

เส้นทางสู่ความสามัคคี ในระบบการดูแลสุขภาพ



สานพลัง สร้างสุขภาวะ

เส้นทางสู่ความเสมอภาคในระบบการดูแลสุขภาพ

พิมพ์ครั้งแรก

จัดพิมพ์โดย

สิงหาคม ๒๕๕๒ จำนวน ๓,๐๐๐ เล่ม

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ชั้น ๒ อาคาร ๘๘/๓๗ คิวานนท์ ๑๔

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐๒-๕๕๐-๒๓๐๕ โทรสาร ๐๒-๕๕๐-๒๓๑๑

www.nationalhealth.or.th

ISBN:

๘๗๘-๖๑๖-๑๑-๗๗๕๘-๒

ที่ปรึกษา

อำพล จินดาวัฒนะ

อุกฤษณ์ มิ่งมิตร

กรรณิการ์ บรรเทิงจิตร์

ปิติพร จันทระทัต ณ อยุธยา

ชาติศรี เจริญศิริ

อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา

บรรณาธิการ

วิรุฬ ลิ้มสวาท

วิสุทธิ บุญญะโสภิต

องค์กรร่วมสนับสนุน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (สนย.)

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.)

ออกแบบและจัดพิมพ์

บริษัทนิวพลัส จำกัด

๒/๑๕๒ ซอยพหลโยธิน ๕๐ ถนนพหลโยธิน แขวงเสนานิคม

เขตจตุจักร กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

โทรศัพท์ ๐๒-๕๕๖-๒๓๐๑-๓ โทรสาร ๐๒-๕๕๖-๒๓๐๕

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

วิรุฬ ลิ้มสวาท และวิสุทธิ บุญญะโสภิต, บรรณาธิการ. เส้นทางสู่ความ
เสมอภาคในระบบดูแลสุขภาพ. -- กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ
แห่งชาติ. ๒๕๕๒.

๑๕๒ หน้า.

๑. ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ๒. ระบบดูแลสุขภาพ
I. ชื่อเรื่อง.

๖๑๐.๖๕๖

ISBN: ๘๗๘-๖๑๖-๑๑-๗๗๕๘-๒



"ในสายน้ำเดียวกันนี้ทำอย่างไรจึงจะเกิดสมดุล จะกลมกลืนกันได้ ทำอย่างไรเราจะออกแบบระบบสุขภาพ ซึ่งทุกฝ่ายได้ประโยชน์และทุกฝ่ายมีความสุข หากเกิดระบบนั้นขึ้นได้ ผมเชื่อว่าจะกลายเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดพลัง เกิดการเสียสละ เกิดสิ่งดีงามในระบบสุขภาพของเราได้อีกครั้งเหมือนที่เคยเป็นอยู่"

เป็นคำกล่าวที่ศาสตราจารย์นายแพทย์เกษม วัฒนชัย ได้กล่าวไว้ในตอนท้ายของการเสวนาเวทีสุนทรียสนทนา "หาทางออกเชิงระบบ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์" ณ ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ หลักสี่ กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑

นับตั้งแต่นั้นมากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่หมายถึง "นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่เกิดให้เกิดสุขภาพดีได้" ก็เริ่มเคลื่อนตัว

หนังสือ **"เส้นทางสู่ความสมานฉันท์ในระบบการดูแลสุขภาพ"** เล่มนี้เป็นบทสรุปของกระบวนการพัฒนา "นโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์" ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ผ่านการทำงานทางวิชาการอย่างเข้มข้น ผ่านการประชุมของคณะทำงานนับ ๑๐ ครั้ง ผ่านเวทีสาธารณะที่เปิดรับฟังความคิดเห็นของบุคลากรในวงการการดูแลสุขภาพ ประชาชนผู้ที่เคยได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง

ที่สำคัญนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนี้ นับเป็นผลผลิตหนึ่งของกระบวนการ "สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ" ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่เป็น "กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชนในระดับชาติ โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม"

สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ จาก ๑๓๘ กลุ่มเครือข่ายจำนวน ๘๔๕ คน ได้มีฉันทามติร่วมกันไว้ เมื่อวันที่ ๑๑-๑๓ ธันวาคม ๒๕๕๑ ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร โดยได้ให้ความเห็นชอบต่อสาระสำคัญของนโยบายเพื่อสุขภาพที่ผ่านกระบวนการพัฒนามายาวนานนับปี และมีมติให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินำเสนอต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการดำเนินการต่อไป รวมทั้งเผยแพร่ ประสานและผลักดันให้หน่วยงาน องค์กร ภาวศเครือข่ายต่างๆ ทั่วประเทศมีการดำเนินงานตามแนวทางที่วางไว้

นอกจากนั้น นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนี้ยังได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๕๒ และมีมติให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) หวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างความร่วมแรงร่วมใจและร่วมพลังปัญญาในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนี้และความมีส่วนร่วม นั้น จะเกิดขึ้นบนพื้นฐานของความรักและความรู้อันนำไปสู่ "ความสมานฉันท์ในระบบการดูแลสุขภาพ" ของไทยเราได้ในที่สุด

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สิงหาคม ๒๕๕๒



คำนำ	๓
ถ้อยแถลง	๗
มติคณะรัฐมนตรี	๑๓
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑	๒๕
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	๓๗
นโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับ	
บุคลากรทางการแพทย์	๔๗
๑. บทนำ	๔๗
๒. นิยามและขอบเขตของปัญหา	๔๘
๓. สถานการณ์ปัญหา	๕๑
๔. วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา	๕๘
๕. กรอบแนวคิดมาตรการเพื่อแก้ปัญหา	๖๖
๖. วิเคราะห์สถานการณ์และข้อเสนอมาตรการเพื่อแก้ปัญหา	๖๘
๗. ข้อเสนอเพื่อการดำเนินการ	๑๑๘
เอกสารอ้างอิง	๑๒๘
ภาคผนวก	๑๓๗
คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้งคณะกรรมการ	
กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ	๑๓๘
คำสั่งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้ง	
คณะทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อแก้ปัญหา	
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์	๑๔๒
คำสั่งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้ง	
อนุกรรมการติดตามนโยบายการส่งเสริมความสัมพันธ์	
ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์	๑๔๕
รายชื่อเครือข่าย	๑๔๘
เส้นทางสู่ความเสมอภาคในระบบการดูแลสุขภาพ	๑

บทความที่เกี่ยวข้อง	๑๔๘
● บทนำ ทางออกเชิงระบบกรณีคนไข้ฟ้องหมอ	๑๕๑
● สาเหตุของการฟ้องร้องกับการคุ้มครองแพทย์ ทางกฎหมาย	๑๕๕
● แพทย์ควรติดคุกหรือไม่	๑๖๓
● ปัญหาฟ้องร้องทางการแพทย์และแนวทางแก้ไข	๑๖๘
● ปัญหาผู้ป่วย-แพทย์ ต้องแก้ความสัมพันธ์เชิงระบบ	๑๘๕



ท້อยแถสง

หนังสือ **"เส้นทงสู่ควมสมานฉันท์ในระบบการดูแลสุขภาพ"** เล่มนี้ เป็นการรวบรวมเร่องราวของการดำเนินงานในการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ ภายใต้ "นโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่งผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์" ซึ่งคณะรัฐมนตรี (กรม.) ได้มีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๕๒

เพื่อให้เห็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนี้ จึงใคร่ขอประมวลกระบวนการทำงานจากจุดเริ่มต้นจนถึงวันที่รัฐบาลประกาศ เป็นนโยบายสาธารณะไว้ตามลำดับ ดังนี้

วันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๕๐ กรม. มีมติอนุมัติแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษ ก้าลงคนด้ำนสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๘ เพื่อเป็นกรอบนโยบายและทิศทงในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับก้าลงคนด้ำนสุขภาพ และอนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการก้าลงคนด้ำนสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการ กลางในการให้ข้อเสนอแนะในระดับนโยบายเกี่ยวกับก้าลงคนด้ำนสุขภาพใน ภาพรวมของประเทศ รวมทั้งเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนและผลักดันการ ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษก้าลงคนด้ำนสุขภาพแห่งชาติให้เกิดผล เป็นรูปธรรม

วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๐ กระทรวงสาธารณสุข แจ้งให้ สช. นำเสนอเร่องค่อ คสช. เพื่อพิจารณาให้คณะกรรมการก้าลงคนด้ำนสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกภายใต้ คสช.

วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๐ คสช. ได้มีการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๐ มีมติเห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๘ โดยมี ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย เป็นประธานกรรมการ มีผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (สนย.) เป็นเลขานุการร่วมกัน

วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๑ ประธาน คสช. ลงนามในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ (ดูรายชื่อกรรมการและอำนาจหน้าที่ในภาคผนวก) มีหน้าที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อ ครม. ในการขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ และให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อ ครม. ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพตามที่หน่วยงานต่างๆ เสนอ ครม. ความที่ ครม. หรือ คสช. มอบหมาย เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งกำกับ ติดตาม ประเมินผลความสำเร็จตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติด้วย

วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ สช. ร่วมกับ สวรส. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (สนย.) และสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) จัดเวทีสุนทรียเสวนาเรื่อง **หาทางออกเชิงระบบปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์** โดยมี ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย เป็นประธาน ณ ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ หลักสี่ กรุงเทพมหานคร เพื่อระดมความรู้ ประสบการณ์ และความเห็นของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องบนฐานความรู้ที่รอบคอบ อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์เชิงระบบอย่างต่อเนื่อง ผู้เข้าร่วมเวทีจำนวนทั้งสิ้น ๘๓ คน มีผู้เสนอความเห็นด้วยวาจาจำนวน ๑๘ ราย และนำเสนอด้วยเอกสาร (สุนทรียลิขิต) จำนวน ๓๓ ราย

วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๑ รับทราบผลการจัดสุนทรียเสวนาเรื่อง **หาทางออกเชิงระบบปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์** และมีมติให้แต่งตั้งคณะทำงานขึ้นมาคณะหนึ่งเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไข

ปัญหาที่เกิดขึ้น

วันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ ประธานคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ลงนามในคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ (ดูรายชื่อคณะทำงานและอำนาจหน้าที่ในภาคผนวก) โดยมี นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เป็นประธานคณะทำงาน และมี นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ เป็นเลขานุการ มีหน้าที่วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการ จัดเวทีสาธารณะและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ

วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๑ คณะทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ จัดเวทีสาธารณะรับฟังความคิดเห็นต่อข้อเสนอเชิงนโยบายที่ได้จัดทำขึ้น ณ โรงแรมริชมอนด์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๑ คสช. ได้มีการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๕๑ ณ ห้อง ๓๐๑ ชั้น ๓ ตึกบัญชาการ ทำเนียบรัฐบาล รับทราบผลการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์

วันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๑ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการประชุม ครั้งที่ ๔/๒๕๕๑ และมีมติเห็นชอบให้นำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายที่คณะทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ได้จัดทำเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนอต่อที่ประชุม คสช.

วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ คสช. ได้มีการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๕๑ ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๒ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งปรากฏว่ามี คสช. หลายท่านได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายดังกล่าว และได้มีมติให้ความเห็นของ คสช. ไปปรับปรุงข้อเสนอเชิงนโยบายการแก้ไขปัญหาเพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ และนำกลับมาให้ คสช. พิจารณาก่อนที่จะนำเสนอต่อ ครม. ต่อไป

วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๑ สช. และคณะทำงานพัฒนานโยบาย สาธารณะเพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ได้ประชุมโดยนำ ความเห็นและข้อเสนอแนะของ คสช. ไปพิจารณาปรับปรุงรายละเอียดของข้อ เสนอเชิงนโยบายฯ โดยได้ขอคำปรึกษาเพิ่มเติมจาก นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ และ เชิญ รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติ ด้วย

วันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๕๑ สวค. ซึ่งเป็นองค์กรเลขานุการคณะกรรมการ การกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ และเป็นสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติใน นามเครือข่ายสถาบันวิชาการร่วมกับภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจำนวน ๑๐ เครือข่าย (คังมีรายชื่อในภาคผนวก) ได้เสนอข้อเสนอเชิงนโยบายที่คณะ ทำงานได้ปรับปรุงแล้วเป็นระเบียบวาระเร่งด่วนในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑

วันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๕๑ สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ ได้ พิจารณารายงานและข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่อง **การแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์** และได้มีมติเห็นชอบกับสาระ สำคัญข้อเสนอการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากร ทางการแพทย์ และให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ นำสาระ สำคัญของข้อเสนอไปเสนอต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการ คำเนินการต่อไป เผยแพร่ ประสาน สนับสนุนและผลักดันให้หน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั่วประเทศ มีการดำเนินงานตามแนวทางการส่งเสริม ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ที่วางไว้อย่าง กว้างขวาง และติดตามผลการดำเนินงานตามแนวทางการส่งเสริมความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ในทางปฏิบัติเพื่อรายงาน ความคืบหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกสองปี

วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๑ คสช. ได้มีการประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๕๑ ณ โรงแรมโรสการ์เด็นท์ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม มีมติเห็นชอบข้อ เสนอเชิงนโยบาย เรื่อง **การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับ บุคลากรทางการแพทย์** ความมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และให้นำข้อเสนอ เชิงนโยบายข้างต้นเสนอต่อ ครม. ความหน้าที่และอำนาจตามมาตรา ๒๕(๒)

แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เพื่อให้ กรม. พิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาคำเนินการต่อไป

วันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๑ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามนโยบายส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ีระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ (คูรายชื่ออนุกรรมการและอำนาจหน้าที่ในภาคผนวก) โดยมีนายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา เป็นประธานอนุกรรมการ มีนายแพทย์ทศินกร โนรี เป็นเลขานุการ

วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๒ คสช. ได้มีการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๒ ณ ห้องประชุมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมีมติยืนยันมติ คสช. ครั้งที่ ๖/๒๕๕๑ ทั้งหมด

วันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๕๒ กรม. ได้มีมติเห็นชอบข้อเสนอทางนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ตามมติ คสช. ครั้งที่ ๖/๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๑ และให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรมและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาคำเนินการต่อไป

ลำดับการทำงานข้างต้นได้แสดงกระบวนการทำงานที่มุ่งแก้ไขปัญหาสำคัญของสังคมที่กำลังทวีความรุนแรง โดยอาศัยองค์ความรู้ทางวิชาการ เป็นพื้นฐานของการทำงาน สะท้อนให้เห็นการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่อาศัยพลังการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ โดยกระบวนการนี้ได้สร้างการเรียนรู้ให้กับผู้คนจากภาคส่วนต่างๆ อย่างกว้างขวาง อันเป็นตัวอย่างหนึ่งของการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและเป็นระบบ

คสช. ในฐานะองค์กรหนุนเสริมให้เกิด **"นโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์"** ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๘ และสภาพปัญหาที่กำลังเป็นอยู่ในสังคมไทยในขณะนี้ รู้สึกภูมิใจเป็นอย่างมากที่มีส่วนสนับสนุนกระบวนการทำงานนี้ ซึ่งถือ

เป็นกระบวนการ พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมตามพันธกิจของ สช. และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การดำเนินงานนี้จะส่งผลอันนำไปสู่ความสมานฉันท์ในระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทยในที่สุด

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สิงหาคม ๒๕๕๒

มติ

คณะรัฐมนตรี



สำเนา

ด่วนที่สุด
ที่ นร ๐๕๐๖/๑๐๕๕๖

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่รับ 977
วันที่ 19 ส.ย. 2552
เวลา

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
ทำเนียบรัฐบาล กทม. ๑๐๓๐๐

๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๒

เรื่อง ข้อเสนอทางนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

อ้างถึง หนังสือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ สข ๓๑๒/๒๕๕๒ ลงวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๒

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. สำเนาหนังสือกระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่ พม ๐๒๐๗/๑๙๙๐๔ ลงวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๒
 ๒. สำเนาหนังสือกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ด่วนที่สุด ที่ กษ ๑๓๐๔/๔๑๖๕ ลงวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๒

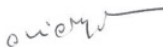
ตามที่ได้เสนอเรื่อง ข้อเสนอทางนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ไปเพื่อดำเนินการ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ได้เสนอความเห็นมาเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรีด้วย ความละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือที่ส่งมาด้วยนี้

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาเมื่อวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๒ ลงมติเห็นชอบข้อเสนอทางนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ตามมติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖/๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๑ และให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการต่อไป ตามที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ ทั้งนี้ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตามบัญชีแนบท้ายทราบด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ



(นายวิชัย วิทวัสการเวช)

รองเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

สำนักวิเคราะห์เรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี
โทร. ๐ ๒๒๕๐ ๙๐๐๐ ต่อ ๓๒๗
โทรสาร ๐ ๒๒๕๐ ๙๐๖๔ (PS021/นิสฯ)
www.cabinet.thaigov.go.th

เส้นทางสู่ความเสมอภาคในระบบการดูแลสุขภาพ

๑๑

สำเนา

รายชื่อผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งได้แจ้งเรื่อง ข้อเสนอทางนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่าง
ผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ให้ทราบ ดังนี้

๑. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
๒. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์
๓. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
๔. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย
๕. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ
๖. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๗. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม
๘. เลขาธิการนายกรัฐมนตรี

สำเนา



ที่ พม ๐๒๐๗/๑๙๗๐๔

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
๑๐๓๔ ถนนกรุงเกษม แขวงมหานาค
เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๐๐

๗ มิถุนายน ๒๕๕๒

เรื่อง ข้อเสนอทางนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค

อ้างถึง หนังสือสำนักเลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคที่ นร ๐๕๐๖/ว (ล) ๙๓๙๐ ลงวันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๕๒

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักเลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ขอความร่วมมือกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เสนอความเห็น เรื่อง ข้อเสนอทางนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอ เพื่อประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค นั้น

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์พิจารณาแล้ว เห็นด้วยกับข้อเสนอทางนโยบายดังกล่าว ซึ่งมีเป้าหมายในการทำให้ระบบบริการทางการแพทย์มีความปลอดภัย เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย และธำรงรักษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนความสามัคคีและร่วมมือในสังคมเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้เป็นที่พึ่งของสังคมในระยะยาวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอิสสระ สมชัย)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สำนักงานปลัดกระทรวง
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๘๘๕๐
โทรสาร. ๐ ๒๓๐๖ ๘๗๑๘

สำเนาถูกต้อง

(นางนิสา ทอแสงทอง)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

เส้นทางสู่ความสามัคคีในระบบการดูแลสุขภาพ

๑๓

ด่วนที่สุด

ที่ กษ 1304/ A165



กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
ถนนราชดำเนินนอก กทม. 10200

9 มิถุนายน 2552

เรื่อง ข้อเสนอเชิงนโยบายของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เรียน เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

- อ้างถึง
1. หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร. 0506/ว(ล) 9386 ลงวันที่ 3 มิถุนายน 2552
 2. หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร. 0506/ว(ล) 9390 ลงวันที่ 3 มิถุนายน 2552
 3. หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร. 0506/ว(ล) 9388 ลงวันที่ 3 มิถุนายน 2552

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ได้ขอให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เสนอความเห็นเกี่ยวกับ (1) ข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องวิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาพคนไทย (2) ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ และ (3) ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการเข้าถึงยาตัวหน้าของประชากรไทย ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ นั้น

กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ได้พิจารณาแล้ว มีความเห็นดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายทั้ง 3 เรื่อง เป็นข้อเสนอที่ดีมีประโยชน์เนื่องจากจะช่วยลดผลกระทบทางสุขภาพจากวิกฤตเศรษฐกิจให้แก่ประชาชน สามารถแก้ไขปัญหของระบบทางการแพทย์ให้เป็นที่พึงของสังคมไทยในระยะยาว และประชาชนสามารถเข้าถึงยาได้อย่างทั่วหน้า และนโยบายดังกล่าวจะมีส่วนช่วยส่งเสริมให้คนไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการคาดการณ์แนวโน้มผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ปี 2552 จะมีผู้ที่ทำงานในภาคเอกชนตกงานสูงถึง 1 ล้านคน และภาคเกษตรสามารถดูดซับแรงงานส่วนนี้ได้จำนวนหนึ่ง ซึ่งนโยบายของรัฐบาลได้ช่วยลดผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสามารถรับมือจากผลกระทบดังกล่าวอย่างเหมาะสมและทันเวลา รวมทั้งการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานประกันสังคม เกี่ยวกับการขอเปลี่ยนแปลงพยาบาลของสำนักงานประกันสังคมให้สามารถทำได้ที่สถานบริการสาธารณสุขที่ผู้ตกงานไปขอใช้บริการ ซึ่งจะอำนวยความสะดวกให้แก่แรงงานกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี

สำเนา

- 2 -

2. ปัจจุบันเกษตรกรเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว แต่ยังไม่ได้รับสวัสดิการเทียบเท่ากับแรงงานภาคอื่นๆ ดังนั้นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย สำนักงานประกันสังคมควรให้ความสำคัญในเรื่องสวัสดิการทางสังคมของเกษตรกร เพื่อให้เกษตรกรได้รับการคุ้มครองทางสังคมเพิ่มเติมด้วย

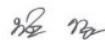
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณานำเสนอคณะรัฐมนตรี เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาต่อไป
ด้วย จักขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ



(นายธีระ วงศ์สมุทร)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

สำเนาถูกต้อง



(นางนิสา ทอแสงทอง)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร
สำนักนโยบายและแผนพัฒนาการเกษตร
โทร. 02-9406487-8 โทรสาร 02-9406487

เส้นทางสู่ความเสมอภาคในระบบการดูแลสุขภาพ

๑๕

สำเนา

ที่ สช ๑๑๒ /๒๕๕๒

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๒

เรื่อง ข้อเสนอทางนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหนังสือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ สช ๐๓๓/๒๕๕๒ ลงวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๒
๒. สำเนาหนังสือสำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรีที่ นร ๐๔๐๕(ลน)/๔๑๓๖ ลงวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๒

ตามที่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) ได้กราบเรียน นายกรัฐมนตรี(นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติถึงมติการประชุม คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๖/๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๑ ที่ เห็นควรเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ กับบุคลากรทางการแพทย์ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการต่อไป ดังรายละเอียดในสำเนา หนังสือที่ส่งมาด้วย ๑ นั้น

นายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) ประธาน คสช. ได้พิจารณาแล้ว เห็นชอบให้เสนอข้อเสนอดังกล่าวต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป ดังรายละเอียดในสำเนาหนังสือที่ส่งมาด้วย ๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการนำเสนอคณะรัฐมนตรีมอบหมายต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายแพทย์อัปพล จินตวัฒน์)

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๒๓๐๙ โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๒๓๑๑

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชั้น ๒ อาคาร ๘๘/๓๗ สีวันนท์ ๑๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
National Health Commission Office Floor 2, 88/37 Tiwanon 14 Rd., Mueang District, Nonthaburi 11000 Thailand
Tel. +66-2590-2304 Fax. +66-2590-2311 www.nationalhealth.or.th E-mail : nationalhealth@nationalhealth.or.th

สำเนา

ที่ นร ๐๕๐๕(ลน)/๔๑ ๓๕

สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี
ทำเนียบรัฐบาล กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๒

เรื่อง ข้อเสนอทางนโยบายของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

อ้างถึง หนังสือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ สข ๑๖๘/๒๕๕๒ ลงวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๒

ตามหนังสือที่อ้างถึง กราบเรียนนายกรัฐมนตรี ขอความเห็นชอบ นำเสนอข้อเสนอทางนโยบายของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๓ เรื่อง ได้แก่ การเข้าถึงยาต้นน้ำของประชากรไทย การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ และ วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาพของคนไทย เพื่อนำเสนอคณะรัฐมนตรี นั้น

นายกรัฐมนตรีพิจารณาแล้ว เห็นชอบให้เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายลอยเลื่อน บุนนาค)

รองเลขาธิการนายกรัฐมนตรีฝ่ายบริหาร
ปฏิบัติราชการแทน เลขาธิการนายกรัฐมนตรี

สำนักพิธีการและเลขานุการ

โทร. ๐-๒๒๕๔-๕๐๒๓

โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๕๐๒๕

เส้นทางสู่ความเสมอภาคในระบบการดูแลสุขภาพ

๑๗

สำเนา

ที่ สช ๐๓๓ /๒๕๕๒

๑๕ มกราคม ๒๕๕๒

เรื่อง ข้อเสนอทางนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากร
ทางการแพทย์

กราบเรียน นายกรัฐมนตรี(นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) : ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑
มติ ๑.๑๓ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากร
ทางการแพทย์
๒. รายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖/๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๑
๓. เอกสารข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและ
ญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

สืบเนื่องจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) ได้มีมติในการประชุม ครั้งที่ ๖/๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๑ เห็นชอบต่อข้อเสนอเชิงนโยบายจากการประชุม
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ (มติที่ ๑.๑๓) เรื่อง การส่งเสริมความสัมพันธ์
ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ดังนี้

๑. เห็นชอบให้เปลี่ยนชื่อข้อเสนอเชิงนโยบายจาก “การแก้ปัญหาความสัมพันธ์
ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์” ไปเป็น “การส่งเสริมความสัมพันธ์
ผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์” ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑พ.ศ.
๒๕๕๑

๒. เห็นชอบข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่อง การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย
และญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑

๓. เห็นชอบให้นำข้อเสนอเชิงนโยบายข้างต้นเสนอต่อคณะรัฐมนตรี ตามหน้าที่
และอำนาจตามมาตรา ๒๕(๒) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เพื่อให้
คณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณา
ดำเนินการต่อไป

รายละเอียดตามเอกสารที่ส่งมาด้วย (๑) ถึง (๓)

๒/ในการนี้...

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชั้น ๒ อาคาร ๘๘/๓๗ ตึกวิทยายุทธ ๑๕ ถนนพญาไท กรุงเทพมหานคร ๑๑๐๐๐
National Health Commission Office Floor 2, 88/37 Tiwanon 14 Rd., Mueang District, Nonthaburi 11000 Thailand
Tel. +66-2590-2304 Fax. +66-2590-2311 www.nationalhealth.or.th E-mail : nationalhealth@nationalhealth.or.th

สำเนา

ในการนี้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) พิจารณาแล้วเห็นควรเสนอข้อเสนอลงนโยบายดังกล่าวต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการต่อไป

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบจะได้ดำเนินการเสนอคณะรัฐมนตรีต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถืออย่างยิ่ง



(นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ)

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

แผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและธรรมาภิบาลสุขภาพ

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๒๔๗๙

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๒๓๑๑

สำเนา

คำเสนอเรื่องที่เสนอคณะรัฐมนตรี

วาระเพื่อพิจารณา

ลำดับที่...

เรื่อง ข้อเสนอทางนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับ
บุคลากรทางการแพทย์

โดย

นายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ)

ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

.....

เรียน คณะรัฐมนตรี

สรุปความเป็นมา

สืบเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๖/๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๑ ได้พิจารณามติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งจัดขึ้นตามบทบัญญัติมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ใน มติ ๑.๑๓ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยมี ความเป็นมาและพัฒนาการของข้อเสนอเชิงนโยบายโดยสรุป ดังนี้

นับแต่อดีตจนถึงปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแลรักษาเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของกระบวนการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ ผู้ให้การดูแลรักษาจะต้องทำหน้าที่เป็นที่พึ่งให้กับผู้ป่วย โดยมีคุณธรรมและจริยธรรมเป็นตัวกำกับ และผู้ป่วยจะต้องให้ความเชื่อถือและยอมรับปฏิบัติตามคำแนะนำ จึงจะเกิดกระบวนการดูแลรักษาที่สมบูรณ์ขึ้นได้ แต่ปัจจุบันความสัมพันธ์ได้แปรเปลี่ยนไปด้วยเหตุปัจจัยต่าง ๆ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของการดูแลสุขภาพที่กลายเป็น “บริการ” อย่างหนึ่ง ที่มีผู้ให้บริการฝ่ายหนึ่งกับผู้รับบริการอีกฝ่ายหนึ่ง การบริการกลายเป็นสิทธิของประชาชน และยังมีการพัฒนาบริการไปในรูปของการขายบริการเพิ่มมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างกันจึงเริ่มเปลี่ยนไปจากเดิม แต่เนื่องจากกระบวนการดูแลสุขภาพมีความซับซ้อนและให้ผลที่ไม่แน่นอนตายตัวเสมอไป ผลลัพธ์จึงอาจไม่เป็นไปตามที่ต้องการและเหตุไม่พึงประสงค์สามารถเกิดขึ้นได้เสมอ จึงมักก่อให้เกิดความขัดแย้ง ที่ลุกลามเป็นกรณีพิพาทนำไปสู่การฟ้องร้องมากขึ้น

๒/สถิติการฟ้องร้อง...

สำเนา

สถิติการฟ้องร้องแพทย์ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ภาระงานของแพทย์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าแพทย์ต้องทำงานถึง ๑๒๐-๑๒๒ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งสูงกว่าข้าราชการอื่น ๆ ที่มีเวลาทำงานประมาณ ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และต้องปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องโดยมีเวลาพักไม่เพียงพอ ทำให้มีโอกาสเกิดความเหนื่อยล้าส่งผลให้เกิดความผิดพลาดได้มากขึ้น ภาระงานที่มากขึ้นในขณะที่ค่าตอบแทนน้อยและการฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุหลักสามประการที่ทำให้แพทย์ลาออกจากราชการ โดยเฉพาะการลาออกจากราชการของแพทย์รุ่นใหม่ รวมทั้งเกิดปรากฏการณ์ที่นักเรียนที่สอบเข้าคณะแพทยศาสตร์ได้ตัดสินใจสละสิทธิ์จำนวนมาก

จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ประธานคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ (ศาสตราจารย์ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย) ที่ประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๙ ซึ่งคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๕๐ จึงได้มีคำสั่งที่ ๑/๒๕๕๑ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ขึ้นโดยมีนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เป็นประธานคณะทำงาน คณะทำงานฯ ได้เริ่มดำเนินงานทั้งทางวิชาการและกระบวนการรับฟังความเห็นเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในประเด็นดังกล่าว และได้พบข้อมูลเพิ่มเติมว่า

ความไม่พึงพอใจที่นำไปสู่การฟ้องร้องนั้น สาเหตุที่สำคัญเกิดจากการดำเนินการหรือการปฏิบัติตัวของผู้ที่เกี่ยวข้องภายหลังจากเกิดเหตุการณ์แล้ว มากกว่าตัวเหตุการณ์เองเสียอีก และเหตุที่เลือกวิธีการฟ้องร้องมีสาเหตุอยู่ ๓ ประการ ซึ่งวิธีการหรือช่องทางที่มีอยู่ไม่สามารถตอบสนองสิ่งที่ต้องการได้ ได้แก่

๑. ความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรม เช่น ไม่ได้รับรู้ข้อเท็จจริง ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ หรือการชดเชย

๒. ความสัมพันธ์ที่ไม่ดี เช่น การขาดความไว้วางใจ ปัญหาการสื่อสาร

๓. ความต้องการให้มีการปรับปรุงแก้ไขความผิดพลาดเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์แบบเดียวกันกับผู้ป่วยรายอื่น

“ความขัดแย้ง” ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หนึ่ง ๆ นั้นไม่ได้มีเพียงความขัดแย้งระหว่างฝ่ายผู้ป่วยกับฝ่ายแพทย์เท่านั้น แต่ยังมีความขัดแย้งอื่น ๆ อีกมากมายที่เกิดจากปัญหาในระบบการดูแลสุขภาพเอง สาเหตุที่สำคัญของความขัดแย้งในระบบบริการทางการแพทย์อีกประการหนึ่ง คือ การที่ “ความไว้วางใจ” (Trust) ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยลดน้อยลง ซึ่งความไว้วางใจนี้เป็นพื้นฐานสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพ และความขัดแย้งกับ

๓/การเกิดเหตุการณ์...

สำเนา

การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นสิ่งที่เกิดและผลของกันและกัน และรากฐานของปัญหานั้นเกิดจากปัญหาในระบบการดูแลสุขภาพ และเกิดจากความไว้วางใจที่ลดลง

หลักการที่สำคัญในการดำเนินการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ทุกฝ่ายจึงจำเป็นต้องยึดหลักการสำคัญ ๓ ประการ คือ

๑. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) โดยเห็นว่า ในระบบการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นระบบหนึ่งของสังคม ก็มีความจำเป็นที่ควรยึดถือวัฒนธรรมน้ำใจของสังคมไทยเป็นพื้นฐานในการทำงาน ซึ่งในปัจจุบันกำลังมีการขับเคลื่อนเรื่องระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์กันอย่างกว้างขวาง จึงควรสนับสนุนให้มีการขยายต่อไปอย่างต่อเนื่อง

๒. การเสริมสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Trust) พื้นฐานสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพคือความไว้วางใจซึ่งกันและกัน แต่ปัจจุบันความสัมพันธ์ดังกล่าวแปรเปลี่ยนไปด้วยเหตุปัจจัยหลายประการ จึงต้องร่วมกันเสริมสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันให้แน่นแฟ้นดังเดิมโดยเร็ว

๓. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Participation) เนื่องจากปัญหานี้มีความซับซ้อน อ่อนไหวและไม่สามารถตัดสินถูกผิดได้โดยมาตรฐานหรือวิธีคิดอย่างใดอย่างหนึ่ง การดำเนินการแต่ละอย่างอาจส่งผลในด้านหนึ่งแต่ก็อาจส่งผลเสียในอีกด้านหนึ่ง จึงจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายในการสร้างความสันติและสภาวะของสังคมร่วมกัน

ทั้งนี้ เป้าหมายในการแก้ไขปัญหาลึกที่สำคัญ ๓ ประการคือ ๑) การทำให้ระบบบริการทางการแพทย์มีความปลอดภัย ๒) การทำให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย และ ๓) การธำรงรักษาความสัมพันธ์ ทั้งความสัมพันธ์ในการดูแลรักษาระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนความสมานฉันท์และร่วมมือในสังคมเพื่อพัฒนาให้ระบบสุขภาพเป็นที่พึงของสังคมในระยะยาว และเป้าหมายสูงสุดคือ การทำให้คนมีสุขภาพดีและสังคมมีสภาวะ

เมื่อคณะทำงานพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ได้จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน เมื่อวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๑ และนำมาปรับปรุงข้อเสนอเพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุม ครั้งที่ ๔/๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๑ คณะกรรมการฯ ได้มีมติเห็นชอบและให้นำข้อเสนอเชิงนโยบายดังกล่าวเสนอต่อ คสช. ซึ่ง คสช. ได้มีมติเห็นชอบต่อข้อเสนอดังกล่าวในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ โดยมอบฝ่ายเลขานุการนำความเห็นและข้อเสนอแนะของ คสช.

๔/เสนอให้...

สำเนา

เสนอให้คณะกรรมการกำลังคนนำไปพิจารณาปรับปรุงรายละเอียดข้อเสนอ แล้วให้นำเสนอต่อ คสช.ต่อไป ภายหลังจากที่คณะทำงานได้พัฒนาข้อเสนอแล้ว สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) ซึ่งเป็นผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการ และเป็นสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในนามเครือข่ายสถาบันวิชาการ ๕ ได้เสนอข้อเสนอเชิงนโยบายนี้เป็นระเบียบวาระเร่งด่วนในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๑๑-๑๓ ธันวาคม ๒๕๕๑ ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร โดยมีองค์กรภาคีเครือข่ายให้การรับรองการเสนอระเบียบวาระ จำนวน ๑๑ เครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายจังหวัด น่าน สงขลา พะเยา ขอนแก่น เพชรบูรณ์ พิจิตร เครือข่ายด้านการเกษตร เครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ เครือข่ายหมออนามัย เครือข่ายสถาบันวิชาการ ๑ และเครือข่ายสถาบันวิชาการ ๔ ซึ่งที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ได้มีมติต่อข้อเสนอ เมื่อวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๕๑ ดังต่อไปนี้

๑. เห็นด้วยกับการพัฒนานโยบายการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ระหว่างดำเนินการของ คสช.
๒. เห็นชอบกับสาระสำคัญข้อเสนอการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ตามเอกสารที่ต่อท้าย
๓. ให้เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
 - ๓.๑ นำสาระสำคัญข้อเสนอตามมติข้อ ๒ ไปเสนอต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการดำเนินการต่อไป
 - ๓.๒ เผยแพร่ ประสาน สนับสนุนและผลักดันให้หน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั่วประเทศมีการดำเนินงานตามแนวทางการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ที่วางไว้อย่างกว้างขวาง
 - ๓.๓ ติดตามผลการดำเนินงานตามแนวทางการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ในทางปฏิบัติเพื่อรายงานความคืบหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกสองปี

ต่อมา คสช. ได้มีมติต่อข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ในการประชุม ครั้งที่ ๖/๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๑ ดังนี้

๑. เห็นชอบให้เปลี่ยนชื่อข้อเสนอเชิงนโยบายจาก “การแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์” ไปเป็น “การส่งเสริม

๕/ความสัมพันธ์...

