ก เริ่มต้นปี พ.ศ.2535

ไอซ์แลนด์ เริ่มในปี พ.ศ.2544

อังกฤษ อยู่ระหว่างการพัฒนาเพื่อนำไปสู่การออกเป็นกฎหมาย ขณะที่สหรัฐอเมริกา มี Patient Safety Act เพื่อคุ้มครองข้อมูลสำหรับแพทย์

สำหรับประเทศไทย ในปี 2546 เริ่มมีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เป็นการนำแนวคิดเรื่องระบบชดเชยความเสียหายให้กับผู้รับบริการโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดมาใช้เป็นครั้งแรกใน

ประเทศไทย โดยเป็นการช่วยเหลือผู้รับบริการที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุข แต่สำหรับผู้รับบริการที่มีสิทธิประกันสุขภาพประเภทอื่น เช่นข้าราชการ และผู้ใช้สิทธิประกันสังคม อีกเกือบ 20 ล้านคน ยังไม่ได้รับความคุ้มครองประเภทนี้

จากกระแสการฟ้องร้องแพทย์ที่ปรากฏในสื่อมวลชนอย่างเพิ่มมากขึ้นในระยะหลายปีที่ผ่านมา ทำให้แนวคิดการขยายความคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนจึงเกิดขึ้นและเริ่มเป็นรูปธรรมดังปรากฏในร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข พ.ศ.

หลักการของร่างกฎหมายฉบับนี้ คือ

หนึ่ง ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการประกอบวิชาชีพทางสุขภาพสามารถได้รับการเยียวยาความเสียหายอย่างสะดวกและรวดเร็ว ปราศจากการพิสูจน์ถูกผิด

สอง เพื่อรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย และสาม สร้างโอกาสให้มีการพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากขึ้น

ประเด็นสำคัญในร่าง

พรบ.คุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข

- คุ้มครองความเสียหายที่เป็นเหตุสุดวิสัย และความผิดพลาดทางการแพทย์ เป้าประสงค์ที่สำคัญของพระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ การช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข ทั้งความเสียหายที่เป็นเหตุสุดวิสัย



และในกรณีที่เกิดความผิดพลาดในการให้บริการทางการแพทย์ โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด แต่ไม่คุ้มครองความเจ็บป่วยที่เป็นไปตามพยาธิสภาพของโรค เช่น มะเร็ง เป็นต้น

- ไม่ส่งเสริมให้ผู้เสียหายดำเนินกระบวนการฟ้องร้องต่อศาล หากพบว่าผู้ที่ยื่นคำร้องมีการฟ้องร้องต่อศาล จะชะลอขั้นตอนการพิจารณาของกองทุน เพื่อให้ผู้ได้รับความเสียหายเลือกตัดสินใจขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งเท่านั้น กรณีที่มีการยื่นขอร้องต่อศาลภายหลังจากได้รับเงินชดเชยไปแล้ว จะถือว่าเงินชดเชยที่จะได้รับจากศาลจะเป็นจำนวนที่ต้องหักเงินชดเชยที่ได้รับแล้วออกไป เพราะเงินชดเชยตาม พรบ.ฉบับนี้ถือเป็นสินไหมทดแทนกรณีฟ้องร้องต่อศาล

- สนับสนุนให้เกิดการพัฒนามาตรการความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) สำหรับความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ จะได้นำประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมาเป็นข้อมูลหรือบทเรียนในการหามาตรการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก

- กำหนดให้มีการรายงานความเสียหายที่เกิดขึ้นโดยไม่ระบุนถึงแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้แพทย์เหล่านี้ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

- จัดทำระบบรายงานเพื่อนำเสนอต่อสาธารณะอย่างต่อเนื่องถึงความผิดพลาด และการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย

- มีมาตรการลดหย่อนเงินสมทบเพื่อจูงใจสถานพยาบาล โดยสถานพยาบาลที่สามารถแก้ไขและลดความผิดพลาดทางการแพทย์ได้ จะมีโอกาสลด

หย่อนเงินสมทบที่จะเข้าสู่กองทุน เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้อะหว่างสถานพยาบาลกับประชาชนในการลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย

- เงินกองทุนมาจากสถานพยาบาล หลักการของกองทุนชดเชยโดยทั่วไป จะมีผู้เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงเป็นผู้จ่ายเงินเพื่อเยียวยาความเสี่ยงสำหรับระบบสาธารณสุขนั้น สถานพยาบาลเป็นหน่วยงานสำคัญในการให้บริการ จึงกำหนดให้สถานพยาบาลเป็นผู้จ่ายเงินสมทบทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน โดยจัดเก็บตามความเสี่ยงที่จะเกิดความเสียหายหรือที่เรียกว่า “ภาษีประกัน”

กฎหมายฉบับนี้จะเข้ามาดูแลความเสียหายให้กับผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย ฉะนั้นในระยะแรกจะมีการถ่ายโอนภารกิจเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จัดสรรไว้สำหรับช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 41 ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อตั้งกองทุนใหม่

- กลไกการบริหารกองทุนอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากวัตถุประสงค์ของกฎหมายฉบับนี้ ต้องการให้มีการพัฒนามาตรการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงกำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการบริหารกองทุน โดยมีกลไกหลักในการทำงานประกอบด้วย คณะอนุกรรมการ 3 ชุด คือ

- คณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย: พิจารณาความเชื่อมโยงความเสียหายกับการรับบริการสาธารณสุข

- คณะอนุกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย: พิจารณาค่าชดเชยโดยสัมพันธ์กับความเสียหายที่เกิดขึ้น



- คณะอนุกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์: พิจารณาเรื่องอุทธรณ์ผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการฯ 2 คณะแรก

● **ระยะเวลาการขอชดเชยไม่เกิน 3 ปี** ผู้เสียหายหรือทายาทของผู้เสียหาย สามารถยื่นคำร้องขอรับเงินค่าชดเชยความเสียหายโดยมีระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี ภายหลังจากรับรู้ความเสียหาย เนื่องจากความเสียหายจำนวนหนึ่งอาจต้องใช้เวลาลักษณะหนึ่งจึงจะปรากฏชัดว่าเป็นความเสียหาย โดยในระยะแรกที่รับรู้อาจไม่รุนแรง ไม่กระทบต่อชีวิตประจำวันมากนัก แต่หลังจากนั้นความเสียหายนั้นปรากฏชัดเจนขึ้น จนกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวัน

● **ประเภทความเสียหายที่ไม่จ่ายชดเชย**

- 1 ความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรคตามปกติธรรมชาติของโรคนั้น เช่น การคลอดซึ่งหญิงตั้งครรภ์มีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี ทำให้เสียเลือดมาก แม้จะผ่าตัดแล้ว ก็อาจช่วยชีวิตไว้ไม่ได้ กรณีนี้ไม่ถือว่าเป็นความเสียหายจากการรับบริการ
- 2 ความเสียหายซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานสาขาวิชาชีพ เช่น การรักษามะเร็งด้วยวิธีการฉายรังสี ซึ่งอาจทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะข้างเคียงได้ ซึ่งความรู้และเทคโนโลยีในปัจจุบันยังไม่สามารถหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากการรักษานี้ได้ จัดเป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้
- 3 ความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการรักษาแล้วไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตตามปกติ เช่น การติดเชื้อจากการผ่าตัด ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษาแผลเนิ่นนานออกไปกว่าปกติ ภายหลัง

จากผลหยาเป็นปกติจะไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันแต่อย่างใด

● ความครอบคลุมของการจ่ายเงินชดเชย

- ① ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล รวมทั้งค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ
- ② ค่าชดเชยการขาดรายได้
- ③ ค่าชดเชยในกรณีพิการหรือทุพพลภาพ
- ④ ค่าชดเชยในกรณีถึงแก่ความตาย
- ⑤ ค่าชดเชยการขาดผู้อุปการะ กรณีที่ผู้เสียหายเสียชีวิตและมีครอบครัวที่จะต้องอุปการะเลี้ยงดู
- ⑥ ค่าชดเชยเพื่อความเสียหายอย่างอื่นอันมิใช่ตัวเงิน เช่น ความสูญเสียทางจิตใจ เป็นต้น ซึ่งคณะกรรมการจะมีการกำหนดเพิ่มเติมในภายหลัง