สำเนา

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์” ตามมติของ
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑

๒. เห็นชอบข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่อง การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและ
ญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ตามมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
๓. เห็นชอบให้นำข้อเสนอเชิงนโยบายข้างต้นเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้
ความเห็นชอบ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการ
ต่อไป

รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย ๒ รายการ ได้แก่

๑. เอกสารข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับ
บุคลากรทางการแพทย์
๒. เอกสารต่อท้ายมติ ๑.๑๓ สำระสำคัญ ข้อเสนอ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่าง
ผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

ข้อเสนอเพื่อให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา

จึงเห็นสมควรให้ความเห็นชอบข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่อง การส่งเสริมความสัมพันธ์
ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ และมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไป
พิจารณาดำเนินการต่อไป

จึงเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา

มติ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑

เมื่อวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๕๑

ณ ศูนย์การประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร

มติที่ ๑.๑๓ การส่งเสริมความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยและญาติ กับ บุคลากรทางการแพทย์

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

รับทราบและหวังใ ต่อความเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแลรักษาที่เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของกระบวนการดูแลสุขภาพ จากเดิมผู้ให้การดูแลรักษาเป็นที่พึ่งให้กับผู้ป่วย โดยมีคุณธรรม และจริยธรรมเป็นตัวกำกับ และผู้ป่วยให้ความเชื่อถือและปฏิบัติตามคำแนะนำ ไปสู่การดูแลสุขภาพที่กลายเป็น "บริการ" อย่างหนึ่ง ที่มีผู้ให้บริการฝ่ายหนึ่งกับผู้รับบริการอีกฝ่ายหนึ่ง และพัฒนาบริการสาธารณสุขในรูปของการแพทย์เชิงพาณิชย์เพิ่มขึ้น จนนำไปสู่ความขัดแย้งที่ลุกลามเป็นกรณีพิพาทและนำไปสู่การฟ้องร้องมากขึ้น

รับทราบ สาเหตุหลักของปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์หลายประการ เช่น ไม่เปิดเผยข้อมูลซึ่งกันและกัน

ความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการได้รับบริการสาธารณสุข ภายใต้ระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน ความสัมพันธ์ที่ไม่ดี ความไม่สมดุล ระหว่างความต้องการของผู้ป่วยกับศักยภาพของผู้ให้บริการและข้อจำกัดของบุคลากรและเครื่องมือ และความต้องการให้มีการปรับปรุงแก้ไขความผิดพลาด โดยมีรากฐานจากปัญหาในระบบการดูแลสุขภาพ และเกิดจากความไว้วางใจที่ลดลง

ยี่คมัน หลักการสำคัญในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ คือ ๑) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ๒) การเสริมสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และ ๓) การสนับสนุนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

รับทราบ เป้าหมายในการแก้ไขปัญหาลึกที่ลึกที่สุด ๓ ประการ คือ ๑) การทำให้ระบบบริการทางการแพทย์มีความปลอดภัย ๒) การทำให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย และ ๓) การธำรงรักษาความสัมพันธ์ ทั้งความสัมพันธ์ในการดูแลรักษา ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนความสมานฉันท์และร่วมมือกันในสังคมเพื่อพัฒนาให้ระบบสุขภาพ เป็นที่พึงของสังคมในระยะยาว และเป้าหมายสูงสุดคือ การทำให้คนมีสุขภาพดีและสังคมมีสุขภาพดี

ชื่นชม ความคืบหน้าในการดำเนินการและมาตรการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะผลการดำเนินงานของคณะทำงานนโยบายสาธารณะเพื่อแก้ปัญหา ภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. เห็นด้วยกับการพัฒนานโยบายดำเนินการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ระหว่างดำเนินการของคสช. (มีการเปลี่ยนแปลงชื่อข้อเสนอเชิงนโยบายจากเดิม "การแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์")

๒. เห็นชอบกับสาระสำคัญ ข้อเสนอการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ตามเอกสารแนบท้าย

๓. ให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๓.๑ นำสาระสำคัญข้อเสนอตามมติข้อ ๒ ไปเสนอต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการดำเนินการต่อไป

๓.๒ เผยแพร่ ประสาน สนับสนุนและผลักดันให้หน่วยงานองค์กร ภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั่วประเทศมีการดำเนินงานตามแนวทางการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ที่วางไว้อย่างกว้างขวาง

๓.๓ ติดตามผลการดำเนินงานตามแนวทางการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ในทางปฏิบัติเพื่อรายงานความคืบหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกสองปี

เอกสารต่อท้ายมติ ๑.๑๓

สาระสำคัญ ข้อเสนอการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย
และญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

๑. > ขอให้รัฐบาลและรัฐสภา พิจารณาคำเนิการ ดังนี้

๑.๑ ผลักดันให้นโยบาย "การสร้างความสมานฉันท์ในระบบการดูแลสุขภาพ" เป็นวาระสำคัญระดับชาติ โดยเร่งผลักดันการออกกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ที่อยู่ในขั้นตอนของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ให้มีความเป็นธรรมกับผู้ป่วย ญาติและบุคลากรทางการแพทย์และมีผลบังคับใช้โดยเร็ว รวมทั้งเร่งผลักดันการออกพระราชกฤษฎีกาสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ค้างอยู่โดยเร็ว และเร่งผลักดันให้ประชาชนสามารถใช้บัตรประชาชนในการรับบริการสาธารณสุข

๑.๒ พัฒนากลไกภาครัฐและส่งเสริมกลไกภาคประชาชน เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลและช่วยเหลือประชาชนในกรณีได้รับความเสียหายจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการช่วยเหลือดูแลด้านจิตใจ รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความช่วยเหลือครบถ้วนผู้เสียหาย การเป็นที่ปรึกษาในกระบวนการดำเนินคดีที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งกำหนดแนวทางและกระบวนการเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนและบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยให้มีความชัดเจนโดยเร็ว

๑.๓ การสร้างช่องทาง กลไกและกระบวนการดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหากับผู้ให้บริการในสถานบริการทุกระดับโดยให้บุคลากรภายนอกมีส่วนร่วม

๒. > ขอให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เร่งดำเนินการดังต่อไปนี้

๒.๑ จัดให้มีองค์กรกลางที่เป็นอิสระทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและการเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

๒.๒ ทบทวนมาตรฐานและกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในกระบวนการดูแลสุขภาพ โดยให้สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ รวมทั้งสอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของประชาชน เพื่อให้ทั้งประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจ

๒.๓ พัฒนาระบบสนับสนุนให้มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในกระบวนการดูแลที่ได้มาตรฐานในระดับประเทศ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีระบบการคุ้มครองผู้รายงานและการรักษาความลับของผู้ป่วย

๒.๔ เสริมสร้างความเข้มแข็งของศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข ให้มีด้านบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และเป็นกลไกกลางในการแก้ไขข้อขัดแย้งที่มีอิสระ สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่ามีความเป็นกลาง มีส่วนร่วมจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะองค์กรภายนอกและภาคประชาชน

๒.๕ พัฒนาระบบให้ความช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ ร่วมกับกลไกวิชาชีพและกลไกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านการให้คำปรึกษา การดูแลด้านจิตใจ ให้ข้อมูลและความช่วยเหลือในกรณีที่ต้องเกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือถูกฟ้องร้องดำเนินคดี รวมถึงเร่งรัดให้มีระบบพี่เลี้ยงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะบุคลากรจบใหม่ ที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ

๒.๖ ผลักดันให้มีการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพภาคประชาชนของประเทศอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเร่งรัดและผลักดันการแก้ปัญหาความขาดแคลนและการ

กระจายบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขารวมทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมระบบสวัสดิการ แรงจูงใจในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

๒.๗ พัฒนาระบบการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมอุดมคติและจริยธรรมของวิชาชีพ และผลักดันให้บุคลากรทางการแพทย์มีการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Education) ทั้งในและนอกสถานบันการศึกษา ซึ่งรวมถึงการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การเจรจาต่อรองไกล่เกลี่ย การสร้างเสริมเจตคติที่ดีในการเอาใจใส่ดูแล การให้เวลา และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษามากขึ้น โดยเฉพาะผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส

๒.๘ เร่งรัดให้มีการศึกษาวิจัยและการจัดการความรู้ ในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเรื่อง

ก. การพัฒนาระบบกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ ที่ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับความคุ้มครองจากการให้การดูแลที่ก่อให้เกิดอันตราย (Harmful practice) และบุคลากรทางการแพทย์จะได้รับความคุ้มครองจากการฟ้องร้องที่ปราศจากคุณธรรม (Unmeritorious lawsuit)

ข. การพัฒนากระบวนการในคดีต่างๆ ได้แก่ การตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การจัดการความขัดแย้ง การไกล่เกลี่ย การเยียวยา การบริหารความเสี่ยงและการฟื้นฟูความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้จากพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ ค้นหาตัวอย่างการปฏิบัติที่ดี และพัฒนาเป็นแนวทางที่เหมาะสม เพื่อนำไปใช้ดำเนินการในสถานบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

ค. ความเป็นไปได้และความเหมาะสม รวมถึงแนวทางการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์แสดงความเสียใจต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นและให้การช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ โดยไม่ต้องวิตกกังวลว่าจะถูกนำมาใช้ในการฟ้องร้องคดี

๒.๘ ผลักดันแนวทางการทำงานที่เสริมสร้างความเข้มแข็งของกระบวนการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมและพัฒนาสถานบริการ

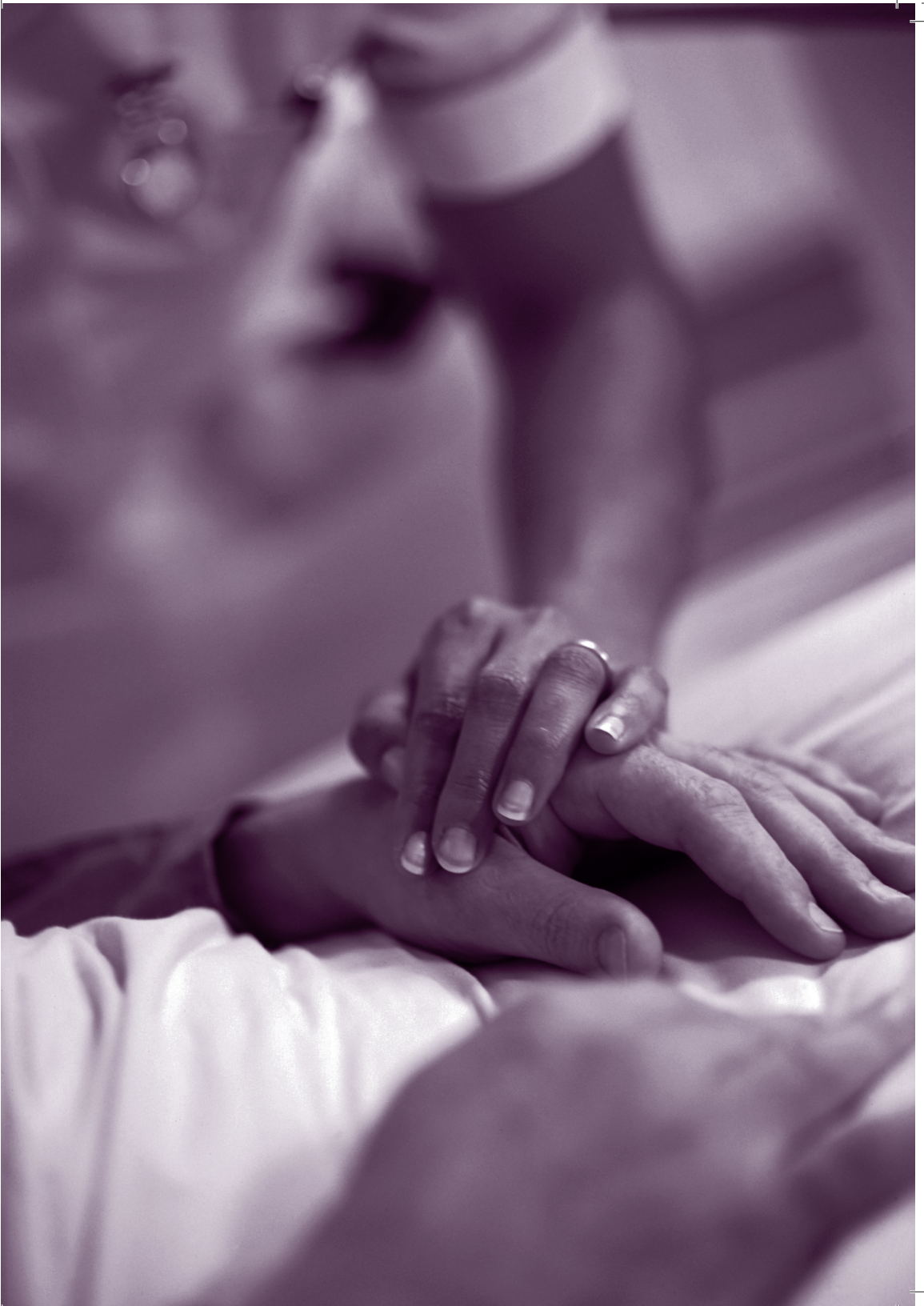
สาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ เช่น การร่วมเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาหรือ คณะกรรมการบริหารอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงกระบวนการจิตอาสาเพื่อสร้างความใกล้ชิดระหว่างสถานบริการสาธารณสุขกับชุมชนให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น

๒.๑๐ ร่วมกับกระทรวงยุติธรรม สภาวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาชน พัฒนาระบบการยุติธรรมทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น รวมถึงการทบทวนและพัฒนาระบบการทางจริยธรรมของสภาวิชาชีพ ด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการพิจารณาปฏิรูปกลไกการดำเนินงานด้านจริยธรรมขององค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข ให้ภาคประชาชนได้มีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้นอย่างจริงจังรวมทั้งให้สภาวิชาชีพมีองค์ประกอบจากบุคคลภายนอกในสัดส่วนอย่างเหมาะสม

๒.๑๑ ทบทวนและปรับปรุงกระบวนการ กลไกและเงื่อนไขในการให้การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้ทุน การศึกษา

๓. } ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งกลไกติดตามดูแลและประสานงานกลางภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุน และติดตามประเมินผล ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่รัฐบาล หน่วยงาน องค์กรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับ

๔. } ขอให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพ ทั้งในด้านความเสี่ยงและความไม่แน่นอนของผลการดูแล เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในกระบวนการดูแลที่ได้มาตรฐาน รวมถึงความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติและทุกข์ของบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งควรส่งเสริมการสื่อสารเรื่องราวที่ดีในระบบการดูแลสุขภาพให้สาธารณะได้รับรู้ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างกันของทุกฝ่าย





บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

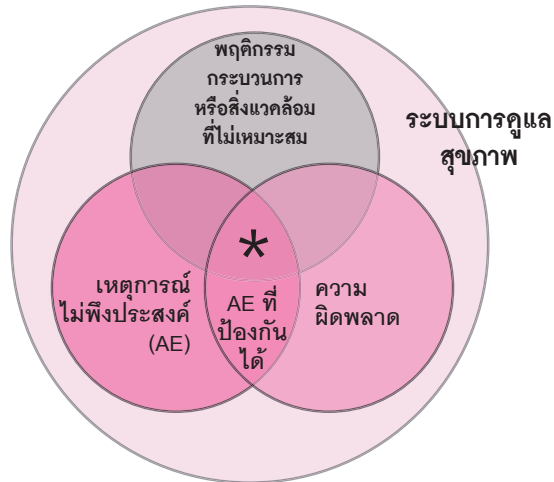
นับแต่อดีตจนถึงปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแลรักษาเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของกระบวนการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นระบบการแพทย์แผนปัจจุบันหรือระบบการดูแลสุขภาพแบบอื่นๆ ผู้ให้การดูแลรักษาจะต้องทำหน้าที่เป็นที่พึ่งให้กับผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยมีคุณธรรมและจริยธรรมเป็นตัวกำกับ และผู้ป่วยจะต้องให้ความเชื่อถือและยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ จึงจะเกิดกระบวนการดูแลรักษาที่สมบูรณ์ ขึ้นได้ แต่ปัจจุบันความสัมพันธ์ได้แปรเปลี่ยนไปด้วยเหตุปัจจัยต่างๆ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของการดูแลสุขภาพที่กลายเป็น "บริการ" อย่างหนึ่ง ที่มีผู้ให้บริการฝ่ายหนึ่งกับผู้รับบริการอีกฝ่ายหนึ่ง การบริการกลายเป็นสิทธิของประชาชนและยังมีการพัฒนาบริการไปในรูปของการขายบริการเพิ่มมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างกันจึงเริ่มเปลี่ยนไปจากเดิม แต่เนื่องจากระบบการดูแลสุขภาพมีความซับซ้อนและให้ผลที่ไม่แน่นอนตายตัวเสมอไป ผลลัพธ์จึงอาจไม่เป็นไปตามที่ต้องการและเหตุไม่พึงประสงค์สามารถเกิดขึ้นได้เสมอ จึงมักก่อให้เกิดความขัดแย้ง ที่ลุกลามเป็นกรณีพิพาทนำไปสู่การฟ้องร้องมากขึ้น

สถิติการฟ้องร้องแพทย์ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การฟ้องร้องเพิ่มขึ้นในขณะที่ภาระงานของแพทย์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าแพทย์ต้องทำงานถึง ๑๒๐-๑๒๒ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งสูงกว่าข้าราชการอื่นๆ ที่มีเวลาทำงานประมาณ ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และที่สำคัญคือการต้องปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องโดยมีเวลาพักไม่เพียงพอ ทำให้มีโอกาสเกิดความเหนื่อยล้าส่งผลให้เกิดความผิดพลาดได้มากขึ้น ภาระงานที่มากขึ้นในขณะที่ค่าตอบแทนน้อยและการฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุหลักสามประการที่ทำให้แพทย์ลาออกจากราชการ โดยเฉพาะการลาออกจากราชการของแพทย์รุ่นใหม่ รวมทั้งเกิดปรากฏการณ์ที่นักเรียนที่สอบเข้าคณะแพทย์ได้ตัดสินใจสละสิทธิ์จำนวนมาก

ผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพนั้น ในประเทศอังกฤษ ระบบการบริการสาธารณสุขแห่งชาติต้องจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าชดเชยความเสียหายและค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้องเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มีการฟ้องร้องและการทำประกันการฟ้องร้องเป็นระบบหลัก เชื่อว่าเป็นสาเหตุของวิกฤติของระบบประกัน (Tort crisis) ที่เบี้ยประกันสูงจนแพทย์ไม่สามารถจ่ายได้ และบริษัททวงครีบทำประกัน เนื่องจากวงเงินที่ต้องชดเชยสูงชันมาก ผลที่ตามมาคือแพทย์ลาออก เลิกหรือลดการให้บริการ หรือย้ายออก ประชาชนเข้าถึงบริการยากลำบากมากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอันตรายจากการรับบริการมากขึ้น และค่าใช้จ่ายสูงขึ้นจากการดูแลรักษาแบบป้องกันตัวเอง (defensive medicine)

ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ปรากฏเป็นความขัดแย้งและกรณีการฟ้องร้องต่างๆ นั้น มีจุดเริ่มต้นมาจาก "ความไม่พึงพอใจ" ซึ่งเกิดได้จากองค์ประกอบหลักอย่างน้อย ๓ ประการดังภาพที่ ๑ ซึ่งสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฟ้องร้องส่วนใหญ่เกิดจากการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ (Adverse event, AE) โดยเฉพาะหากผู้ป่วยเชื่อว่า AE นั้น

สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้แต่ที่เกิดขึ้นก็เพราะความผิดพลาดของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแล และเมื่อประกอบกับพฤติกรรม กระบวนการหรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม (พื้นที่ * ในภาพ) ก็ยิ่งทำให้ความไม่พึงพอใจนั้นเพิ่มมากขึ้น



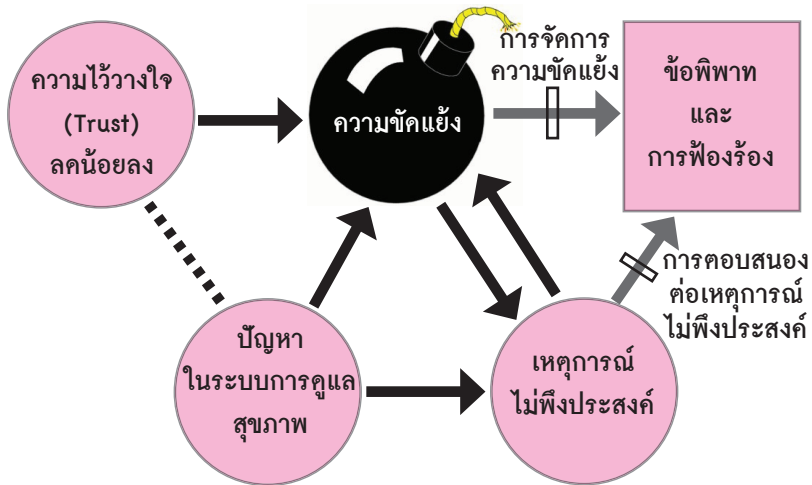
ภาพที่ ๑ ที่มาของความไม่พึงพอใจในระบบการดูแลสุขภาพ

ความไม่พึงพอใจที่นำไปสู่การฟ้องร้องนั้น สาเหตุที่สำคัญเกิดจากการดำเนินการหรือการปฏิบัติตัวของผู้ที่เกี่ยวข้องภายหลังจากเกิดเหตุการณ์แล้วมากกว่าตัวเหตุการณ์เองเสียอีก และเหตุที่เลือกวิธีการฟ้องร้องมีสาเหตุอยู่ ๒ ประการ ซึ่งวิธีการหรือช่องทางที่มีอยู่ไม่สามารถตอบสนองสิ่งที่ต้องการได้แก่

๑. ความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรม เช่น ไม่ได้รับรู้ข้อเท็จจริง ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ หรือการชดเชย
๒. ความสัมพันธ์ที่ไม่ดี เช่น การขาดความไว้วางใจ ปัญหาการสื่อสาร

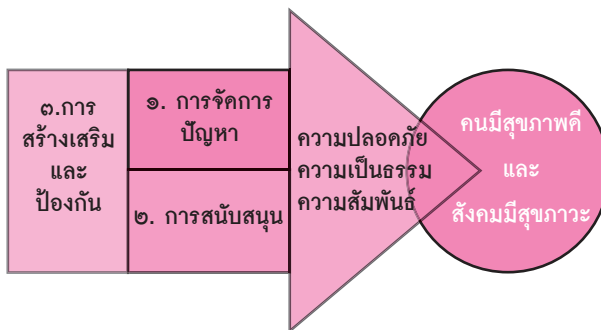
๑. ความต้องการให้มีการปรับปรุงแก้ไขความผิดพลาดเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์แบบเดียวกันกับผู้ป่วยรายอื่น

"ความขัดแย้ง" ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หนึ่งๆ นั้นไม่ได้มีเพียงความขัดแย้งระหว่างฝ่ายผู้ป่วยกับฝ่ายแพทย์เท่านั้น แต่ยังมี ความขัดแย้งอื่นๆ อีกมากมายที่เกิดจากปัญหาในระบบการดูแลสุขภาพเอง สาเหตุที่สำคัญของความขัดแย้งในระบบบริการทางการแพทย์อีกประการหนึ่งคือ การที่ "ความไว้วางใจ" (Trust) ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยลดน้อยลง ซึ่งความไว้วางใจนี้เป็นพื้นฐานสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพ และความขัดแย้งกับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นสิ่งที่ เป็นเหตุและผลของกันและกัน และรากฐานของปัญหานั้นเกิดจากปัญหาในระบบการดูแลสุขภาพ และเกิดจากความไว้วางใจที่ลดลง จึงสามารถสรุปองค์ประกอบของปัญหา ที่นำไปสู่การฟ้องร้องแพทย์ได้ ดังภาพที่ ๒



ภาพที่ ๒ องค์ประกอบของปัญหาที่นำไปสู่การฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์

หากใช้วิธีคิดว่าปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ที่นำไปสู่การเกิดข้อพิพาทและการฟ้องร้องนั้นเป็นดั่งโรคหรือความเจ็บป่วย ก็อาจจะสามารถใช้หลักการของเวชศาสตร์ป้องกัน (Preventive medicine) มากำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาให้ครอบคลุมจึงอาจกำหนดกรอบมาตรการการแก้ปัญหาในเชิงระบบ โดยมีมาตรการหลักที่ครอบคลุมตั้งแต่การป้องกันการเกิดปัญหา (การป้องกันระดับปฐมภูมิ) จนถึงการจัดการเมื่อเกิดปัญหาแล้วตั้งแต่ต้นจนจบ (การป้องกันระดับทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ) โดยมีมาตรการสนับสนุนให้การจัดการมีความสมบูรณ์และมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น โดยควรกำหนดเป้าหมายหลักที่สำคัญ ๓ ประการ คือ การทำให้ระบบการดูแลสุขภาพมีความปลอดภัย (Patient safety) การทำให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย (Justice) การธำรงรักษาความสัมพันธ์ (Relationship) ทั้งความสัมพันธ์ในการดูแลสุขภาพ ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนความสมานฉันท์และร่วมมือกันในสังคมเพื่อพัฒนาให้ระบบสุขภาพเป็นที่พึงของสังคมในระยะยาวและมีเป้าหมายสูงสุดคือ การทำให้คนมีสุขภาพดีและสังคมมีสุขภาพะ จึงสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการจัดการปัญหาในเชิงระบบได้ดังภาพที่ ๓



ภาพที่ ๓ กรอบแนวคิดกลไกการแก้ปัญหาคือความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

โดยอาศัยการวิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนข้อมูลทางวิชาการและ การรับฟังความคิดเห็นจากหลายๆ ฝ่ายอย่างกว้างขวาง สามารถนำมาประมวล เป็นมาตรการต่างๆ ตามกรอบแนวคิดที่กำหนดขึ้นได้เป็น ๓ มาตรการหลัก ๑๑ มาตรการย่อย ดังนี้

๑) มาตรการจัดการปัญหา ประกอบด้วย ๓ มาตรการย่อย ได้แก่ การเยียวยา การจัดการความขัดแย้งและฟื้นฟูความสัมพันธ์ และการช่วยเหลือประชาชนและบุคลากร

๒) มาตรการสนับสนุน ประกอบด้วย ๔ มาตรการย่อย ได้แก่ การบริหารความเสี่ยง การจัดการความรู้ การสร้างเสริมความเข้าใจและเจตคติที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ และการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน

๓) มาตรการสร้างเสริมและป้องกัน ประกอบด้วย ๔ มาตรการย่อย ได้แก่ การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการ การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการ การจัดการศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบกับการจัดเวทีสาธารณะรับฟังความเห็นจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และนำเข้าสู่การพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ เมื่อ ๑๑-๑๓ ธันวาคม ๒๕๕๑ ณ ศูนย์การประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร ได้มีมติให้เปลี่ยนชื่อข้อเสนอเชิงนโยบายจากเดิม "การแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์" เป็น "การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์" และเห็นชอบว่าทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องยึดหลักการสำคัญ ๓ ประการ คือ

๑) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) โดยเห็นว่าในระบบการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นระบบหนึ่งของสังคม ก็มีความจำเป็นที่ควรยึดถือวัฒนธรรมน้ำใจของสังคมไทยเป็น

พื้นฐานในการทำงาน ซึ่งในปัจจุบันกำลังมีการขับเคลื่อนเรื่องระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์กันอย่างกว้างขวาง จึงควรสนับสนุนให้มีการขยายต่อไปอย่างต่อเนื่อง

๒) การเสริมสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Trust)

พื้นฐานสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพคือความไว้วางใจซึ่งกันและกัน แต่ปัจจุบันความสัมพันธ์ดังกล่าวแปรเปลี่ยนไปด้วยเหตุปัจจัยหลายประการ จึงต้องร่วมกันเสริมสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันให้แน่นแฟ้นดั้งเดิมโดยเร็ว

๓) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Participation)

เนื่องจากปัญหานี้มีความซับซ้อน อ่อนไหวและไม่สามารถคัดสินถูกผิดได้โดยมาตรฐานหรือวิธีใดอย่างใดอย่างหนึ่ง การดำเนินการแต่ละอย่างอาจส่งผลดีในด้านหนึ่งแต่ก็อาจส่งผลเสียในอีกด้านหนึ่ง จึงจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายในการสร้างความสันติและสุขภาพของสังคมร่วมกัน

ข้อเสนอนโยบายและมาตรการที่สำคัญจะประกอบไปด้วยข้อเสนอต่อรัฐบาลและรัฐสภา จำนวน ๓ ข้อ ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑๑ ข้อ ข้อเสนอต่อ คสช. จำนวน ๑ ข้อ และข้อเสนอต่อภาคีสมาชิกสมัชชาสุขภาพทุกภาคส่วน จำนวน ๑ ข้อ ซึ่งมีรายละเอียดปรากฏในมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑

หลังจากสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ ได้มีมติเห็นชอบต่อสาระสำคัญต่อข้อเสนอเชิงนโยบายนี้แล้ว ได้มีการนำเสนอต่อ คสช. และกรม. ตามลำดับ จนกระทั่ง กรม. มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๕๒ ประกาศเป็นนโยบายสาธารณะในที่สุด



นโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทาง การแพทย์

๑. บทนำ

นับแต่อดีตจนถึงปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแลรักษาเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของกระบวนการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นระบบการแพทย์แผนปัจจุบันหรือระบบการดูแลสุขภาพแบบอื่นๆ ผู้ให้การดูแลรักษาจะต้องทำหน้าที่เป็นที่พึ่งให้กับผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยมีคุณธรรมและจริยธรรมเป็นตัวกำกับ และผู้ป่วยจะต้องให้ความเชื่อถือและยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ จึงจะเกิดกระบวนการดูแลรักษาที่สมบูรณ์ขึ้นได้

ปัจจุบันความสัมพันธ์ได้แปรเปลี่ยนไปด้วยเหตุปัจจัยต่างๆ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของการดูแลสุขภาพที่กลายเป็น "บริการ" อย่างหนึ่ง ที่มีผู้ให้บริการฝ่ายหนึ่งกับผู้รับบริการอีกฝ่ายหนึ่ง การบริการกลายเป็นสิทธิของประชาชนและยังมีการพัฒนาบริการไปในรูปของการขายบริการเพิ่มมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างกันจึงเริ่มเปลี่ยนไปจากเดิม แต่เนื่องจากระบบการดูแลสุขภาพมีความซับซ้อนและให้ผลที่ไม่แน่นอนตายตัวเสมอไป ผลลัพธ์จึงอาจไม่เป็นที่ต้องการและเหตุไม่พึงประสงค์สามารถเกิดขึ้นได้เสมอ จึงมักก่อให้เกิดความขัดแย้งที่ลุกลามเป็นกรณีพิพาทนำไปสู่การฟ้องร้องมากขึ้นความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไปนี้กลายเป็นปัญหาสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพที่กำลังขยายตัวรุนแรงขึ้นและส่งผลกระทบต่อสังคมอย่างกว้างขวางในประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยที่การฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์กำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สิ่งที่ทำให้ทุกฝ่ายเกิดการตื่นตัวอย่างมากคือ เหตุการณ์เมื่อวันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๕๐ เมื่อศาลจังหวัดทุ่งสง อ่านคำพิพากษาคัดสินให้แพทย์หญิงที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งรับโทษจำคุก ๓ ปี โดยไม่รอลงอาญา เนื่องจากการฉ้อฉลยาเพื่อบล็อกหลังผ่าตัดผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ แต่เกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยศาลระบุว่าเป็นการกระทำที่ "ค่อนข้างประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง" เหตุการณ์นี้ทำให้เกิดความตื่นตระหนกและหวาดระแวง มีการแสดงความคิดเห็นโดยฝ่ายบุคลากรทางการแพทย์ ฝ่ายผู้ป่วยและผู้คนในสังคมอย่างกว้างขวาง ด้วยมุมมองที่แตกต่างหลากหลาย บางส่วนกลายเป็นความขัดแย้งและเผชิญหน้ากัน เกิดความกังวลว่าสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่วิกฤตของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ การฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้นอย่างมากอาจทำให้เกิดระบบการแพทย์แบบป้องกันตัวเองมากขึ้น ประชาชนจะได้รับผลกระทบในวงกว้าง

การแพทย์และระบบการดูแลสุขภาพเป็นระบบที่มีความซับซ้อน ผลของการดูแลรักษาที่มีความไม่แน่นอนและมีความเสี่ยงสูง สิ่งที่สำคัญคือความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยไม่มีความไว้วางใจในตัวบุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์มีแต่ความหวาดระแวงว่าจะถูกฟ้องร้อง ก็ยากที่จะเกิดการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพได้

อีกด้านหนึ่งที่สำคัญของปัญหานี้คือ หากปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม จะทำให้สังคมเสื่อมความเชื่อถือในคุณธรรมของระบบบริการทางการแพทย์ ซึ่งนายแพทย์ประเวศ วะสี กล่าวว่า **"ระบบบริการทางการแพทย์ เป็นปราการด้านคุณธรรมสุดท้ายของสังคม ซึ่งหากพังทลายลงจะทำให้ผู้คนในสังคมเสื่อมความศรัทธาค่อความดี"** ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกฝ่ายในสังคมต้องร่วมมือกันแก้ปัญหานี้อย่างจริงจัง

หากมองเรื่องการฟ้องร้องให้ลึกซึ้งมากขึ้น จะพบว่า เป็นเพียงยอดของภูเขาน้ำแข็งขนาดมหึมา ส่วนที่อยู่ใต้น้ำนั่นคือความขัดแย้งและปัญหาของระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่มากมายและสลับซับซ้อน การจะแก้ปัญหาต้องพยายามทำความเข้าใจให้เห็นสภาพความเป็นไปทั้งหมด ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ที่นำไปสู่ความขัดแย้งและ

การฟ้องร้อง เป็นเหมือนความเจ็บป่วยที่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว และเป็นปัญหาสำคัญในระดับนานาชาติ หลายฝ่ายพยายามเร่งเสนอแนวทางและดำเนินการการแก้ปัญหา แต่เนื่องจากปัญหานี้มีความซับซ้อนอย่างยิ่ง การดำเนินการอย่างหนึ่งหากพิจารณาไม่รอบด้านเพียงพอ แทนที่จะช่วยแก้ปัญหา อาจทำให้ปัญหารุนแรงขึ้นได้

เอกสารฉบับนี้เป็นความพยายามของคณะทำงานฯ ที่จะเสนอทางออกด้วยการทำความเข้าใจปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการวิเคราะห์สถานการณ์ทบทวนข้อมูลทางวิชาการ ประกอบกับการจัดเวทีสาธารณะรับฟังความเห็นจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ด้วยความซับซ้อนของปัญหาจึงไม่สามารถครอบคลุมได้ในทุกรายละเอียด แต่พยายามครอบคลุมในประเด็นสำคัญให้มากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ในเวลาอันจำกัด

๒. นิยามและขอบเขตของปัญหา

ข้อเสนอนี้มีที่มาจากความพยายามในการหาทางออกร่วมกันของฝ่ายต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างฝ่าย "ผู้ป่วยและญาติ" กับ "บุคลากรทางการแพทย์" ซึ่งความสัมพันธ์ที่มีปัญหานี้ ทำให้เกิดความขัดแย้งที่นำไปสู่การเกิดข้อพิพาทและการฟ้องร้องกันในที่สุด

ฝ่าย "ผู้ป่วยและญาติ" นั้นนอกจากตัวผู้ป่วยเองและญาติผู้ดูแลใกล้ชิดแล้ว ยังหมายถึงญาติคนอื่น ๆ บุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมถึงชุมชน สังคม หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ด้วย ส่วนฝ่าย "บุคลากรทางการแพทย์" นั้นนอกจากแพทย์แล้ว ยังหมายถึงบุคลากรต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลสุขภาพ รวมถึงหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอีกด้วย แต่เนื่องจากส่วนใหญ่ปัญหาการฟ้องร้องจะมุ่งไปที่การทำเวชปฏิบัติของแพทย์ (medical practice) การวิเคราะห์ส่วนใหญ่จึงเน้นที่วิชาชีพแพทย์

เหตุการณ์การฟ้องร้องของผู้ป่วยและญาตินั้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งของ "ความไม่พึงพอใจ" ที่เกิดขึ้นได้อย่างมากมายในระบบการดูแลสุขภาพ (health

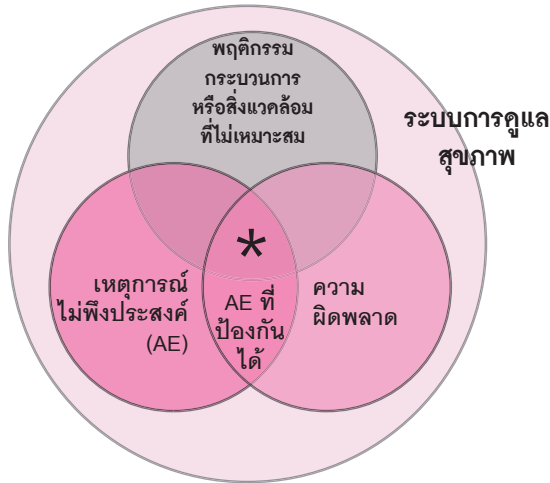
care system) ส่วนใหญ่ไม่มีการแสดงออกให้รับรู้ เมื่อระบบการดูแลสุขภาพถูกพิจารณาว่าเป็น "บริการ" อย่างหนึ่ง ความไม่พึงพอใจที่เกิดขึ้นนี้จึงอาจพิจารณาได้ว่า เป็นความล้มเหลวของการให้บริการ (service failure) ที่องค์กรด้านการให้บริการ ต่างให้ความสำคัญในการจัดการและแก้ไข เนื่องจากส่วนที่รับรู้ หรือมีการร้องเรียน (complain) นั้นเป็นส่วนที่สะท้อนให้เห็นความไม่พึงพอใจที่เกิดขึ้นอีกจำนวนมากที่ไม่มีโอกาสได้รับรู้ แต่ผู้ที่ไม่พึงพอใจเหล่านั้นจะนำไปถ่ายทอดให้คนอื่น ๆ รับรู้และขยายกว้างออกไปในสังคม ถูกสังสมและเสริมให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีและทำให้เกิดความไม่พึงพอใจที่รุนแรงมากขึ้นในครั้งต่อไป

การฟ้องร้องเกิดจากความไม่พึงพอใจที่รุนแรง ที่ผู้ป่วยและญาติเลือกใช้กระบวนการทางกฎหมายในการร้องเรียน จึงเป็นเพียงส่วนน้อยของปัญหาความไม่พึงพอใจในระบบการดูแลสุขภาพ การหาทางออกเพื่อแก้ปัญหานี้ จึงต้องพิจารณาให้ครอบคลุมปัจจัยต่างๆ ที่นำไปสู่ความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในระบบการดูแลสุขภาพ

ความไม่พึงพอใจนั้นอาจวิเคราะห์ที่มาได้ดังภาพที่ ๒-๑ โดยพิจารณาได้ว่า เกิดได้จากองค์ประกอบหลักอย่างน้อย ๓ ประการคือ พฤติกรรมกระบวนการและสิ่งแวดล้อมในการบริการ การเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ (adverse event, AE) และความผิดพลาดในการให้บริการ ซึ่งสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฟ้องร้องส่วนใหญ่เกิดจากการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะหากผู้ป่วยเชื่อว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้แต่ที่เกิดขึ้นก็เพราะความผิดพลาดของแพทย์ผู้ให้การดูแล และเมื่อประกอบกับพฤติกรรมกระบวนการหรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม (พื้นที่ * ในภาพ) ก็ยิ่งทำให้ความไม่พึงพอใจนั้นเพิ่มมากขึ้น

อย่างไรก็ตามการระบุว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นเกิดจากสาเหตุใดเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ถนัดนักและแต่ละคนแต่ละฝ่ายมักมีมุมมองที่แตกต่างกันซึ่งแพทย์สมาคมโลกได้ให้ความเห็นว่า ยังไม่อาจขีดเส้นแบ่งระหว่างความประมาทเลินเล่อ (negligence) กับผลไม่พึงประสงค์ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ (unavoidable adverse outcome) ออกจากกันได้อย่างชัดเจน (วิฑูรย์, ๒๕๕๑)

ดังนั้นการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องครอบคลุมตั้งแต่การจัดการกับต้นเหตุของความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย จนถึงการจัดการเมื่อปัญหาลุกลามเป็นความขัดแย้ง หรือการฟ้องร้องกันขึ้นแล้ว



ภาพที่ ๒-๑ ที่มาของความไม่พึงพอใจในระบบการดูแลสุขภาพ

๓. สถานการณ์ปัญหา

ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์นั้น มีความซับซ้อนละเอียดอ่อน สามารถพิจารณาตีความได้หลากหลายมุมมอง เป็นประเด็นถกเถียงที่ต้องการการทำความเข้าใจ การศึกษาวิเคราะห์ รวมถึงการวิจัยในมิติต่างๆ อีกมาก

ความสำคัญของปัญหานี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งสะท้อนออกมาให้เห็นในหลายรูปแบบ เช่น การถูกนำเสนอเป็นพาดหัวข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ เป็นหัวข้อการพูดคุยหรือนำเสนอในรายการโทรทัศน์ เป็นหัวข้อบทความในวารสารต่างๆ เป็นประเด็นในการประชุมสัมมนา รวมถึงการเป็นประเด็น

วิเคราะห์ถดถอยผ่านเว็บไซต์ต่างๆ ในอินเทอร์เน็ต ซึ่งปรากฏการณ์เหล่านี้พบได้มากขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบัน

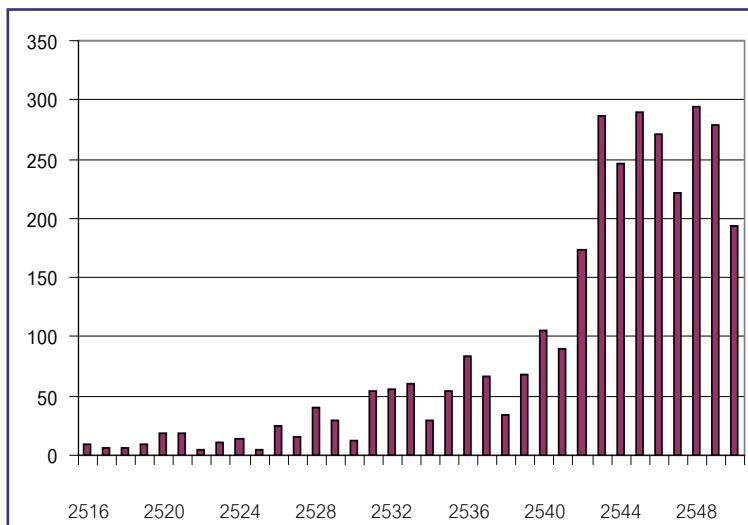
การร้องเรียนและฟ้องร้องเป็นปรากฏการณ์อย่างหนึ่งของปัญหาที่ ซึ่งในปัจจุบันการร้องเรียนและฟ้องร้องที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพที่ได้ รับการเสนอผ่านสื่อต่างๆ มีเพิ่มมากขึ้น เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สังคมรับรู้เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ที่มีปัญหาระหว่างผู้ป่วยและญาติ กับบุคลากรทางการแพทย์และ สถานพยาบาลรวมถึงสถาบันวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น ส่วนในด้านปริมาณการ ร้องเรียนและฟ้องร้องที่เกิดขึ้นจริงนั้น ในภาพรวมมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น แต่ นอกจากปัญหาความสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้นแล้วยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ การมีช่องทางหรือกระบวนการใหม่ๆ เพิ่มขึ้น เป็นต้น อย่างไรก็ตามเพื่อ ทำความเข้าใจสถานการณ์ของปัญหาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ ของการร้องเรียนและการฟ้องร้องก็ยังเป็นสิ่งจำเป็น

สถิติการร้องเรียนและฟ้องร้อง

การร้องเรียนและฟ้องร้องเป็นหนทางหนึ่งในการเรียกร้องความเป็น ธรรมของประชาชนที่ได้รับความเสียหายหรือผลกระทบจากระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งในหลายปีที่ผ่านมาสังคมไทยมีการพัฒนาให้ประชาชนสามารถเข้า ถึงกระบวนการเพื่อการเรียกร้องความเป็นธรรมได้อย่างสะดวกรวดเร็วมากขึ้น มีการพัฒนากลไกเดิมและเพิ่มเติมช่องใหม่ๆ ทั้งกลไกที่เป็นทางการและไม่เป็น ทางการ เช่น กลไกและช่องทางของสถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข สภา วิชาชีพ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม การฟ้องร้อง ผ่านระบบศาล และช่องทางอื่นๆ อีกมากมาย อีกทั้งยังมีการสร้างเครือข่าย เพื่อช่วยเหลือกันเองในการเรียกร้องความเป็นธรรม เช่น เครือข่ายผู้เสียหาย จากการรับบริการทางการแพทย์ รวมถึงมีการพัฒนากลไกทางกฎหมาย เช่น พ.ร.บ.วิधिพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่ช่วยให้กระบวนการเรียกร้อง ความเป็นธรรมนั้นมีความรวดเร็วมากขึ้น

กระบวนการทางจริยธรรมของแพทยสภา เป็นช่องทางการร้องเรียน ในระบบการดูแลสุขภาพช่องทางแรกๆ ที่ถูกกำหนดขึ้นอย่างเป็นทางการที่ได้รับการบัญญัติไว้ในกฎหมาย ซึ่งเมื่อพิจารณาสถิติการร้องเรียนแพทย์ต่อแพทยสภาในระยะเวลาประมาณ ๓๐ ปีที่ผ่านมา พบว่าในช่วงแรกนั้นมีการร้องเรียนไม่มากนัก ในบางปีเพิ่มขึ้นส่วนบางปีก็ลดลง โดยที่ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๖-๒๕๔๒ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ (คังภาพที่ ๓-๑) ซึ่งการเพิ่มขึ้นนั้นส่วนหนึ่งเกิดจากการปรับหลักเกณฑ์ในการร้องเรียนใน พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ และนโยบายในบางช่วงของแพทยสภาที่ส่งเสริมให้ประชาชนได้ใช้ช่องทางนี้ในการเรียกร้องความเป็นธรรมเพิ่มมากขึ้น ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ แม้มีการเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดเมื่อเทียบกับช่วงเวลาก่อนหน้านั้น แต่หลังจากนั้นมาก็ไม่ได้มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ในบางปีมีจำนวนการ

ภาพที่ ๓-๑ จำนวนเรื่องที่ร้องเรียนเข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา ปี ๒๕๑๖-๒๕๕๐



ที่มา: แพทยสภา ๒๕๕๑

ร้องเรียนที่ลดลง ซึ่งแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไปนี้มีผลมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์ หรือนโยบายการปรับกระบวนการ นอกจากนี้ยังเนื่องจากการมีช่องทางใหม่ๆ ที่ทำให้ประชาชนได้รับการช่วยเหลือดูแล ในกรณีได้รับความเสียหายจากระบบการดูแลสุขภาพอย่างสะดวกรวดเร็วขึ้น ตัวอย่างหนึ่งคือกระบวนการตามมาตรา ๔๑ ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งพบว่าในช่วงที่ผ่านมามีการใช้ช่องทางดังกล่าวเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง (คังคารางที่ ๓-๑)

ตารางที่ ๓-๑ สถิติการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา ๔๑ แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ปีงบประมาณ	จำนวนคำร้อง (ราย)	ผลการพิจารณา		จำนวนเงินช่วยเหลือ ตาม ม. ๔๑ (บาท)
		ไม่เข้าเกณฑ์ (ราย)	เข้าเกณฑ์ (ราย)	
๒๕๔๗	๙๙	๒๖	๗๓	๔,๘๖๕,๐๐๐
๒๕๔๘	๒๒๑	๔๓	๑๗๘	๑๒,๘๑๕,๐๐๐
๒๕๔๙	๔๔๓	๗๒	๓๗๑	๓๖,๖๕๓,๕๐๐
๒๕๕๐	๕๑๑	๗๘	๔๓๓	๕๒,๑๗๗,๕๓๕
๒๕๕๑ (ต.ค. ๕๐-พ.ค. ๕๑)	๔๓๖	๘๒	๓๕๔	๔๐,๒๗๖,๐๐๐

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับประเภทสถานพยาบาลที่แพทย์ถูกร้องเรียนนั้นพบว่าจากข้อมูลการร้องเรียนแพทย์ต่อแพทยสภาในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ในการร้องเรียนใหม่ ๑๕๑ รายนั้นส่วนใหญ่เป็นการร้องเรียนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชน (ประมาณร้อยละ ๕๖) ส่วนการร้องเรียนแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดูแลสถานพยาบาลส่วนใหญ่ของประเทศ มีเพียง ๖๒ ราย เท่านั้น ซึ่งหากเทียบสัดส่วนการร้องเรียนต่อจำนวนสถานพยาบาลแล้วจึงมีอัตราการร้องเรียนต่อสถานพยาบาลต่ำกว่าภาคเอกชนมาก โดยเฉพาะในกรณี

ของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีจำนวนมากกว่า ๗๐๐ โรงพยาบาล แต่มีแพทย์ที่ถูกร้องเรียนเพียง ๒๕ ราย

ตารางที่ ๓-๒ การร้องเรียนแพทย์ต่อแพทยสภาในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ แยกตามหน่วยงานที่ถูกร้องเรียน

หน่วยงาน	จำนวน
สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข - โรงพยาบาลเขต กทม. ๗ ราย - โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ๓๐ ราย (จาก ๑๐๔ โรงพยาบาล) - โรงพยาบาลชุมชน ๒๕ ราย (จาก ๗๐๙ โรงพยาบาล)	๖๒
สถานพยาบาลของรัฐ อื่น ๆ (กระทรวงศึกษาธิการ ๘ ราย, ทหาร ๔ ราย, ตำรวจ ๒ ราย, กทม. ๓ ราย)	๑๗
สถานพยาบาลของเอกชน - โรงพยาบาล ๗๖ ราย (กทม. ๖๐ ราย, ต่างจังหวัด ๑๖ ราย) - คลินิก ๓๐ ราย	๑๐๖
อื่น ๆ (ตัวบุคคล ๕ ราย และมูลนิธิ ๑ ราย)	๖
รวม	๑๙๑

ที่มา: แพทยสภา ๒๕๕๑

ในส่วนของการฟ้องร้องต่อศาลนั้น จากการสำรวจของกรมสนับ สนุน บริการสุขภาพ ณ เดือนสิงหาคม ๒๕๕๑ ซึ่งได้รับข้อมูลตอบกลับจากโรงพยาบาลของรัฐใน ๔๖ จังหวัด และโรงพยาบาลเอกชน ๑๔๑ แห่ง พบว่า มีการยื่นฟ้องทั้งในคดีแพ่งและคดีอาญา โดยนอกจากวิชาชีพแพทย์ซึ่งถูกร้องเรียนมากที่สุดแล้ว ยังมีการยื่นฟ้องพยาบาลและทันตแพทย์ด้วย (ดังตารางที่ ๓-๑) ส่วนการยื่นฟ้องสถานพยาบาล/หน่วยงานนั้น ตามตารางที่ ๓-๔ พบว่าในจำนวนรวม ๔๑ คดีนั้น มีการฟ้องร้องภาคเอกชนมากกว่าเล็กน้อย แต่หากเปรียบเทียบโดยใช้อัตราส่วนการฟ้องร้องต่อสถานพยาบาลแล้ว พอจะประมาณการได้ว่าในภาคเอกชนจะมีอัตราส่วนที่สูงกว่ามาก

ตารางที่ ๓-๓ สถิติการฟ้องคดีแพ่งและอาญาเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุข
ของผู้ประกอบวิชาชีพ กรณีโจทก์ยื่นผู้ประกอบวิชาชีพ (ข้อมูล
จาก ๔๖ จังหวัด และโรงพยาบาลเอกชน ๑๔๓ แห่ง)

ประเภทสถานพยาบาล	รวม	ประเภทวิชาชีพ			คดี ถึงที่สุด	อยู่ใน กระบวนการ
		แพทย์	ทันตแพทย์	พยาบาล		
คดีแพ่ง						
สังกัด สป.สร.*	๒๗	๒๓	๑	๓	๑๒	๑๕
สังกัดกรมการแพทย์	๑๐	๙	๐	๑	๐	๑๐
โรงพยาบาลเอกชน	๓๒	๒๙	๐	๓	๑๔	๑๘
รวม	๖๙	๖๑	๑	๗	๒๖	๔๓
คดีอาญา						
สังกัด สป.สร.*	๑๓	๑๐	๐	๓	๕	๘
สังกัดกรมการแพทย์	๑	๑	๐	๐	๐	๑
โรงพยาบาลเอกชน	๗	๖	๐	๑	๓	๔
รวม	๒๑	๑๗	๐	๔	๘	๑๓

ที่มา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สิงหาคม ๒๕๕๑

ตารางที่ ๓-๔ สถิติการฟ้องคดีแพ่งและอาญาเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุข
ของผู้ประกอบวิชาชีพ กรณีโจทก์ยื่นฟ้องสถานพยาบาล/
หน่วยงาน (ข้อมูลจาก ๔๖ จังหวัด และโรงพยาบาลเอกชน
๑๔๓ แห่ง)

ประเภทสถานพยาบาล	คดีแพ่ง			คดีอาญา			รวม ทั้งหมด
	คดี ถึงที่สุด	อยู่ใน กระบวนการ	รวม	คดี ถึงที่สุด	อยู่ใน กระบวนการ	รวม	
สังกัด สป.สร.*	๑๗	๑๖	๓๓	๔	๒	๖	๓๙
สังกัดกรมการแพทย์	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
โรงพยาบาลเอกชน	๑๘	๒๓	๔๑	๒	๑	๓	๔๔
รวม	๓๕	๓๙	๗๔	๖	๓	๙	๘๓

* สป.สร. หมายถึง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ที่มา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สิงหาคม ๒๕๕๑

จากสถิติการร้องเรียนและฟ้องร้องที่วิเคราะห์มานี้ เป็นส่วนหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์นั้น มีจำนวนไม่น้อยที่นำไปสู่การร้องเรียนและการฟ้องร้อง โดยที่ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงวิชาชีพแพทย์เท่านั้น รวมทั้งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในทุกภาคส่วน ดังนั้นปัญหาการฟ้องร้องจึงไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะระบบการดูแลสุขภาพในภาครัฐหรือภาคเอกชนเท่านั้น

สถานการณ์การฟ้องร้องในต่างประเทศ

ในต่างประเทศหลายประเทศโดยเฉพาะประเทศตะวันตก ในระบบการดูแลสุขภาพมีการฟ้องร้องกันเป็นจำนวนมาก (ลือชัยและคณะ, ๒๕๔๘) โดยมีพื้นฐานความคิดสำคัญที่ว่า การใช้กฎหมายการฟ้องร้องค่าเสียหายจะทำให้ความผิดพลาดในทางการแพทย์ลดลง แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่า การฟ้องร้องเป็นปัญหาได้ไม่คุ้มเสียและเป็นที่มาของวิกฤติในระบบสุขภาพ โดยในอังกฤษมีการวิจารณ์ว่า เป็นระบบที่สร้างความเสียหาย (harmful) ไม่อาจทำนายผลได้ (unpredictable) และสร้างความไม่เป็นธรรม (unjust) เป็นระบบที่ทำลายความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และเป็นการสร้างวัฒนธรรมการตำหนิ (blame culture) ที่ปิดกั้นบุคลากรผู้ให้การดูแลสุขภาพจากการยอมรับและเปิดเผยความผิดพลาดอย่างตรงไปตรงมา

แม้แต่ละประเทศจะมีระบบการดูแลสุขภาพและกระบวนการยุติธรรมที่แตกต่างกัน แต่สิ่งที่พบได้ในหลายประเทศคือ การฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพในภาพรวม อาทิ

ในประเทอังกฤษ การบริการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service) ต้องจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าชดเชยความเสียหายและค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้องเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ข้อมูลในปี ๑๙๙๘-๒๐๐๐ มีค่าใช้จ่าย ๓๗๓ ล้านปอนด์ แต่ในปี ๒๐๐๑ จนถึงเดือนมีนาคมมีมูลค่าการฟ้องร้องทั้งที่รู้แล้วและคาดว่าจะเกิดขึ้นรวมกันทั้งสิ้นราว ๕.๕ พันล้านปอนด์ โดยที่การฟ้องร้องเพิ่มจาก

๒,๔๑๑ คดี เป็น ๔,๑๑๕ คดี ซึ่งพบว่าในการฟ้องร้องส่วนใหญ่ต้องใช้เวลา ตั้งแต่ต้นจนเรื่องยุติเฉลี่ยถึง ๕ ปี และค่าใช้จ่ายที่ผู้เสียหายได้รับมีมูลค่าน้อยกว่าเงินที่ใช้จ่ายไปกับกระบวนการทางกฎหมาย

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มีการฟ้องร้องและการทำประกันการฟ้องร้องเป็นระบบหลัก ระบบการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย เชื่อว่าเป็นสาเหตุของการเกิดวิกฤติครั้งที่สามของระบบประกัน (Tort Crisis) ที่เบี้ยประกันสูงจนแพทย์จำนวนมากไม่สามารถจ่ายได้ และบริษัทจำนวนมากครบทำประกันเนื่องจากวงเงินที่ต้องชดเชยสูงชันมาก ผลที่ตามมาคือแพทย์ลาออก เลิกหรือลดการให้บริการ หรือย้ายออก นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอันตรายจากการรับบริการมากขึ้น จากการดูแลรักษาแบบป้องกันตัวเองจากการฟ้องร้อง (defensive medicine) คิวการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งต่อหรือการจ่ายยามากขึ้น และทำให้ค่าใช้จ่ายทางค่านุภาพเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล โดยที่ในปี ๒๐๐๑ กลุ่มแพทย์ต้องจ่ายเบี้ยประกันการถูกฟ้องร้องรวมกันถึง ๖.๖ พันล้านเหรียญ ขณะที่รัฐบาลกลางต้องจ่ายเงินเพิ่มขึ้นกับปัญหานี้รวมกันถึงประมาณ ๒๘.๖-๔๗.๕ พันล้านเหรียญต่อปี ในหลายรัฐเกิดวิกฤติ สูตินารีแพทย์จำนวนมากถูกบังคับหรือตัดสินใจหยุดการทำงาน ศัลยแพทย์หยุดให้การรักษารังสีแพทย์ ทัศนียแพทย์ลดการทำงาน เกิดปัญหาขาดแคลนแพทย์ ประชาชนเข้าถึงบริการยากลำบากมากขึ้น

ทิศทางของประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย เริ่มมีบริษัทประกันหลายแห่งเปิดให้บริการรับทำประกันการถูกฟ้องร้อง มีแพทย์จำนวนมากให้ความสนใจและเข้าร่วมโครงการมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันระบบการดูแลสุขภาพปัจจุบันก็เริ่มมีลักษณะเป็นการแพทย์แบบป้องกันตัวเองเพิ่มมากขึ้น มีการส่งการตรวจวินิจฉัยหรือการส่งใช้ยาใหม่ๆ มากเกินกว่าความจำเป็นทั้งโดยความตั้งใจของบุคลากรทางการแพทย์หรือการเรียกร้องของผู้ป่วยและญาติ มีการโฆษณาบริการสุขภาพ รวมถึง

สินค้าและเทคโนโลยีทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ทั้งหมดนี้เป็นสิ่งที่ผลักดันให้ความสัมพันธ์เปลี่ยนไปสู่การเป็นคู่สัญญา ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

ปัญหาการฟ้องร้องเป็นสัญญาณหนึ่งที่ยกถึงวิกฤติความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งต้องการการวิเคราะห์ปัญหาอย่างรอบคอบ และต้องอาศัยการร่วมมือกันอย่างจริงจังของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและแก้ไข ก่อนที่จะส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพ รวมถึงส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศต่อไป

๔. วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ มีการฟ้องร้องเป็นปรากฏการณ์ ที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่วิกฤติเป็นการยืนอยู่กันคนละด้านของความถูกต้อง ที่มีศาลเป็นคนกลางทำหน้าที่ในการตัดสิน ก่อนจะมาถึงจุดนี้นั้นมาจากพัฒนาการของความไม่พึงพอใจ ที่กลายเป็นความขัดแย้ง และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันอีกมาก การวิเคราะห์เพื่อให้เข้าใจสาเหตุของปัญหานั้นจึงต้องพิจารณาให้ครอบคลุมให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้

สาเหตุของการเลือกใช้วิธีการฟ้องร้อง

จุดเริ่มต้นของเหตุการณ์ มักเกิดจากการมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) เกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (บรรพต ไม่ระบุปี, สมศักดิ์ ๒๕๔๖, พระไพศาล ๒๕๕๐, อนุวัฒน์ ๒๕๕๑) มี

ความเห็นที่สอดคล้องกันว่าความไม่พึงพอใจที่นำไปสู่การฟ้องร้องนั้น สาเหตุที่สำคัญเกิดจากการดำเนินการหรือการปฏิบัติตัวของผู้ที่เกี่ยวข้องภายหลังจากเกิดเหตุการณ์แล้ว มากกว่าตัวเหตุการณ์เองเสียอีก และสาเหตุที่เลือกวิธีการฟ้องร้องก็เนื่องมาจากวิธีการหรือช่องทางที่มีอยู่ไม่สามารถตอบสนองสิ่งที่ต้องการได้

ศ.นพ.วันชัย วัฒนศัพท์ ได้วิเคราะห์ว่าความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในระบบบริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีที่มาจาก ๔ ประการ (วันชัย, ๒๕๔๖) ประการหนึ่งคือ ความรู้สึกไม่ได้รับความยุติธรรม ซึ่งจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่นั้น อาจไม่สำคัญเท่ากับการที่ผู้รับบริการเชื่อว่าเกิดขึ้น ส่วนที่เหลือเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ได้แก่ ความรู้สึกไม่ไว้วางใจ ปัญหาการสื่อสาร และการใช้อำนาจของผู้ให้บริการที่ไม่ถูก ต้อง

ตามหลักการแนวคิดของเรื่องความยุติธรรม "ความรู้สึกได้รับความเป็นธรรม" (perceived justice) นั้นสัมพันธ์โดยตรงกับความพึงพอใจ ต่อกระบวนการตอบสนองต่อข้อร้องเรียนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้น ซึ่งประกอบด้วย ๖ องค์ประกอบ (Hong, ๒๕๕๑) ได้แก่

(๑) ความเป็นธรรมในการจัดสรร (Distributive justice) เช่น การให้การชดเชยที่จับต้องได้

(๒) ความเป็นธรรมในกระบวนการ (Processing justice) เช่น โอกาสของผู้รับบริการในการแสดงความรู้สึกและให้ข้อมูล และ

(๓) ความเป็นธรรมในการปฏิสัมพันธ์ (Interactive justice) เช่น การกล่าวขอโทษ

ความรู้สึกได้รับความเป็นธรรมนี้มีความแตกต่างกันระหว่างชาวตะวันตกและตะวันออก กระบวนการที่นำมาใช้จึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างนี้ (Prasongsukarn and Patterson) มีการศึกษาพบว่าชาวเอเชียมักจะแสดงความไม่พึงพอใจน้อยกว่า มีการโต้แย้งน้อยกว่าเนื่องจากกลัวเสียหน้าและมักโทษว่าเป็นความผิดพลาดขององค์กรมากกว่าของตัวเอง และในการตอบสนองต่อความไม่พึงพอใจชาวเอเชียชอบที่จะได้รับความรู้สึกที่สามารถควบคุมได้ เช่น มีการระบุอย่างชัดเจนว่าจะมีการแก้ไขภายในเวลาเท่าใด และการชดเชย

หรือคำขอโทษควรจะได้มาจากผู้ที่มีตำแหน่งในระดับสูงขององค์กร และที่สำคัญคือต้องการให้มีความสุภาพและเป็นทางการในการให้การชดเชยหรือให้คำอธิบายต่อการบริการที่ไม่เป็นไปตามต้องการหรือต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้น

ดังนั้นจึงอาจสรุปสาเหตุหลักของการฟ้องร้องได้ดังตารางที่ ๔-๑ โดยที่ผลการศึกษาดังกล่าว พบว่ายังมีสาเหตุอื่นๆ อีกบ้างแต่มีอัตราส่วนที่ไม่มากนัก ซึ่งรวมถึงสิ่งที่แพทย์สมาคมโลกเรียกว่าการฟ้องร้องที่ปราศจากคุณธรรม (Unmeritorious lawsuit) อย่างไรก็ตามในกระบวนการแก้ปัญหาต้องคำนึงถึงประเด็นเหล่านี้ด้วยเช่นกัน

ตารางที่ ๔-๑ สาเหตุของการฟ้องร้อง

สาเหตุหลัก	คำอธิบาย/ตัวอย่าง
๑. ความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรม	<ul style="list-style-type: none"> - การไม่ได้รับรู้ข้อเท็จจริง เช่น คำอธิบายที่ตรงไปตรงมา ว่าเกิดเหตุอะไรขึ้น มีสาเหตุมาจากอะไร - การไม่แสดงความรับผิดชอบของผู้สร้างความเสียหาย ทั้งการไม่ได้รับการชดเชย เช่น การชดเชยต่อความเสียหาย ความเจ็บปวด และสิ่งที่ต้องเสียไปในอนาคต ทั้งโดยเป็นตัวเงินหรืออื่น ๆ การไม่ดูแลเอาใจใส่หรือการไม่แสดงความเสียใจหรือกล่าวขอโทษ
๒. ความสัมพันธ์ที่ไม่ดี	<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้สึกไม่ไว้วางใจ (Trust) - ปัญหาการสื่อสาร (Communication) - การใช้อำนาจของผู้ให้บริการที่ไม่ถูกต้อง
๓. ความต้องการให้มีการปรับปรุงแก้ไขความผิดพลาด	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องการให้การบริการมีมาตรฐานและมีความปลอดภัยมากขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์เช่นนั้นเกิดขึ้นซ้ำกับคนอื่น ๆ อีก

รากฐานของปัญหา

หากวิเคราะห์ปัญหาให้กว้างขวางและลึกซึ้งมากขึ้น จะพบว่าปัญหาความขัดแย้งที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หนึ่งๆ นั้นไม่ได้มีเพียง

ความขัดแย้งระหว่างฝ่ายผู้ป่วยกับฝ่ายแพทย์เท่านั้น แต่ยังมีความขัดแย้งอื่นๆ อีกมากมายที่เกิดจากปัญหาในระบบการดูแลสุขภาพเอง เช่น ในกรณีพิพาทที่เกิดจากการเสียชีวิตของทารกจากการคลอด ยังอาจมีปัญหาการสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาลที่ดูแล การส่งต่อที่คิดขัดแย้งเรื่องการประสานงานกับโรงพยาบาล ศูนย์และเรื่องรถส่งต่อและคนขับที่ไม่พร้อม ปัญหาขาดแคลนเครื่องมือและอัตรากำลังแพทย์และพยาบาล ที่ทำให้มีความขัดแย้งระหว่างบุคลากรกับผู้บริหารโรงพยาบาล หรือกับกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย รวมทั้งความเชื่อของผู้ป่วยและญาติในการดูแลการตั้งครรภ์ เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่า ความขัดแย้งบางอย่างก็อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยจากการส่งต่อที่ล่าช้า เป็นต้น ซึ่งอาจพิจารณาที่มาของความขัดแย้งในระบบการดูแลสุขภาพได้จากประเด็นต่อไปนี้ (พระไพศาล, ๒๕๕๐)

๑. ระดับโครงสร้าง เช่น ปัญหาในการจัดสรรทรัพยากร
๒. วัฒนธรรมองค์กร ที่เป็นวัฒนธรรมระบบราชการ วัฒนธรรมอำนาจ
๓. ความรู้ทางการแพทย์ตะวันตกสมัยใหม่ ทำให้แพทย์มีสถานะเหนือกว่าผู้รับบริการและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ
๔. นโยบายและการบริหารองค์กรที่ขาดความเป็นธรรม
๕. งานบริการในระดับโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่ให้บริการโดยตรง

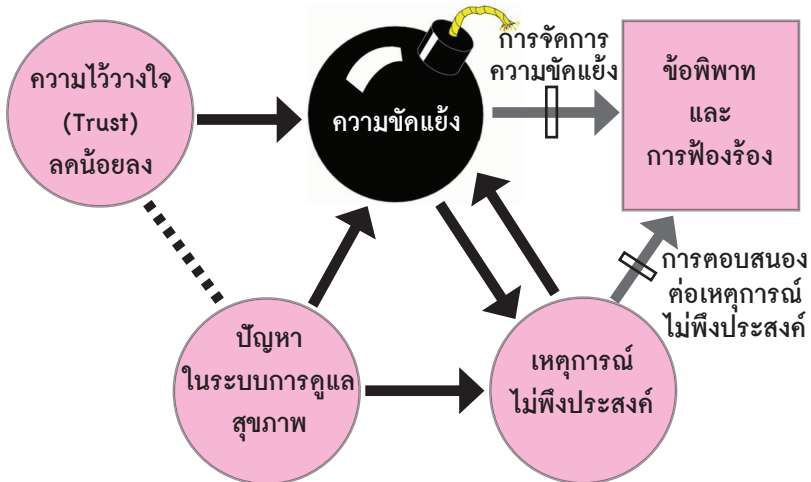
สาเหตุที่สำคัญของความขัดแย้งในระบบบริการทางการแพทย์อีกประการหนึ่งคือ การที่ "ความไว้วางใจ" (Trust) ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยลดน้อยลง ซึ่งความไว้วางใจนี้เป็นพื้นฐานสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพ โดยที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและประชาชนเป็นหลัก ในขณะที่เขวกันก็ได้รับความเคารพนับถือและไว้วางใจจากสังคมในการให้การดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิต ความไว้วางใจต่อกันนี้มีผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพและแม้เกิดเหตุอันไม่พึงประสงค์ก็ยังรักษาความ

สัมพันธ์ที่กระหว่างกันไว้ได้ แต่ปัจจุบันความสัมพันธ์ดังกล่าวแปรเปลี่ยนไปด้วยเหตุปัจจัยหลายประการ ทั้งสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และระบบบริการทางการแพทย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงจากงานวิชาชีพ (Profession) ไปเป็นเรื่องการค้ามากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนอกจากความสัมพันธ์ตามหลักจริยธรรมวิชาชีพ ก็มีการเปลี่ยนแปลงเป็นความสัมพันธ์แบบผู้ให้กับผู้รับบริการมากขึ้น (อภิราชนย์, ๒๕๕๑)

กระบวนการพิจารณาข้อร้องเรียนของสภาวิชาชีพด้านสาธารณสุขเองก็มีข้อจำกัด เช่น แพทยสภา มีกระบวนการพิจารณาข้อร้องเรียนด้านจริยธรรมที่ใช้ระยะเวลาานาน ซึ่งเมื่อประกอบกับความรู้สึกไม่ไว้วางใจต่อองค์กรแพทยสภาที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในความเป็นธรรมของกระบวนการนี้ จึงแสวงหาหนทางอื่นๆ ในการขอความช่วยเหลือและเรียกร้องความเป็นธรรม ซึ่งปัญหานี้ในมุมมองของแพทยสภาเห็นว่า เกิดจากการขาดแคลนบุคลากรที่ทำหน้าที่ในกระบวนการด้านจริยธรรม และงบประมาณที่จำกัดของแพทยสภาที่ต้องทำหน้าที่หลายด้าน (อิทธิพร, ๒๕๕๑)

นอกจากนี้ข้อมูลข่าวสารและสื่อในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ทำให้สาธารณชนมีทัศนคติที่เป็นลบต่อระบบการดูแลสุขภาพและวิชาชีพแพทย์มากขึ้น เกิดกระบวนการที่ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์เรียกว่า "วังวนแห่งอคติ" (Spiral of Negativity) นั่นคือเมื่อมีการรับรู้ในทางลบ ก็จะทำให้มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีนำไปสู่การแสดงออกในทางลบต่อกัน (อารยา, ๒๕๕๑: ๒๘) เป็นวงจรให้เกิดการรับรู้ที่เป็นลบหมุนวนไม่รู้จบ ทำให้ความไว้วางใจต่อกันลดลงอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าความขัดแย้งกับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นสิ่งที่ป็นเหตุและผลของกันและกัน และรากฐานของปัญหานั้นเกิดจากปัญหาในระบบการดูแลสุขภาพ และเกิดจากความไว้วางใจที่ลดลง จึงสามารถสรุปองค์ประกอบของปัญหาที่นำไปสู่การฟ้องร้องแพทย์ได้ดังภาพที่ ๕-๑



ภาพที่ ๔-๑ องค์ประกอบของปัญหาที่นำไปสู่การฟ้องร้องแพทย์

ปัญหาที่อาจมองไม่เห็น

ปัญหาในระบบการดูแลสุขภาพนั้น มีพื้นฐานส่วนหนึ่งมาจากสิ่งที่นักวิชาการเรียกว่า "ความรุนแรง" (Violence) ที่แทรกอยู่ทั่วไปในระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งหากพิจารณาโดยอาศัยแนวคิดของโยฮัน กัลตุง (Johan Galtung) นักวิชาการด้านสันติภาพชั้นนำของโลก สามารถแบ่งความรุนแรงที่ปรากฏในสังคมออกได้เป็น ๓ ประเภท ได้แก่

ประเภทแรกคือ **ความรุนแรงทางตรง (Direct Violence)** เป็นความรุนแรงที่เห็นอย่างชัดเจน เพราะก่อให้เกิดความเสียหายต่อร่างกาย ชีวิตทรัพย์สิน และความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับชีวิตและร่างกายของผู้คน กระบวนการดูแลรักษามากมายจึงเป็นการใช้ความรุนแรงโดยจงใจด้วยความยินยอมพร้อมใจของผู้ป่วย แต่หากการกระทำนั้นเป็นไปอย่างไม่เหมาะสมหรือเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นก็จะเป็นสิ่งที่สร้างความเสียหายให้กับผู้ป่วย หรือตัวอย่างในอดีตที่มีการผ่าตัดเพื่อเอาเลนส์ตาออกจากผู้ป่วยที่ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษา เป็นต้น

ประเภทที่สองคือ **ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (Structural Violence)** เป็นความรุนแรงที่ไม่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน แต่หมายถึงโครงสร้างที่ทำให้เกิดความได้เปรียบเสียเปรียบระหว่างคนกลุ่มต่างๆ เช่น โครงสร้างของระบบการดูแลสุขภาพที่ทำให้คนยากจนขาดโอกาสเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ตัวอย่างเช่น การไม่มีโอกาสเข้าถึงยารักษาโรคเอชไอวีหรือยาละลายลิ่มเลือดที่มีประสิทธิภาพสูงแต่ราคาแพง โครงสร้างการจัดสรรทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรมและการคอร์รัปชันที่ทำให้หลายพื้นที่ขาดแคลนงบประมาณ ขาดเครื่องมือ ยา และบุคลากรทางการแพทย์ และ

ประเภทที่สามคือ **ความรุนแรงเชิงวัฒนธรรม (Cultural Violence)** ได้แก่วัฒนธรรมที่ให้ความเห็นชอบกับความรุนแรง ซึ่งทฤษฎีทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่มองไม่เห็น "ความเป็นมนุษย์" รวมถึงวัฒนธรรมการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์บางส่วน ผ่างไปด้วยความรุนแรงที่ไม่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนประเภทนี้ เช่น การใช้ความตายข่มขู่ให้ผู้ป่วยเบาหวานยอมตัดขา การดูแลผู้ป่วยเอชไอวีระยะสุดท้ายอย่างไม่ใส่ใจ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยปวดเรื้อรัง (Chronic Pain Syndrome) แบบคนคิดยา เป็นต้น

ความรุนแรงเหล่านี้ ส่วนหนึ่งก็เป็นสาเหตุทำให้เกิดความขัดแย้ง และอาจเป็นสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ เช่น คนยากจนที่เป็นมะเร็งต้องเสียชีวิตเพราะไม่มีโอกาสได้รับการรักษาเนื่องจากยามีราคาแพง ผู้ป่วยปวดเรื้อรังที่ถูกละเลยจนต้องพิการเพราะโรคที่เป็นสาเหตุการปวดไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง เป็นต้น

๕. กรอบแนวคิดมาตรการเพื่อแก้ปัญหา

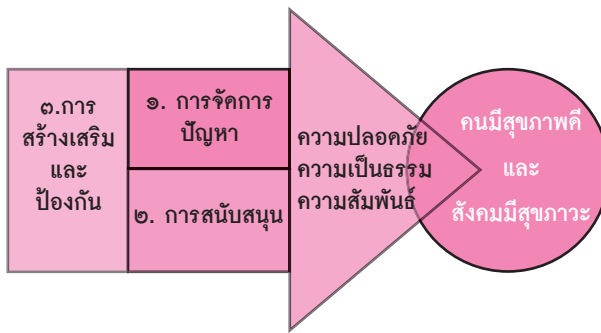
ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์เป็นปัญหาที่ซับซ้อน จึงต้องมีการแก้ไขอย่างเป็นระบบโดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพราะการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งอาจสร้างผลกระทบทั้งในแง่บวกและลบกับส่วนอื่นๆ ได้

หากใช้วิธีคิดทางการแพทย์พิจารณาว่า ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ทั้งในระดับบุคคลและระดับสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนำไปสู่การเกิดข้อพิพาทและการฟ้องร้องนั้น เป็นดั่งโรคหรือความเจ็บป่วย ก็อาจจะสามารถใช้หลักการของเวชศาสตร์ป้องกัน (Preventive medicine) มากำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาให้ครอบคลุมได้ โดยมีการดำเนินการ ๓ ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) คือการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เกิดโรค ระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) คือเมื่อเป็นโรคแล้วก็ทำการรักษาและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) คือ การฟื้นฟูสุขภาพ คุณแลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้วป้องกันไม่ให้อุกลามสร้างความเสียหายมากขึ้น

ดังนั้นจึงอาจกำหนดกรอบมาตรการการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ในเชิงระบบ โดยมีมาตรการหลักที่ครอบคลุมตั้งแต่การป้องกันการเกิดปัญหา (การป้องกันระดับปฐมภูมิ) จนถึงการจัดการเมื่อเกิดปัญหาแล้วตั้งแต่ต้นจนจบ (การป้องกันระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ) โดยมีมาตรการสนับสนุนให้การจัดการมีความสมบูรณ์และมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น โดยควรกำหนดเป้าหมายหลักที่สำคัญ ๓ ประการ คือ

๑. การทำให้ระบบบริการทางการแพทย์มีความปลอดภัย (Patient safety)
๒. การทำให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย (Justice)

๓. การดำรงรักษาความสัมพันธ์ (Relationship) ทั้งความสัมพันธ์ในการดูแลรักษา (Healing relationship) ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ตลอดจนความสมานฉันท์และร่วมมือกันในสังคมเพื่อพัฒนาให้ระบบสุขภาพเป็นที่พึงของสังคมในระยะยาว และมีเป้าหมายสูงสุดคือ การทำให้คนมีสุขภาพดีและสังคมมีสุขภาพจะจึงสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการจัดการปัญหาในเชิงระบบได้ดังภาพที่ ๕-๑



ภาพที่ ๕-๑ กรอบแนวคิดกลไกการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

จากการระดมความเห็นของหลายฝ่าย สามารถนำข้อเสนอต่างๆ มากำหนดเป็นมาตรการต่างๆ ได้เป็น ๓ มาตรการหลัก และ ๑๑ มาตรการย่อย ดังนี้

๑. มาตรการจัดการปัญหา ประกอบด้วย ๓ มาตรการย่อย ได้แก่
 - ๑.๑ การเยียวยา
 - ๑.๒ การจัดการความขัดแย้งและฟื้นฟูความสัมพันธ์
 - ๑.๓ การช่วยเหลือประชาชน และบุคลากร
๒. มาตรการสนับสนุน ประกอบด้วย ๔ มาตรการย่อย ได้แก่
 - ๒.๑ การบริหารความเสี่ยง
 - ๒.๒ การจัดการความรู้

๒.๓ การสร้างเสริมความเข้าใจและเจตคติที่ดีระหว่างผู้ป่วย
กับแพทย์

๒.๔ การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน

๓. มาตรการสร้างเสริมและป้องกัน ประกอบด้วย ๔ มาตรการย่อย
ได้แก่

๓.๑ การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการ

๓.๒ การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการ

๓.๓ การจัดการศึกษาและพัฒนาวิชาชีพ

๓.๔ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็น
มนุษย์ (Humanized Health Care)

๖. วิเคราะห์สถานการณ์และข้อเสนอ มาตรการเพื่อแก้ปัญหา

จากกรอบแนวคิดมาตรการเพื่อแก้ปัญหาทั้ง ๓ มาตรการหลัก ๑๑
มาตรการย่อย สามารถนำมาใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งใน
ประเทศไทยและต่างประเทศ ร่วมกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วน
เกี่ยวข้องต่างๆ สามารถนำมากำหนดข้อเสนอแนวทางการดำเนินการที่น่าจะ
เหมาะสมกับประเทศไทย ได้ดังต่อไปนี้

๑. มาตรการจัดการปัญหา

เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นในระบบการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะ
เหตุนี้ก็จะเกิดจากความผิดพลาดหรือเกิดจากเหตุสุควิสัยที่ยังเกิดขึ้นได้แม้ว่า
บุคลากรทางการแพทย์จะให้การดูแลรักษาอย่างดีที่สุดแล้วก็ตาม ผลที่ตามมา
ก็คือความเสียหายและความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับทั้งฝ่ายผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

แพทย์ ตลอดจนถึงชุมชนและสังคม

ด้วยการที่ระบบการดูแลสุขภาพเป็นระบบที่มีความซับซ้อน จึงเป็นการยากที่จะหาข้อสรุปได้ในเวลาอันรวดเร็วว่าเหตุไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความผิดพลาดหรือไม่ เป็นความผิดของใครหรือเกิดจากอะไร ผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละฝ่ายเห็นเหตุการณ์นั้นในจุดที่ต่างกัน ด้วยข้อมูลและความเข้าใจที่แตกต่างกัน จึงมักนำไปสู่ความขัดแย้งและลุกลามกลายเป็นข้อพิพาท ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างกันในระยะยาว โดยเฉพาะความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของระบบการดูแลสุขภาพ

ดังนั้นเมื่อเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ขึ้น สิ่งที่มีความสำคัญคือการเยียวยาผู้ที่ได้รับความเสียหาย และการให้ความช่วยเหลือดูแลทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม รวมถึงการฟื้นฟูความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลสุขภาพ เพื่อรักษาความสัมพันธ์ที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อระบบการดูแลสุขภาพในระยะยาวต่อไป ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนามาตรการที่สำคัญในการจัดการปัญหา ๓ มาตรการ ได้แก่

๑.๑ การเยียวยา

หลักการแนวคิด

สิ่งที่ผู้เสียหายจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบการดูแลสุขภาพต้องการคือ การได้รับการเยียวยารักษาความทุกข์ที่เกิดขึ้น ซึ่งนอกจากการที่ช่วยบรรเทาความทุกข์และความเคียดแค้นเฉพาะหน้า กระบวนการเยียวยานั้นต้องสร้างความรู้สึกได้รับความเป็นธรรม (Perceived justice) ให้เกิดขึ้นด้วย โดยสิ่งที่ผู้เสียหายให้ความสำคัญเป็นหลักมี ๒ ประเด็นคือ การได้รับรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น และการแสดงความรับผิดชอบของฝ่ายผู้สร้างความเสียหาย ทั้งการชดเชยที่เหมาะสม โดยเป็นตัวเงินหรืออื่นๆ การดูแลเอาใจใส่ การแสดงความเสียใจหรือกล่าวคำขอโทษ

ดังนั้นในการเยียวยาจึงควรให้ความสำคัญกับประเด็นต่อไปนี้ คือ

เส้นทางสู่ความสมานฉันท์ในระบบการดูแลสุขภาพ

๖๙

๑. การเยียวยาเพื่อบรรเทาความความเคียดแค้น
๒. การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
๓. การแสดงความรับผิดชอบของฝ่ายผู้ให้การดูแลรักษา ทั้งการชดเชย การให้การดูแล การแสดงความเสียใจหรือการกล่าวขอโทษ

สถานการณ์ของประเทศไทย

กระบวนการช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการดำเนินการอยู่แล้วในสถานพยาบาลต่างๆ โดยมีความแตกต่างหลากหลาย แล้วแต่บริบทและนโยบายของแต่ละแห่ง และส่วนน้อยที่จะมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ส่วนใหญ่เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น มีการช่วยเหลือทั้งที่เป็นตัวเงินและรูปแบบอื่นๆ ซึ่งบางครั้งเงินที่ใช้ก็มาจากงบประมาณของสถานพยาบาล หรือจากบุคลากร ที่เกี่ยวข้อง และมีเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้รับการเยียวยาอย่างเหมาะสม ผู้ได้รับความเสียหายต้องใช้งบประมาณการร้องเรียนต่อหน่วยงานต่างๆ รวมถึงกระทรวงสาธารณสุข และสภาวิชาชีพ เช่น แพทยสภา และสุดท้ายคือเลือกใช้วิธีการฟ้องร้องต่อศาล

ต่อมาในปี ๒๕๕๕ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการบรรจุเอา ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องรับผิด (no-fault compensation) ไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพ ในมาตราที่ ๕๐ และ ๕๑ โดยใช้เงินจากงบประมาณโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาจัดตั้งเป็นกองทุน มีคณะกรรมการอยู่ในทุกจังหวัดทำหน้าที่พิจารณาให้การช่วยเหลือเป็นเงินตามอัตราที่กฎหมายกำหนด ซึ่งการวิจัยเพื่อประเมินผลในปี ๒๕๕๗ พบว่ากระบวนการนี้มีส่วนช่วยผ่อนคลายสถานการณ์ความเคียดแค้น ลดความขัดแย้งลงได้ โดยทำควบคู่ไปกับกระบวนการอื่นๆ เช่น การพูดคุยแสดงความเห็นอกเห็นใจ การเจรจาไกล่เกลี่ย และการให้ความช่วยเหลืออื่นๆ และเป็นส่วนที่ช่วยให้เกิดรูปธรรมของการได้รับการชดเชยที่ชัดเจน และนำไปสู่ข้อสรุปของปัญหาความขัดแย้งที่ง่ายขึ้น แต่กลไกนี้ก็ถูกประเมินจากหลายๆ ฝ่ายว่ายังขาดคุณภาพ ประสิทธิภาพ การเข้าถึงได้และความเป็นธรรมในการให้ความ

ช่วยเหลือ เพราะมีกรอบเป็นเพียงการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ไม่ใช่การชดเชยตามความเสียหายอย่างสมเหตุสมผล และที่สำคัญคือไม่ครอบคลุมประชากรทุกคน

หลายฝ่ายเห็นความสำคัญของการมีระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิด ทั้งในแง่ของการให้ความช่วยเหลือและชดเชยแก่ผู้ได้รับความเสียหาย และการลดความขัดแย้ง จึงมีการผลักดันให้มีการจัดตั้งกลไกและกองทุนกลางขึ้น โดยกระบวนการเสนอกฎหมาย "พ.ร.บ. คຸ້ມครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ...." ของหลายฝ่าย เช่น เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือแพทยสภา

ในด้านการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้กับผู้ป่วยและญาตินั้น ยังไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติที่ชัดเจน และมีความขัดแย้งอย่างกว้างขวางในเรื่องความเป็นเจ้าของ และสิทธิการเข้าถึงเวชระเบียนหรือบันทึกทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นพยานหลักฐานที่สำคัญที่ใช้ในกระบวนการพิจารณาคดีที่เกี่ยวข้องกับการฟ้องร้องแพทย์หรือสถานพยาบาล

ในประเด็นดังกล่าวมีการอ้างอิง คำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อ ๘ ที่ระบุว่า "ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น" แต่เนื่องจากสิทธิผู้ป่วยไม่ได้เป็นกฎหมาย จึงไม่มีผลบังคับให้ต้องปฏิบัติตาม แต่ในส่วนสถานพยาบาลของรัฐมีผู้ให้ความเห็นว่าผู้ป่วยอาจสามารถใช้ พ.ร.บ.ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐ มาอ้างอิงในการขอข้อมูลได้

สถานการณ์ต่างประเทศ

ระบบการชดเชยผู้ได้รับความเสียหายในต่างประเทศ มีความแตกต่างกันหลายตามบริบทและพัฒนาการของแต่ละประเทศ มีทั้งแบบที่เน้นการใช้กลไกของศาล เช่น สเปน ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกาและ อังกฤษ และ การใช้ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องรับผิด เช่น นิวซีแลนด์ที่มีการดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๕ หรือประเทศกลุ่มนอร์ดิก (ฟินแลนด์

นอร์เวย์ สวีเดน เคนมาร์ค) เป็นต้น

บทเรียนของสหรัฐอเมริกาที่ใช้ระบบการฟ้องร้องทางกฎหมาย (tort-based system) เป็นหลัก ซึ่งเป็นระบบที่ถูกระบุว่าสร้างความเสียหาย คาดการณ์ผลไม่ได้และไม่เป็นธรรม (harmful, unpredictable and unjust) ระบบการฟ้องร้องนี้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ คือ ทำให้การเข้าถึงแพทย์และบริการทางการแพทย์ยากขึ้นและมีค่าใช้จ่ายมากขึ้น มีอันตรายจากการรับบริการมากขึ้น เนื่องจากเพื่อป้องกันการถูกฟ้องร้อง ทำให้มีการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งต่อ หรือจ่ายยาเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล แพทย์ต้องจ่ายเบี้ยประกันการถูกฟ้องร้องสูงขึ้นและประชาชนต้องจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น และทำให้เกิดวิกฤตของระบบการประกันของประเทศ (Medical Liability Insurance Crisis) คือวงเงินชดเชยสูงมากจนบริษัทไม่รับทำประกันหรือเบี้ยประกันสูงมากจนแพทย์ไม่สามารถจ่ายได้ จนต้องลาออก เลิกหรือลดการให้บริการ หรือย้ายรัฐ ที่สำคัญคือการฟ้องร้องก่อให้เกิดวัฒนธรรมการตำหนิ (Blame culture) ที่ทำให้ผู้ให้บริการปิดกั้นการยอมรับและการเปิดเผยความจริงอย่างตรงไปตรงมา ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการทางการแพทย์ จึงทำให้เกิดกระแสการแสวงหาแนวทางการปฏิรูประบบการฟ้องร้องค่าเสียหายทางศาล (Tort System Reform) หลายรัฐมีการนำระบบการชดเชยความเสียหาย โดยไม่ต้องรับผิดชอบมาใช้ร่วมกับระบบอื่นๆ เช่น การสร้างระบบการชดเชยอื่นด้วยสิ่งที่ไม่ใช่ตัวเงิน หรือการใช้กลไกอื่นๆ ในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง เป็นต้น

แนวคิดที่ได้รับความนิยมมากขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกาคือ การเปิดเผยความจริง (Disclosure) และการแสดงความเสียใจหรือการขอโทษ (Apology) ซึ่งการสำรวจระดับชาติพบว่าความกลัวต่อการถูกฟ้องร้อง ทำให้ทั้งแพทย์และโรงพยาบาลเองไม่เต็มใจที่จะเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ด้วยความเชื่อที่ว่า การเปิดเผยข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาจะเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องมากขึ้น แต่จากประสบการณ์ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในรัฐเคนตักกี ที่เริ่มใช้แนวคิดการเปิดเผยความจริงนี้ตั้งแต่ปี ๒๕๓๐ กลับได้ผลไปในทางตรงกันข้าม คือทำให้มีการฟ้องร้องน้อยลงและใช้เงินใน

การชดเชยน้อยลง จึงมีการแพร่ขยายของแนวคิดนี้ออกไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ และมีการศึกษาวิจัยมากมายที่สนับสนุนว่าการเปิดเผยข้อมูลและการแสดงความเสียใจหรือการขอโทษ มีผลช่วยลดความขัดแย้ง และลดค่าใช้จ่ายในทางกฎหมายของสถานพยาบาลต่างๆ ลงได้อย่างชัดเจน ในปี ๒๕๕๖ รัฐโคโรราโด จึงเป็นรัฐแรกที่ออกกฎหมายที่เรียกโดยทั่วไปว่า "I'm sorry law" เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการนี้ โดยบัญญัติให้การแสดงความเสียใจหรือการขอโทษนี้ ไม่สามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินคดีในศาลได้ จนกระทั่งปัจจุบัน (ข้อมูลปี ๒๕๕๐) มี ๒๘ รัฐที่ออกกฎหมายในลักษณะนี้แต่มีความแตกต่างกันในรายละเอียด