“เราน่าจะมีการทำระบบเหมือนทำประกันชีวิต เป็นบริษัทประกันภัยเอื้ออาทร เป็นนโยบายที่ไม่เน้นกำไร ประกัน รพ. สมมติมีบริษัทประกันที่จะมารับผิดชอบตรงนี้ เราจ่ายเบี้ยประกันแล้วให้บริษัทประกันดูแลเรื่องนี้ให้เรา จ่ายประกัน คิดเบี้ยประกันเท่าไรขึ้นกับคุณภาพของเรา ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ที่เราเคยเกิดการร้องเรียน เราต้องให้เขาดูแลเรา ถ้ามีบริษัทประกันก็ต้องจ่าย ปีหน้าก็มากับเงินประกันเพิ่มขึ้น ถ้าโรงพยาบาลพัฒนาระบบดีขึ้นเราก็จ่ายเบี้ยน้อยลง เป็นแรงจูงใจให้ รพ. ปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้น ขณะเดียวกันรัฐบาลเองอยากให้เสียเงินตรงนี้น้อยลง รัฐบาลต้องได้ input เพิ่มขึ้น ใสคนมามากขึ้น พอคนมากขึ้นความผิดพลาดก็น้อยลง เบี้ยประกันจ่ายน้อยลง”

ความคิดเห็นของแพทย์ผู้ให้บริการ*

พลิกความลับกลับเป็นบทเรียน ประเด็นท้าทายในอนาคต

“รู้สึกหวาดระแวง ทุกครั้งที่มีการเสียชีวิตมันต้องมีอะไรผิดพลาด เรามองย้อนกลับ มันต้องมีอะไรผิดพลาด ไม่งั้นไม่ตาย ไม่พลาดที่เจ้าหน้าที่ ที่หมอ ก็พยายาม อาจจะเป็นที่คนไข้ เป็นโรคที่รักษาไม่ได้ หรือพลาดที่ระบบ ศักยภาพเราไม่พอ ต้องมีจุดที่ผิดพลาดที่ต้องค้นหา”

แพทย์ผู้เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงจากบริการสาธารณสุข*

ผลกระทบจากระบบการฟ้องร้องที่ก่อให้เกิดการปกปิดข้อมูลความผิดพลาดทางการแพทย์เป็นประเด็นที่ระบบสุขภาพในหลายประเทศให้ความสำคัญมาก โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาซึ่งพบปัญหานี้เนื่องด้วยความกลัวที่จะถูกฟ้องร้องของแพทย์ ทำให้มีการบิดเบือนข้อมูลในการรักษา ปัญหาดังกล่าวได้ปิดกั้นการเรียนรู้จากความผิดพลาด ทำให้ไม่มีโอกาสที่จะพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยขึ้น

การปฏิรูประบบการฟ้องร้องแพทย์ในหลายประเทศนั้น นอกเหนือจากการคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ และป้องกันปัญหาฟ้องร้องแพทย์แล้ว การส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยยังเป็นอีกเป้าหมายสำคัญในการปฏิรูปอีกด้วย ดร.มิเชล เมลโล (Michelle Mello) ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายฟ้องร้อง (Tort law) จากประเทศสหรัฐอเมริกา มีทัศนะต่อการปฏิรูประบบการฟ้องร้องว่า นอกจากจะเป็นการปฏิรูประบบการรับมือจากความผิดพลาดทางการแพทย์ ต้องมีการปฏิรูประบบการรายงานที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของคนไข้ไป



ด้วย เพราะระบบการฟ้องร้องในสหรัฐทำให้มีการปิดเบือนระบบการรายงานข้อมูลทางการแพทย์ที่ได้ให้บริการผู้ป่วย และ การสร้างทางเลือกในการชดเชยผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการใช้บริการ โดย ดร.เมลโล เสนอแนวคิดการใช้ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องรับผิด เป็นลักษณะของระบบการรับผิดชอบต่อความผิดพลาดทางการแพทย์แบบร่วมกันขององค์กร(enterprise liability)

อย่างไรก็ตาม แม้แนวคิดของระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด จะให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยก็ตาม แต่การนำระบบนี้มาใช้ของหลาย ๆ ประเทศก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายสำคัญดังกล่าว

บทเรียนในต่างประเทศโดยการเปรียบเทียบระหว่างระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดกับระบบการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ซึ่ง โจน เอ็ม กิลมอร์ (Joan M. Gilmour) ในงานศึกษาเรื่อง Patient Safety, Medical error and Tort Law: International Comparison ได้ศึกษาเรื่องแรงจูงใจในการลดความผิดพลาดทางการแพทย์ และประเมินการปฏิรูปกฎหมายใน 5 ประเทศ ได้แก่ แคนาดา สหรัฐ สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ พบว่า เป้าหมายส่วนใหญ่ในการปฏิรูปจะจำกัดอยู่ที่การลดความเสี่ยงและความหนักเบาในการลงโทษเท่านั้น ไม่ใช้การลดความผิดพลาดทางการแพทย์ โดยพบว่าส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับอัตราความผิดพลาด การเปิดเผยข้อมูล ความปลอดภัยของคนใช้น้อยมาก ผลกระทบของระบบฟ้องร้องต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการแพทย์ก็มีน้อยมาก การรายงานความผิดพลาดก็ค่อนข้างต่ำทั้งในประเทศที่ใช้ระบบฟ้องร้อง และประเทศที่ใช้ระบบชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด

ในนิวซีแลนด์ ซึ่งใช้ระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดเป็น

ระยะเวลากว่า 30 ปีแล้ว ยังพบว่ามีการเปิดเผยข้อมูลความผิดพลาดทางการแพทย์ค่อนข้างต่ำ ทั้งที่มีความผิดพลาดเกิดขึ้นจำนวนมาก

ผลการศึกษาที่บอกว่ายังไม่มีการให้ความสำคัญกับความผิดพลาดและการบาดเจ็บที่เกิดจากบริการทางการแพทย์อย่างจริงจังนี้ ทำให้การคุ้มครองผู้ป่วยให้ปลอดภัยยังเป็นประเด็นท้าทายของนักเคลื่อนไหวทางด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยทั่วโลก รวมทั้งเป็นประเด็นท้าทายสำหรับประเทศไทยอีกด้วย

หากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมมือกันผลักดันระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดนี้อย่างจริงจัง ไทยจะกลายเป็นประเทศแรกในโลกที่สามารถสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยได้สำเร็จ!



* จากการศึกษาติดตามและประเมินผลกระทบของนโยบายและการดำเนินการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41, คณะที่ปรึกษาและติดตามประเมินผล ศูนย์วิจัยสังคมและคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ธันวาคม 2547

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

การชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องรับผิดชอบ (No-Fault Compensation Schemes): การทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ” โดย ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547

การศึกษาติดตามและประเมินผลกระทบของนโยบายและการดำเนินการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41, คณะที่ปรึกษาและติดตามประเมินผล ศูนย์วิจัยสังคมและคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ธันวาคม 2547

เอกสารประกอบการจัดทำร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข พ.ศ..... “ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ฟ้องโทษตัวบุคคลและไม่พิสูจน์ความผิด , กระทรวงสาธารณสุขและโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป, 2550

เอกสารถอดคำบรรยายจากเวทีรับฟังความเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข พ.ศ..... จัดโดยสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 30 มีนาคม 2550

เอกสารถอดคำบรรยายจากเวทีรับฟังความเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้
เสียหายจากบริการสาธารณสุข พ.ศ..... จัดโดย กระทรวงสาธารณสุข,
23 เมษายน 2550

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข พ.ศ. ,
กระทรวงสาธารณสุข, มีนาคม 2550

ภาษาอังกฤษ

A Consultation paper setting out proposals for reforming the
approach to clinical negligence in the NHS, A report by the
Chief Medical Officer, Department of Health, June 2003

Patient Safety, Medical error and Tort Law: International Comparison,
Joan M. Gilmour, May 2006

To Err is Human: Building a Safer Health System, Lynda T Kohn,
Janet M Corrigan, and Molla S Donaldson. Committee on
Quality of Health Care in America Institute of Medicine, 2000

Epidemiology of medical error, Saul N Weingart, Ross Mol Wilson,
Robert W Gibberd, Bernadette Harrison, 2000