ในเรื่องการเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนหรือบันทึกทางการแพทย์ ยังเป็นประเด็นที่เป็นปัญหาในหลายประเทศ ในเรื่องความเป็นเจ้าของนั้นมีข้อสรุปที่ค่อนข้างตรงกันว่าเอกสารเวชระเบียนหรือบันทึกทางการแพทย์ เป็นสมบัติของแพทย์หรือโรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้จัดทำขึ้น แต่ในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลนั้นยังมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันมาก เช่น กรณีตัวอย่างในประเทศออสเตรเลียที่แพทย์คนหนึ่งยืนยันว่าข้อมูลที่จะให้ผู้ป่วยได้นั้นจะเป็นข้อมูลที่แพทย์เป็นผู้เขียนสรุปให้เท่านั้น ด้วยเหตุผลว่าข้อมูลที่แพทย์บันทึกในเวชระเบียนอาจมีข้อมูลที่คนอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ผู้บันทึกตีความคลาดเคลื่อนไปได้ ในหลายประเทศยังไม่มีกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างชัดเจน เช่น ในไอร์แลนด์ การเข้าถึงเวชระเบียนจะต้องทำเป็นข้อตกลงระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ แต่ในบางประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร มีกฎหมายกำหนดให้ผู้ป่วยมีสิทธิตามกฎหมายในการเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนของตนเอง (Data Protection Act ๑๙๘๘)

ข้อเสนอการดำเนินการสำหรับประเทศไทย

๑) สนับสนุนให้เกิดกลไกการให้การชดเชย เพื่อการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ได้รับความเสียหายจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างรวดเร็ว โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการพิสูจน์ถูกผิด โดยเร่งกระบวนการออก "พ.ร.บ. คุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ..." โดยให้มีกระบวนการที่เป็นกลางสร้างความเป็นธรรมให้กับทุกฝ่าย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุก

ภาคส่วน

๒) กำหนดแนวทางและกระบวนการชัดเจน ในการถึงข้อมูลในเวชระเบียนและบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วย โดยความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและภาคประชาชน โดยการทบทวนระเบียบหรือกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งการพัฒนาเพิ่มเติม เช่น อาจใช้การจัดทำข้อตกลง แนวทางปฏิบัติ การออกระเบียบปฏิบัติโดยสภาวิชาชีพ หรือออกเป็นกฎหมายบังคับการเข้าถึงข้อมูลดังกล่าว

๓) กำหนดระเบียบหรือกฎหมายที่ส่งเสริมให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์แสดงความเสียใจต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นได้โดยไม่ต้องกลัวว่าจะถูกนำมาใช้ในการฟ้องร้องดำเนินคดี (คล้ายลักษณะ I'm sorry law ของสหรัฐอเมริกา) ซึ่งเป็นกระบวนการเยียวยาจิตใจทั้งฝ่ายผู้เสียหายและฝ่ายผู้ให้บริการ

๔) ส่งเสริมการศึกษาวิจัยทบทวนแนวคิดและรวบรวมแนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practice) ของสถานพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทยและต่างประเทศ ในกระบวนการเยียวยาผู้ได้รับผล กระทบทั้งฝ่ายผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และพัฒนางองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติ (Guideline) ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

๑.๒ การจัดการความขัดแย้งและฟื้นฟูความสัมพันธ์

หลักการแนวคิด

ความขัดแย้งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วหากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมอาจลุกลามสร้างความเสียหายได้มากขึ้น โดยเฉพาะในระบบการดูแลสุขภาพที่ต้องอาศัยความสัมพันธ์ในการดูแลรักษา (Healing relationship) ที่มีความไว้วางใจ (trust) เป็นพื้นฐานที่สำคัญและส่งผลอย่างชัดเจนต่อประสิทธิผลของการรักษา

เนื่องจากกระบวนการดูแลสุขภาพมีความสลับซับซ้อน ความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพนั้นจึงเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาแต่อาจยังไม่แสดงออกให้เห็น จนกระทั่งเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สร้างความเสียหายให้กับผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน จึงเป็นดั่งชนวนที่ทำให้ความขัดแย้งมีความรุนแรงมากขึ้นและเมื่อไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมก็จะกลายเป็นข้อพิพาท (Dispute) ที่ต่างฝ่ายต่างต้องการเอาชนะกัน และเมื่อไม่สามารถหาข้อยุติได้ก็ต้องไปลงเอยด้วยการใช้กลไกของศาลมาช่วยตัดสิน ซึ่งแม้จะสามารถยุติข้อพิพาทลงได้ แต่ก็ไม่สามารถยุติความขัดแย้งได้ และยังทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างกันเสื่อมถอยลง อีกทั้งในกระบวนการยังสร้างความทุกข์ให้กับทุกฝ่าย

ดังนั้นกระบวนการจัดการความขัดแย้งนั้นต้องมีการดำเนินการอย่างรวดเร็วตั้งแต่เริ่มรับรู้ได้ว่ามีความขัดแย้งเกิดขึ้น และถึงแม้จะกลายเป็นข้อพิพาทแล้วหากมีกระบวนการจัดการความขัดแย้งและการฟื้นฟูความสัมพันธ์ที่ดีก็จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์และทีมผู้ให้บริการดูแลสุขภาพกลับมาดีดังเดิมหรือบางครั้งอาจดีขึ้นกว่าเดิมด้วย

แนวทางที่ได้รับการยอมรับมากขึ้นว่ามีข้อดีมากกว่าการจัดการโดยอาศัยวิธีการทางศาล คือ การใช้แนวทางการจัดการข้อพิพาททางเลือก (Alternative Dispute Resolution) เช่น การไกล่เกลี่ย (Mediation) เป็นต้น ดังกับมีผู้กล่าวว่า "ข้อตกลงที่ได้จากการไกล่เกลี่ยที่แย่มากที่สุด ยังดีกว่าคำพิพากษาที่ดีที่สุด" ซึ่งแนวทางนี้เป็นการจัดการความขัดแย้งที่มีแนวความคิดสร้างความสมานฉันท์และสันติวิธีเป็นพื้นฐาน

สถานการณ์ของประเทศไทย

การจัดการข้อพิพาททางเลือกถูกนำมาใช้ในกระบวนการยุติธรรมของประเทศไทยมานานแล้ว โดยได้รับการบรรจุอยู่ในกระบวนการทางกฎหมายต่างๆ เช่น กระบวนการประนีประนอมยอมความ ในประมวลกฎหมายแพ่งและกฎหมายอาญา กระบวนการไกล่เกลี่ยที่บรรจุอยู่ในกฎหมายครอบครัวหรือกฎหมายแรงงาน เป็นต้น หรือแม้แต่กรณีพิพาทที่เป็นความผิดทางอาญา

ในปี ๒๕๕๐ ก็มีการเสนอให้ออกกฎหมายที่ชื่อว่า ร่างพระราชบัญญัติไกล่เกลี่ยข้อพิพาทคดีอาญาในชั้นสอบสวน พ.ศ....

สำหรับในการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลสุขภาพนั้น กระบวนการจัดการข้อพิพาททางเลือก เช่น การเจรจาต่อรอง การไกล่เกลี่ย โดยมีคนกลาง ถูกนำมาใช้โดยสถานพยาบาลต่างๆ เองมานานแล้ว ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยผู้อำนวยการ หรือบุคลากรที่มีทักษะ ซึ่งใช้แนวทางปฏิบัติตามความคิดเห็น ประสบการณ์หรือการเรียนรู้ด้วยตนเอง ไม่มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ จนกระทั่งในปี ๒๕๔๔ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดตั้งศูนย์สันติวิธีสาธารณสุขขึ้น โดย นพ.บรรพต คันธีรวงศ์ เป็นผู้เริ่มให้สนใจอย่างจริงจัง ในปี ๒๕๔๔ ได้เริ่มจัดสัมมนาหัวข้อการจัดการความขัดแย้งด้านการแพทย์และสาธารณสุขขึ้นเป็นครั้งแรก ปรากฏว่า มีผู้สนใจเข้าร่วมถึง ๔๐๐-๕๐๐ คน และต่อมามีการจัดหลักสูตรการอบรมต่างๆ มีผู้สนใจเข้ารับการอบรมอย่างต่อเนื่อง มีการรวบรวมกรณีตัวอย่างจัดทำเป็นเอกสารเพื่อการเรียนรู้ และศูนย์สันติวิธียังทำหน้าที่ยังทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา และเป็นผู้ไกล่เกลี่ยในกรณีพิพาทที่สำคัญต่างๆ จนประสบความสำเร็จเป็นจำนวนมาก

ในปี ๒๕๔๘ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการมีระบบไกล่เกลี่ยในโรงพยาบาล ได้มีนโยบายให้โรงพยาบาลที่มีความพร้อม จัดให้มีระบบไกล่เกลี่ย และสนับสนุนการพัฒนาผู้ไกล่เกลี่ยที่มีความสมัครใจเป็นผู้ไกล่เกลี่ยประจำสถานพยาบาล โดยมอบหมายให้เป็นภารกิจหนึ่งนอกจากงานประจำ ทำให้มีการพัฒนาระบบไกล่เกลี่ยในโรงพยาบาลต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรม แต่ยังมีเฉพาะในที่มีความพร้อมเท่านั้น

สถานการณ์ต่างประเทศ

ในประเทศตะวันตกมีปัญหาวิกฤตความสัมพันธ์และการฟ้องร้องในระบบการดูแลสุขภาพมากกว่า ๒๐ ปี มีระบบการพัฒนาบุคลากรให้เข้าใจถึงการจัดการความขัดแย้งโดยที่แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จะมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะการจัดการความขัดแย้งทั้งการป้องกันและแก้ไขความขัดแย้งเบื้องต้น และมีระบบการไกล่เกลี่ย กรณีพิพาท

ในโรงพยาบาล (In-house Mediation Center) มีผู้ไกล่เกลี่ยคนกลาง (Mediator) ที่มีความเชี่ยวชาญการไกล่เกลี่ยด้านการแพทย์โดยเฉพาะ และ หากคู่กรณีต้องการสามารถใช้แนวทางอนุญาโตตุลาการ (Arbitration) ที่มีการทำข้อตกลงก่อนมีการรักษาพยาบาล (Binding Arbitration Contract) โดยมีกฎหมายรองรับ (Mediation and Arbitration Act) ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน บางกรณีอาจใช้วิธีการผสมผสาน คือ เริ่มต้นใช้โดยการไกล่เกลี่ยคนกลางแล้ว ไปจบโดยการให้อนุญาโตตุลาการเป็นผู้ตัดสินชี้ขาด หรือที่เรียกว่า Med-Arb (Mediation-Arbitration) ก็ได้ ซึ่งระบบเหล่านี้ช่วยให้สถิติการฟ้องร้องลดลง แต่ก็มีจำนวนหนึ่งที่ใช้กระบวนการเหล่านี้แล้วไม่สำเร็จหรือผู้รับบริการดำเนินการฟ้องร้องโดยไม่ผ่านกระบวนการเหล่านี้เลยก็มี ในบางรัฐของประเทศ สหรัฐอเมริกาจึงออกกฎหมายบังคับ (Compulsory Mediation and Arbitration in Healthcare Act) ให้ต้องเข้าระบบนี้ก่อนโดยที่สถิติการฟ้องยังคงมีอยู่

อย่างไรก็ตามความขัดแย้งในระบบการดูแลสุขภาพมีความสลับซับซ้อน มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากความขัดแย้งอื่นๆ ในสังคม อีกทั้งมีการศึกษาที่พบว่า ระบบการจัดการความขัดแย้งเหล่านี้อาจยังไม่สามารถสร้างความ เป็นธรรมให้กับผู้เสียหายเช่นผู้ป่วยและญาติได้

ข้อเสนอการดำเนินการสำหรับประเทศไทย

๑) กำหนดให้ "การสร้างความสมานฉันท์ในระบบบริการสาธารณสุข" ให้เป็นวาระสำคัญเร่งด่วนของสังคม ที่องค์กรและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพควรถือเป็นนโยบายสำคัญ และส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนา

๒) พัฒนาหน่วยงานกลางทำหน้าที่จัดการกรณีขัดแย้งที่สำคัญ และพัฒนาองค์ความรู้และกระบวนการแก้ปัญหาความขัดแย้งด้วยสันติวิธี รวมถึงการพัฒนาวิชาการและการฝึกอบรม โดยอาจพัฒนาจากศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ ร่วมกับศูนย์สันติวิธีในมหาวิทยาลัยหรือองค์กรต่างๆ

๖) พัฒนากลไกจัดการความขัดแย้งในระดับต่างๆ เช่น ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับชุมชน ซึ่งอาจพัฒนาร่วมไปกับการสร้างระบบไกล่เกลี่ยข้อพิพาทอื่นๆ ของสังคม โดยควรเป็นองค์กรที่มีความเป็นอิสระ และเป็นกลาง

๗) ผลักดันให้ทุกสถานพยาบาลมีระบบการจัดการความขัดแย้งหรือระบบไกล่เกลี่ย ที่สามารถดำเนินการจัดการปัญหาได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

๘) สนับสนุนให้ภาคประชาชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขความขัดแย้งในระบบการดูแลสุขภาพมากขึ้น เช่น การส่งเสริมและพัฒนาให้คนในชุมชนสามารถทำหน้าที่ผู้ไกล่เกลี่ยชุมชน (community mediators) ในกระบวนการจัดการความขัดแย้งได้

๙) สนับสนุนการพัฒนาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในเรื่องการจัดการความขัดแย้งในระบบการดูแลสุขภาพ

๑๐) ส่งเสริมการศึกษาวิจัยทบทวนแนวคิดและรวบรวมแนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practice) ของสถานพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทยและต่างประเทศ ในการจัดการความขัดแย้งและฟื้นฟูความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาและผู้ได้รับความเสียหายจากการดูแลสุขภาพ และพัฒนาองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติ (Guideline) ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

๑.๓ การช่วยเหลือประชาชน และบุคลากร

หลักการแนวคิด

เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในกระบวนการดูแลสุขภาพขึ้นนั้น ผู้ที่ได้รับผลกระทบคือทั้งฝ่ายผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลรักษา โดยได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์นั้นโดยตรง เช่น ได้รับความเสียหายทางร่างกาย ชีวิตหรือทรัพย์สิน หรือผลกระทบทางจิตใจ และจากสิ่งที่เป็นผลจากเหตุการณ์นั้น เช่น

ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างฝ่ายต่างๆ อาจตกอยู่ในสถานะที่ไม่รู้ว่าจะต้องดำเนินการอย่างไรกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ในการจัดการปัญหาจึงควรมีการให้ความช่วยเหลือแก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถจัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

สถานการณ์ของประเทศไทย

• การช่วยเหลือประชาชน

ในอดีตไม่มีระบบที่ชัดเจนในการช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับ ความเสียหายจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบการดูแลสุขภาพ ในบางโรงพยาบาลอาจมีการสร้างระบบการช่วยเหลือดูแลหรือมีช่องทางให้ผู้ได้รับความเสียหายได้ติดต่อกับผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบโดยตรง แต่ส่วนใหญ่ผู้ได้รับความเสียหายต้องค้นหาทางออกด้วยตนเอง โดยอาศัยเครือข่ายความสัมพันธ์ส่วนตัวหรืออาจมีบุคคลอื่นๆ ที่ทราบเรื่องราวมาให้คำแนะนำหรือเสนอความช่วยเหลือให้ ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือในด้านการบรรเทาความเดือดร้อนจากความเสียหายนั้น หรือความช่วยเหลือในการดำเนิน การเพื่อขอความเป็นธรรม มีจำนวนไม่น้อยที่เลือกใช้ช่องทางการฟ้องร้อง ซึ่งสุดท้ายผู้ได้รับความเสียหายเองอาจไม่ได้รับการดูแลหรือการชดเชย นอกจากนี้ยังมีการอาศัยช่องทางความช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การขอความช่วยเหลือจากผู้มีอิทธิพลในท้องถิ่น หรือการใช้วิธีการเสนอข่าวผ่านทางสื่อมวลชน เนื่องจากผู้เสียหายรู้สึกว่าการหน่วยงานหรือกระบวนการภาครัฐไม่สามารถตอบสนองความต้องการของคนได้

ปัจจุบันมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (เริ่มการทำงาน พ.ศ. ๒๕๒๖) ซึ่งมีเป้าหมายในการส่งเสริมให้ผู้บริโภคได้รับการคุ้มครองตามสิทธิที่พึงมีพึงได้ ได้ร่วมกับประชาชนผู้ได้รับความเสียหายจากระบบการดูแลสุขภาพ จัดตั้ง "เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์" (Thai Iatrogenic Network) ขึ้น ทำให้การให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนที่เดือดร้อนเป็นไปอย่างมีระบบมากขึ้น มีประชาชนขอรับความช่วยเหลือเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ประชาชนที่รับรู้และเข้าใช้ประโยชน์จากระบบความช่วยเหลือขององค์กรนี้ยังมีอยู่จำกัด

แพทยสภา เป็นองค์กรที่ค้ำจุนตามกฎหมายวิชาชีพเวชกรรม เพื่อทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ในประเทศไทยให้มีมาตรฐาน ให้ประชาชนได้รับความปลอดภัย ให้การช่วยเหลือประชาชนในเรื่องเกี่ยวกับการแพทย์ รวมถึงการพัฒนาและการผดุงเกียรติของวิชาชีพแพทย์ โดยมีอนุกรรมการด้านจริยธรรม ให้การดูแลปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนที่เกิดจากบริการทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึงความเสียหายที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้วย โดยมีระบบการรับเรื่องร้องเรียนจากประชาชน มีกระบวนการพิจารณาและตัดสินลงโทษแพทย์ที่กระทำความผิด ซึ่งมีหลายครั้งที่มีการตัดสินความผิดขั้นรุนแรงคือการเพิกถอนใบอนุญาต แต่ด้วยความจำกัดทั้งในด้านกำลังคนและงบประมาณ ขั้นตอนที่ใช้เวลานาน รวมทั้งปัจจุบันที่แพทยสภาแสดงบทบาทที่ทำให้สังคมเข้าใจว่ามุ่งให้ความช่วยเหลือแพทย์มากกว่าประชาชน ทำให้ประชาชนไม่เชื่อมั่นในความเป็นธรรมของกระบวนการดำเนินการของแพทยสภา จึงแสวงหาหนทางอื่นๆ ในการขอความช่วยเหลือและเรียกร้องความเป็นธรรม

หลังจากเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนให้มีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนในจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ โดยมีบทบาทหนึ่งในการรับเรื่องร้องทุกข์ และติดตามและพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาสุขภาพในระดับพื้นที่ การรับเรื่องร้องเรียนเป็นไปในลักษณะการปรึกษาให้ข้อมูล และประสานงานในการแก้ไขปัญหา และเป็นช่องทางในการสื่อสาร ส่งต่อ ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพ โดยอาจจะเป็นการรับเรื่องร้องเรียนทั้งเชิงรับและเชิงรุก อีกทั้งปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีโครงการจัดตั้งหน่วยรับเรื่องราวร้องทุกข์ในสถานพยาบาลต่างๆ เพื่อเป็นจุดให้ความช่วยเหลือประชาชนที่สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกขึ้น

- **การช่วยเหลือบุคลากร**

ในอดีตบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือกรณีพิพาทที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลสุขภาพ ไม่มีระบบให้ความช่วยเหลือที่ชัดเจน

ขึ้นอยู่กับแต่ละสถานพยาบาลว่าจะมีกระบวนการจัดการกับเหตุการณ์นั้นอย่างไร อาจมีบุคลากรที่มีทักษะเข้าไปช่วยในการแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งการดูแลและพูดคุยกับผู้เสียหาย การดูแลด้านจิตใจหรือด้านอื่นๆ ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น ต่อมาเมื่อมีการนำระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เข้ามาดำเนินการจึงมีการจัดตั้งระบบจัดการความเสี่ยงขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้การดูแลช่วยเหลือและจัดการปัญหาที่มีความชัดเจนเป็นระบบมากขึ้น อีกทั้งเมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดตั้ง ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุขขึ้น จึงมีการพัฒนาบุคลากรด้านการจัดการความขัดแย้งด้วยสันติวิธี การพัฒนาผู้ไกล่เกลี่ยและจัดตั้งระบบไกล่เกลี่ยในสถานพยาบาลขึ้น ทำให้กระบวนการดูแลช่วยเหลือบุคลากรมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งระบบนี้ยังเป็นส่วนสำคัญในการให้ความดูแลช่วยเหลือประชาชนผู้ได้รับความเสียหายด้วย

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังมีบุคลากรด้านกฎหมายประจำอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือแก่สถานพยาบาลและบุคลากรในค่านกฎหมาย ซึ่งรวมถึงในกรณีที่ถูกฟ้องร้องด้วย ในบางจังหวัดอาจมีระบบการให้ความช่วยเหลืออื่นๆ เช่น มีการตั้งทีมเคลื่อนที่เร็วเข้าไปช่วยแก้ไขสถานการณ์ในพื้นที่ การมีระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือกันระหว่างโรงพยาบาล และในส่วนกลางศูนย์สันติวิธีสาธารณสุขก็ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและเข้าร่วมในกระบวนการแก้ไขปัญหาเมื่อได้รับการร้องขอจากพื้นที่ต่างๆ

องค์กรวิชาชีพได้แก่แพทยสภาและแพทยสมาคม มีระบบในการสนับสนุนและดูแลให้แพทย์ปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐานและมีสวัสดิภาพ โดยมีการบวนการช่วยเหลือต่างๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการฟ้องร้อง เช่น การพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาแก่แพทย์ที่ต้องคดี การจัดทำเอกสารเผยแพร่และจัดฝึกอบรมในเรื่องการเขียนบันทึกทางการแพทย์อย่างถูกต้อง การเตรียมตัวเพื่อให้การในศาล รวมถึงการจัดหาผู้เชี่ยวชาญทำหน้าที่เป็นพยานในศาล เป็นต้น หลังจากเหตุการณ์ที่แพทย์ถูกตัดสินจำคุกในวันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๕๐ ซึ่งสร้างความตื่นตระหนกให้กับแพทย์ทั่วประเทศ จนมีแพทย์บางส่วนงดการ

ผ่าตัด แพทย์สภาจึงได้เสนอแนวทางป้องกันไม่ให้แพทย์ต้องโทษทางอาญาในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นเป็น "เหตุสุควิสัย" โดยการเสนอกฎหมาย "พ.ร.บ. ความรับผิดชอบและวิธีพิจารณาความสำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพ พ.ศ. ..." ซึ่งมีทั้งผู้สนับสนุนและคัดค้านอย่างกว้างขวาง

ในด้านผลกระทบทางการเงิน ในกรณีที่ศาลตัดสินให้แพทย์ต้องจ่ายค่าชดเชยเป็นเงินจำนวนมากทำให้แพทย์ได้รับความเดือดร้อน ปัจจุบันเริ่มมีบริษัทประกันหลายแห่งให้บริการทำประกัน (Malpractice Liability) โดยบริษัทจะเป็นผู้จ่ายค่าชดเชยแทนแพทย์ผู้ทำประกันกับบริษัท ซึ่งมีแพทย์ให้ความสนใจซื้อประกันประเภทนี้มากขึ้นเรื่อยๆ เป็นแนวทางการป้องกันปัญหาส่วนบุคคลในอีกทางหนึ่งนั้นจากข้อเท็จจริงที่ว่า ปัญหาความผิดพลาดที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ นั้น เป็นปัญหาของระบบไม่ได้เกิดจากบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น จึงมีแนวคิดเรื่องการร่วมกันรับผิดชอบขององค์กร (Enterprise Liability) โดยมีการจัดตั้งกองทุนกลางที่ให้การชดเชยแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายขึ้น ซึ่งหลักการนี้เป็นพื้นฐานหนึ่งของการเสนอร่างกฎหมาย "พ.ร.บ. คุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ..." ที่ผลักดันกันอยู่ โดยหลายฝ่ายในขณะนี้

สถานการณ์ต่างประเทศ

ในหลายประเทศการจัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือกรณีพิพาทในระบบการดูแลสุขภาพ มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ มีทั้งการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการและบุคลากร เช่น ระบบการตอบสนองต่อเหตุไม่พึงประสงค์ (Adverse Event Response System) จะมีกระบวนการในการดูแลทั้งฝ่ายผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์อย่างเป็นระบบ มีระบบการชดเชยโดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ความผิด ที่ทำให้ผู้ได้รับความเสียหายได้รับการชดเชยในเวลาอันรวดเร็ว ลดความทุกข์ของทั้งสองฝ่ายที่เกิดจากกระบวนการฟ้องร้อง มีระบบให้ความช่วยเหลือทั้งฝ่ายผู้เสียหายและฝ่ายบุคลากรทางการแพทย์ในการดำเนินการทางศาล เช่น การให้ความช่วยเหลือโดยองค์กรค้ำประกันกฎหมาย หรือแม้แต่บริษัทประกันที่รับทำประกันการฟ้องร้อง ก็มีกระบวนการ

การฝึกอบรม และพัฒนาแพทย์ในการป้องกัน และการดำเนินการทางกฎหมาย

ข้อเสนอการดำเนินการสำหรับประเทศไทย

๑) เร่งออกกฎหมาย "พ.ร.บ. คุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ..." เพื่อให้เกิดกลไกการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ได้รับความเสียหายจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และช่วยลดความตึงเครียดของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์

๒) พัฒนาระบบการพิจารณาคดีที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายทางการแพทย์ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างความเข้าใจและส่งเสริมการใช้กระบวนการตาม พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑ ให้เกิดประโยชน์และสร้างความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย รวมถึงทบทวนและปรับปรุงร่างกฎหมาย "พ.ร.บ. ความรับผิดและวิธีพิจารณาความสำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพ พ.ศ. ..." เพื่อให้เกิดระบบที่เป็นธรรมและให้ความคุ้มครองกับทุกฝ่าย

๓) สนับสนุนให้เกิดระเบียบหรือกฎหมายที่เปิดโอกาสให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สามารถแสดงความเสียใจต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นได้โดยไม่ต้องกลัวว่าจะถูกนำมาใช้ในการฟ้องร้องดำเนินคดี (ลักษณะ I'm sorry law) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจทั้งฝ่ายผู้เสียหายและฝ่ายผู้ให้บริการ และช่วยลดความขัดแย้ง

๔) พัฒนาระบบการขอความคิดเห็นที่สอง (Second Opinion) เพื่อเสริมความมั่นใจและสร้างความเข้าใจให้กับผู้ป่วยในกระบวนการดูแลรักษา

๕) พัฒนาช่องทางในการรับเรื่องราวความเดือดร้อนและให้ความช่วยเหลือประชาชน ทุกระดับตั้งแต่ในสถานพยาบาล ระดับท้องถิ่น ระดับจังหวัด ระดับเขต จนถึงระดับประเทศ โดยอาจพัฒนาช่องทางต่างๆ ที่มีอยู่ เช่น ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ โดยอาจขยายบทบาทให้ครอบคลุม ผู้ใช้สิทธิการรักษากลุ่มอื่นๆ ด้วย หรือการสนับสนุนให้มีองค์กรอิสระทำหน้าที่รับเรื่องราวร้องทุกข์ในระดับ

ต่างๆ เช่น จังหวัด หรืออำเภอ หรือในชุมชน เป็นต้น

๖) พัฒนาระบบที่ปรึกษาประชาชน เพื่อให้ข้อมูลและให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการในกรณีที่ได้รับความสะดวกหรือเกิดความเสียหายจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เป็นต้น โดยพัฒนาให้สามารถช่วยเหลือประชาชนได้อย่างทั่วถึง

๗) พัฒนาระบบที่ปรึกษาสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือคุณแลจิตใจเมื่อรู้สึกได้รับความกดดันหรือมีความเครียด และเพื่อให้ข้อมูลและให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการในกรณีที่ต้องเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือถูกฟ้องร้องดำเนินคดี

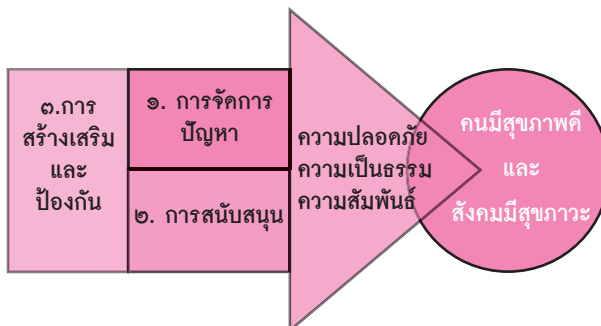
๒. มาตรการสนับสนุน

เพื่อให้การแก้ปัญหาที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และกรณีพิพาทในระบบการดูแลสุขภาพสามารถบรรลุเป้าหมายคือ การสร้างความเป็นธรรม รักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทุกฝ่าย และพัฒนาให้ระบบการดูแลสุขภาพมีความปลอดภัยมากขึ้น นอกจากมีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมแล้ว ต้องมีกระบวนการสนับสนุนให้มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ ได้แก่

๒.๑ การบริหารความเสี่ยง

หลักการแนวคิด

ในระบบการดูแลสุขภาพ การฟ้องร้องหรือร้องเรียนของผู้ป่วยและญาตินั้น มีสาเหตุมาจากความไม่พึงพอใจ ซึ่งเกิดได้จากองค์ประกอบหลักอย่างน้อย ๓ ประการคือ การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event หรือ AE) ความผิดพลาดในการให้บริการ และพฤติกรรมกระบวนการและสิ่งแวดล้อมที่มีพึงประสงค์ (ดังภาพที่ ๒-๑) ดังนั้นองค์ประกอบทั้งสาม จึงเป็น



ความเสี่ยงที่นำไปสู่การฟ้องร้องได้ในที่สุด ดังนั้นนอกจากการจัดการกับปัญหาโดยตรงแล้ว ยังควรมีการดำเนินการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความผิดพลาดข้อร้องเรียนรวมถึงกรณีการฟ้องร้องที่เกิดขึ้นนั้น โดยใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง เพื่อเป็นการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน

สถานการณ์ของประเทศไทย

ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาลต่างๆ ได้รับความพัฒนาอย่างเป็นระบบเมื่อเริ่มมีการนำระบบคุณภาพมาใช้ ตั้งแต่กระบวนการ ๕ ส. ISO และชัดเจนยิ่งขึ้นเมื่อมีการพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ขึ้นในประเทศไทยโดยการดำเนินการของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) มีโรงพยาบาลเข้าร่วมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (ดังรายละเอียดในกลไกที่ ๑.๒) โดยมีการบริหารความเสี่ยง (Risk Management) เป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญแต่เนื่องจากระดับการพัฒนาที่แตกต่างกัน และบางสถานพยาบาลไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ทำให้ระบบการบริหารความเสี่ยงของแต่ละสถานพยาบาลมีประสิทธิภาพที่แตกต่างกันมาก โดยเฉพาะในระบบการจัดการข้อร้องเรียน และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

สำหรับความเสี่ยงที่เป็นความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) มีเหตุปัจจัยที่หลากหลายผสมผสานกัน ซึ่งอาจเป็นทั้งปัญหาที่ตัวบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ ระบบการทำงาน จนกระทั่งระบบสาธารณสุข

ในภาพรวม จึงต้องอาศัยหลายๆ กลไกหลายมาตรการในการจัดการ ดังกล่าว
ในรายละเอียดในมาตรการที่ ๖

ในด้านการจัดการข้อร้องเรียน (Complaint Management) แต่ละ
โรงพยาบาลมีกระบวนการที่แตกต่างกันมาก เช่น การใช้กล่องรับความคิดเห็น
การมีเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ หรืออาสาสมัครช่วยดูแลและรับข้อร้องเรียน
จากประชาชนโดยตรง หรือมีการจัดสถานที่และเจ้าหน้าที่ไว้เฉพาะ เช่น "ห้อง
สบายใจ" ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เป็นจุดให้ประชาชนร้องเรียนได้โดยตรง ซึ่ง
การจัดระบบนี้หลายแห่งดำเนินการร่วมไปกับระบบการใกล้เคียงในโรงพยาบาล
และบางแห่งเริ่มนำแนวคิด "กระบวนการฟื้นฟูบริการ" (Service Recovery
Process) มาใช้อย่างเป็นระบบ เช่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ในด้านการตอบสนองต่อเหตุไม่พึงประสงค์ (Adverse Event
Response) มีระบบการจัดการที่มีวัตถุประสงค์ทั้งป้องกันการลุกลามของ
ปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การตอบสนองในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาคความดันโลหิตต่ำ
(Hypotension/Shock) หรือหัวใจหยุดเต้น (Cardiac Arrest) โดยมีทีม
เคลื่อนที่เร็วเข้าไปช่วยให้การดูแล การมีทีมเข้าไปให้ความช่วยเหลือในการดูแล
เจ้าหน้าที่และญาติในสถานการณ์วิกฤติเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดและลด
ความขัดแย้ง เป็นต้น รวมถึงการนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นมาวิเคราะห์
และกำหนดกระบวนการพัฒนาคุณภาพเพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ซึ่ง
กระบวนการเหล่านี้มีความแตกต่างหลากหลายกันมาก และสถานพยาบาล
จำนวนมากก็ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน

นอกจากนี้ในการนำข้อมูลของผู้ป่วยมาใช้ในกระบวนการพัฒนา
คุณภาพ ยังมีความเห็นที่แตกต่างกันของหลายฝ่ายในการเข้าถึงและการเปิดเผย
ข้อมูลเพื่อใช้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะในกรณีที่เกิดข้อ
พิพาทและมีการฟ้องร้องต่อศาล

สถานการณ์ในต่างประเทศ

ในต่างประเทศมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพที่
แตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละประเทศ มีการพัฒนาแนวคิดการจัดการ

และพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของการบริหารความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการจัดการข้อร้องเรียน สามารถสรุปแนวคิดที่สำคัญได้ดังนี้

- **ระบบการตอบสนองต่อเหตุไม่พึงประสงค์**

ในประเทศสหรัฐอเมริกาหลังจากมีการเปิดเผยว่ามีการเสียชีวิตและทุพพลภาพจำนวนมากที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ ("To Err is Human") ในปี ๒๕๔๓ ทำให้เกิดความตื่นตัวอย่างกว้างขวางในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย มีการพัฒนาระบบการตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีกลไกหนึ่งที่สำคัญคือการมีระบบรายงานเพื่อการวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อใช้ในการพัฒนาระบบลดความผิดพลาด โดยในปี ๒๕๔๖ รัฐมินนิโซตาเป็นรัฐแรกที่มีกฎหมายกำหนดให้มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับรัฐ และมีการจัดทำรายงานเผยแพร่ให้สาธารณะชนรับรู้สถานการณ์ด้วย (www.health.state.mn.us) ปัจจุบันมีการขยายแนวคิดนี้ไปยังรัฐอื่นๆ จำนวนมาก และในปี ๒๕๔๘ องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอร่างแนวทางการพัฒนาระบบรายงานและการเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อเป้าหมายในการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย รวมถึงสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบรายงานในระดับประเทศ ซึ่งมีการเผยแพร่ตัวอย่างของประเทศต่างๆ มากกว่าสิบประเทศ

กระบวนการการตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ยังมีเป้าหมายในการยกระดับประคองดูแลผู้ป่วยและรักษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแลรักษา (maintain the healing relationship) โดยมีกระบวนการสื่อสารและการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ รวมถึงมีกระบวนการดูแลผู้ให้การดูแลรักษา (Caregiver) ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ด้วย

- **กระบวนการฟื้นฟูบริการ**

ในการจัดการข้อร้องเรียน มีการนำแนวคิด "กระบวนการฟื้นฟูบริการ" (Service Recovery Process) มาใช้กับระบบการดูแลสุขภาพ เช่น

ในปี ๒๕๔๗ หน่วยงานด้านสวัสดิการทหารผ่านศึกของสหรัฐอเมริกา ได้จัดทำ คู่มือการฟื้นฟูบริการสำหรับสถานพยาบาลขึ้น โดยกำหนดให้มีการตอบสนอง ต่อข้อร้องเรียนอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ กระบวนการนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ ผู้ป่วยและญาติกลับมามีความรู้สึกที่ดีและต้องการกลับมาใช้บริการที่สถาน พยาบาล (loyalty) ที่สำคัญคือกระบวนการนี้ไม่ได้มีขึ้นเพื่อทดแทนระบบการ ฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย แต่หากมีระบบที่ดีจะช่วยลดความถี่และความรุนแรง ของการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายลงได้

กระบวนการฟื้นฟูบริการ เป็นแนวคิดที่ใช้กันมากในธุรกิจบริการ เพราะความไม่พึงพอใจเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และผู้รับบริการจะยังคงความรู้สึกที่ดีและต้องการใช้บริการต่อไปหากมั่นใจว่าข้อร้องเรียนของตนได้รับการ เอาใจใส่ และความรู้สึกได้รับความเป็นธรรม (perceived justice) นั้นสัมพันธ์ โดยตรงกับความพึงพอใจต่อกระบวนการตอบสนองต่อข้อร้องเรียนความเป็น ธรรมนั้นประกอบด้วย (๑) ความเป็นธรรมในการจัดสรร (Distributive justice) เช่น การให้การชดเชยที่จับต้องได้ (๒) ความเป็นธรรมในกระบวนการ (Processing justice) เช่น โอกาสของผู้รับบริการในการแสดงความรู้สึกและให้ข้อมูล และ (๓) ความเป็นธรรมในการปฏิสัมพันธ์ (Interactive justice) เช่น การกล่าว ขอโทษ

ในองค์กรด้านสุขภาพที่ได้รับรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศ สหรัฐอเมริกา (Malcolm Baldrige National Quality Award) กระบวนการ ฟื้นฟูบริการเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทุกองค์กรให้ความสำคัญ และมีการดำเนินการ อย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอเพื่อการดำเนินการสำหรับประเทศไทย

- ๑) กำหนดนโยบายให้ทุกสถานพยาบาล มีระบบการบริหารความ เสี่ยง โดยเฉพาะระบบการจัดการข้อร้องเรียน ระบบการตอบสนองต่อเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ และการบริหารจัดการเพื่อลดความผิดพลาดในการให้บริการ
- ๒) กำหนดนโยบายและพัฒนาระเบียบหรือกฎหมายสนับสนุนให้มี การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

ของผู้ป่วย ทั้งภายในสถานพยาบาลแต่ละแห่ง และในระดับที่กว้างกว่า เช่น ระดับจังหวัด ระดับเขต จนถึงระดับประเทศ โดยมีระเบียบหรือกฎหมายที่คุ้มครองผู้รายงานด้วย

๓) กำหนดให้มีหน่วยงานกลางทำหน้าที่ในการรวบรวมรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากสถานพยาบาลต่างๆ และทำการวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุและกำหนดแนวทางในการพัฒนาในภาพรวม ซึ่งอาจเป็นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คณะทำงานร่วมกันของราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ รวมถึงองค์กรวิชาชีพต่างๆ เป็นต้น

๔) พัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบการดูแลสุขภาพให้สาธารณชนรับรู้ถึง ข้อเท็จจริงของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นได้ทั้งจากความผิดพลาดและจากเหตุสุจริต รวมถึงความไม่แน่นอนของผลลัพธ์ของการใช้บริการ (ไม่มีอะไรร้อยเปอร์เซ็นต์) เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง และป้องกันการตั้งความคาดหวังสูงเกินความเป็นจริง โดยเฉพาะควรเน้นการสร้าง ความเข้าใจ ก่อนตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการดูแลสุขภาพ

๕) ส่งเสริมการศึกษาวิจัยทบทวนแนวคิดและรวบรวมแนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practice) ของสถานพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทยและต่างประเทศ ในเรื่องการบริหารความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความขัดแย้งในระบบการดูแลสุขภาพ และพัฒนาองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติ (Guideline) ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

๒.๒ การจัดการความรู้

หลักการแนวคิด

ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดในระบบการดูแลสุขภาพ เป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อน มีผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก มีมุมมองที่หลากหลาย และเป็นสิ่งที่มีผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างในหลากหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง

สังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะด้านคุณธรรมจริยธรรม เป็นพรมแดนใหญ่ (Big Frontier) ที่ยังต้องการการทำความเข้าใจอย่างจริงจัง ในกระบวนการแก้ปัญหาและการพัฒนาจะต้องอาศัยความรู้เป็นพื้นฐาน จึงจะแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน ดังนั้นกระบวนการจัดการความรู้จึงเป็นกระบวนการสนับสนุนที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

สถานการณ์ของประเทศไทย

ในช่วงเวลาสี่สิบถึงสามสิบปีที่ผ่านมา ปัญหาความทุกข์จากระบบการดูแลสุขภาพได้รับการหยิบยกขึ้นมากล่าวถึงในสังคมไทยมากขึ้น เช่น บทความ **"บันทึกเวชกรรมไทย"** ของ นพ.ประเวศ วะสี ที่จัดพิมพ์เป็นหนังสือ **"รักษาโรคหรือรักษาคณ"** และ **"สาธารณสุขทุกข์หรือสาธารณสุข"** โดยสำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน ที่ทำให้มีการตั้งคำถามกับมุมมองของแพทย์และระบบการดูแลสุขภาพต่อผู้ป่วยมากขึ้น หรือหนังสือ **"ผิดเป็นครู"** ของแพทย์สภาที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในปี ๒๕๓๘ ที่มีการนำกรณีตัวอย่างความผิดพลาดต่างๆ มาเปิดเผยให้วงการแพทย์และสาธารณชนได้เรียนรู้ ต่อมาในปี ๒๕๔๒ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคได้จัดพิมพ์ผลงานวิจัย **"๑๕ กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ"** เป็นหนังสือชุด ๔ เล่ม ออกเผยแพร่เป็นการเปิดเผยเรื่องราวโดยละเอียดของกรณีปัญหาที่เกิดขึ้นจริง และเป็นการตั้งคำถามต่อการปรับตัวของระบบการดูแลสุขภาพ และเมื่อมีการจัดตั้งศูนย์สันติวิธีสาธารณสุขขึ้น ตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ ทางศูนย์ฯ ได้รวบรวมกรณีตัวอย่างจากทั่วประเทศและจัดทำเป็นเอกสารเผยแพร่เพื่อการเรียนรู้ของสถานพยาบาลต่างๆ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษา รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัย หรือเอกสารเผยแพร่ ที่จัดทำโดยนักวิชาการหรือสถาบันการศึกษาต่างๆ เช่น การรวบรวมกรณีตัวอย่างเพื่อใช้ในการเรียนการสอนแพทย์ ในคำร่าด้านกฎหมายหรืองานวิจัยทั้งด้านกฎหมายและด้านระบบสาธารณสุข รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การวิเคราะห์ข้อมูลโดยแพทย์สภาหรือกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

นอกจากการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ วิจัย และการจัดทำเอกสารต่างๆ แล้ว ในช่วงสิบปีที่ผ่านมา เมื่อปัญหาความขัดแย้งที่เกิดจากระบบการดูแลสุขภาพได้รับความสนใจจากสังคมมากขึ้น ทำให้มีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆ เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ไม่ว่าจะเป็นการจัดเวทีสนทนา ทั้งในรูปแบบการประชุม การสนทนาผ่านทางสื่อมวลชน รวมถึงการสนทนาทางอินเทอร์เน็ต แต่ยังคงขาดการประมวลองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

สถานการณ์ในต่างประเทศ

เนื่องจากปัญหาที่เกิดจากเหตุไม่พึงประสงค์และกรณีพิพาทในระบบการดูแลสุขภาพ มีผลกระทบในวงกว้างในทุกๆ มิติของสังคม ในต่างประเทศมีการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย การประมวลองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์และกรณีพิพาทในระบบการดูแลสุขภาพอย่างกว้างขวางโดยองค์กรต่างๆ จำนวนมากทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรท้องถิ่น วิชาชีพ จนถึงระดับนานาชาติเช่นองค์การอนามัยโลก ซึ่งการศึกษาบางชิ้นส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง เช่น การศึกษาที่เผยแพร่ในปี ๒๕๔๓ ที่ชื่อว่า "To Err is Human" ที่เปิดเผยว่า ในสหรัฐอเมริกา มีผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลเนื่องจากความผิดพลาดทางการแพทย์อย่างน้อย ๔๕,๐๐๐ คน หรืออาจมากถึง ๘๘,๐๐๐ คนต่อปี จากการเผยแพร่เอกสารชุดนี้ทำให้เกิดความตื่นตัวไปทั้งประเทศและทั่วโลกในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

องค์ประกอบที่มีส่วนในการทำให้การจัดการความรู้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ คือการให้ความสำคัญโดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การจัดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบ การมีระบบที่ชัดเจนและมีกฎหมายสนับสนุน เช่น Institute of Medicine (IOM) ที่จัดตั้ง The Quality of Health Care in America Committee ทำการติดตามศึกษาและเผยแพร่รายงานฉบับแรกที่ชื่อว่า **"To Err is Human: Building a Safer Health System"** หรือการมีกฎหมายกำหนดให้มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับรัฐ ดังกล่าวแล้วในมาตรการที่ ๒.๑

ข้อเสนอเพื่อการดำเนินการสำหรับประเทศไทย

๑) กำหนดนโยบายระดับชาติในการจัดการความรู้เกี่ยวกับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และปัญหาความขัดแย้งในระบบการดูแลสุขภาพ กำหนดยุทธศาสตร์ด้านวิชาการ โดยส่งเสริมการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น ความปลอดภัยในระบบการดูแลสุขภาพ การจัดการความขัดแย้งและสันติวิธีในระบบสุขภาพ โดยการพัฒนานักวิจัย สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัย จัดตั้งหรือพัฒนาสถาบันวิชาการเฉพาะด้าน เช่น ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการพัฒนาความร่วมมือระหว่างสถาบันวิชาการต่างๆ เป็นต้น

๒) ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการจัดการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความขัดแย้งในระบบการดูแลสุขภาพทุกระดับ ตั้งแต่ระดับสถานพยาบาล ระดับพื้นที่ จนถึงระดับประเทศ โดยอาจร่วมมือกันเป็นเครือข่าย เช่น เครือข่ายการเรียนรู้ที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลศูนย์ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลาง (Node) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในส่วนกลางโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สภาวิชาชีพ องค์กรภาคประชาชน เป็นต้น

๓) กำหนดให้มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่รวบรวม ประมวลและเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความขัดแย้งในระบบการดูแลสุขภาพ จัดทำแหล่งการเรียนรู้ และสื่อต่างๆ เช่น วารสาร หนังสือ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือเว็บไซต์ เพื่อใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้สนใจ รวมถึงใช้ในการสื่อสารกับสาธารณะ

๒.๓ การสร้างความเข้าใจและเจตคติที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์

หลักการแนวคิด

การสร้างความเข้าใจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับประชาชนและสังคม ต้องอาศัยกระบวนการสื่อสารที่ดี ทั้งการสื่อสารระหว่างบุคคล และการสื่อสารกับสังคม โดยอาศัยสื่อต่างๆ นอกจากนี้เนื่องจากระบบการดูแลสุขภาพมีความสลับซับซ้อนและมีความเป็นวิชาการเฉพาะ ในกระบวนการสร้างความเข้าใจจึงต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทั้งผู้ที่อยู่ทั้งภายใน และภายนอกระบบ และต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์ของประเทศไทย

การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร (Communication Skill) ของบุคลากรทางการแพทย์ได้รับการให้ความสำคัญและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งในระบบการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน แต่การพัฒนาในสถาบันการศึกษายังไม่เพียงพอ ต้องมีการพัฒนาเพิ่มเติมในระหว่างการทำงาน ซึ่งมีการดำเนินการที่แตกต่างหลากหลาย ยังไม่มีการจัดการที่เป็นระบบในภาพรวม

ในช่วงนับสิบปีที่ผ่านมา เมื่อสังคมให้ความสนใจกับปัญหาเหตุไม่พึงประสงค์และกรณีพิพาทที่เกิดจากระบบการดูแลสุขภาพมากขึ้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ จะมีการนำเสนอและกระจายข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ และการพูดปากต่อปาก ซึ่งมีไม่น้อยที่เป็นข้อมูลที่คลาดเคลื่อน จึงสร้างความสับสนและตื่นตระหนกให้กับสังคม และเพิ่มความระแวงและโอกาสในความขัดแย้งระหว่างประชาชนกับฝ่ายผู้ให้การดูแลสุขภาพมากขึ้น อีกทั้งสภาพเศรษฐกิจ สังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพต่างๆ ทำให้ประชาชนเกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนและมีความหวังที่สูงเกินจริง ก็เป็นเหตุให้ปัญหาความขัดแย้ง

ต่างๆ มีมากขึ้น

นอกจากนี้ในสถานการณ์ความขัดแย้งต่างๆ มีภาพของการเผชิญหน้า การโต้แย้งกันระหว่างฝ่ายวิชาชีพกับฝ่ายผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งในสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หรืออินเทอร์เน็ต รวมถึงในเวทีอภิปรายต่างๆ มีการดำเนินการเพื่อปกป้องฝ่ายของตนเอง ทำให้เกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อกันมากขึ้น

สถานการณ์ในต่างประเทศ

ปัญหาความขัดแย้งในระบบการดูแลสุขภาพ เป็นปัญหาใหญ่ระดับโลก ที่ต้องอาศัยกระบวนการจัดการที่หลากหลาย ในต่างประเทศมีการใช้กลไกต่างๆ ในการแก้ปัญหา ซึ่งรวมถึงการให้ความรู้สร้างความเข้าใจให้กับสังคม โดยองค์กรด้านสุขภาพต่างๆ เช่น การเปิดเผยความจริงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ที่เป็นการบอกว่าระบบการดูแลสุขภาพไม่ได้ปลอดภัยอย่างที่คิด การมีระบบสนับสนุนให้มีการเปิดเผยข้อมูลและให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมรับรู้ เช่น การมีกฎหมายบังคับให้มีการรายงานเหตุไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมถึงการเปิดให้ประชาชนหรือบุคคลภายนอกเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ เช่น การร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารหรือคณะกรรมการที่ปรึกษาของสถานพยาบาล หรือการมีส่วนร่วมของบุคคลภายนอกในสภาวิชาชีพ เช่น แพทย์สภาของหลายประเทศที่มีภาคประชาชนเข้าไปนั่งเป็นกรรมการอยู่ด้วย เช่น นิวซีแลนด์ สหราชอาณาจักร หรือแคนาดา เป็นต้น

ข้อเสนอการดำเนินการสำหรับประเทศไทย

๑) กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติในการสร้างความสมานฉันท์ในระบบการดูแลสุขภาพและจัดตั้งคณะทำงานโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้ง องค์กรวิชาชีพ หน่วยงานด้านสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และสื่อมวลชน

๒) พัฒนาระบบการสร้างเจตคติและพัฒนาทักษะการสื่อสารให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่องทั้งในสถาบันการศึกษาและระหว่างการทำงาน เช่น การสอดแทรกการพัฒนาเจตคติและทักษะการสื่อสารอย่างเป็นรูปธรรมตลอด

หลักสูตรการเรียนโดยใช้ตัวอย่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงทั้งในแง่ความทุกข์ของผู้ป่วยและกระบวนการสื่อสาร การจัดหลักสูตรการอบรมเพิ่มเติม และการเรียนรู้ด้วยตนเอง การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ต่างๆ ทั้งเอกสาร ภาพและเสียง เป็นต้น

๓) พัฒนาการกระบวนการดูแลรักษาให้บุคลากรทางการแพทย์พูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้นตลอดกระบวนการดูแลรักษาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เช่น การมีแนวทางให้บุคลากรทุกคนร่วมกันให้ข้อมูลและให้คำแนะนำ (Counseling) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาไม่ใช่เฉพาะแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลหรือเภสัชกร แต่รวมถึง นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค เป็นต้น ซึ่งการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย (Guideline หรือ Care map) ร่วมกันนี้อาจพัฒนาโดยแต่ละสถานพยาบาล หรือโดยคณะทำงานร่วมระหว่างองค์กรวิชาชีพต่างๆ ในระดับชาติ

๔) พัฒนาการสื่อสารต่อสาธารณะ โดยภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรวิชาชีพ หน่วยงานภาครัฐ หรือองค์กรภาคเอกชน เพื่อสร้างเจตคติที่ดี และความเข้าใจที่ถูกต้องต่อข้อจำกัดและความเสี่ยงของระบบการดูแลสุขภาพ รวมถึงการฟื้นฟูความศรัทธาต่อระบบการดูแลสุขภาพ เช่น เพิ่มการนำเสนอเรื่องราวที่ดีในระบบการดูแลสุขภาพสู่สาธารณะ เช่น การทำงานด้วยจิตวิญญาณและความเสียสละของบุคลากรในพื้นที่ต่างๆ เป็นต้น และควรมีกระบวนการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนอย่างสม่ำเสมอ

๒.๔ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน

หลักการแนวคิด

ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลสุขภาพนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ที่อาจสร้างความรู้สึกหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจ ขาดความเชื่อมั่นศรัทธา (Trust) ต่อสถานพยาบาล เมื่อเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ขึ้น จึงสามารถลุกลามกลายเป็นความขัดแย้งในวงกว้างได้

การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนสามารถพิจารณาได้สองด้านคือ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานของโรงพยาบาล (Participation) กับการดำเนินการของโรงพยาบาลที่เป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อชุมชนและสังคม (Social Responsibility)

การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับโรงพยาบาล ซึ่งการเปิดโอกาสให้ตัวแทนชุมชนหรือองค์กรทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางอำนาจ และสร้างความเข้าใจระหว่างฝ่ายประชาชนกับสถานพยาบาลได้ โรงพยาบาลที่มีความร่วมมือและการมีส่วนร่วมที่ใกล้ชิดจากชุมชนจึงมักก่อความทุกข์น้อยและเป็นการทำให้ระบบการดูแลสุขภาพเป็นระบบที่โปร่งใส สามารถตรวจสอบและมีส่วนร่วมจากบุคคลภายนอกได้

สภาพในปัจจุบันนี้เกิดจากในอดีตที่ผ่านมา มีข้อสมมติฐานในทางการแพทย์และสาธารณสุขว่า ระบบการดูแลสุขภาพเป็นระบบที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนเกินกว่าจะเข้าใจได้โดยประชาชน ทำให้ขาดกระบวนการที่ส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบและกำกับบริการสุขภาพให้ดำเนินการได้ดียิ่งขึ้นอย่างสมเหตุสมผล แต่การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของสังคมปัจจุบัน ทำให้ประชาชนบางส่วนเกิดความสับสน และไม่มั่นใจในคุณภาพของบริการสุขภาพที่ตนเองได้รับ

สำหรับการดำเนินการที่เป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อชุมชนและสังคมนั้น เกี่ยวข้องกับทั้งกระบวนการภายในและภายนอกองค์กร กระบวนการภายใน เช่น การมีระบบการดูแลบุคลากรและการให้ค่าตอบแทนอย่างเหมาะสม เพราะบุคลากรส่วนหนึ่งก็เป็นคนในชุมชน หรือการมีระบบจัดการขยะติดเชื้อและน้ำเสียที่ได้มาตรฐาน เป็นต้น สำหรับกิจกรรมภายนอกโรงพยาบาล เช่น การให้ความช่วยเหลือชุมชนในกิจกรรมต่างๆ ทั้งภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน เช่น กรณีมีภัยพิบัติต่างๆ ซึ่งรวมถึงกิจกรรมการให้บริการในชุมชนที่โรงพยาบาลดำเนินการอยู่แล้ว เช่น การดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน หรือการออกหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ เป็นต้น

แพทย์ชนบทท่านหนึ่งที่อยู่ในชุมชนมาอย่างยาวนานได้ให้ข้อคิดไว้ว่า "เราต้องพัฒนาความสัมพันธ์กับชาวบ้านให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะตราบไคที่เราเียนอยู่ข้างเดียวกับชาวบ้านเขาเป็นเพื่อนเรา" การมีความสัมพันธ์ที่ดีจะทำให้ได้รับความเชื่อถือศรัทธาจากชุมชน ทำให้โอกาสเกิดความขัดแย้งต่างๆ ลดลง และถึงแม้เมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้น ชุมชนก็จะให้ความช่วยเหลือในการจัดการปัญหาให้ยุติลงได้ด้วยดี

สถานการณ์ของประเทศไทย

ในด้านการสร้างการมีส่วนร่วมนั้น นับแต่อดีตมาโรงพยาบาลจำนวนมากมีการจัดตั้ง "คณะกรรมการที่ปรึกษา" ที่มีตัวแทนจากชุมชนเข้ามามีส่วนในการแก้ปัญหาและพัฒนาโรงพยาบาล ซึ่งส่วนหนึ่งก็มีการประชุมกันอย่างสม่ำเสมอ แต่บางแห่งก็ไม่ได้แสดงบทบาทอย่างที่เราควรจะเป็น โรงพยาบาลส่วนหนึ่งมีมูลนิธิที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลโดยเฉพาะ เช่น มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ทั้ง ๒๑ สาขา ที่มีตัวแทนของชุมชนเป็นกรรมการมูลนิธิ หรือศิริราชมูลนิธิ ของโรงพยาบาลศิริราช เป็นต้น

หลังจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ มีการจัดตั้งเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracting unit of Primary หรือ CUP) ได้มีนโยบายให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาเครือข่าย (CUP Board) ที่มีผู้แทนจากชุมชนเข้ามาร่วมเป็นกรรมการ แต่ไม่

ได้มีการกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่องจึงยังไม่มี การดำเนินการ
อย่างจริงจัง

ในด้านการรับผิดชอบต่อชุมชนและสังคมนั้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่มี
กิจกรรมร่วมกับชุมชนอยู่แล้ว ซึ่งหลายๆ แห่งมีการดำเนินการที่โดดเด่น แต่
บางแห่งก็ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน จะเน้นการ
พัฒนาและการทำงานภายในโรงพยาบาลเท่านั้น

ปัญหาที่สำคัญของการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน โดยเฉพาะในโรง
พยาบาลชุมชน คือ การเปลี่ยนผู้อำนวยการบ่งชี้ให้กิจกรรมและนโยบาย
ต่างๆ ไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลจำนวนมากก็เป็นแพทย์จบ
ใหม่ที่ยังขาดความเข้าใจ ขาดทักษะและประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับ
ชุมชน

สถานการณ์ในต่างประเทศ

ในต่างประเทศในการบริหารจัดการองค์กรต่างๆ รวมถึงสถานพยาบาล
ด้วยนั้น มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ เช่น การมีคณะ
กรรมการบริหารที่มีผู้แทนของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย และมีการนำหลัก
การเรื่องความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร (Corporate Social Respon-
sibility) มาดำเนินการอย่างเป็นระบบ

ในเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (The Malcolm
Baldrige National Quality Award) ที่มีการจัดแบ่งเกณฑ์และรางวัลสำหรับ
องค์กรด้านสุขภาพ (Health Care Criteria) ตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ เป็นต้นมา ค่านิยม
หลักที่เป็นพื้นฐานก็ยังคงมีเรื่องความรับผิดชอบต่อสาธารณะ (Public
Responsibility) ซึ่งไม่ใช่เพียงการทำตามหลักเกณฑ์ต่างๆ ที่กฎหมายกำหนด
เท่านั้น แต่เป็นการดำเนินการที่ตอบสนองความต้องการของชุมชนทั้งกระบวนการ
ภายในองค์กรและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชนและสังคมภายนอก

ข้อเสนอการดำเนินการสำหรับประเทศไทย

๑) กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนให้สถานพยาบาลทุกแห่ง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการและการพัฒนา เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาล หรือคณะกรรมการที่ปรึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP Board) เป็นต้น

๒) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบบริการ ซึ่งรวมถึงการแก้ปัญหาค่าขาดแคลนบุคลากร เช่น การส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ทุนการศึกษาแก่นักเรียนในพื้นที่ไปเรียนต่อในสาขาที่ขาดแคลน เช่น พยาบาล เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมชุมชน เป็นต้น

๓) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของระบบการดูแลสุขภาพที่หลากหลายของชุมชน เช่น การสร้างความร่วมมือกับร้านขายยาในชุมชนในการทำหน้าที่จัดหาให้ผู้ป่วยที่ต้องรับยาต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ (Refill) ทำให้ความถี่ที่จำเป็นต้องมาเพื่อขอรับยาต่อที่โรงพยาบาลลดลง เป็นต้น

๔) ส่งเสริมการศึกษาวิจัยทบทวนแนวคิดและรวบรวมแนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practice) ของสถานพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทยและต่างประเทศ ในการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน และพัฒนาองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติ (Guideline) ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

๓. มาตรการสร้างเสริมและป้องกัน

ปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และกรณีพิพาทในระบบการดูแลสุขภาพภาพนั้น มีรากฐานมาจากปัญหาที่สลับซับซ้อนในเชิงระบบ ที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมาย เช่น ภาระงานล้นเกิน (Over load) เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรหรือการไม่มีระบบการส่งต่อที่เหมาะสม ปัญหาด้านคุณภาพของระบบ ปัญหาด้านคุณภาพและพฤติกรรมของบุคลากร ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องหรือความคาดหวังที่สูงเกินจริงของประชาชน ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีและความเสื่อมศรัทธาของประชาชนและชุมชน เป็นต้น การจัดการที่ปลายเหตุเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วนั้นไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง ดังนั้นนอกจากการมีมาตรการจัดการปัญหาและมาตรการสนับสนุนที่เหมาะสมแล้ว ยังจำเป็นต้องมีมาตรการในการสร้างเสริมป้องกันอย่างจริงจังด้วย ซึ่งได้แก่

๓.๑ การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการ

หลักการแนวคิด

ระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System) เป็นระบบใหญ่ที่มีความซับซ้อนและเป็นพหุลักษณะ (Plurality) ในที่นี้จะพิจารณาในส่วนที่ดำเนินการโดยภาครัฐเป็นหลัก ซึ่งประกอบด้วยสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับตำบล คือสถานอนามัย จนถึงระดับสูงสุดคือศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะ (Excellence Center) และโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์

ปัญหาสำคัญที่พบคือ ปัญหาด้านความเท่าเทียม (Equity) ด้านคุณภาพ (Quality) และประสิทธิภาพ (Efficiency) ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นพื้นฐานของปัญหาต่างๆ ในระบบที่เป็นสาเหตุของความผิดพลาด การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความขัดแย้ง ทั้งความขัดแย้งระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกันเอง และความขัดแย้งกับผู้ป่วยและญาติ เช่น ปัญหาความไม่เท่าเทียมในการกระจายบุคลากรทำให้แพทย์ที่อยู่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งต้องรับ

ภาระงานมากเกินไป ประกอบกับการจัดสรรและการใช้งบประมาณที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้เครื่องมือและอุปกรณ์มีไม่เพียงพอ และคุณภาพของระบบการดูแลรักษาและการส่งต่อทำให้โอกาสเสี่ยงในการเกิดความผิดพลาดสูงขึ้น และความเครียดของบุคลากรทำให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมจึงเกิดกรณีพิพาทกับผู้รับบริการได้ง่ายขึ้น เป็นต้น

การพัฒนากระบวนการดูแลคุณภาพเป็นสิ่งที่ต้องอาศัยความเข้าใจและความร่วมมือจากทุกฝ่าย ดังนั้นสิ่งที่สำคัญคือการร่วมกันดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน ไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีการจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่จะดำเนินการอย่างเหมาะสม

สถานการณ์ของประเทศไทย

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการดูแลคุณภาพมาอย่างต่อเนื่อง จนถึงการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญครั้งล่าสุดคือในปี ๒๕๕๔ ที่เริ่มพัฒนาโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น และใช้กลไกทางการเงิน (Financial Mechanism) ในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงของระบบบริหารจัดการ และการกระจายบุคลากร มีการปรับระบบการจัดสรรงบประมาณอย่างต่อเนื่อง ต่อมาได้มีการนำระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (Geographic Information System หรือ GIS) มาใช้ในการวางแผนจัดระบบและการกระจายทรัพยากร มีการกำหนดระดับการพัฒนาของโรงพยาบาลต่างๆ ตามเครือข่ายการส่งต่อ ซึ่งทำให้การกระจายทรัพยากรมีความสมเหตุสมผลมากยิ่งขึ้น แต่ก็ยังเป็นเพียงการเริ่มต้นเท่านั้น

อย่างไรก็ตามปัญหาที่สำคัญของระบบคือปัญหาการขาดแคลนแพทย์ที่มีมาอย่างเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากทั้งปัญหาการกระจายตัวที่ทำให้เกิดความขาดแคลนในบางพื้นที่ ในขณะที่บางพื้นที่มีจำนวนมากเกินความจำเป็น โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในพื้นที่ชนบทกับพื้นที่เมืองต่างกันมาก เช่น ระหว่าง กทม.กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต่างกันถึง ๘.๕ เท่า (ปี ๒๕๕๗) ปัญหาความขาดแคลนมีผลให้ภาระงานของแพทย์ที่อยู่ในระบบสูงขึ้น มีชั่วโมงการทำงานยาวนานและชั่วโมงพักผ่อนน้อย แพทย์โรงพยาบาลขนาด ๑๒๐

เตียงปฏิบัติงานมากที่สุดและมีเวลาพักน้อยที่สุด (เฉลี่ย ๑๒๘ และ ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์) และแม้แพทย์ในโรงพยาบาล ๑๐ เตียงจะมีชั่วโมงการทำงานต่ำกว่า (๑๒๒ ชั่วโมงต่อสัปดาห์) แต่ยังสูงกว่าข้าราชการอื่นๆ มาก (๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ประเด็นที่น่าสนใจมากไปกว่าจำนวนชั่วโมงที่แพทย์ต้องปฏิบัติงานคือ การต้องปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องโดยมีเวลาพักไม่เพียงพอ เช่น การอยู่เวรติดต่อกัน ๓๖ ชั่วโมง แม้จะเป็นเวรที่สามารถพักได้ (on call) เพราะแพทย์มีโอกาที่จะเกิดความเหนื่อยล้าอันอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การสั่งการรักษาผิดพลาด

ปัญหาความขาดแคลนทำให้ภาระงานมากขึ้น และค่าตอบแทนน้อยเป็นสาเหตุหลักในการทำให้แพทย์ลาออกจากราชการและปัญหาที่ตามมาคือเรื่องคุณภาพการดูแลรักษา ซึ่งมีผลต่อปัญหาการเกิดความขัดแย้งที่นำไปสู่การร้องเรียนของผู้ป่วย/ประชาชน ซึ่งกลายเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่สามในการตัดสินใจลาออกจากราชการของแพทย์ (จากการสำรวจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๔๗-๒๕๔๘) ทำให้เกิดความขาดแคลนเป็นวงจรซ้ำซ้อนรุนแรงขึ้น

การลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นทิศทางการพัฒนาที่กำลังได้รับความสนใจและมีการดำเนินการอย่างจริงจังมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีโดยไม่ต้องเดินทางไกล และบุคลากรไม่ต้องการภาระงานมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในด้านบุคลากรนั้น เริ่มเห็นแนวทางที่ชัดเจนขึ้นว่าบุคลากรหลักน่าจะเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แต่ก็ยังมีปัญหาความขาดแคลนบุคลากรเหล่านี้อยู่มาก

สำหรับระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทาง มีการจัดระบบการส่งต่อ (Referral System) ที่มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดหัวใจให้ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนได้ เป็นต้น แต่ส่วนที่เป็นปัญหากลับเป็นการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่ได้ซับซ้อนมากนัก โดยเฉพาะผู้ป่วยใส่ดั่งอวัยวะเทียม และผู้ป่วยที่ต้องได้

รับบริการผ่าตัดคลอด ซึ่งเกิดความสับสนในการกำหนดมาตรฐานของแพทย์และโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการได้ และเกิดความวิตกกังวลของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดในเรื่องการฟ้องร้อง

สถานการณ์ในต่างประเทศ

ประเทศต่างๆ มีระบบการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันมาก ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทและปัจจัยหลายๆ อย่าง และทุกประเทศก็ยังมีปัญหาที่ต้องได้รับแก้ไข แม้แต่ประเทศที่ได้รับการประเมินว่ามีระบบสุขภาพที่ดีที่สุดในโลกก็ตาม

ประเทศไทยได้ศึกษาเรียนรู้แบบอย่างจากหลายประเทศเพื่อใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพ เช่น การพัฒนาระบบประกันสุขภาพตามแนวทางของประเทศทางยุโรปและแคนาดา ที่มีระบบสวัสดิการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนทุกคนและมีระบบแพทย์ประจำครอบครัวที่เข้มแข็ง แต่การพัฒนาระบบคุณภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ กำลังตามแบบของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีปัญหาในเรื่องของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การฟ้องร้องที่สูงมาก และความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ จึงต้องระมัดระวังในการนำตัวอย่างจากประเทศต่างๆ เหล่านี้มาใช้ในการพัฒนา

ข้อเสนอเพื่อการดำเนินการสำหรับประเทศไทย

๑) จัดกระบวนการทบทวนและกำหนดทิศทางนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของประเทศ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาชน เช่น การร่วมกันจัดทำ "ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ" ด้านการบริการสาธารณสุข ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และนำมาใช้เป็นกรอบในการจัดระบบบริการ โดยมีการรวบรวมข้อมูลอย่างรอบด้านและมีการทำงานด้านวิชาการสนับสนุนอย่างเพียงพอ เช่น การทบทวนทิศทางพัฒนาเรื่อง Medical Hub การพัฒนา Excellence center การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การพัฒนาคุณภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ

สุขภาพสำหรับประชาชนทุกคนกับการสร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจ

๒) สร้างกระบวนการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในระบบสุขภาพ ในการแก้ปัญหาในด้านต่างๆ ร่วมกัน เพื่อให้เกิดกระบวนการแก้ปัญหาที่ สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันทั้งระบบ เช่น การแก้ปัญหากำลังคนด้าน สุขภาพ การแก้ปัญหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ระบบการเงิน การคลัง การพัฒนามาตรฐานการบริการ ดังตัวอย่างการจัดตั้ง คณะกรรมการ กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

๓) ผลักดันให้การ "แก้ปัญหาคาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะปัญหา ความขาดแคลนและการกระจายแพทย์" เป็นวาระสำคัญของสังคม ซึ่งต้อง อาศัยการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางทั้งในการกำหนดแนวทางและการดำเนินการ ให้ไปในทิศทางเดียวกัน

๔) ผลักดันให้เกิดกระบวนการทบทวนและกำหนดมาตรฐานระบบ การดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ และสอดคล้องกับ ความต้องการและความจำเป็นของประชาชน โดยเฉพาะในประเด็นที่ปัจจุบันมี ความวิตกกังวลของสูงที่ควรดำเนินการโดยเร่งด่วน เช่น การกำหนดให้ชัดเจน ว่าการทำหัตถการขั้นพื้นฐาน เช่น การผ่าตัดรักษาโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute Appendicitis) การผ่าตัดทำคลอดทางหน้าท้อง (Caesarian section) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชนควรทำหรือไม่ ถ้าจะควรจะมีระบบ รองรับอย่างไร และถ้าไม่ทำควรจะมีระบบการส่งต่อ (Referral system) ที่ เหมาะสมอย่างไร เป็นต้น และควรมีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ที่เป็นมาตรฐานกลางสำหรับการทำหัตถการเหล่านี้ เพื่อ ใช้เป็นมาตรฐานอ้างอิงสำหรับการให้บริการและการอ้างอิงในทางกฎหมาย

๕) ทบทวนนโยบายและยุทธศาสตร์การจัดเครือข่ายบริการสุขภาพและ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และส่งเสริมกระบวนการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วม ของภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้ดำเนินการไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน เช่น การ พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการลดความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่ที่คั่งมี การส่งเสริมบทบาทพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติ พัฒนาระบบแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว การพัฒนาเครือข่ายการบริการสุขภาพโดยใช้สารสนเทศทางภูมิ-

ศาสตร์ (Geographic Information System: GIS) ให้สามารถนำมาใช้ได้
อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสอดคล้องกับบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่ ซึ่ง
ต้องอาศัยความเข้าใจและความร่วมมือจากองค์กรต่างๆ เช่น กระทรวง
สาธารณสุข สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล ราช
วิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว รวมถึงองค์กรภาคประชาชน เป็นต้น

๖) พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบ
สุขภาพชุมชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการระบบสุขภาพ
เสริมความสามารถของชุมชนและประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองและการ
สร้างเสริมสุขภาพ เพื่อลดการพึ่งพิงระบบบริการ

๓.๒ การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการ

หลักการแนวคิด

ระบบการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพมีองค์ประกอบที่สำคัญ ๓ ประการ
คือ มีระบบที่สามารถประกันคุณภาพได้ (Quality Assurance) มีการจัดการ
ความเสี่ยงที่ดี (Risk Management) และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
(Continuous Quality Improvement) ซึ่งกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่าง
ต่อเนื่องเป็นส่วนที่มีความสำคัญ ที่ทำให้สององค์ประกอบแรกมีความสมบูรณ์
มากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งต้องการกลไกสนับสนุนให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เช่น
การมีทิศทางนโยบายที่ชัดเจนทั้งของสถานพยาบาลและของระบบในภาพรวม
การมีระบบการตรวจสอบและประเมินและประเมินผลทั้งภายในและภายนอก
องค์กร รวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเหมาะสม เป็นต้น

สถานการณ์ของประเทศไทย

การพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลในประเทศไทย มีการดำเนินการ
มาอย่างยาวนานตั้งแต่มีการเริ่มรวบรวมองค์ความรู้และจัดทำมาตรฐาน
ของการแพทย์แผนไทยในอดีต หลังจากมีการนำระบบการแพทย์แผนใหม่เข้ามา

ในประเทศไทยก็มีการนำแนวคิดทฤษฎีและมาตรฐานใหม่ๆ มาใช้ในการพัฒนา มาตรฐานของสถานพยาบาลต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น ทฤษฎีว่าด้วยการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อ (Infectious Control) เป็นต้น

หลายสิบปีที่ผ่านมามีการนำแนวคิดเรื่องคุณภาพ (Quality) เข้ามา เผยแพร่ในสังคมไทยทั้งจากประเทศญี่ปุ่นและประเทศฝั่งตะวันตก องค์กรต่างๆ รวมถึงสถานพยาบาลต่างๆ ได้นำแนวคิดเหล่านี้ไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย เมื่อเริ่มมีกระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพจึงมีสถานพยาบาลจำนวนมากเข้ารับการตรวจประเมินและได้รับการรับรองคุณภาพ เช่น มาตรฐาน ISO หรือ ๕ส. เป็นต้น และต่อมาเมื่อมีการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (พรพ.) และมีกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation หรือ HA) จึงมีโรงพยาบาลจำนวนมากเข้ารับการตรวจประเมิน และหลังจากเริ่มดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีระบบการทำ สัญญา (Contract) การให้บริการระหว่างสถานพยาบาลกับสำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่กำหนดว่าโรงพยาบาลจะต้องมีระบบการ พัฒนาคุณภาพ ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ผลักดันให้มีสถานพยาบาลเข้าร่วมการพัฒนา คุณภาพตามมาตรฐาน HA นี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มาตรฐาน HA จึงกลายเป็น กลไกหลักที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการดูแลสุขภาพของประเทศไทย

นอกจากกระบวนการตรวจประเมินแล้ว พรพ. ยังมีระบบที่สนับสนุน การพัฒนาของโรงพยาบาลต่างๆ เช่น การพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการ พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น กำหนดเป้าหมาย ความปลอดภัย (Patient Safety Goals) ของประเทศไทยเพื่อกระตุ้นให้โรง พยาบาลมีจุดเน้นในการพัฒนาร่วมกันชัดเจน ใช้อักษรย่อว่า "SIMPLE" (มา จาก Safe Surgery, Infection control, Medication and Blood safety, Patient care process, Line/Tube/Catheter และ Emergency response) การมีโปรแกรมการฝึกอบรมต่างๆ อย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี และการจัดการ ประชุมระดับชาติ (Nation Forum) ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมา เกือบสิบปี ซึ่งมีผู้สนใจเข้าร่วมหลายพันคน เป็นกิจกรรมที่สำคัญที่กระตุ้นให้

เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการพัฒนาอย่างกว้างขวาง แต่ พรพ. มีข้อจำกัด ทั้งในเรื่องของบุคลากรและองค์กรทำให้กระบวนการพัฒนาเป็นไปอย่างยากลำบาก และมีปัญหาติดขัดมากมาย เช่น การมีจำนวนผู้เยี่ยมชมสำรวจ (Surveyors) ไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งต้องรอเป็นเวลานานจนเกิดความท้อแท้ในการพัฒนาคุณภาพ

นอกจากการพัฒนาตามมาตรฐาน HA แล้ว ปัจจุบันโรงพยาบาลต่างๆ ยังมีการพัฒนาด้วยระบบคุณภาพและมาตรฐานอื่นๆ ด้วย เช่น ระบบการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่ายที่จัดตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข (Hospital Network Quality Audit หรือ HNQA) มาตรฐานบริการสาธารณสุขที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข กระบวนการพัฒนาคด้วยมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) ของโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่ง หรือการพัฒนาด้วยมาตรฐาน TQA (Thailand Quality Award) ซึ่งนำแบบอย่างมาจากรางวัลคุณภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

สถานการณ์ในต่างประเทศ

ในหลายประเทศมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีกระบวนการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพที่หลากหลาย ทั้งระบบสมัครใจและระบบบังคับที่มีข้อกำหนดกฎหมายที่ชัดเจน มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการติดตามตรวจสอบคุณภาพทั้งระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และระดับนานาชาติ มีการประกวดแข่งขัน การให้รางวัลเชิดชูเกียรติต่างๆ มากมาย เช่น สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ชื่อว่า The Joint Commission (TJC) มีบทบาทอย่างสูงในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและได้รับการยอมรับจากภาครัฐจนสภาองค์กรต้องนำข้อเสนอหลายอย่างไปใช้เป็นนโยบายระดับประเทศ อีกทั้งยังมีการพัฒนาเป็นหน่วยงานรับรองคุณภาพในระดับนานาชาติที่ชื่อว่า Joint Commission International (JCI)

นอกจากการพัฒนาในด้านกระบวนการดูแลรักษาแล้ว ปัจจุบันองค์กรด้านสุขภาพจำนวนมากยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้านการบริหารจัดการ

เนื่องจากเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัย ในสหรัฐอเมริกาคณะกรรมการรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (The Malcolm Baldrige National Quality Award หรือ MBNQA) จึงกำหนดให้ม็รางวัลประเภทองค์กรด้านสุขภาพ (Health Care Organization) ขึ้นในปี ๒๕๔๓ โดยรางวัล MBNQA นี้ ประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกาจะเป็นผู้มอบรางวัลด้วยตนเอง จึงแสดงถึงการให้ความสำคัญอย่างชัดเจนของรัฐบาลต่อการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งนอกจากมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลอย่างชัดเจนในการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงประมาณยี่สิบปีที่ผ่านมา

ประเด็นที่ทั่วโลกกำลังให้ความสนใจอย่างมากในปัจจุบัน คือเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย หลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย ได้มีการกำหนดและประกาศเป้าหมายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goal) ของตนเอง และองค์การอนามัยโลกได้จัดตั้ง World Alliance for Patient Safety ขึ้นในปี ๒๕๔๗ เนื่องจากมีการรับรู้และตระหนักมากขึ้นว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากทั่วโลกที่ได้รับอันตรายจากระบบบริการ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา เช่น ในรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ๒๕๕๑ กล่าวถึงกรณีตัวอย่างของอันตรายจากการฉีดยาว่า ในแต่ละปีทั่วโลกจะมีการฉีดยาประมาณ ๑๖,๐๐๐ ล้านครั้ง ซึ่งประมาณร้อยละ ๔๐ เป็นการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาที่ใช้ซ้ำโดยไม่มีการทำความสะอาด ในบางประเทศอาจมากถึงร้อยละ ๗๐ การฉีดยาอย่างไม่ปลอดภัยนี้เป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตของประชาชนประมาณ ๑.๓ ล้านคน ที่มีสาเหตุหลักจากการติดเชื้อไวรัส เช่น ตับอักเสบบี ตับอักเสบบี และเอชไอวี (เชื้อโรคเอดส์) เป็นต้น

ข้อเสนอเพื่อการดำเนินการสำหรับประเทศไทย

๑) กำหนดให้ "การพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์และความปลอดภัยของผู้ป่วย" เป็นนโยบายระดับชาติ และมีการประกาศเป้าหมายระดับชาติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) โดยรัฐบาล

๒) สร้างกระแสการพัฒนาคุณภาพในทุกวงการทั่วประเทศ โดยรัฐบาลควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง เช่น นายกรัฐมนตรีควรเป็นผู้มอบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นรางวัลคุณภาพสูงสุดของประเทศด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยสร้างคุณค่าให้กับรางวัลและเป็นการกระตุ้นให้องค์กรต่างๆ รวมทั้งสถานพยาบาลสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจังมากขึ้น

๓) พัฒนาองค์กรสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น โดยเฉพาะสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) โดยพัฒนาให้เป็นองค์กรที่มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการมากยิ่งขึ้น

๔) ส่งเสริมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพทั้งในระดับพื้นที่ ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ เช่น การส่งเสริมการสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการจัดประชุมวิชาการระดับชาติและระดับนานาชาติ อย่างต่อเนื่องในด้านการพัฒนาคุณภาพ

๕) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและชุมชน ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลต่างๆ ในทุกระดับ

๖) ส่งเสริมกระบวนการทำงานแบบสหวิชาชีพ ทั้งในกระบวนการให้บริการและการพัฒนาคุณภาพ

๓.๓ การศึกษาและพัฒนาวิชาชีพ

หลักการแนวคิด

เนื่องจากองค์ความรู้ในระบบการดูแลสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างรวดเร็ว ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่เคยใช้อาจกลายเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องในช่วงเวลาไม่นาน บุคลากรแต่ละคนต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลปะในการทำงาน ทำให้มีความแตกต่างหลากหลายของการตัดสินใจ จนบางอย่างก็ยากจะกำหนดเป็นมาตรฐานที่ชัดเจนได้ ต้องอาศัยการเรียนรู้และฝึกฝนเฉพาะบุคคล และประการสำคัญคือ การต้องเกี่ยวข้องกับเรื่องของชีวิต ความเป็นความตาย

ของผู้คนทำให้ต้องอาศัยคุณธรรมและจริยธรรมอย่างสูง การพัฒนาบุคลากร
ในวิชาชีพด้านสุขภาพจึงต้องมีกระบวนการที่เหมาะสม และจำเป็นต้องมีระบบ
สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์ของประเทศไทย

การพัฒนาวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ เป็นวิชาชีพที่ได้รับการ
การยอมรับนับถือและถูกคาดหวังจากสังคมในด้านความรู้ความสามารถ และ
คุณธรรมจริยธรรมตั้งแต่นในอดีต จึงมีการให้ความสำคัญอย่างจริงจังใน
กระบวนการจัดการศึกษา โดยเฉพาะในด้านคุณธรรมจริยธรรม มีการสอน
ด้านจริยธรรมกันอย่างจริงจัง ในปี ๒๕๕๐ เจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี
(หม่อมมรราชวงศ์เปี้ย มาลากุล) เมื่อครั้งดำรงตำแหน่งพระยาวิสุทธสุริยศักดิ์ ได้
รวบรวมคำบรรยายและการสอนจรรยาแก่นักศึกษาแพทย์ที่โรงเรียนราช
แพทยาลัย เป็นหนังสือ **"จรรยาแพทย์"** ที่ยังใช้อ้างอิงกันอยู่จนถึงปัจจุบัน

การเรียนการสอนและมีกิจกรรมบุคลากรทางการแพทย์ ในสถาบันการ
ศึกษาต่างๆ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยองค์ความรู้จากทั้งในและต่าง
ประเทศ มีการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult learning system
หรือ Andragogy) มากขึ้น เช่น การเรียนโดยใช้ปัญหาหรือบริบทเป็นฐาน
การเรียนรู้จากสถานการณ์จริง และมีการให้ความสำคัญกับการเรียนรู้มีคิดด้าน
ความเป็นมนุษย์มากขึ้น รวมถึงการส่งเสริมการเรียนรู้ในด้านคุณธรรมและ
จริยธรรมของวิชาชีพที่มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง

การเรียนรู้และพัฒนานอกสถาบันการศึกษา มีกระบวนการที่หลาย
หลายขึ้นอยู่กับหน่วยงาน และตัวบุคลากรแต่ละคนเอง มีการนำระบบการ
ศึกษาต่อเนื่องมาใช้ในหลายวิชาชีพเช่น แพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล เป็นต้น
ซึ่งในบางวิชาชีพกำหนดเป็นกระบวนการบังคับโดยมีผลกับการต่อใบอนุญาต
ประกอบวิชาชีพสำหรับแพทย์ เคยมีการนำระบบ CME (Continuous Medical
Education) มาใช้แต่ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากถูกคัดค้านจากหลายฝ่าย
ปัจจุบันจึงเป็นระบบสมัครใจเท่านั้น

ในด้านการสนับสนุนด้านวิชาการ หลายหน่วยงาน เช่น สถาบันการศึกษา หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนในการฝึกอบรม รวมถึงเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานพยาบาลต่างๆ บางแห่งมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ เช่น การจัดแพทย์เฉพาะทางเป็นที่ปรึกษาให้กับแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ เป็นต้น และมีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ต่างๆ มากขึ้น

ในการส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาด้านคุณธรรมและจริยธรรม มีการดำเนินการทั้งโดยสถานพยาบาลแต่ละแห่งเอง และโดยองค์กรภายนอก เช่น กระบวนการพัฒนาระบบบริการที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ดังกล่าวแล้วในข้อเสนอมາตรการที่ ๓.๕ มีการคัดเลือกและมอบรางวัลเชิดชูเกียรติให้กับบุคลากรที่เป็นแบบอย่าง เช่น รางวัลแพทย์ดีเด่น พยาบาลดีเด่นต่างๆ เป็นต้น และมีการจัดทำสื่อเพื่อเผยแพร่กรณีตัวอย่างที่ดีๆ ออกสู่สังคมมากขึ้นเรื่อยๆ

นอกจากนี้ยังมีสื่อที่มีผลต่อความเข้าใจและการพัฒนาวิชาชีพ เช่น เรื่องสั้นเรื่อง **"หมอเมืองพร้าว"** ที่กลายเป็นแรงบันดาลใจให้กับหลายคน ในการเป็นแพทย์ หรือหนังสือ **"ตามทางท่าน"** ที่เขียนโดย พ.ญ.อนพร รัตนสุวรรณ ในปี ๒๕๔๖ ที่นำเสนอเรื่องราวของบุคคลสำคัญที่เป็นตัวอย่างในวงการแพทย์ของโลก เพื่อเป็นแรงบันดาลใจในการทำงานอย่างมีความสุขให้กับแพทย์

สถานการณ์ในต่างประเทศ

การพัฒนากุศลกรในหลายประเทศมีกระบวนการพัฒนาที่เป็นระบบที่อาจนำมาใช้เป็นแบบอย่างได้ เช่น การให้นักศึกษาไปเป็นอาสาสมัครในพื้นที่ที่มีปัญหาสาธารณสุข เช่น ในประเทศด้อยพัฒนาต่างๆ การจัดระบบการศึกษาต่อเนื่อง หรือการมีกระบวนการพัฒนากุศลกรในหน่วยงานอย่างเป็นระบบของสถานพยาบาลต่างๆ รวมถึงการจัดหลักสูตรการเรียนรู้ด้วยตนเองขององค์กรต่างๆ ที่ทำให้อุศลกรสามารถศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมได้ในระหว่างการทำงาน เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีความพยายามให้เกิดความตื่นตัวและพัฒนาของวงการแพทย์ โดยการสะท้อนจากผู้ที่อยู่นอกวงการโดยการใช้สื่อต่างๆ เช่น ภาพยนตร์

ละคร สารคดี หนังสือต่างๆ เป็นต้น ซึ่งสื่อเหล่านี้ นอกจากมีผลต่อประเทศผู้สร้างแล้วยังมีผลต่อประเทศต่างๆ ที่รับสื่อเหล่านี้ไปด้วย เช่น ภาพยนตร์เรื่อง **Path Adam** ที่สถาบันการศึกษาในประเทศไทยหลายแห่งได้ใช้ในการสอนนักศึกษา

ข้อเสนอการดำเนินการสำหรับประเทศไทย

๑) ส่งเสริมให้ระบบการศึกษาตั้งแต่ระดับปฐมวัย และการอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กให้มีความเมตตากรุณา เห็นอกเห็นใจและเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น มีความเสียสละลดความเห็นแก่ตัว โดยอาจกำหนดเป็นส่วนหนึ่งในนโยบายพัฒนาการศึกษาของชาติ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานสำคัญของเยาวชนที่จะมาเป็นบุคลากรของระบบการดูแลสุขภาพในอนาคต

๒) พัฒนาระบบการแนะแนวการศึกษา การเตรียมตัว และการคัดเลือกผู้ที่จะเข้ารับการศึกษาระดับวิชาชีพด้านสุขภาพ

๓) พัฒนาระบบการจัดการศึกษาของทุกสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ให้ส่งเสริมการสร้างจริยธรรมและค่านิยม (Ethic and Value) รวมถึงพัฒนาระบบการสอบให้มีการวัดผลการพัฒนาจริยธรรมและค่านิยมวิชาชีพด้วย เช่น ระบบการสอบเพื่อขอรับใบประกอบวิชาชีพ ที่ใช้ข้อสอบกลาง (National test) เป็นต้น

๔) พัฒนาระบบการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพ ทั้งในระหว่างการเรียนในสถานศึกษาและในการทำงาน

๕) ควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนและดำเนินการอย่างจริงจังในส่งเสริมระบบพัฒนาและการศึกษาต่อเนื่องของวิชาชีพต่างๆ เช่น การพัฒนาระบบการศึกษาต่อเนื่อง (Continuous Education, CE) เป็นต้น รวมถึงสนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาด้วยตนเอง เพื่อให้บุคลากรสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้องลาหรือหยุดงาน

๖) ควรพัฒนาระบบพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาให้กับบุคลากรต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรจบใหม่ ทั้งในด้านวิชาการ ด้านการทำงานและด้านการใช้

ชีวิตให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากขึ้นตั้งแต่ระดับหน่วยงานระดับจังหวัด ระดับเขต จนถึงระดับประเทศ

๗) สร้างระบบการยกย่องชื่นชมบุคลากรที่เป็นแบบอย่างในด้านต่างๆ อย่างกว้างขวางและทั่วถึง และนำเสนอเรื่องราวให้กับสังคมได้รับรู้

๘) ควรส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้จากบุคลากรอาวุโสหรือบุคคลที่เป็นแบบอย่างด้วยกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ เช่น การพูดคุยถ่ายทอดคอกุมคติ หรือการจัดทำสื่อเผยแพร่ เป็นต้น

๙) ส่งเสริมการพัฒนาสื่อในรูปแบบต่างๆ เช่น การผลิตภาพยนตร์ สารคดี หนังสือ เรื่องสั้น นวนิยาย หรือสื่ออื่นๆ เช่น การประกวดหนังสือ (Short fiction) เรื่องสั้น เพื่อส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมวิชาชีพ และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวิชาชีพให้กับสังคมและนักเรียนนักศึกษาที่สนใจมาทำงานในวิชาชีพเหล่านี้

๓.๔ การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์

หลักการแนวคิด

เรื่องคุณธรรมจริยธรรมและการใส่ใจในความเป็นมนุษย์ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล เป็นสิ่งที่มีมาคู่กับการพัฒนาวิชาชีพตั้งแต่อดีตกาล จนกระทั่งในปัจจุบันเมื่อระบบการดูแลสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นการแพทย์แบบชีวกลไก (Bio-medical) มากขึ้น ที่มีแนวคิดแบบลดทอนความเป็นมนุษย์เหลือเพียงกลไกทางชีววิทยา มีการศึกษาค้นคว้าวิจัยลึกลงไปถึงระดับโมเลกุล มีเทคโนโลยีและเครื่องมือทันสมัยต่างๆ มากขึ้น เพื่อตรวจสอบค้นหาความผิดปกติของ "กลไก" ให้ความสำคัญกับโรคมากกว่าจะเห็น ความเจ็บป่วยและความทุกข์ของคนทุกคน

อีกทั้งระบบบริการทางการแพทย์เป็นระบบที่ซับซ้อนและเต็มไปด้วยสิ่งที่ไม่ก็วิชาการด้านสังคมเรียกว่าความรุนแรง (Violence) ในรูปแบบต่างๆ ทั้ง

ความรุนแรงทางตรงที่มีผลกระทบต่อร่างกาย เช่น การใช้เข็มหรือใช้มีดกับร่างกายของผู้ป่วย การมัดผู้ป่วยติดกับเตียง (restrain) ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง เช่น ความแตกต่างของความรู้ทำให้มองผู้ป่วยว่า "โง่" หรือการไม่ได้รับยาที่จำเป็นแต่มีราคาแพงเพราะไม่มีเงิน หรือความรุนแรงทางวัฒนธรรม เช่น การแยกผู้ป่วยติดเชื้อไปอยู่ในห้องแยกโรคที่เหมือนการขังเดี่ยว การถูกลดคุณค่าด้วยการตีตราว่าเป็น "คนบ้า" หรือ "คนพิการ" เป็นต้น ซึ่งความรุนแรงเหล่านี้มีผลทำให้ความรู้สึกถึงความเป็นมนุษย์ (Humanity) ของผู้ป่วยลดลง และการอยู่ในระบบที่มีภารกิจซ้ำๆ ทำให้ผู้ให้บริการรับรู้ถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยลดลง จึงทำให้ระบบบริการทางการแพทย์เกิดความขัดแย้งขึ้นตลอดเวลา

ระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) คือระบบที่มีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์ของผู้คนที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลสุขภาพมากขึ้น จึงเป็นกระบวนการที่ช่วยในการลดความรุนแรง ซึ่งจะช่วยให้ความขัดแย้งต่างๆ ลดลง และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีความสุขมากขึ้นได้ในระยะยาว

สถานการณ์ของประเทศไทย

ความใส่ใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยกลายเป็นประเด็นที่ถูกกล่าวถึงกันมากขึ้นในหลายสิบปีที่ผ่านมา มีหนังสือที่มอบคุณค่าต่อความคิดของผู้คนในสังคม เช่น หนังสือแปลชื่อ **"แพทย์-เทพเจ้ากาฬี"** (Medical Nemesis) ของไอวาน อิลลิช ที่วิพากษ์วิจารณ์ระบบการแพทย์ในประเทศตะวันตก หรือ หนังสือ **"รักษาโรคหรือรักษาคน"** ของ นพ. ประเวศ วะสี ที่กล่าวถึงระบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทย หลังจากนั้นมาก็มีการพูดถึงประเด็นเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง

จนกระทั่งในปี ๒๕๔๘ เมื่อ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ได้มีโอกาสไปศึกษางานที่โรงพยาบาลพุทธฉือจี้ ที่ประเทศไต้หวัน และในปี ๒๕๔๘ ศ.นพ. ประเวศ วะสี ประธานมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติได้นำคณะไปศึกษางานอีกครั้ง จึงได้เห็นตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของระบบการดูแลสุขภาพ ที่มีพื้นฐานอยู่บน

การช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์อย่างแท้จริง หลังกลับจากงานยังคงมีการจัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหารูปแบบของ **"ระบบการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์"** ในบริบทของสังคมไทย เวทีที่สำคัญคือการประชุม สัมมนาสุขภาพแห่งชาติในเดือนตุลาคม ๒๕๔๘ มีการขยายความคิดนี้ออกไปสู่ สังคม ซึ่งได้รับการตอบรับอย่างดี มีหลายองค์กรนำไปดำเนินการอย่าง จริงจัง เช่น มีการจัดตั้งเครือข่ายพัฒนาระบบสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ (คสม.) แผนงานพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพ มูลนิธิสคศรี-สฤษดิ์วงศ์ (มสส.) ได้นำ เรื่องนี้ไปดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม มีเครือข่ายกว้างขวางทั้งในสถานพยาบาล สถานศึกษาที่ทำหน้าที่ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ และองค์กรด้านสุขภาพ ต่างๆ และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ยังได้นำไปกำหนด เป็นหัวข้อของการประชุมระดับชาติด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA National Forum) ในปี ๒๕๕๐ โดยใช้หัวข้อ **"คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ"** มี ผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ ๖,๐๐๐ คน ทำให้แนวคิดนี้กระจายไปสู่โรงพยาบาล ต่างๆ อย่างรวดเร็ว ซึ่งจากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆ พบว่ามีตัวอย่าง การดำเนินการที่ดีอยู่มากมาย เช่น กิจกรรมของกลุ่มจิตอาสาต่างๆ ในโรง พยาบาล กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจิต เวชหรือผู้พิการ เป็นต้น ในด้านการพัฒนาบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ทั้ง ๑๘ คณะได้ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้และได้ร่วมกันจัดการประชุมแพทยศาสตร์ ศึกษาครั้งที่ ๘ ที่มีประเด็นหลักคือ **"แพทยศาสตร์ศึกษาที่มีหัวใจความเป็น มนุษย์"**

ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการส่งเสริม กิจกรรมอาสาสมัคร **"แบบจิตอาสา"** ในโรงพยาบาลต่างๆ จากการดำเนินการ พบอุปสรรคคือ บุคลากรไม่เข้าใจ ไม่เห็นความสำคัญ การมอบหมายงานไม่ ชัดเจน ไม่ตรงกับความสามารถ อาสาสมัครขาดแรงจูงใจ และขาดแคลนอาสา-สมัคร

นอกจากนี้ยังมีกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อน ต่อความเป็นมนุษย์อย่างกว้างขวางไม่ได้จำกัดอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ รวมจนถึงการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยบุคลากรที่สถื่อนอนามัย มีการส่งเสริม

การเรียนรู้โดยใช้พลังของเรื่องเล่า (Narrative) ที่มีพลังในการสร้างจินตนาการและแรงบันดาลใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการพัฒนาระบบการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ซึ่งเป็นเรื่องทีละเอียดย่อยและมีความยากยิ่ง

อีกด้านหนึ่งที่มีความสำคัญที่มีผลต่อการให้การดูแลสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์คือการจัดสิ่งแวดล้อมที่ให้ความสำคัญกับความรับรู้และสัมผัส (senses and sensibility) ที่ปัจจุบันสถานพยาบาลส่วนใหญ่มีความหยาดกระจ่าย มีลักษณะของโรงงานอุตสาหกรรมมากกว่าสถานที่เยียวยา จึงมีสถานพยาบาลจำนวนมากปรับปรุงพัฒนา เช่น การจัดสวน การใช้ศิลปะในการตกแต่ง ซึ่งสามารถทำได้โดยไม่ต้องเน้นความหรูหรา แต่สิ่งที่ยังเป็นปัญหาคือการดำเนินการทั้งการตกแต่งภายในและการจัดสวนมักทำโดยความคิดเห็นและการออกแบบของบุคลากรในโรงพยาบาลเอง ทำให้ไม่ได้ตามความต้องการและบางครั้งสูญเสียงบประมาณไปอย่างไม่คุ้มค่า

สถานการณ์ในต่างประเทศ

การพัฒนามิติความเป็นมนุษย์ในระบบการดูแลสุขภาพ มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ที่เห็นเด่นชัดจะเป็นสถานพยาบาลที่เป็นขององค์กรศาสนาต่างๆ เช่น โรงพยาบาลของคริสต์ศาสนิกายต่างๆ ในหลายๆ ประเทศ หรือโรงพยาบาลพุทธฉือจี้ ของมูลนิธิฉือจี้ ที่ประเทศไต้หวัน ซึ่งเป็นองค์กรศาสนาพุทธ นิกายมหายาน เป็นต้น

จุดเปลี่ยนที่สำคัญอย่างหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพทั่วโลก คือการเสนอให้องค์กรอนามัยโลกปรับนิยามคำว่า "สุขภาพ" (Health) โดยให้มีการเพิ่มมิติด้าน "สุขภาพทางจิตวิญญาณ" (Spiritual Health) มีการวิพากษ์วิจารณ์และมีความพยายามพัฒนากันอย่างกว้างขวางในหลายๆ รูปแบบ เช่น การพัฒนาด้านจริยธรรมและพฤติกรรมในการให้การดูแลสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ การปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพ การพัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น และการพัฒนาสิ่งแวดล้อม เช่น สิ่งก่อสร้าง รวมถึงการตกแต่งภายใน และภูมิทัศน์ภายนอกที่มีการใช้ศิลปะและการออกแบบที่สอดคล้องกับความเป็นมนุษย์ มีการศึกษาใน

เรื่องสุนทรียศาสตร์ (Aesthetic) และผลของสิ่งแวดล้อมกับการบำบัดรักษา (Healing Environment) มากขึ้น ซึ่งมีผลให้การออกแบบโรงพยาบาลในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก และมีกระบวนการตรวจประเมินประกวดแข่งขัน ทำให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนามากขึ้น

ข้อเสนอการดำเนินการสำหรับประเทศไทย

๑) ควรกำหนดวาระเรื่อง "การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์" เป็นนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ มีการวางยุทธศาสตร์และแผนการทำงานร่วมกันระหว่างทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จัดตั้งกลไกในการผลักดันและองค์กรในการส่งเสริมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๒) ส่งเสริมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการศึกษาดูงาน หรือการจัดเวทีสัมมนาทางวิชาการทั้งในระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และระดับนานาชาติ ในเรื่องการพัฒนาการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ และมีการผลิตเอกสารและสื่อต่างๆ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และผลักดันไปสู่การปฏิบัติอย่างกว้างขวาง

๓) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในระบบการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมการเป็นอาสาสมัครในด้านการดูแลสุขภาพทั้งในและนอกสถานพยาบาล โดยการร่วมมือกันขององค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน โดยการรวบรวมและพัฒนาเครือข่ายที่มีอยู่ในปัจจุบัน ส่งเสริมการประสานความร่วมมือกับสถานพยาบาลต่างๆ เช่น มูลนิธิฉีประเทศไทย องค์กรด้านศาสนา องค์กรสาธารณกุศลต่างๆ เป็นต้น

๔) สร้างเสริมกระบวนการยกย่องชื่นชมบุคลากร องค์กร หรือบุคคลที่เป็นแบบอย่างให้กับสาธารณชนได้รับรู้

๕) ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลสุขภาพ ในด้านคุณธรรมจริยธรรม การปฏิบัติและพัฒนาจิตใจตามหลักศาสนา

๖) สร้างความร่วมมือกับองค์กรด้านวิศวกรรมและการออกแบบ รวมถึงด้านการออกแบบภูมิสถาปัตย์ในการร่วมกับพัฒนาสิ่งแวดล้อมในด้านการ

คู่มือการรักษา (Healing Environment) ทั้งในด้านวิชาการ การพัฒนาบุคลากร
ด้านการออกแบบ และการพัฒนาระบบการประจักษ์ให้รางวัลเพื่อสร้างแรง
จูงใจในการพัฒนาเป็นต้น

๗. ข้อเสนอเพื่อการดำเนินการ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลทางวิชาการ ประกอบกับการจัด
เวทีสาธารณะรับฟังความเห็นจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สามารถประมวลเป็น
ข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะที่สำคัญเพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้
ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ได้ดังนี้

๗.๑ หลักการที่สำคัญในการดำเนินการแก้ปัญหา

ในการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ
กับบุคลากรทางการแพทย์ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องยึดหลักการสำคัญ ๓
ประการ คือ

๑) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์
(Humanized Health Care) วัฒนธรรมไทยที่เป็นพื้นฐานวิถีชีวิตของคนไทยที่
สืบทอดมาตั้งแต่อดีต คือวัฒนธรรมน้ำใจ ซึ่งเป็นเรื่องของจิตใจที่มีความเอื้อ
เพื่อเมื่อแผ่มีความปรารถนาดีต่อกัน พร้อมทั้งจะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความ
เมตตากรุณาให้กับคนอื่น อีกฝ่ายหนึ่งก็มีความกตัญญู มีความรู้สึกเป็นบุญคุณ
ในระบบการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นระบบหนึ่งของสังคมไทยก็มีความจำเป็นที่ควร
ยึดถือวัฒนธรรมที่ค้ำจุนนี้เป็นพื้นฐานในการทำงานด้วย ซึ่งในปัจจุบันกำลังมี
การขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์อยู่แล้ว จึง
ควรสนับสนุนหลักการนี้ให้มีการขยายต่อไปอย่างต่อเนื่อง

๒) การเสริมสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Trust) พื้นฐานสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพคือความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ เหมือนในอดีตที่บุคลากรทางการแพทย์จะให้ความสำคัญกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและประชาชนเป็นหลัก โดยจะได้รับความเคารพนับถือและไว้วางใจจากผู้ป่วยและสังคมที่ระดมมอบอำนาจให้การดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิต ความไว้วางใจซึ่งกันและกันนี้มีผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพขึ้นและแม้เกิดเหตุอันไม่พึงประสงค์ก็ยังคงรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันได้ แต่ปัจจุบันความสัมพันธ์ดังกล่าวแปรเปลี่ยนไปด้วยเหตุปัจจัยหลายประการ ฉะนั้นหลักการสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทุกฝ่ายต้องยึดถือคือ การร่วมกันเสริมสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันให้แน่นแฟ้นคงเดิมโดยเร็ว

๓) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Participation) ปัญหาความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางต่อสังคม และมีแนวโน้มขยายตัวอย่างรวดเร็ว หลายฝ่ายเร่งเสนอหนทางแก้ปัญหาคิดว่าเป็นหนทางที่ดีที่สุด แต่เนื่องจากปัญหานี้มีความซับซ้อน อ่อนไหวและไม่สามารถตัดสินใจได้โดยมาตรฐานหรือวิธีใดอย่างใดอย่างหนึ่ง การดำเนินการแต่ละอย่างอาจส่งผลดีในด้านหนึ่งแต่ก็อาจส่งผลเสียในอีกด้านหนึ่ง เนื่องจากแต่ละฝ่ายมักยึดผลประโยชน์ของฝ่ายคนเป็นที่ตั้ง ขาดการมองปัญหาอย่างรอบด้าน ดังนั้นหลักการสำคัญที่ต้องยึดเป็นหลักในการทำงานจึงจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่การร่วมกันหาทางออกโดยเปิดใจรับฟังซึ่งกันและกัน จนถึงการนำหนทางนั้นไปดำเนินการทั้งการทำงานร่วมกันและการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของตน โดยมีเป้าหมายในการสร้างความสันติและสุขภาวะของสังคมร่วมกัน

๗.๒ ข้อเสนอแนะนโยบายและมาตรการที่สำคัญ

ในการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ รัฐบาลควรผลักดันให้นโยบาย "การสร้างความสมานฉันท์ในระบบการดูแลสุขภาพ" เป็นวาระสำคัญระดับชาติ เพื่อให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและป้องกันมิให้ปัญหาลุกลามรุนแรงจนมีผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ของสังคม และของประเทศได้ โดยมีมาตรการรองรับนโยบายที่จะต้องดำเนินการ ดังนี้

๑) รัฐบาลควรเร่งผลักดันการออกกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ที่อยู่ในขั้นตอนของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ให้มีผลบังคับใช้โดยเร็ว

๒) กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเร่งผลักดันให้มีองค์กรกลางที่เป็นอิสระทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและการเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ โดยเร่งผลักดันการออกพระราชกฤษฎีกาสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ค้างอยู่โดยเร็ว รวมถึงเร่งดำเนินการดังต่อไปนี้

ก. ทบทวนมาตรฐานและกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในระบบการดูแลสุขภาพ โดยให้สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ รวมทั้งความต้องการและความจำเป็นของประชาชน เพื่อให้ทั้งประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจ โดยเฉพาะในประเด็นที่กำลังเป็นปัญหาวิกฤติ ได้แก่ การผ่าตัดรักษาโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute Appendicitis) การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Caesarian Section) ในโรงพยาบาลของรัฐในส่วนภูมิภาค เป็นต้น

ข. พัฒนาระบบสนับสนุนให้มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระดับประเทศเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีระบบการคุ้มครองผู้รายงานและการรักษาความลับของผู้ป่วย

๓) กระทรวงสาธารณสุข ควรพัฒนาให้ศูนย์สนับสนุนวิธีสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่เข้มแข็ง มีความพร้อมโดยเฉพาะในด้านบุคลากรที่มีความรู้ความ

สามารถเป็นกลไกที่มีอิสระ สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่ามีความเป็นกลาง มีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายโดยเฉพาะองค์กรภายนอกและภาคประชาชน เพื่อให้เป็นกลไกกลางในการแก้ไขข้อขัดแย้ง พัฒนาระบบการสร้างความสมานฉันท์ด้วยสันติวิธี และเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีในระบบการดูแลสุขภาพของประเทศ รวมถึงให้มีการสร้างเสริมและพัฒนากลไกการสร้างความสมานฉันท์ที่มีอยู่อย่างหลากหลายในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศให้เข้มแข็งครอบคลุมทุกระดับ โดยร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างเต็มที่

๔) รัฐบาลควรพัฒนากลไกภาครัฐและส่งเสริมกลไกภาคประชาชน เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลและช่วยเหลือประชาชนในกรณีได้รับความเสียหายจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการช่วยเหลือดูแลด้านจิตใจ การเป็นที่ปรึกษาในกระบวนการดำเนินคดีที่อาจจะเกิดขึ้น และควรเร่งศึกษาเพื่อกำหนดแนวทางและกระบวนการเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนและบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยให้มีความชัดเจนโดยเร็ว

๕) รัฐบาลควรร่วมกับกลไกวิชาชีพและกลไกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบให้ความช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งการให้คำปรึกษา การดูแลด้านจิตใจ ให้ข้อมูลและความช่วยเหลือในกรณีที่ต้องเกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือถูกฟ้องร้องดำเนินคดี รวมถึงเร่งรัดให้มีระบบที่เลี้ยงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะบุคลากรจบใหม่ ที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ

๖) ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพ ทั้งในด้านความเสี่ยงและความไม่แน่นอนของผลการดูแลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในกระบวนการดูแลที่ได้มาตรฐาน รวมถึงความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติและทุกข์ของบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งควรส่งเสริมการสื่อสารเรื่องราวที่ดีในระบบการดูแลสุขภาพให้สาธารณะได้รับรู้ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างกันของทุกฝ่าย

๗) รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขควรผลักดันให้มีการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพของประเทศอย่างต่อเนื่อง รวมถึงควรเร่งรัดและผลักดันการแก้ปัญหาความขาดแคลนและการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา

อย่างเป็นระบบ

๔) กระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ รวมถึงสถาบันการศึกษาและหน่วยงานทางวิชาการ ควรพัฒนาระบบการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมอุดมคติและจริยธรรมของวิชาชีพ และควรผลักดันให้บุคลากรทางการแพทย์มีการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Education) ทั้งในและนอกสถาบันการศึกษา ซึ่งรวมถึงการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การสร้างเสริมเจตคติที่ดีในการเอาใจใส่ดูแล การให้เวลา และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษามากขึ้น

๕) กระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ องค์กรทางวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเร่งรัดให้มีการศึกษาวิจัยและการจัดการความรู้ ในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเรื่อง

ก. การพัฒนาระบบกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ ที่ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับความคุ้มครองจากการให้การดูแลที่ก่อให้เกิดอันตราย (Harmful practice) และบุคลากรทางการแพทย์จะได้รับความคุ้มครองจากการฟ้องร้องที่ปราศจากคุณธรรม (Unmeritorious lawsuit)

ข. การพัฒนากระบวนการในด้านต่างๆ ได้แก่ การตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การจัดการความขัดแย้ง การไกล่เกลี่ย การเยียวยา การบริหารความเสี่ยงและการฟื้นฟูความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้จากพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ ค้นหาตัวอย่างการปฏิบัติที่ดี (Good Practices) และพัฒนาเป็นแนวทาง (Guideline) ที่เหมาะสมเพื่อนำไปใช้ดำเนินการในสถานบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

ค. ความเป็นไปได้และความเหมาะสม รวมถึงแนวทางการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์แสดงความเสียใจต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นและให้การช่วยเหลือดูแลผู้ได้รับผลกระทบ โดยไม่ต้องวิตกกังวลว่าจะถูกนำมาใช้ในการฟ้องร้องดำเนินคดี

๑๐) กระทรวงสาธารณสุขควรเร่งผลักดันแนวทางการทำงานที่เสริมสร้างความเข้มแข็งของกระบวนการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมและพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะการร่วมเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาหรือคณะกรรมการบริหารอย่างเป็นทางการ รวมถึงกระบวนการจิตอาสาเพื่อสร้างความใกล้ชิดระหว่างสถานบริการสาธารณสุขกับชุมชนให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น

๑๑) รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม สภาวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชน ควรร่วมกันพัฒนากระบวนการยุติธรรมทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น และให้ความมั่นใจในการสร้างความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย รวมถึงการทบทวนและพัฒนากระบวนการทางจริยธรรมของสภาวิชาชีพด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและได้รับความไว้วางใจมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการพิจารณาปฏิรูปกลไกการดำเนินงานด้านจริยธรรมขององค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข ให้ภาคประชาชนได้มีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น

เพื่อให้การดำเนินการตามข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการเหล่านี้มีความเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม ควรมีกลไกติดตามดูแลและประสานงานกลางที่ประกอบด้วยผู้แทนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุน และติดตามประเมินผล ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่รัฐบาล หน่วยงาน องค์กรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับ จาก การระดมความคิดเห็นในเวทีต่างๆ ได้มีข้อเสนอว่าควรเป็นกลไกที่มีความเป็นกลางและอิสระ ซึ่งที่ประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติเมื่อวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๑ มีมติให้เสนอเรื่องนี้ต่อ คสช. เพื่อพิจารณาว่ากลไกนี้เป็นกลไกภายใต้ คสช. หรือภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

ภายหลังที่คณะทำงานพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ได้พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายข้างต้นเสร็จเรียบร้อยแล้ว สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) ซึ่งเป็นกลไกเลขานุการคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ และเป็นสมาชิกสมัชชา

สุขภาพแห่งชาติในนามเครือข่ายสถาบันวิชาการ ๕ ได้เสนอข้อเสนอเชิงนโยบายนี้เป็นระเบียบวาระเร่งด่วนในการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๑๑-๑๓ ธันวาคม ๒๕๕๑ ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร โดยมีองค์กรภาคีเครือข่ายให้การรับรอง จำนวน ๑๑ เครือข่าย (รายละเอียดตามภาคผนวก) ซึ่งคณะอนุกรรมการบริหาร ในคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้มีมติให้บรรจุข้อเสนอเชิงนโยบายที่ สวค. เสนอ เป็นระเบียบวาระที่ ๓.๑๓ และได้ นำเข้าสู่การประชุมคณะอนุกรรมการดำเนินการประชุม คณะที่ ๒ ซึ่งคณะอนุกรรมการชุดนี้ได้มีการประชุมครั้งที่ห้า เมื่อวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๕๑ โดยมีแพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง และ ผศ.ดร.พงษ์เทพ สุธีรวิมล เป็นประธานที่ประชุม และที่ประชุมมีมติเห็นชอบเสนอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ รับรองมติ ซึ่งต่อมาสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ได้มีการประชุมรับรองมติ ในวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๕๑ และมีมติเห็นชอบตามมติของที่ประชุมคณะอนุกรรมการดำเนินการประชุมคณะที่ ๒ รวม ๓ ข้อคือ

๑. เห็นด้วยกับการพัฒนานโยบายดำเนินการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ระหว่างดำเนินการของ คสช. (มีการเปลี่ยนแปลงชื่อข้อเสนอเชิงนโยบายจากเดิม "การแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์")

๒. เห็นชอบกับสาระสำคัญ ข้อเสนอการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ตามเอกสารแนบท้าย

๑. ให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๓.๑ นำสาระสำคัญข้อเสนอตามมติข้อ ๒ ไปเสนอต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการดำเนินการต่อไป

๓.๒ เผยแพร่ ประสาน สนับสนุนและผลักดันให้หน่วยงานองค์กร ภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั่วประเทศมีการดำเนินงานตามแนวทางการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ที่วางไว้ อย่างกว้างขวาง

๓.๓ ติดตามผลการดำเนินงานตามแนวทางการส่งเสริมความ

สัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ในทางปฏิบัติเพื่อ รายงานความคืบหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกสองปี

สำหรับสาระสำคัญ ข้อเสนอการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มีมติเห็นชอบ ในการกำหนดเป็นเอกสารแนบท้ายมติที่ประชุมตามข้อ ๒ ได้กำหนดไว้ดังนี้

๑. ขอให้รัฐบาลและรัฐสภา พิจารณาคำเนินการ ดังนี้

๑.๑ ผลักดันให้นโยบาย "การสร้างความสมานฉันท์ในระบบการ ดูแลสุขภาพ" เป็นวาระสำคัญระดับชาติ โดยเร่งผลักดันการออกกฎหมายว่า ด้วยการคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ที่อยู่ในขั้นตอนของ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ให้มีความเป็นธรรมกับผู้ป่วย ญาติและ บุคลากรทางการแพทย์และมีผลบังคับใช้โดยเร็ว รวมทั้งเร่งผลักดันการออก พระราชกฤษฎีกาสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ค้างอยู่โดย เร็ว และเร่งผลักดันให้ประชาชนสามารถใช้บัตรประชาชนในการรับบริการ สาธารณสุข

๑.๒ พัฒนากลไกภาครัฐและส่งเสริมกลไกภาคประชาชน เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลและช่วยเหลือประชาชนในกรณีได้รับความ เสียหายจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการ ช่วยเหลือดูแลด้านจิตใจ รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องและประสาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความช่วยเหลือครบถ้วนผู้เสียหาย การเป็นที่ ปรีกษาในกระบวนการดำเนินคดีที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งกำหนดแนวทางและ กระบวนการเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนและบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยให้มี ความชัดเจนโดยเร็ว

๑.๓ การสร้างช่องทาง กลไกและกระบวนการดูแลผู้รับบริการ ที่มีปัญหากับผู้ให้บริการในสถานบริการทุกระดับโดยให้บุคลากรภายนอกมี ส่วนร่วม

๒. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เร่งดำเนินการดังต่อไปนี้

๒.๑ จัดให้มีองค์กรกลางที่เป็นอิสระทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนาคูณภาพและการเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

๒.๒ ทบทวนมาตรฐานและกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในระบบการดูแลสุขภาพ โดยให้สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ รวมทั้งสอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของประชาชน เพื่อให้ทั้งประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจ

๒.๓ พัฒนาระบบสนับสนุนให้มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในกระบวนการดูแลที่ได้มาตรฐานในระดับประเทศเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคูณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีระบบการคุ้มครองผู้รายงานและการรักษาความลับของผู้ป่วย

๒.๔ เสริมสร้างความเข้มแข็งของศูนย์สนับสนุนวิชาการสุขภาพ ให้มีค่านบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และเป็นกลไกกลางในการแก้ไขข้อขัดแย้งที่มีอิสระ สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่ามีความเป็นกลาง มีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายโดยเฉพาะองค์กรภายนอกและภาคประชาชน

๒.๕ พัฒนาระบบให้ความช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับกลไกวิชาชีพและกลไกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านการให้คำปรึกษาการดูแลด้านจิตใจ ให้ข้อมูลและความช่วยเหลือในกรณีที่ต้องเกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือถูกฟ้องร้องดำเนินคดี รวมถึงเร่งรัดให้มีระบบพี่เลี้ยงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะบุคลากรจบใหม่ ที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ

๒.๖ ผลักดันให้มีการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชนของประเทศอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเร่งรัดและผลักดันการแก้ปัญหาความขาดแคลนและการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขารวมทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมระบบสวัสดิการ แรงจูงใจในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

๒.๗ พัฒนาระบบการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมอุดมคติและจริยธรรมของวิชาชีพ และผลักดันให้บุคลากร

ทางการแพทย์มีการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Education) ทั้งในและนอกสถาบันการศึกษา ซึ่งรวมถึงการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การเจรจาต่อรองใกล้เคียง การสร้างเสริมเจตคติที่ดีในการเอาใจใส่ดูแล การใช้เวลา และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา มากขึ้น โดยเฉพาะผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส

๒.๘ เร่งรัดให้มีการศึกษาวิจัยและการจัดการความรู้ ในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเรื่อง

ก. การพัฒนาระบบกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ ที่ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับความคุ้มครองจากการให้การดูแลที่ก่อให้เกิดอันตราย (Harmful practice) และบุคลากรทางการแพทย์จะได้รับความคุ้มครองจากการฟ้องร้องที่ปราศจากคุณธรรม (Unmeritorious lawsuit)

ข. การพัฒนากระบวนการในด้านต่างๆ ได้แก่ การตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การจัดการความขัดแย้ง การใกล้เคียง การเยียวยา การบริหารความเสี่ยงและการฟื้นฟูความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้จากพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ ค้นหาตัวอย่างการปฏิบัติที่ดี และพัฒนาเป็นแนวทางที่เหมาะสมเพื่อนำไปใช้ดำเนินการในสถานบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

ค. ความเป็นไปได้และความเหมาะสม รวมถึงแนวทางการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์แสดงความเสียใจต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นและให้การช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ โดยไม่ต้องวิตกกังวลว่าจะถูกนำมาใช้ในการฟ้องร้องดำเนินคดี

๒.๘ ผลักดันแนวทางการทำงานที่เสริมสร้างความเข้มแข็งของกระบวนการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมและพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ เช่น การร่วมเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาหรือคณะกรรมการบริหารอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงกระบวนการจิตอาสาเพื่อ

สร้างความใกล้ชิดระหว่างสถานบริการสาธารณสุขกับชุมชนให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น

๒.๑๐ ร่วมกับกระทรวงยุติธรรม สภาวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชน พัฒนาระบบการยุติธรรมทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น รวมถึงการทบทวนและพัฒนาระบบการทางจริยธรรมของสภาวิชาชีพ คำนึงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการพิจารณาปฏิรูปกลไกการดำเนินงานด้านจริยธรรมขององค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข ให้ภาคประชาชนได้มีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้นอย่างจริงจังรวมทั้งให้สภาวิชาชีพมีองค์ประกอบจากบุคคลภายนอกในสัดส่วนอย่างเหมาะสม

๒.๑๑ ทบทวนและปรับปรุงกระบวนการ กลไกและเงื่อนไขในการให้การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้ทุนการศึกษา

๓. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งกลไกติดตามดูแลและประสานงานกลางภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุน และติดตามประเมินผล ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่รัฐบาล หน่วยงาน องค์กรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับ

๔. ขอให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพ ทั้งในด้านการเสี่ยงและความไม่แน่นอนของผลการดูแล เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในกระบวนการดูแลที่ได้มาตรฐาน รวมถึงความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติและทุกข์ของบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งควรส่งเสริมการสื่อสารเรื่องราวที่ดีในระบบการดูแลสุขภาพให้สาธารณะได้รับรู้ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างกันของทุกฝ่าย

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

๑. เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ,(๒๕๕๗) ผลงานนวัตกรรมด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รพ.ภูกระดึง จ.เลย. เอกสารการนำเสนอ.
๒. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, บรรณาธิการ. (๒๕๕๘). ความดีที่เยี่ยมยอด เรื่องเล่า กับการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. กรุงเทพฯ.
๓. เจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี (หม่อมราชวงศ์เปีย มาลากุล). (๒๕๕๐). จรรยาแพทย์. ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น.
๔. ฉันทนา ผดุงทศ, คณินนิจ นิชานนท์, และภัทรินทร์ คณะมี. (๒๕๕๘). บทคัดย่อเรื่อง ชั่วโมงการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
๕. อเรศ ภัรชันย์รวีวงศ์. (๒๕๕๑). การดำเนินงานการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมกิจกรรมอาสาสมัคร "แบบจิตอาสา" ในระบบบริการสุขภาพ โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุม
๖. ธนพร รัตนสุวรรณ.(๒๕๕๖). ตามทางท่าน แรงคลีใจของแพทย์. เรือนแก้วการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
๗. บรรพต คันธีรวงศ์ (ไม่ระบุปี). สภาพการณ์และการวิเคราะห์ปัญหาความขัดแย้งในระบบการแพทย์และสาธารณสุข: แนวคิดการแก้ไขด้วยสันติวิธี. เอกสารโรเนียว. ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข.
๘. บรรพต คันธีรวงศ์. (๒๕๕๘). การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสื่อสารในโรงพยาบาลเพื่อลดความขัดแย้ง ผู้ให้และผู้รับบริการสาธารณสุข เอกสารนำเสนอในการประชุม ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘

๘. บรรพต คันธธีรวงศ์.(ไม่ระบุปี). การฟื้นฟูความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสาธารณสุข: การป้องกันและแก้ไขการฟ้องร้อง. เอกสารโรเนียว. ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข.

๑๐. ปรัชญา อยู่ประเสริฐ. (๒๕๕๗). สำนักงระงับข้อพิพาท. กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทและบทบาทสำนักงระงับข้อพิพาท. เอกสารนำเสนอในการประชุม, ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๗.

๑๑. แผนงานพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพ, มูลนิธิสคศรี-สฤษดิ์วงศ์. (๒๕๕๐) เรื่องเล่าจากเครือข่ายพัฒนาระบบสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์, พิมพ์ครั้งที่ ๑, กรุงเทพฯ.

๑๒. แผนงานพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพ, มูลนิธิสคศรี-สฤษดิ์วงศ์. (๒๕๕๐) แพทย์ศาสตร์ศึกษาของกรวม, พิมพ์ครั้งที่ ๑, กรุงเทพฯ.

๑๓. พระไพศาล วิสาโล และคณะ. (๒๕๕๐). สันติ-สุขภาพวะสันติวิธีกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสุขภาพ นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

๑๔. พิฑูร ธรรมธรานนท์. (ไม่ระบุปี). สิทธิในเวชระเบียน...มุมมองที่แตกต่าง, จาก www.mnrh.in.th

๑๕. ภัคดี สีนุกการณ์. (๒๕๕๓) เมื่อชาวบ้านโคกขี้น โรงพยาบาลเล็ก ลง ใน ปาฐกถาอุทัย สุขสุข (ครั้งที่ ๓) เรื่อง จิวแล้วแจ้ว, มูลนิธิ อุทัย สุขสุข.

๑๖. รัตนสิทธิ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ พรรณารุโณทัย, และธนเสฏฐ์กุลจิรมากันต์. (๒๕๕๐). กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ "Mechanism of Compensation for Medical Adverse Events in Thailand" เอกสารเสนอต่อสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหา วิทยาลัยนเรศวร.

๑๗. ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ ภัคดี, และจิราพร ชมศรี. (๒๕๕๘) การชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องรับผิดชอบ: การทบทวนประสบการณ์ใน ๖ ประเทศ. เอกสารประกอบการประชุม International Conference on Cost Containment in National Health Insurance

System, Chiangmai, 24-25 February 2005.

๑๘. วันชัย วัฒนศัพท์ (๒๕๖๖). ความขัดแย้งในการบริการทางการแพทย์: ทางออกแก่ผู้เสียหายหรือแพทย์โดยสันติวิธี. แหล่งที่มา: <http://www.kpi.ac.th> อ้างใน พระไพศาล วิสาโล และคณะ. (๒๕๕๐). สันติ-สุขภาพะ สันติวิธีกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสุขภาพ นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

๑๙. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. แปล. (๒๕๕๑). การปฏิรูปความรับผิดชอบทางกฎหมายของแพทย์ คำแถลงของแพทยสมาคมโลก. เอกสารประกอบเวทีสุนทรียเสวนา เพื่อสร้างความเข้าใจ พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑. ๑๗ กันยายน ๒๕๕๑. กรุงเทพฯ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒๐. ศาลจังหวัดทุ่งสง (๒๕๕๐). คำพิพากษาคดีหมายเลขคำที่ ๒๒๔๔/๒๕๕๕ คดีหมายเลขแดงที่ ๒๘๖๑/๒๕๕๐ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๕๐.

๒๑. ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๐). การจัดตั้งระบบไกล่เกลี่ยค้ำานสาธารณสุข(นอกศาล) และช่องทางเข้าสู่ระบบการผลิตและพัฒนาผู้ไกล่เกลี่ยค้ำานสาธารณสุขและหนังสือสั่งการของปลัดกระทรวงฯ เรื่องการจัดตั้งศูนย์ไกล่เกลี่ยโรงพยาบาล, การประชุม สัมมนาระดับประเทศผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด, ๑๖-๑๗ กรกฎาคม ๒๕๕๐.

๒๒. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (๒๕๕๗) ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิมพ์ครั้งที่ ๔

๒๓. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (๒๕๕๑) สถานการณ์ด้านคุณภาพและมาตรฐานบริการ. เอกสารประกอบการประชุม, ๑๘ มีนาคม ๒๕๕๑

๒๔. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, แสง บุญเฉลิมวิภาส, และอเนก ยมจินดา (๒๕๕๕). สิทธิผู้ป่วยและการประเมินตนเองเพื่อป้องกันการถูกฟ้องร้อง. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

๒๕. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๗-๒๕๕๘). ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการต่อโครงการหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้า ปี ๒๕๕๗, ๒๕๕๘, ๒๕๕๘.

๒๖. สุภรณต์ โรจนไพรวงศ์. (๒๕๕๒). *ทุกข์จากโรงพยาบาล, มุลนิธิเพื่อผู้บริโภค.*

๒๗. อนุวัฒน์ ศุภชุกติกุล. (๒๕๕๑) *เลื่อนไหล เลียบเลาะ เจาะลึก: รวมบทความ HA ที่ตีพิมพ์ในวารสาร Medical times และ Quality care. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล*

๒๘. อภิราชย์ ชันเสน. (๒๕๕๑). *พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑ กับบริการสาธารณสุข. เอกสารประกอบเวทีสุนทรียเสวนา เพื่อสร้างความเข้าใจ พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑. ๑๗ กันยายน ๒๕๕๑. กรุงเทพฯ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ*

๒๙. อารยา ชูมกา (บรรณาธิการ). (๒๕๕๑). *ทางออกเชิงระบบ กรณีคนไข้ฟ้องหมอ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ.*

๓๐. อารยา ชูมกา. (๒๕๕๑). *ทำไมคนไข้ไม่ฟ้องหมอ, สำนัก งานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.*

๓๑. อัมพล จินดาวัฒน์, บรรณาธิการ. (๒๕๕๘). *จิตอาสา พลังสร้างโลก.*

๓๒. อิทพร คณะเจริญ. (๒๕๕๑). *ข้อเท็จจริงแพทยสภา ผู้ดูแลมิตรคนแรกและคนสุดท้ายของชีวิต. เอกสารอัดสำเนา.แพทยสภา*

ภาษาอังกฤษ

1. Christo Boshoff, Ed Peelen, Marian Hoogendoorn, and Yolanda van der Kraan. (2550) *A DIFFERENTIATED APPROACH TO SERVICE RECOVERY.* Nyenrode Research Group, Breukelen, November 2005 [<http://www.nyenrode.nl/research/publications>]

2. ccess to medical records, [http://www.citizensinformation.ie/categories/health/legal-matters-and-health/access_to_medical_records]

3. Cheryl Seals-Gonzalez. NAVIGATING THE HEALTHCARE CONFLICT RESOLUTION MAZE [http://consensus.fsu.edu/academic_directory/casestudies2000/Gonzales_HealthCare.pdf]
4. Lauren F B. (2007). Health law "I'm sorry" laws and medical liability. *American Medical Association Journal of Ethics*, April 2007, Volume 9, Number 4 : 300-304.
5. Hong SC, Ju C L, Chien M T (2008). The influence of service recovery on perceived justice under different involvement level: an evidence of retail industry. *Contemporary Management Research* Pages 57-82, Vol. 4, No. 1, March 2008
6. How do I access my health records?, [<http://www.nhsdirect.nhs.uk>]
7. Julie Hamblin. (1994). Breen v Williams - Right of Access to Medical Records Denied Privacy Law and Policy Reporter 1994 [<http://www.austlii.edu.au/au/journals/PLPR/1994/109.html>]
8. Massachusetts Coalition for Prevention of Medical Errors. (2006). *When Things Go Wrong: Responding to adverse event. A Consensus Statement of Harvard Hospitals*. March 2006
9. MINNESOTA DEPARTMENT OF HEALTH. (2008) FOURTH ANNUAL PUBLIC REPORT: Adverse Health Events in Minnesota. January 2008
10. National Institute of Standards and Technology. (2000). *Baldrige National Quality Program 2000 : Health Care Criteria for Performance Excellence*.
11. Pam Marshall, Rob Robson. (2003). *Conflict Resolution in Healthcare: An Overview*. *Interaction*, Vol. 16, Number 1/2 [http://www.mediatecalm.ca/pdfs/conflict_resolution_overview.pdf]

12. Peter Geier. (2006). Emerging Med-Mal Strategy: 'I'm Sorry' Early apology concept spreads. The National Law Journal, July 24, 2006. [<http://www.law.com>]

13. Reddy B S. Apology and Medical Error Full Disclosure Programs: Is Saying "I'm Sorry" the Answer to Reducing Hospital Legal Costs? [[http://www.law.uh.edu/healthlaw/perspectives/2006%5C\(BR\)ApologiesFinal.pdf](http://www.law.uh.edu/healthlaw/perspectives/2006%5C(BR)ApologiesFinal.pdf)]

14. Saul N W, Ross M W, Robert W G and Bernadette H. (2000). Epidemiology of Medical Error. BMJ 2000; 320:774-777.

15. Steve Kraman, Victim Compensation Without Litigation - the Lexington Experience, [<http://www.sorryworks.net/files/Kraman-Presentation.ppt>]

16. University of Miami Ethics Program. A Guide to Corporate Social Responsibility (CSR) [www3.miami.edu/ethics/pdf_files/csr_guide.pdf]

17. Veterans Health Administration. (2004). SERVICE RECOVERY IN THE VETERANS HEALTH ADMINISTRATION. VHA HANDBOOK 1003.2 Transmittal Sheet February 4, 2004.

18. WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. (2005). WHO Draft Guidelines for adverse event reporting and learning systems: From information to action. World Health Organization.

19. World Alliance for Patient Safety. Research for Patient Safety: Better Knowledge for Safer Care. World Health Organization, 2008.

Website

๑. มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค <http://www.consumerthat.org>
๒. แพทยสภา <http://www.tmc.or.th>
๓. แพทยสภาสหราชอาณาจักร www.gmc-uk.org
๔. แพทยสภาประเทศนิวซีแลนด์ www.mcnz.org.nz
๕. แพทยสภาประเทศแคนาดา <http://www.mcc.ca>



ภาคผนวก

(สำเนา)
คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ที่ ๓ / ๒๕๕๐
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

อนุสนธิจากประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๐ เมื่อวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๐ ได้มีมติเห็นชอบให้แต่งตั้งศาสตราจารย์เกษม วัฒนชัย เป็นประธานคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ นั้น

เพื่อให้การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ – ๒๕๕๘ ที่คณะรัฐมนตรีให้ความชอบ เมื่อวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๕๐ อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๒๕ (๘) และมติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๐ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | | |
|-----|---|------------------|
| ๑.๑ | ศาสตราจารย์เกษม วัฒนชัย | ประธานกรรมการ |
| ๑.๒ | นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | รองประธานกรรมการ |
| ๑.๓ | ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ | กรรมการ |
| ๑.๔ | เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | กรรมการ |
| ๑.๕ | เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน | กรรมการ |
| ๑.๖ | เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการส่วนท้องถิ่น | กรรมการ |
| ๑.๗ | เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ | กรรมการ |
| ๑.๘ | เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| ๑.๙ | ผู้แทนกระทรวงกลาโหม | กรรมการ |

๑.๑๐ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
๑.๑๑ ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข ค้ำกำลังคนสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๑๒ นายกแพทยสภา	กรรมการ
๑.๑๓ นายกทันตแพทยสภา	กรรมการ
๑.๑๔ นายกสภาเภสัชกรรม	กรรมการ
๑.๑๕ นายกสภาการพยาบาล	กรรมการ
๑.๑๖ นายกสภาเทคนิคการแพทย์	กรรมการ
๑.๑๗ นายกสภากายภาพบำบัด	กรรมการ
๑.๑๘ ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๑๙ นายกสมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์ แห่งประเทศไทย	กรรมการ
๑.๒๐ ประธานมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค	กรรมการ
๑.๒๑ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	กรรมการ
๑.๒๒ นายลัทธ์ หนูประดิษฐ์	กรรมการ
๑.๒๓ นายสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์	กรรมการ
๑.๒๔ ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	กรรมการ
๑.๒๕ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
๑.๒๖ กรรมการตามวาระการประชุมหรือ ตามที่ประธานกรรมการให้ความเห็นชอบ อีกไม่เกินคราวละ ๕ ท่าน	กรรมการ
๑.๒๗ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	กรรมการและ เลขานุการ
๑.๒๘ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ เลขานุการร่วม
๑.๒๙ รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข	ผู้ช่วยเลขานุการ

- ๑.๑๐ ผู้จัดการแผนงานพัฒนากำลัคนค้ำน ผู้ช่วยเลขานุการ
สุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ๑.๑๑ ผู้อำนวยการกลุ่มงานพัฒนานโยบาย ผู้ช่วยเลขานุการ
สาธารณะและยุทธศาสตร์เพื่อ
สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

๒. หน้าที่และอำนาจ

- ๒.๑ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในการขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลัคนค้ำนสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรม
- ๒.๒ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกำลัคนค้ำนสุขภาพตามที่หน่วยงานต่างๆ เสนอคณะรัฐมนตรี ตามที่คณะรัฐมนตรี หรือคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลัคนค้ำนสุขภาพแห่งชาติ
- ๒.๓ กำกับ ติดตาม ประเมินผลความสำเร็จตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลัคนค้ำนสุขภาพแห่งชาติ
- ๒.๔ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานเพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น
- ๒.๕ ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๐
ลงชื่อ นายไพฑูลย์ วัฒนศิริธรรม
(นายไพฑูลย์ วัฒนศิริธรรม)
รองนายกรัฐมนตรี
ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

รับรองสำเนาถูกต้อง
ลงชื่อ ปิติพร จันทรทัต ณ อยู่อยุธยา
(นางปิติพร จันทรทัต ณ อยู่อยุธยา)
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๐

สำเนา
คำสั่งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ
ที่ ๑/๒๕๕๑
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อแก้ปัญหาความ
สัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์

.....

เนื่องจากในปัจจุบัน ปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์นับวันทวีความรุนแรงและขยายวงกว้างขึ้นเรื่อยๆ ตามลักษณะของสังคมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ในขณะที่ระบบต่างๆ ที่มีอยู่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาไม่เท่าทัน

อาศัยอำนาจตามคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๗/๒๕๕๐ ลงวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๐ ข้อ ๒.๕ จึงขอแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ดังมีองค์ประกอบหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ ที่ปรึกษา

- (๑) ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์
- (๒) นายแพทย์จักรธรรม ธรรมศักดิ์
- (๓) นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
- (๔) ศาสตราจารย์แสง บุญเฉลิมวิภาส

๑.๒ คณะทำงาน

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| (๑) นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ | ประธานคณะทำงาน |
| (๒) นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา | รองประธานคณะทำงาน |
| (๓) นายแพทย์บรรพต คັນธีรวงศ์ | ผู้ทำงาน |
| (๔) นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุกติกุล | ผู้ทำงาน |

(๕) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	ผู้ทำงาน
(๖) ผู้อำนวยการสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค	ผู้ทำงาน
(๗) รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ที่ได้รับมอบหมาย)	ผู้ทำงาน
(๘) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	ผู้ทำงาน
(๙) ผู้จัดการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคหรือผู้แทน	ผู้ทำงาน
(๑๐) ผู้อำนวยการสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ผู้ทำงาน
(๑๑) ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา (นายแพทย์ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย)	ผู้ทำงาน
(๑๒) นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	ผู้ทำงาน
(๑๓) นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต	ผู้ทำงาน
(๑๔) นายแพทย์ชินกร โนรี	ผู้ทำงาน
(๑๕) นายพงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์	ผู้ทำงานและเลขานุการ
(๑๖) นายแพทย์วิรุฬ ลิ้มสวาท	ผู้ทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๗) นางณิชชากร ศิริกนกวิไล	ผู้ทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

- ๒.๑ วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง
- ๒.๒ จัดเวทีสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- ๒.๓ จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ เสนอต่อคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ภายในระยะแรกไม่เกิน ๖ เดือน
- ๒.๔ ปฏิบัติงานอื่นตามที่คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๑

(ลงชื่อ) เกษม วัฒนชัย
(ศาสตราจารย์นายแพทย์เกษม วัฒนชัย)
ประธานกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

รับรองสำเนาถูกต้อง
(ลงชื่อ) วิสุทธิ บุญญะโสภิต
(นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต)
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๑

(สำเนา)
คำสั่งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ
ที่ ๓ / ๒๕๕๑
เรื่อง แต่งตั้งอนุกรรมการติดตามนโยบายการส่งเสริมความ
สัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

ตามมติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๑ ให้
ความเห็นชอบต่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่เห็นชอบต่อข้อ
เสนอเชิงนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติกับบุคลากร
ทางการแพทย์ ซึ่งต่อมาคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติเมื่อ
วันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๑ เห็นชอบให้นายสุพรรณ ศรีธรรมมา เป็นประธานอนุกรม
การติดตามนโยบายดังกล่าว และมีผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยกำลังคนด้านสุขภาพ
แห่งชาติเป็นเลขานุการนั้น

อาศัยอำนาจตามคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๓/๒๕๕๑ ลง
วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๑ ข้อ ๒.๕ จึงขอแต่งตั้งอนุกรรมการติดตามนโยบายการ
ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ คังมีองค์
ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ ที่ปรึกษา

- (๑) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- (๒) เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๓) เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- (๔) นางสมศรี เผ่าสวัสดิ์
- (๕) นางสาวกาญจนา กาญจนสินีทธิ์

๑.๒ คณะอนุกรรมการ

- | | |
|---|---------------------|
| (๑) นายสุพรรณ ศรีธรรมมา | ประธานอนุกรรมการ |
| (๒) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข | รองประธานอนุกรรมการ |
| (๓) นายธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ | อนุกรรมการ |

(๔) ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล	อนุกรรมการ
(๕) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
(๖) ผู้อำนวยการสำนักบริหารการชดเชยค่า บริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ	อนุกรรมการ
(๗) ผู้อำนวยการสำนักระงับข้อพิพาท สำนักงานศาลยุติธรรม	อนุกรรมการ
(๘) เลขาธิการแพทยสภา	อนุกรรมการ
(๙) เลขาธิการสภาการพยาบาล	อนุกรรมการ
(๑๐) เลขาธิการมูลนิธิแพทย์ชนบท	อนุกรรมการ
(๑๑) ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป	อนุกรรมการ
(๑๒) ประธานชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	อนุกรรมการ
(๑๓) เลขาธิการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค	อนุกรรมการ
(๑๔) ประธานเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์	อนุกรรมการ
(๑๕) นายพิชัย ศรีใส	อนุกรรมการ
(๑๖) นายน้ำค้าง มั่นศรีจันทร์	อนุกรรมการ
(๑๗) ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคน ด้านสุขภาพ	อนุกรรมการ และเลขานุการ
(๑๘) ดร.นงลักษณ์ พะโกยะ	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๙) นางณิชากร ศิริกนกวิไล	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๐) นายวิรุฬ ลิ้มสวาท	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๑) นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ ติดตามและรายงานผลการดำเนินงานตามนโยบายการส่งเสริมความสัมพันธ
ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ให้แก่คณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ หน่วยงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง

๒.๒ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับ เพื่อการดำเนินงานตามนโยบายการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

๒.๓ แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น

๒.๔ ปฏิบัติงานอื่นตามที่คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๑
(ลงชื่อ) เกษม วัฒนชัย
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย)
ประธานกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

รับรองสำเนาถูกต้อง
(ลงชื่อ) วิสุทธิ บุญญะโสภิต
(นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต)
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๑

รายชื่อเครือข่ายที่ให้การรับรอง
ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ปัญหาความสัมพัทธ์
ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์
บรรจุเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑

.....

อันดับที่	ชื่อเครือข่าย
๑	เครือข่ายจังหวัดน่าน
๒	เครือข่ายจังหวัดสงขลา
๓	เครือข่ายจังหวัดพะเยา
๔	เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น
๕	เครือข่ายจังหวัดเพชรบูรณ์
๖	เครือข่ายจังหวัดพิจิตร
๗	เครือข่ายด้านการเกษตร
๘	เครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ
๘	เครือข่ายหมออนามัย
๑๐	เครือข่ายสถาบันวิชาการ ๑
๑๑	เครือข่ายสถาบันวิชาการ ๔

บทความที่เกี่ยวข้อง



บทนำ*

ทางออกเชิงระบบกรณีคนไข้ฟ้องหมอ

ศาสตราจารย์ นพ.เกษม วัฒนชัย

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้รับการกล่าวอ้างถึงมานับพันปี ในประวัติศาสตร์ของมนุษย์ปรากฏชื่อแพทย์ที่ได้รับการกล่าวถึง ๓ ชื่อ ท่านแรกคือ **หมอชีวกโกมารภัจจ์** แพทย์ในยุคพุทธกาล ซึ่งชื่อของท่านได้รับการบันทึกไว้ในพระไตรปิฎก โดยสิ่งที่เป็นวัตรปฏิบัติของท่านทำให้ท่านได้รับการยกย่องคู่จตุเทพ ชื่อที่สอง คือ **หมอฮูโต** ซึ่งปรากฏชื่ออยู่ในวรรณคดีของจีน เรื่องสามก๊กว่า เป็นแพทย์มีฝีมือแห่งยุคสมัยนั้น ที่กลายเป็นเหยื่อของเผด็จการสมัยโจโฉ และชื่อที่สาม ปรากฏอยู่ในประวัติศาสตร์ของโลกตะวันตกในวัฒนธรรมกรีก คือ **อิปโปเครติส** ซึ่งนอกจากเป็นหมอแล้วยังเป็นคนช่างสังเกต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับครูบาอาจารย์ หมอกับประชาชนทั่วไป และโดยเฉพาะอย่างยิ่งหมอกับผู้ป่วย ท่านได้เขียนบันทึกความเห็นที่ได้รับการยอมรับและกลายมาเป็นหลักจรรยาบรรณแพทย์ทางตะวันตก ในภายหลัง นักศึกษาแพทย์จากสถาบันของทางตะวันตก ยังต้องกล่าวสิ่งที่เรียกว่า **"คำปฏิญาณคนอิปโปเครติส"** ซึ่งเนื้อหาของคำปฏิญาณนี้ยังไม่แล้วสมัย กระทั่งในปัจจุบัน

ในช่วงเกือบ ๑๐๐ ปีที่ผ่านมา มีบุคคลสำคัญในวงการแพทย์ของโลกอีก ๓ ท่านที่ได้รับการกล่าวถึง และนักเรียนแพทย์ทุกคนต้องรู้จัก คือ

*พิมพ์ครั้งแรกใน อารยา ชุมกนา. *ทางออกเชิงระบบกรณีคนไข้ฟ้องหมอ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๒. หน้า ๑๖-๑๘.

อัลเบิร์ต ซไวเซอร์ เป็นหมอเยอรมันอุทิศทั้งครอบครัวและชีวิตไปอยู่ในสหรัฐอเมริกาด้วยความเชื่อในมิชชั่นนารี ว่าคนเราต้องรักเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ชื่อที่สอง คือ **พระบรมราชชนก** พระองค์จบการศึกษาแพทยศาสตรจากต่างประเทศแล้วเข้าทำงานที่โรงพยาบาลศิริราชระยะหนึ่ง และขออาสาสมัครไปรักษาชาวบ้านที่เชียงใหม่ จนกระทั่งได้เป็น**หมอเจ้าฟ้า**ในใจคน อีกชื่อหนึ่งคือ **องค์กรการแพทย์ไร้พรมแดน** หรือเมคคิคัล ซอง ฟรอนเทียร์ (Medical San Frontier) เป็นกลุ่มแพทย์หนุ่มสาวจากทั่วโลกมารวมตัวกันเพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้เจ็บป่วยจากสงครามก็ติ จากที่ต้องพลัดถิ่นก็ติ จากความทุกข์ยากในภัยพิบัติก็ติ

ผมเชื่อว่าสิ่งที่บุคคลเหล่านี้ได้ปฏิบัติเป็นการแสดงออกถึงความรักในเพื่อนมนุษย์ อาชีพหมอเป็นอาชีพที่อยู่บนพื้นฐานของชีวิต เพราะฉะนั้นการที่วางรากฐานว่า ต้องสร้างความรักในเพื่อนมนุษย์เป็นเรื่องสำคัญมาก มาจนถึงวันนี้สังคมไทยก็ยังมีหมอรุ่นใหม่ที่อยู่ศึกษาตัวเองไปอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนในชนบทภาคต่างๆ อย่างมีความสุข ซึ่งก็เพราะเหตุผลนี้ คือ **ความรักในเพื่อนมนุษย์** นั่นเอง

ปัจจุบัน มีปรากฏการณ์ที่ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเปลี่ยนจากเดิมไปสู่อีกรูปแบบหนึ่ง คือ อุตสาหกรรมการแพทย์ ซึ่งได้รับการพัฒนามาเป็น ๑๐๐ ปีเช่นกัน ประกอบกับความรู้ทางด้านเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์การแพทย์ในช่วง ๒๐-๓๐ ปีหลังเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว การได้มาซึ่งยาใหม่ก็ติ อุปกรณ์ทางการแพทย์ใหม่ก็ติ ต้องมีการลงทุนมาก เมื่อลงทุนมากการกำหนดราคายาหรืออุปกรณ์เหล่านี้จึงสูงจึงแพงไปค้วย และเนื่องจากเทคโนโลยีใหม่ๆ มักมีประสิทธิภาพมากกว่าในการวินิจฉัยโรคและการรักษาโรค ทำให้หมอเกิดศรัทธา อยากใช้ทั้งอุปกรณ์และยารักษาที่มีราคาแพงในการรักษาผู้ป่วย

ปรากฏการณ์ที่สอง คือ ระบบการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบัน ซึ่งมีการส่งเสริมให้ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ อย่างเช่น นโยบาย Medical Hub ซึ่งทำให้บริการการแพทย์ในภาคเอกชนเติบโตอย่างมาก มีการดึงเอาอาจารย์แพทย์ที่มีฝีมือไปให้บริการค้วย ซึ่งเป็นวิวัฒนาการของระบบบริการการแพทย์ของไทย ที่อุตสาหกรรมการแพทย์เริ่มตั้งแต่คลินิกส่วนตัว

เล็กๆ หมอที่เป็นเจ้าของคลินิกก็บ๊ายบายออกไปเยี่ยมคนไข้ตามบ้าน และคนไข้รักมาก ท่านก็คิดค่ายาเพียง ๑๐ บาท ๒๐ บาท ก็มีให้เห็น จนกระทั่งปัจจุบันธุรกิจการแพทย์ส่วนหนึ่งก้าวหน้าไปถึงระดับกลายเป็นธุรกิจข้ามชาติ

ปรากฏการณ์ที่สาม คือ สังคมไทยกำลังอยู่ในสังคมสมัยใหม่ที่เน้นการบริโภค และทำให้ผู้รับบริการเกิดความคาดหวัง ยิ่งบริโภคของแพงยิ่งดี เป็นธรรมเนียมของการทำธุรกิจ เมื่อการแพทย์ส่วนนี้เข้าไปสู่แนวคิดแบบสังคมธุรกิจ เพราะมีการซื้อมา ความรู้สึกที่ฉันซื้อบริการนั้นมาในราคาแพง ประกอบกับแนวคิดในเรื่องของปัจเจกนิยม ทำให้เกิดการปกป้องผลประโยชน์ของตนเองมากขึ้น เพราะเมื่อจ่ายไปแล้วฉันก็ควรจะได้สิ่งที่พอใจ เมื่อไม่พอใจก็ต้องปกป้องผลประโยชน์ สิ่งต่างๆ เหล่านี้รวมทั้งประเด็นอื่นๆ ก็ทำให้เกิดปัญหาเรื่องการฟ้องร้องหมอนี้ขึ้นมา จนกลายเป็นความทุกข์ไปทั่วหน้า

กรณีที่หมอถูกศาลตัดสินจำคุก เป็นกรณีตัวอย่างที่ทำให้ทั้งฝ่ายตุลาการเองก็หันมามองเรื่องนี้ ที่ชัดเจนที่สุดคือเกิดผลกระทบต่อผู้ที่ทำงานอยู่ในวันนี้ หรือผู้ที่ไม่ทำงานแต่เป็นห่วงเป็นใย อย่างอาจารย์ประเวศ วะสี อย่างตัวผม เป็นห่วงว่าแล้วการแพทย์ของเราจะไปทางไหนในอีก ๒,๐๐๐-๓,๐๐๐ ปี อีก ๗๐๐-๘๐๐ ปี และอีก ๒๐-๓๐ ปีข้างหน้า

ประเด็นสุดท้าย คือ เรื่องธรรมชาติของการให้บริการทางการแพทย์ที่สังคมต้องเรียนรู้และยอมรับ คือ

หนึ่ง การแพทย์เป็นศาสตร์ทางชีววิทยา ไม่ใช่ศาสตร์ทางฟิสิกส์ หรือทางคณิตศาสตร์ที่ ๒+๒ ต้องเท่ากับ ๔ การตัดสินใจทางการแพทย์อาจทำให้ ๒+๒ ไม่เท่ากับ ๔ ก็ได้ บางครั้งอาจมากกว่า ๔ บางครั้งน้อยกว่า ๔ เพราะการแพทย์เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ หากการแพทย์เป็นศาสตร์ไปหมดก็ง่าย เรียนก็ง่าย เอามาใช้ก็ง่าย แต่ความจริงมันไม่ง่าย ต้องยอมรับธรรมชาติของมัน

สอง วิชาชีพแพทย์ไม่ได้วางอยู่บนธุรกิจ ๑๐๐% ธรรมชาติของวิชาชีพทำเช่นนั้นไม่ได้ นอกจากจริยธรรมวิชาชีพแล้วยังจำเป็นต้องใช้ศาสนธรรมเข้ามาช่วยอย่างมาก ไม่เช่นนั้นเราต้องใช้นิติธรรมเข้ามาแก้ปัญหา และเกิดปัญหาการฟ้องร้องขึ้น เรื่องกฎหมายกับวิชาชีพแพทย์นั้น ตัวอย่างใน

อเมริกาหมอทุกคนต้องรับผิดชอบต่อสังคม เฉกเช่นเดียวกับประชาชนคนอื่นเหมือนกัน หมอไม่ใช่อภิสิทธิ์ชน หมอต้องรับผิดชอบต่อกฎหมาย ทั้งทางแพ่งและอาญา เหมือนกับประชาชนคนหนึ่งในประเทศนั้นๆ แต่ในการปฏิบัติวิชาชีพหมอ ถ้าพิสูจนได้ว่าวางอยู่บนมาตรฐานกลางทางวิชาชีพ สังคมจะค้องปกป้องหมอ ที่อเมริกาไม่มีกฎหมายที่เอาผิดทางอาญาหมอ ส่วนผู้ป่วยจะเรียกร้องทางแพ่งก็ได้ จึงอยากเห็นนิคิธรรมของบ้านเรากลับกับประเทศทางตะวันตก คือ หากหมอปฏิบัติวิชาชีพด้วยความตั้งใจ เป็นไปตามมาตรฐานการรักษาที่พิสูจนได้ว่าไม่ได้ประมาท จะเอาผิดทางอาญากับหมอไม่ได้ ไม่เช่นนั้นจะเกิดปัญหาขาดแคลนหมอ

สังคมไทยกำลังมาถึงทางแยกว่า เราจะหาทางออกจากกระแสน้ำสองสีนี้อย่างไร ในสายน้ำเดียวกันนี้ ทำอย่างไรจึงจะเกิดสมดุล จะกลมกลืนกันได้ ทำอย่างไรเราจะออกแบบระบบสุขภาพ ซึ่งทุกฝ่ายได้ประโยชน์ และทุกฝ่ายมีความสุข หากเกิดระบบนั้นขึ้นได้ ผมเชื่อว่าจะกลายเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดพลัง เกิดการเสียสละ เกิดสิ่งดีงามในระบบสุขภาพของเราได้อีกครั้ง เหมือนที่เคยเป็นอยู่

สาเหตุของการฟ้องร้องกับการคุ้มครองแพทย์ ตามกฎหมาย*

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

สาเหตุของการฟ้องร้อง

เนื่องจากปัจจัย ๒ ประการ คือ

๑.๑ มีผลไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง (Serious unexpected outcome) เกิดขึ้น ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยตายหรือพิการ หรือได้รับความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น มีผลให้ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยมิได้คาดหมายมาก่อน ผลร้ายแรงดังกล่าว อาจจะเรียกได้หลายชื่อ เช่น ผลตาม (Consequence) โรคแทรกซ้อน (Complications) อุบัติเหตุ (Mishaps) ความผิดพลาด (Medical Error) อันตรายจากการรักษา (Medical Injury) โรคหมอมทำ (Iatrogenic diseases) ฯลฯ

สาเหตุของการเกิดผลไม่พึงประสงค์ดังกล่าว อาจจะแบ่งได้เป็น ๓ กลุ่มใหญ่ คือ

ก. ผลร้ายแรงดังกล่าว เกิดจากความรุนแรงของโรค หรือบาดเจ็บโดยคงอยู่แล้ว แม้แพทย์จะช่วยเหลือเต็มที่โดยถูกต้อง ก็ไม่อาจหลีกเลี่ยงมิให้เกิดผลนั้นได้ เช่น กรณีเลนส์ตาหลุดออกก่อนที่จะพบแพทย์ ต่อมาเกิดจอประสาทตาลอก ทำให้เสียสายตาไป กรณี Reye's Syndrome เป็นต้น

ข. ผลร้ายแรงดังกล่าวเกิดแทรกซ้อนที่ไม่อาจยับยั้งได้ (Unavoidable) เช่น กรณีแพ้ยาโดยไม่มีประวัติการแพ้มาก่อน

*พิมพ์ครั้งแรกใน อารยา ชูณกา. *ทางออกเชิงระบบกรณีคนไข้ฟ้องหมอ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๒. หน้า ๗๕-๘๑.

ค. ผลร้ายแรงดังกล่าว สามารถป้องกันหรือยับยั้งไม่ให้เกิดขึ้นได้ (Avoidable) แต่มีความบกพร่องในการที่ยับยั้งผลร้ายแรงนั้น ความบกพร่องดังกล่าวอาจจะเป็นผลจากความบกพร่องส่วนบุคคล (Personal error) หรือการบกพร่องของระบบงาน (Management error) หรือสองอย่างประกอบกัน เช่น โรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์ ๑ หรือ ๒ คน ซึ่งต้องเข้าเวรทุกวัน หรือวันเว้นวัน ถ้ามีผู้ป่วยมารับบริการมากย่อมเกินกำลังของบุคลากรที่มีอยู่ ความอ่อนล้าของร่างกายอาจนำไปสู่ความบกพร่องในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยบางอย่างได้ นี่เป็นความบกพร่องส่วนบุคคลซึ่งมาจากระบบ การให้เลือดที่มี HIV บวกแก่ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉินเกิดจากความบกพร่องของระบบตรวจสอบและระบบรายงานผล ส่วนกรณีแพทย์ละทิ้งหน้าที่ในการอยู่เวรเป็นความบกพร่องส่วนบุคคล ชัดเจน เป็นต้น

๑.๒ ปัจจัยที่มุ่งใจให้มีการตัดสินใจฟ้องร้อง ซึ่งประกอบด้วยเหตุใดเหตุหนึ่ง หรือหลายสาเหตุต่อไปนี้รวมกัน คือ

(๑) ผู้ฟ้องร้องเชื่อว่าความบกพร่องส่วนบุคคลเป็นสาเหตุทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์นั้น เช่น แพทย์ไม่อยู่ พยาบาลตามแพทย์ไม่ได้ แพทย์วินิจฉัยโรคผิด เป็นต้น

(๒) ผู้ฟ้องร้องคาดหวังถึงผลสำเร็จของบริการสูง เช่น บริการค้ำคัลยกรรมตกแต่ง ผู้ป่วยอาจหวังว่าทำแล้วจะให้รูปทรงของตนดูดีขึ้นอย่างมั่นใจ แต่ผลที่ออกมาไม่ถูกใจหรือกรณีเกิดผลไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเสี่ยงภัยอย่างเพียงพอก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจยอมรับบริการ

(๓) ผู้ฟ้องร้องไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่ออันตรายที่ไม่อาจยับยั้งได้ทั้งก่อนและหลังที่เกิดอันตรายขึ้นจากฝ่ายแพทย์และได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนจากบุคคลที่ ๓ ซึ่งอาจจะเป็นบุคลากรด้านสุขภาพเอง หรือบางครั้งได้รับข้อมูลจากฝ่ายผู้ให้บริการหลายคนไม่ตรงกัน การตัดสินใจฟ้องร้องก็เพื่อต้องการพิสูจน์ความจริง

(๔) ผู้ฟ้องร้องต้องการค่าสินไหมทดแทนความสูญเสียที่เกิดขึ้นทั้งค่าเสียหายที่ได้สูญเสียไปแล้วจากค่ารักษาพยาบาลและค่าสูญเสียที่จะเกิด

ต่อไปในอนาคต โดยเฉพาะกรณีความพิการหรือบกพร่องที่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพของเขา กรณีเช่นนี้อาชีพของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญด้วย

(๕) การฟ้องคดีแพ่งเรียกค่าเสียหายหลายราย ได้มีการแจ้งความดำเนินคดีอาญาค้ำย แต่ไม่มีการฟ้องร้องคดีต่อศาลและการฟ้องคดีเป็นมาตรการขั้นสุดท้ายที่ผู้เสียหายได้ร้องเรียนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นมาแล้ว แต่ไม่เป็นที่พอใจ

จากการศึกษาของ Hickson กับพวก ได้ทำการสัมภาษณ์ ๑๒๗ ครอบครัวในฟลอริดา ที่ฟ้องคดีความบกพร่องทางการแพทย์ในระหว่างช่วงการคลอด (Perinatal period) ซึ่งทุกรายทารกที่เกิดจะมีความพิการหรือตาย ต่อคำถามที่ว่า อะไรเป็นเหตุให้ตัดสินใจเรียกค่าเสียหาย คำตอบ

- มากกว่า ๗/๘ อ้างเหตุผลอื่นมากกว่าต้องการเงิน
- ๑/๗ ระบุว่า มีผู้อื่นแนะนำให้ฟ้อง หรือชักจูงให้ฟ้องคดี ส่วนใหญ่ของบุคคลที่แนะนำคือแพทย์
- ๑/๕ บอกว่าการฟ้องคดีของเขา เนื่องจากการตัดสินใจเพื่อบังคับให้แพทย์มาให้การในศาล เป็นวิธีเดียวที่เขาจะหาความจริงได้ว่าอะไรเกิดขึ้น เพราะเขาบอกว่าความพยายามที่จะพบแพทย์เพื่อสอบถามเหตุการณ์นั้นยากมาก คิดต่อกันยากมาก
- ๑/๕ บอกว่า เขาฟ้องคดีก็เพราะสงสัยว่า แพทย์จะร่วมมือกันปกปิดความจริงในการดูแลบุตรของเขา คำตอบที่พบบ่อยคือ "หมอมไม่เคยบอกอะไรเราเลย ผมคิดว่าเขาต้องปกปิดบางอย่างเอาไว้"
- ๑/๕ บอกว่า เขาฟ้อง เพราะ "เพื่อว่าแพทย์จะได้ไม่ไปทำเช่นนั้นกับคนอื่นอีก"

การศึกษานี้ แสดงว่า การฟ้องคดีส่วนมากเป็นปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับแพทย์ ส่วนน้อยเท่านั้นที่ต้องการเงิน ซึ่งก็น่าจะคล้ายๆ ผู้ฟ้องคดีเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ในประเทศไทย

กล่าวโดยสรุป การฟ้องร้องแพทย์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ ไม่ได้เกิดขึ้นมากนัก สาเหตุมักมาจากความไม่พอใจบุคลากรผู้ให้บริการ ซึ่งผู้ที่ฟ้องร้องเชื่อว่าเป็นต้นเหตุที่

ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงเกิดขึ้นและได้ร้องเรียนขอความเป็นธรรมด้วยวิธีการต่างๆ แล้วได้รับผลไม่เป็นที่พอใจหรือไม่ได้รับการสนองตอบใดๆ จึงใช้วิธีฟ้องศาล มีเป็นส่วนน้อยที่เริ่มจากการฟ้องคดีโดยตรง

การที่ผู้ป่วยไปใช้บริการด้านสุขภาพจากสถานบริการต่างๆ แล้ว ได้รับความไม่พอใจในเรื่องบริการต่างๆ เช่น บุคลากร สถานที่เหล่านี้อาจเป็นต้นเหตุของการร้องเรียนต่างๆ (Complaints) ได้ แต่ตราบไคที่ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายหรือความเสียหายที่รุนแรง จะไม่มีการฟ้องคดีต่อศาล

เพราะฉะนั้น การป้องกันการฟ้องคดีเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์ จึงต้องคำนึงถึงปัจจัย ๒ ประการ คือ

๑. ป้องกันผลไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงในผู้ป่วยทุกรายไม่ให้เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นน้อยที่สุดโดย

๑.๑ สร้างระบบงานที่มีประสิทธิภาพ กำหนดขอบเขตและหน้าที่ ตลอดจนแผนปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายต่างๆ ให้ชัดเจนในแต่ละสภาวะการณ์ (เช่น เวลาราชการ นอกเวลาราชการ ห้องฉุกเฉิน กรณีเกิดอุบัติเหตุขนาดใหญ่ ฯลฯ)

๑.๒ มีการตรวจสอบ กำกับดูแลบุคลากรด้านการแพทย์ในการทำเวชปฏิบัติโดยอาจใช้วิธีการสุ่มตรวจเป็นครั้งคราว

๑.๓ เมื่อมีเหตุไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ต้องมีระบบรายงานให้ผู้บริหารทราบเพื่อตรวจตราค้นหาสาเหตุทุกราย อันจะนำไปสู่มาตรการป้องกัน

๒. ควรมีหน่วยงานหรือองค์กรที่จะรับเรื่องร้องเรียนจากผู้ใช้บริการด้านสุขภาพในทุกเรื่องเพื่อให้ความกระจ่างหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา และถ้าผู้ป่วยได้รับความสูญเสีย ควรมีมาตรการที่จะช่วยบรรเทาความสูญเสียแก่ผู้ป่วยด้วย

การคุ้มครองแพทย์ทางกฎหมาย

การประกาศใช้ พ.ร.บ.ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๓๘ ซึ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๓๘ เป็นต้นมา (ราชกิจจานุเบกษาเล่ม ๑๑๓ ตอนที่ ๖๐ ก. วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๓๘) นับ

ว่าเป็นมาตรการทางกฎหมายที่สำคัญที่จะคุ้มครองเจ้าหน้าที่ของรัฐทุกประเภท รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพช่วยให้พ้นจากการถูกฟ้องคดีละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่

หลักการสำคัญของกฎหมายฉบับนี้ คือ

๑. คุ้มครองเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐทุกส่วนคังนียมศัพท์ในกฎหมาย คังนี้

"เจ้าหน้าที่" หมายความว่า ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้างหรือผู้ปฏิบัติงานประเภทอื่น ไม่ว่าจะเป็นการแต่งตั้งในฐานะเป็นกรรมการหรือฐานะอื่นใด

"หน่วยงานของรัฐ" หมายความว่า กระทรวง ทบวง กรม หรือส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นและมีฐานะเป็นกรม ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่นและรัฐวิสาหกิจ ที่ตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติหรือพระราชกฤษฎีกา และให้หมายความรวมถึงหน่วยงานอื่นของรัฐที่มีพระราชกฤษฎีกากำหนดให้เป็นหน่วยงานของรัฐ ตามพระราชบัญญัตินี้ด้วย

๒. ขอบเขตแห่งความคุ้มครอง ปรากฏในมาตรา ๕ ดังต่อไปนี้

"มาตรา ๕ หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบต่อผู้เสียหายในผลแห่งละเมิดที่เจ้าหน้าที่ของตนได้กระทำในการปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีที่ผู้เสียหายอาจฟ้องหน่วยงานของรัฐดังกล่าวได้โดยตรงแต่จะฟ้องเจ้าหน้าที่ไม่ได้

ถ้าการละเมิดเกิดจากการที่เจ้าหน้าที่ ซึ่งไม่ได้สังกัดหน่วยงานรัฐแห่งใด ให้ถือว่ากระทรวงการคลังจะเป็นหน่วยงานของรัฐที่ต้องรับผิดชอบหนึ่ง"

ในมาตรานี้ความคุ้มครองของกฎหมายครอบคลุมเฉพาะการกระทำในการปฏิบัติหน้าที่เท่านั้น

เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับความคุ้มครองจากการถูกฟ้องแล้ว กฎหมายกำหนดให้หน่วยงานต้องเป็นผู้รับผิดชอบแทน คือให้ผู้เสียหายฟ้องหน่วยงานโดยตรงมิให้ฟ้องตัวบุคคล

๓. ความรับผิดชอบจากการถูกไล่เบียด ตามหลักกฎหมายแพ่งนั้นหน่วยงานของรัฐต้องร่วมรับผิดชอบในกรณีเจ้าหน้าที่ของรัฐต้องรับผิดชอบจากการละเมิดในหน้าที่ เมื่อศาลพิพากษาให้หน่วยงานร่วมรับผิดชอบ หน่วยงานนั้นถ้าเป็นผู้จ่ายค่าเสียหายไปแล้วก็ยังสามารถไล่เบียดเอากับเจ้าหน้าที่เต็มจำนวน

กฎหมายฉบับนี้ได้เปลี่ยนหลักการใหม่ ดังบทบัญญัติในมาตรา ๘ ดังนี้

"มาตรา ๘ ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐ ต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทน แก่ผู้เสียหาย เพื่อการระเมิดของเจ้าหน้าที่ให้หน่วยงานของรัฐมีสิทธิเรียกให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดชดใช้ค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวแก่หน่วยงานของรัฐได้ ถ้าเจ้าหน้าที่ได้กระทำการนั้นไปด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

สิทธิเรียกให้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทน ตามวรรคหนึ่ง จะมีได้เพียงใด ให้คำนึงถึงระดับความร้ายแรงแห่งการกระทำและความเป็นธรรมในแต่ละกรณี เป็นเกณฑ์โดยมิต้องให้ใช้เต็มจำนวนของความเสียหายก็ได้

ถ้าการระเมิดเกิดจากความผิด หรือความบกพร่องของหน่วยงานของรัฐหรือระบบการดำเนินงานส่วนรวมให้หักส่วนแห่งความรับผิดชอบดังกล่าวออกด้วย

ในกรณีที่การระเมิดเกิดจากเจ้าหน้าที่หลายคน มิให้นำหลักเรื่อง ลูกหนี้ร่วมมาใช้บังคับและเจ้าหน้าที่แต่ละคนต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทน เฉพาะส่วนของตนเท่านั้น"

บทบัญญัติในมาตรานี้ แสดงว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐแม้จะได้รับความคุ้มครองไม่ถูกฟ้องคดีโดยตรง แต่ถ้าเป็นการกระทำละเมิดโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ก็ยังต้องรับผิดชอบอยู่โดยหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบ ต่อผู้เสียหายสามารถเรียกให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่หน่วยงานของรัฐได้ แต่อาจไม่ต้องรับผิดชอบเต็มจำนวนที่หน่วยงานของรัฐชดใช้แก่ผู้เสียหายเหมือนในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์บัญญัติไว้ แต่อาจรับผิดชอบระดับความร้ายแรงแห่งการกระทำและความเป็นธรรมในแต่ละกรณีที่เกิดขึ้นมิได้เกิดจากความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงของเจ้าหน้าที่ หรือเกิดจากความบกพร่องของหน่วยงาน หรือระบบการดำเนินงานส่วนรวม เจ้าหน้าที่อาจไม่ต้องรับผิดชอบใช้ค่าทดแทนก็ได้ แล้วแต่ข้อเท็จจริงในแต่ละกรณี

๘. เปิดโอกาสให้ผู้เสียหายได้รับความเป็นธรรมเพิ่มขึ้น กฎหมายฉบับนี้นอกจากคุ้มครองเจ้าหน้าที่แล้วผู้เสียหายก็จะได้ประโยชน์ด้วยดังนี้

๔.๑ การให้ผู้เสียหายฟ้องหน่วยงานโดยตรง โดยไม่ต้องฟ้องเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นจำเลยนั้น เป็นความสะดวกแก่ผู้เสียหายที่ไม่จำเป็นต้องสืบหาตัวเจ้าหน้าที่ผู้กระทำความผิดโดยเฉพาะเจาะจง การนำสืบก็มักจะทำได้ง่ายอีกประการหนึ่ง การฟ้องเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายแพ่งเดิมนั้น ถ้าเจ้าหน้าที่ไม่บกพร่อง แต่เป็นความบกพร่องของระบบการทำงาน เจ้าหน้าที่ก็ไม่ต้องรับผิดชอบ และหน่วยงานก็พลอยไม่ไต่ต้องรับผิดชอบไปด้วย ผู้เสียหายย่อมไม่ได้รับความเป็นธรรม แต่การฟ้องตามกฎหมายใหม่นี้ถ้าเป็นความบกพร่องของระบบงานหน่วยงานก็ต้องรับผิดชอบ อาจถือเป็นความประมาทเลินเล่อของนิติบุคคล (Corporate negligence) ซึ่งสอดคล้องกับหลักกฎหมายของต่างประเทศ

๔.๒ เปิดโอกาสให้ผู้เสียหายหลีกเลี่ยงการฟ้องคดีแพ่ง มาใช้สิทธิเรียกร้องจากหน่วยงานของรัฐได้โดยตรง เป็นคดีปกครอง ซึ่งจะทำได้รับค่าทดแทนได้เร็วขึ้น ดังบทบัญญัติในมาตรา ๑๑ และ ๑๔ ดังนี้

"มาตรา ๑๑ ในกรณีผู้เสียหายเห็นว่า หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบตามมาตรา ๕ ผู้เสียหายจะยื่นคำขอต่อหน่วยงานของรัฐให้พิจารณาชดเชยค่าสินไหมทดแทน สำหรับความเสียหายที่เกิดแก่ตนได้ ในการนี้หน่วยงานของรัฐต้องออกไปรับคำขอให้ไว้เป็นหลักฐานและพิจารณาคำขอนั้นโดยไม่ชักช้า เมื่อหน่วยงานของรัฐมีคำสั่งเช่นใดแล้ว หากผู้เสียหายยังไม่พอใจในผลการวินิจฉัยของหน่วยงานของรัฐ ก็ให้สิทธิร้องทุกข์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยร้องทุกข์ตามกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ภายในเก้าสิบวัน นับแต่วันที่ตนได้รับแจ้งผลการวินิจฉัย

ให้หน่วยงานของรัฐพิจารณาคำขอที่ได้รับตามวรรคหนึ่ง ให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวัน หากเรื่องใดไม่อาจพิจารณาได้ทันในกำหนดนั้นจะต้องรายงานปัญหาและอุปสรรคให้รัฐมนตรีเจ้าสังกัดหรือกำกับหรือควบคุมดูแลหน่วยงานของรัฐแห่งนั้นทราบและขออนุมัติขยายระยะเวลาออกไปได้ แต่รัฐมนตรีดังกล่าวจะพิจารณานุมัติให้ขยายระยะเวลาให้อีกได้เป็นไม่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวัน"

"มาตรา ๑๔ เมื่อได้มีการจัดตั้งศาลปกครองขึ้นแล้ว สิทธิร้องทุกข์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยร้องทุกข์ตามมาตรา ๑๑ ให้ถือเป็นสิทธิฟ้องคดีต่อศาล

ปกครอง"

เมื่อมีการประกาศใช้ พ.ร.บ. ฉบับนี้แล้ว สำนักนายกรัฐมนตรีได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๓๘ ระเบียบฉบับนี้ได้ยกเลิกระเบียบและแนวทางปฏิบัติตามหนังสือเวียนของกระทรวงการคลังและกรมบัญชีกลางที่ไม่สอดคล้องกับหลักกฎหมายฉบับนี้ ซึ่งมีทั้งหมด ๑๒ ฉบับด้วยกัน จากระเบียบดังกล่าวได้กำหนดวิธีการปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้ไว้ครบถ้วน ซึ่งหัวหน้าคณะผู้วิจัยได้เคยนำมาอธิบายไว้โดยละเอียด

จากหลักการของกฎหมายฉบับดังกล่าวมาแล้ว นับได้ว่าเป็นมาตรการทางกฎหมายที่ค่อนข้างสมบูรณ์ในการที่จะลดคดีการฟ้องร้องแพทย์หรือบุคลากรในสถานพยาบาลอื่นๆ ที่อยู่ในภาคบริการของรัฐให้ลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันผู้เสียหายก็จะได้รับการพิจารณาชดเชยความเสียหายได้สะดวกและรวดเร็วกว่าการฟ้องคดีในศาลยุติธรรม ซึ่งผู้เสียหายมีสิทธิที่จะเลือกใช้สิทธิได้อีกทางหนึ่ง นอกเหนือไปจากการนำคดีไปสู่ศาล

แพทย์ควรติดคุกหรือไม่*

ประเวศ วะสี

สิ่งที่แน่นอนคือไม่มีใครอยู่เหนือกฎหมาย

ในที่นี้เราจะคุยกันในประเด็นเรื่องแพทย์ถูกตัดสิทธิจําคุกในกรณีที่ทำเวชปฏิบัติแล้วคนไข้ได้รับความเสียหายอย่างร้ายแรงหรือเสียชีวิต เมื่อเร็ว ๆ นี้ ศาลจังหวัดทุ่งสง จ.นครศรีธรรมราช มีคำพิพากษาให้จําคุก แพทย์หญิงสุทธิพร ไกรมาก แพทย์ประจำโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จ.นครศรีธรรมราช เป็นเวลา ๓ ปี ในข้อหากระทำโดยประมาท เลินเล่อ เป็นเหตุให้คนไข้เสียชีวิต คนไข้ชื่อนาง สมควร แก้วคงจันทร์ ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง อันเป็นเหตุให้คนไข้หยุดหายใจ สมองขาออกซิเจนและเสียชีวิต ลูกสาวผู้ตายชื่อ น.ส.ศิริมาศ แก้วคงจันทร์ เป็นโจทก์ฟ้อง

แน่นอนว่าการที่แพทย์ถูกตัดสิทธิจําคุกจากการทำเวชปฏิบัติเป็นเรื่องที่สิ้นสะเทือนวงการแพทย์ไทย ปฏิกริยาคัวยอารมณ์อาจนำไปสู่การบานปลาย และผลเสียมากขึ้น ฉะนั้น ทุกฝ่ายพึงทบทวน พิเคราะห์โดยรอบคอบ เพื่อให้เกิดผลดีทั้งในเรื่องเฉพาะหน้าและระยะยาว

เฉพาะหน้า พึงเห็นใจทุกฝ่าย ญาติคนไข้คงไม่มีใครอยากเอาหมอเข้าคุก แต่คงอยากให้ญาติของคนได้รับการรักษาที่ดีและหายจากโรครมากกว่า การที่โจทก์ฟ้องร้องโรงพยาบาลและแพทย์คงจะมีความบีบคั้นทางจิตใจขนาดหนัก

ทางด้านแพทย์ ภาพของแพทย์ที่ถูกตัดสิทธิว่ามีความผิดทางอาญาและใส่กุญแจมือ หรือในกรณีนี้ถึงกับจะต้องถูกจําคุกก็เป็นเรื่องที่น่าเห็นใจสุดๆ

*พิมพ์ครั้งแรกใน อารยา ชุมก. *ทางออกเชิงระบบกรณีคนไข้ฟ้องหมอ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๒. หน้า ๘๒-๘๖.

ฉะนั้น ในเบื้องต้นทุกฝ่ายควรมี**ความเมตตา**ต่อกันในฐานะเพื่อนมนุษย์ เอาใจนำเสียก่อน อย่าเพิ่งเอาเรื่องทางเทคนิคและกฎหมายนำ การเอาใจนำเสียก่อนแล้วทุกอย่างที่ตามมาจะดีขึ้น ตามธรรมเนียมโบราณถึงกับมีการทำบุญและอุทิศส่วนกุศลให้คู่กรณี จิตใจจะได้ดีขึ้นไม่ถูกครอบงำด้วยความเกลียดความโกรธ ซึ่งจะส่งผลให้เสียหายร้ายแรงเพิ่มขึ้น เมื่อมีความเมตตาต่อกันแล้วต้องนำไปสู่**วิสุทธิ** ไม่พุดจาให้ร้ายกัน ความเมตตาและวิสุทธิจะทำให้ความร้ายแรงของปัญหาลดน้อยลงหรือถึงกับคลี่คลายได้

ส่วนกระบวนการทางศาลก็ต้องดำเนินการไปตามครรลอง อย่าให้มีการหมิ่นประมาทศาลเป็นอันขาด นั่นคือมีการอุทธรณ์ที่ทุกฝ่ายต้องทำด้วยความละเอียดรอบคอบถูกต้อง

เมื่อทุกฝ่ายทำด้วยความละเอียดรอบคอบและถูกต้องแล้ว ความยุติธรรมหรือธรรมอันเป็นเครื่องยุติ ก็จะทำหน้าที่ยุติเรื่องนี้เอง

ระยะยาว ควรที่ทุกฝ่ายจะทำความเข้าใจ การที่มีการฟ้องร้องแพทยมากขึ้นและหาทางป้องกันแก้ไข

ขอเสนอหัวข้อเพื่อการพิจารณาคงต่อไปนี้

๑. อันตรายจากเวชปฏิบัติแผนปัจจุบัน การแพทย์แผนปัจจุบันมีทั้งที่ได้ผลชงัดและอันตรายในขณะเดียวกัน ต่างจากการแพทย์แผนโบราณที่มีการใช้สมุนไพรฤทธิ์ไม่รุนแรง การแพทย์แผนปัจจุบันใช้ยาสะกัดที่เป็นสารบริสุทธิ์ มีฤทธิ์แรง การผ่าตัดและเทคโนโลยีที่เข้าไปทำการกับอวัยวะต่างๆ ด้านหนึ่งได้ผลชงัดที่การแพทย์แผนโบราณไม่สามารถทำได้ อีกด้านหนึ่งก็เกิดอันตรายได้รุนแรงจากการตรวจรักษาจนถึงเสียชีวิตก็มี ในสหรัฐอเมริกา มีรายงานที่อาจจะสุดโต่งไปหน่อยว่า สาเหตุตายอันดับหนึ่งของคนอเมริกันเกิดจากการตรวจรักษา

ฉะนั้น ในข้อนี้ทุกฝ่ายควรระลึกไว้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบันอาจมีอันตรายได้ช่วยอะไรที่ควรหรือไม่ควรรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน และการฝึกอบรมบุคลากรและโรงพยาบาล จะต้องถือเป็นเรื่องสำคัญที่จะเพิ่ม

ความระวังระไวและสมรรถนะในการลดอันตรายของการตรวจรักษาอันจะมีต่อผู้ป่วย ทุกโรงพยาบาลควรมีคณะกรรมการป้องกันอันตรายจากการตรวจรักษา กระตุ้นเตือนและติดตามเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง

๒. ความทุกข์ของญาติผู้ป่วย ญาติที่พ่อแม่หรือลูกป่วยหนัก หรือป่วยปัจจุบันทันด่วน มีความวิตกกังวลและทุกข์ร้อนอย่างยิ่ง และตกอยู่ในความไม่รู้ การแพทย์แผนปัจจุบันเน้นที่เทคโนโลยี แต่ขาดความเข้าใจในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งมีความรู้สึกนึกคิดและปัญหาอื่นๆ อีกมาก ในโรงพยาบาลในต่างประเทศบางแห่ง เขามีคนมาดูแลพ่อแม่ที่ลูกเข้ารับการรักษาด้วย ระบบบริการของเราคงต้องใส่ใจความทุกข์ของญาติผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

๓. ปฏิกริยาของญาติเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต สมัยก่อนก็ไม่มีอะไร เพราะเชื่อว่าเป็นกรรมถึงเวลาสิ้นอายุ แต่ต่อมาความคาดหวังจากโรงพยาบาลมีมากขึ้น ญาติจะมีปฏิกริยาเมื่อมีผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น นิินทาว่าร้ายว่าโรงพยาบาลเป็นโรงฆ่าสัตว์บ้าง ที่ประท้วงขับไล่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลก็มี ร้องเรียนแพทยสภาก็มี และนำเรื่องขึ้นฟ้องร้องต่อศาลเรียกค่าเสียหายก็มีเพิ่มขึ้น

แพทยสภาต้องตั้งคณะกรรมการสืบสวนสอบสวนขึ้นหลายคนก็ยังทำงานไม่ทัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ต้องใช้แพทย์ไปในการเป็นกรรมการสืบสวนสอบสวนจำนวนมาก แทนที่จะได้ใช้ไปในการตรวจรักษาผู้ป่วย

การฟ้องร้องแพทย์ที่มีมาก ขึ้นบางคนก็ว่าดี แพทย์จะได้ระมัดระวังตัวมากขึ้น บางคนก็ว่าไม่ดีเพราะจะทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์กับคนไข้ และญาติไม่คลั่ง ทำให้ค่าบริการในอนาคตแพงขึ้น เพราะจะต้องใช้เงินไปในการประกันการถูกฟ้องคดีที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกา

การพัฒนาคุณภาพของเวชปฏิบัติน่าจะช่วยลดการฟ้องร้องลง ความมีน้ำใจและมนุษยสัมพันธ์ที่ดีน่าจะมีส่วนลดการฟ้องร้องลงได้มาก เพราะคนไข้และญาติก็มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

๔. ระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ งานบริการสุขภาพในยุคที่ผ่านมาเน้นที่ความทันสมัย ซึ่งก็ต้องดำเนินต่อไป แต่ถึงเวลาของยุคระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์แล้ว ขณะนี้เป็นที่น่า

ยินดีที่กำลังมีความสนใจเรื่องระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์กันมากขึ้นเรื่อยๆ โรงเรียนแพทย์ก็กำลังสนใจพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ เรื่องนี้มีความหมายต่อสังคมมาก และถ้าทำได้สำเร็จจริงการฟ้องร้องจะลดลงอย่างมากจนเกือบจะหมดไป

๕. ระบบบริการสุขภาพที่ดี ทุกวันนี้โรงพยาบาลต่างๆ คนไข้แน่นเกิน แพทย์และพยาบาลต้องทำงานหนักเกิน คุณคนไข้อย่างลวกๆ รีบๆ ทำให้คุณภาพการตรวจรักษาไม่ดี จำเป็นที่ทุกฝ่ายต้องสนใจ "ระบบ" จะสนใจแต่ทางเทคนิคอย่างเดียวหาเพียงพอไม่ ควรจะทำความเข้าใจแนวคิด "สร้างพระเจดีย์จากฐาน"

เราไม่สามารถสร้างพระเจดีย์จากยอดได้ เพราะจะพังลงๆ ฐานที่แข็งแรงจะรองรับส่วนบนให้มั่นคง เราพัฒนาทุกชนิดไม่ว่าเศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา เหมือนสร้างพระเจดีย์จากยอด ให้การสร้างยอดทำลายฐานจึงพังลงๆ ไม่สำเร็จสักเรื่อง

ฐานของสังคมคือชุมชนท้องถิ่น ระบบสุขภาพชุมชน คือฐานของระบบสุขภาพทั้งหมด

ถ้าระบบสุขภาพชุมชนทำงานได้ดีและทั่วถึง จะทำให้เหลือคนไข้ที่จำเป็นต้องมาตรวจรักษาในโรงพยาบาลใหญ่น้อยมาก ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่แน่นเปิดโอกาสให้บริการที่ละเอียดประณีตมากขึ้น และบริการในระบบสุขภาพชุมชนก็มีคุณภาพดีกว่าและราคาถูกกว่าบริการในโรงพยาบาล

ระบบสุขภาพชุมชนรวมถึงการดูแลตนเอง การดูแลในครอบครัว และการดูแลในชุมชน ประกอบด้วยระบบสาธารณสุขชุมชนเข้มแข็งร่วมกับชุมชนเข้มแข็งสามารถทำสิ่งต่างๆ อย่างน้อย ๗ ประการ คือ

- (๑) ดูแลไม่ให้มีผู้ถูกทอดทิ้ง เช่น คนแก่ เด็ก คนจน คนพิการ
- (๒) เศรษฐกิจพอเพียง
- (๓) ดูแลปัญหาที่พบบ่อย เช่น เป็นหวัด เจ็บคอ ซึ่งเป็นปัญหาที่พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมากที่สุด
- (๔) ดูแลคนเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างดีทุกคน
- (๕) บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

- (๖) ควบคุมโรค เช่น ไข้เลือดออกซึ่งควบคุมไม่ได้โดยโรงพยาบาล แต่ชุมชนเข้มแข็งจะควบคุมการระบาดของไข้เลือดออกและอื่นๆ ได้
- (๗) สร้างเสริมสุขภาพให้คนในชุมชนมีสุขภาพดีมากที่สุด ไม่เจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น

ถ้าทำได้ตามเป้าหมายทั้ง ๗ ประการข้างต้น ชุมชนจะมีความพอเพียง และสถานศึกษาประจักษ์สรรค์บนดิน และทำได้ไม่ยาก เพราะเรามีโครงสร้างที่เต็มพื้นที่แล้ว กล่าวคือ เรามีหมู่บ้านประมาณ ๘๖,๐๐๐ ตำบล ๘,๖๐๐ อำเภอ ประมาณ ๘๖๐ ทุกตำบลมีองค์การท้องถิ่น คือ อบต. ทุกตำบลมีสถานีอนามัย และทุกอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชน ถ้าโครงสร้างเหล่านี้มีเป้าหมายและวิสัยทัศน์ร่วมกันที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ ๘ ประการดังกล่าวข้างต้น และได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสมจะสำเร็จประโยชน์ทุกประการดังกล่าวโดยไม่ยาก

องค์กรอื่นๆ ทุกประเภทควรสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง เพื่อเป็นฐานของประเทศ

โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งควรสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งควรได้รับความสนับสนุนจากโรงเรียนแพทย์ให้เก่งทุกทาง ทั้งการบริการ ทางการวิจัย และทางการสอน ในอนาคตโรงพยาบาลชุมชนจะเป็นฐานของการผลิตแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ด้วยจำนวนมาก

ทุกฝ่ายควรจะใช้กรณีแพทย์ถูกตัดสินจำคุกมาร่วมกัน พัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างจริงจัง ระบบบริการสุขภาพที่ดีจะเป็นกำลังใจอย่างแรงให้สังคมมีศรัทธาในความคิด ร่วมกันเอาใจใส่เยียวยาความทุกข์ยากของเพื่อนมนุษย์ จะเป็นการเยียวยาตัวเราเอง เยียวยาสังคม และเยียวยาโลก (Heal the World)

ขณะนี้โลกป่วยเหลือกำลัง เราต้องเยียวยาซึ่งกันและกัน และเยียวยาโลก

ปัญหาฟ้องร้องทางการแพทย์ และแนวทางแก้ไข*

แสง บุญเฉลิมวิภาส
ศาสตราจารย์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้อำนวยการศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การร้องเรียนและฟ้องร้องเรื่องทางการแพทย์ ดูเหมือนที่กำลังจะเพิ่มมากขึ้นในสังคมไทยและเป็นข่าวอยู่เสมอ ข่าวอันน่าตกใจในระยะหลังก็คือ นอกจากฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายในวงเงินจำนวนมากแล้ว บางกรณีถึงขั้นฟ้องกันเป็นคดีอาญา นอกจากนี้ยังพบว่า สถิติการร้องเรียนโดยผ่านแพทยสภาเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพของแพทย์ก็เพิ่มมากขึ้นด้วย

ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่น่าคิดและควรจะริบหาแนวทางแก้ไข หากขาดการแก้ไขหรือไม่ถูกต้อง ภาพพจน์ของวงการแพทย์คงจะต้องเสียไปโดยปริยาย ในขณะที่เดียวกัน ถ้าเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นความผิดพลาดย่อมหมายถึงความสูญเสียและความเสียหายแก่ทุกฝ่าย อนึ่งการหาแนวทางแก้ไขในเรื่องนี้ คงจะต้องค้นหาถึงสาเหตุของการฟ้องร้องก่อนและแนวทางแก้ไขคงจะสรุปได้จากสาเหตุนั้นๆ

สาเหตุของการฟ้องร้อง

จากข่าวคราวที่เกิดขึ้นจะพบว่า การร้องเรียนหรือการฟ้องร้องแพทย์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากสาเหตุที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งถ้าจะวิเคราะห์โดยภาพรวมจากงานวิจัยและประสบการณ์ ผู้เขียนมีความมาเห็นว่า การที่ผู้ป่วยหรือ

*พิมพ์ครั้งแรกใน อารยา ชูผงา. *ทางออกเชิงระบบกรณีคนไข้ฟ้องหมอ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๒. หน้า ๘๗-๑๐๐.

ญาติคัดสินใจฟ้องร้องมาจากสาเหตุดังต่อไปนี้

๑. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยหรือญาติกับแพทย์ถือว่ามีความสำคัญมาก งานวิจัยต่างๆ ยืนยันตรงกันว่าสาเหตุการร้องเรียนหรือฟ้องร้องเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ที่ไม่ดี ยิ่งในทุกวันนี้วิชาชีพแพทย์ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการให้ช่วยเหลือกันในเชิงมนุษยธรรม สถานพยาบาลหลายแห่งได้ถูกแปรเปลี่ยนไปเป็นการทำกำไรในเชิงธุรกิจ ซึ่งแพทย์ส่วนหนึ่งมีความคิดเช่นนี้ และที่เลวร้ายไปกว่านั้นก็คือ นักธุรกิจส่วนหนึ่งมองความเจ็บป่วยของเพื่อนมนุษย์ด้วยกันว่าเป็นกิจการที่จะทำกำไรได้ จึงมีการลงทุนแสวงหากำไรจากสิ่งที่เรียกว่า ธุรกิจโรงพยาบาล โดยอาศัยแพทย์เป็นผู้มีบทบาทที่จะช่วยให้ธุรกิจนี้บรรลุผล เมื่อเป็นเช่นนี้ความสัมพันธ์ที่กระหว่างแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติ จึงถูกเปลี่ยนไปโดยปริยาย ประชาชนที่เคยมาพบแพทย์ด้วยความรู้สึกที่นับถือไว้วางใจที่เรียกว่า "fiduciary relationship" ได้กลักลับกลายเป็นความรู้สึกที่ มาโรงพยาบาลเพื่อมาใช้บริการ มิใช่มารับบริการ พுகให้ตรงกว่านั้นก็คือ เขาคิดว่าเขามาซื้อบริการ ความสัมพันธ์จึงเป็นไปในเชิงสัญญา มิใช่ความนับถือส่วนบุคคล เมื่อเขาไม่ได้รับบริการตามที่คาดหวัง หรือตามที่โรงพยาบาลโฆษณาไว้ การเรียกร้องจึงเกิดขึ้น

เมื่อบริการทางการแพทย์ส่วนหนึ่งได้ถูกทำให้เป็นธุรกิจ บุคลากรทางการแพทย์จึงเหมือนถูกจ้างให้ทำงาน เกิดการซื้อตัวแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากคณะแพทย์ต่างๆ หรือโรงพยาบาลในภาครัฐ มาไว้ในโรงพยาบาลของตนหรือจ้างเป็นช่วงเวลา ซึ่งจำนวนเงินนั้นดูเหมือนมากเมื่อเทียบกับภาครัฐ แต่ถ้าเทียบกับจำนวนเงินที่โรงพยาบาลนั้นๆ เก็บจากผู้ป่วย ตัวเลขยังห่างกันมาก ในอีกด้านหนึ่ง เมื่อวิชาชีพแพทย์ถูกทำให้เป็นธุรกิจก็จะเกิดการแข่งขัน การใส่ความกันระหว่างสถานพยาบาลเพื่อคึงคูผู้ป่วยจึงเกิดขึ้น บางกรณีได้ลามไปจนถึงการใส่ความหรือทับถมระหว่างแพทย์และแพทย์ด้วยกันเอง

สำหรับโรงพยาบาลในภาครัฐ เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า ในแต่ละวันมีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยโรคและการสั่งยาต้องเป็นไปอย่างเร่งรีบ โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดย่อมเกิดขึ้นได้ อีกทั้งบุคลากรที่มีฝีมือ ไม่ว่าจะแพทย์หรือพยาบาล ได้ถูกซื้อตัวไปอยู่ในโรง

พยาบาลเอกชน ส่วนหนึ่งไปดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นคนต่างชาติ ตามนโยบาย Medical hub คือ ให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางในเอเชีย ปัญหาเช่นนี้คือ ถือเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้รับผิดชอบในภาครัฐที่จะต้องหาทางแก้ไข การเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่ต้องรีบดำเนินการ อีกทั้งต้องปรับปรุงค่าตอบแทนให้เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการไหลออก ในขณะที่เดียวกันการสร้างระบบและสร้างความเข้าใจกับชาวบ้านเกี่ยวกับเรื่องการรักษาพยาบาลก็เป็นเรื่องสำคัญ การส่งเสริมให้มีการสร้างเสริมสุขภาพจึงถือว่าสำคัญกว่าการซ่อมสุขภาพ เพราะจะทำให้จำนวนคนไข้ในลดลง ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่เน้นการสร้างสุขภาพผ่านการซ่อมสุขภาพ จะมีส่วนช่วยให้เกิดความเข้าใจและร่วมกันแก้ปัญหานี้ได้

๒. ความรู้และการรับรู้สิทธิของประชาชน ในโลกสมัยใหม่ที่เต็มไปด้วยข้อมูลข่าวสาร ประชาชนได้รับความรู้และรับรู้สิทธิของตนมากขึ้น การให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยหรือญาติจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนการรักษาหรือแม้เมื่อเกิดความเสียหายขึ้น ก็ต้องอธิบายด้วยข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ การใช้คำรวมๆ ว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเพราะแพ้ยาก็เหมือนจะไม่เหมาะสมในสังคมทุกวันนี้ การบันทึกขั้นตอนการรักษาในเวชระเบียนจึงถือเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ และถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะขอได้

๓. ความเข้าใจในบทบาทขององค์กรวิชาชีพ โดยที่วิชาชีพกฎหมายก็คือ วิชาชีพแพทยก็คือ เป็นศาสตร์ที่เป็นความรู้เฉพาะ ในหลายๆ กรณี ประชาชนทั่วไปมีอาจจะรู้ได้ด้วยความสามัญสำนึกธรรมดาว่า สิ่งที่ทำอยู่ถูกต้องตามหลักวิชาหรือถูกต้องตามจริยธรรมหรือไม่ ผู้ที่จะรู้และควบคุมให้การประกอบวิชาชีพเป็นไปโดยถูกต้องก็คือ บุคคลในวิชาชีพเดียวกัน **คั้งนี้้องค์กรวิชาชีพคือ แพทยสภา จึงมีหน้าที่โดยตรงในการควบคุมดูแลความประพฤติของเพื่อนร่วมวิชาชีพ เป็นองค์กรที่มีขึ้นเพื่อดูแลกันเอง ความคิดและแนวปฏิบัติเช่นนี้ถือเป็นหลักสากลที่ถือปฏิบัติกันโดยทั่วไปในนานาประเทศ แต่ความคิดนี้ในประเทศไทยยังเข้าใจไม่ตรงกันนัก แพทย์ส่วนหนึ่งยังเข้าใจว่า แพทยสภาจะต้องทำหน้าที่คอย**

ปกป้องแพทย์มากกว่าจะทำหน้าที่สอดส่องควบคุมความประพฤติ ยิ่งเป็นช่วงเวลาของการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภาด้วยแล้ว มีการนำเสนอนโยบายที่จะช่วยแพทย์เหมือนการเลือกตั้งพรรคการเมือง

หากจะวิเคราะห์ต่อไปว่า ทำไมแพทย์ส่วนหนึ่ง จึงมองบทบาทของแพทยสภาต่างไปจากบทบาทที่ควรจะเป็น คำตอบก็คงเป็นเพราะว่า สังคมไทยมีรากฐานมาจากสังคมในระบบอุปถัมภ์ ความรู้สึกที่ว่าพรรคพวกเดียวกันต้องช่วยกันจึงมีอยู่ในใจ ประกอบกับความไม่เข้าใจในบทบาทขององค์กรวิชาชีพ จึงมองว่าแพทยสภาควรจะช่วยเหลือและปกป้องสมาชิกมากกว่าจะคอยสอดส่องจับผิด โดยมองแพทยสภาว่ามีบทบาทแบบสมาคมหรือชมรมทางวิชาชีพ ซึ่งแท้จริงแล้ว แพทยสภาเป็นสภาวิชาชีพ ถ้าทำหน้าที่แบบแพทยสมาคมก็จะผิดหลักสากลทั่วไป และถ้าเป็นเช่นนั้นประชาชนก็จะขาดความเชื่อถือในสภาวิชาชีพ เมื่อมีปัญหา แทนที่จะไปร้องเรียนที่แพทยสภา กลับจะใช้วิธีร้องเรียนผ่านสื่อหรือฟ้องศาลแทน หรือร้องเรียนแพทยสภาด้วยฟ้องศาลด้วยคู่ขนานกันไป

ที่กล่าวมาทั้ง ๓ ประการ อาจจะพอเป็นข้อสรุปได้ว่าเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งของการฟ้องร้อง ประเด็นที่น่าพิจารณาคือไปก็คือ จำนวนเงินของการฟ้องร้องในทางแพ่งจึงมากมายเป็นร้อยๆ ล้าน และบางคดีก็มีการฟ้องคดีอาญาตามมาด้วย เรื่องเหล่านี้เป็นประเด็นทางด้านกฎหมาย ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปโดยสังเขปดังนี้

การฟ้องเรียกค่าเสียหายในคดีแพ่งและการฟ้องคดีอาญา

๑. การฟ้องเรียกค่าเสียหายในคดีแพ่ง กฎหมายแพ่งเป็นกฎหมายที่บัญญัติถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จึงจัดเป็นกฎหมายเอกชน (private law) เพราะกำหนดสิทธิหน้าที่ที่บุคคลพึงมีต่อกัน ในกรณีของแพทย์กับผู้ป่วยนั้น แต่เดิมแทบไม่พุดถึงประเด็นทางด้านกฎหมายนี้เลย เพราะแพทย์ก็คือผู้ให้ความเมตตาการุณารักษาผู้เจ็บป่วยให้พ้นทุกข์ อยู่ในฐานะผู้ให้ แพทย์จึงได้รับความนับถือจากผู้คนในชุมชน แต่ปัจจุบันนี้ความสัมพันธ์ที่กระหว่างแพทย์

และผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นความสัมพันธ์ในเชิงกฎหมายเข้ามาแทนที่ สำหรับความสัมพันธ์ในเชิงกฎหมายแพ่งนั้นสามารถวิเคราะห์ว่าเป็นความสัมพันธ์ใน ๒ ส่วนคือ

- (๑) ความสัมพันธ์ในทางสัญญา (contractual relationship).
- (๒) ความรับผิดชอบจากการละเมิด (liability for malpractice).

(๑) ความสัมพันธ์ในทางสัญญา เกิดจากการรับผู้ป่วยเข้ารักษา โดยผู้ป่วยก็ได้แสดงเจตนาเข้ารักษากับแพทย์หรือสถานพยาบาลนั้นๆ ในกรณีเช่นนี้ถือว่าสัญญาเกิดแล้ว โดยไม่จำเป็นต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษร ประเด็นที่น่าพิจารณาในอีกจุดหนึ่งก็คือ หากมีการแสดงเจตนาเข้ารักษา แพทย์หรือสถานพยาบาลจะปฏิเสธการรักษาได้หรือไม่ หากพิจารณาเฉพาะในแง่มุมมองของกฎหมายโดยไม่กล่าวถึงจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ถ้าเป็นสถานการณ์ปกติที่มีใช้ความจำเป็นรีบด่วน แพทย์มีสิทธิที่จะรับรักษาหรือไม่ก็ได้ ถือว่ายังไม่มีสัญญาเกิดขึ้น แต่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐโดยหลักไม่สามารถปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยได้ เพราะถือว่า เป็นบริการสาธารณะซึ่งจะต้องให้กับประชาชนทุกคนโดยไม่เลือกว่าเป็นใคร แม้จะไม่สามารถรับตัวไว้รักษาได้เนื่องจากเตียงเต็ม ขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ ขาดเครื่องมือหรือเหตุผลอื่นใดก็ตามก็จะต้องรับผิดชอบในการปฐมพยาบาล และดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่น

(๒) ความรับผิดชอบจากการละเมิด คำว่า "ละเมิด" เป็นศัพท์ในทางกฎหมายแพ่ง ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา ๒๖๐ ได้บัญญัติไว้ว่า

"ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย ให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างใดอย่างหนึ่ง ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น"

จากบทบัญญัติดังกล่าว การละเมิดนั้นเกิดขึ้นได้โดย

- ผู้กระทำ กระทำด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่อ

- การกระทำนั้นผิดกฎหมาย หมายถึงทำโดยไม่มีสิทธิหรือไม่มีอำนาจที่จะกระทำได้
- การกระทำนั้นเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย เสรีภาพ ทรัพย์สินหรือสิทธิ อย่างใดอย่างหนึ่ง

สำหรับการเรียกค่าเสียหายหรือค่าสินไหมทดแทนนั้น กฎหมายไม่สามารถระบุตัวเลขไว้ตายตัวสำหรับการละเมิดในแต่ละเรื่อง แต่ขึ้นอยู่กับการพิสูจน์ความเสียหายแล้วแต่กรณี เช่น กรณีที่เกิดอันตรายแก่ร่างกาย การเรียกค่าเสียหายโดยทั่วไป ก็คือ ค่ารักษาพยาบาล และค่าขาดรายได้จากการที่ไม่สามารถไปทำงานได้ตามปกติ รวมทั้งค่าเสียหายอื่นๆ ที่สามารถนำสืบได้ สำหรับกรณีที่ต้องเสียชีวิต ญาติของบุคคลนั้นสามารถเรียกค่าสินไหมทดแทนได้ โดยคำนวณจากค่าปลงศพ ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับสถานภาพทางสังคมของบุคคลนั้น และค่าเสียหายซึ่งเกิดจากการขาดอุปการะจากบุคคลที่เสียชีวิตนั้น รวมทั้งรายได้ซึ่งบุคคลนั้นจะพึงหาได้ถ้าไม่เสียชีวิตเสียก่อน ค่าสินไหมทดแทนที่กล่าวนี้ จะได้รับมากน้อยเพียงใด ศาลจะเป็นผู้พิจารณาตามความเหมาะสมแล้วแต่กรณี

๒. การฟ้องคดีอาญา กฎหมายอาญาเป็นกฎหมายที่ว่าด้วยความผิดและโทษ ซึ่งอาจเป็นฐานความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา หรือพระราชบัญญัติอื่นๆ โดยกฎหมายจะบัญญัติไว้ว่าการกระทำหรือการละเว้นการกระทำอย่างใดเป็นความผิด ส่วนโทษตามประมวลกฎหมายอาญานั้นได้กำหนดไว้ 5 สถานคือ ประหารชีวิต จำคุก กักขัง ปรับ ริบทรัพย์สิน

สำหรับบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญา ได้แบ่งเป็นภาคทั่วไป อันเป็นการกำหนดหลักเกณฑ์ทั่วไปเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญา ภาคความผิดคือส่วนที่บัญญัติฐานความผิดต่างๆ และส่วนสุดท้ายคือภาคโทษ ซึ่งได้แก่ความผิดเล็กๆ น้อยๆ ที่กฎหมายกำหนดโทษจำคุกไม่เกิน ๑ เดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท

ในประมวลกฎหมายอาญาภาคทั่วไป ได้วางหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการวินิจฉัยความรับผิดทางอาญาไว้ โดยวางเป็นหลักกฎหมายในมาตรา ๕๘ วรรคแรกว่า

"บุคคลจะต้องรับผิดในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนา เว้นแต่จะได้กระทำโดยประมาทในกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดเมื่อได้กระทำโดยประมาท"

หลักกฎหมายที่วางนี้เป็นหลักสำคัญในการวินิจฉัยความรับผิดของบุคคล กล่าวคือ นอกจากเจตนาแล้ว การกระทำโดยประมาทก็อาจก่อให้เกิดความผิดอาญาขึ้นได้ ถ้าการกระทำโดยประมาทในกรณีนั้นมีกฎหมายบัญญัติเป็นความผิด เช่น การทำให้คนตายโดยประมาท กระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่กายของผู้อื่น ประมาทเป็นเหตุให้เกิดผลต่อเสรีภาพของบุคคลเหล่านี้ เป็นต้น

คดีความที่เกิดขึ้นจากการร้องเรียนหรือฟ้องร้องแพทย์ ส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นจากการกล่าวหาว่าแพทย์กระทำโดยประมาท เป็นผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกายหรือเสรีภาพของบุคคลแล้วแต่กรณีและข้อที่จะต้องวินิจฉัยในแต่ละคดีก็คือการกระทำของแพทย์ในกรณีนั้นๆ เป็นการประกอบวิชาชีพโดยประมาทหรือไม่

ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๕๘ วรรค ๔ ได้วางเป็นหลักทั่วไปไว้ว่า

"กระทำโดยประมาทได้แก่ กระทำผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่"

จากบทบัญญัติดังกล่าว การจะวินิจฉัยว่าการกระทำในแต่ละกรณีจะเป็นการกระทำโดยประมาท หรือไม่ จะเปรียบเทียบกับบุคคลซึ่งอยู่ในภาวะเช่นนั้น และดูตามวิสัยและพฤติการณ์นั้นด้วย ซึ่งในประเด็นนี้จะขึ้นอยู่กับมาตรฐานของวิชาชีพในแต่ละกรณี แต่ละสาขาซึ่งผู้เสียหายอาจจะนำสืบผู้เชี่ยวชาญมาเบิกความต่อศาลแล้วแต่กรณี

แนวทางแก้ไขและป้องกันการฟ้องร้อง

ดังกล่าวมาแล้วว่า ความผิดพลาดจากการประกอบวิชาชีพซึ่งเกิดจากประมาทเลินเล่อ อาจนำมาซึ่งการฟ้องร้องได้ทั้งคดีแพ่งและคดีอาญา และเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นแล้วในสังคมไทย และถ้ายังคงปล่อยให้เป็นไปเหมือนสภาพที่เป็นอยู่ ย่อมไม่เกิดผลดีแก่ฝ่ายใดเลย เพราะทางหนึ่งคือความสูญเสียของประชาชน อีกทางหนึ่งก็คือความเดือดร้อนของแพทย์และไม่ใช่ว่าเฉพาะแพทย์ที่ถูกฟ้องเท่านั้น แต่คือภาพพจน์ที่เสียไปของวิชาชีพแพทย์โดยส่วนรวม รวมทั้งกำลังใจของผู้ตั้งใจประกอบวิชาชีพด้วย การหาแนวทางทางแก้ไขและป้องกันจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุด ซึ่งคงจะต้องพิจารณาจากสาเหตุของการฟ้องร้องดังกล่าวมาแล้ว และมาหาคำตอบแก้ไขเป็นกรณีไปดังนี้

๑. ความเข้าใจในลักษณะงานทางการแพทย์และสาธารณสุข การทำความเข้าใจในความหมายของวิชาชีพแพทย์ให้ถูกต้อง จะทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพดำรงตนอยู่ได้อย่างไม่มีปัญหา และจะทำให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่บนพื้นฐานของมนุษยธรรม ในสังคมไทยแต่เดิม ก็มีความคิดเช่นนี้มาตลอด แต่ในระยะหลังนี้เองที่มีผู้ทำให้ภาพพจน์ดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นกระแสทางธุรกิจ มีการใช้คำว่าธุรกิจโรงพยาบาล มีการโฆษณาและนำโรงพยาบาลเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์ มีการเรียกค่ารักษาพยาบาลที่แพงมาก และขยายไปรักษาคณะต่างชาติด้านนโยบาย Medical hub ทำให้ผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลในราคาแพง มีความรู้สึกที่ว่ามาโรงพยาบาลมาพบแพทย์เพื่อมาใช้บริการหรือ มาซื้อบริการมิใช่มารับความช่วยเหลือเหมือนมาโรงพยาบาลของรัฐ เมื่อบริการไม่ดีหรือผิดพลาดก็ต้องดำเนินการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ถ้าจะว่าไปก็เป็นเรื่องธรรมดา เมื่อเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลแพง ผู้ใช้บริการย่อมมีความคาดหวังมาก เมื่อไม่ได้เป็นไปตามที่หวังหรือไม่เป็นไปตามที่สถานพยาบาลโฆษณาไว้ ก็ย่อมจะต้องเรียกร้อง ซึ่งถือเป็นความสัมพันธ์เชิงสัญญาในทางกฎหมาย

๒. ความรับผิดชอบของแพทย์ ความรับผิดชอบของแพทย์นั้น ถือเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก เพราะลักษณะงานเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับร่างกายและชีวิตของมนุษย์ คดีที่ร้องเรียนต่อแพทยสภาและฟ้องร้องต่อศาล ส่วนหนึ่ง

ก็มาจากการขาดความรับผิดชอบของแพทย์ การขาดความรับผิดชอบส่วนหนึ่งเกิดจากลักษณะหรือนิสัยส่วนตัวของแพทย์โดยเฉพาะ แต่ส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากระบบ ดังเช่นที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐที่มีคนไข้จำนวนมากในแต่ละวัน ในขณะที่บุคลากรผู้ชำนาญถูกคุดไปอยู่ในภาคเอกชน ส่วนหนึ่งไปบริการและรักษาคนต่างชาติ เป็นธุรกิจการแพทย์

นอกจากความรับผิดชอบต่องานแล้ว บทบาทของแพทย์อีกส่วนหนึ่งก็คือการสร้างความเข้าใจอันดีกับผู้ป่วยหรือญาติ ว่าสิ่งที่แพทย์กำลังดำเนินการอยู่คืออะไรตามหลัก Informed consent ซึ่งแพทย์ส่วนหนึ่งมักไม่มีเวลาในจุดนี้ การชี้แจงถึงอาการของโรค ขั้นตอนการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ต้องชี้แจง จะชี้แจงต่อผู้ป่วยโดยตรงหรือเพียงแค่ให้ญาติผู้ป่วยได้ทราบ เป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาความเหมาะสม การไม่ได้ชี้แจงอะไรเลย ไม่ว่าจะต่อผู้ป่วยหรือญาติ แต่เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว ค่อยมาชี้แจง คำชี้แจงนั้นอาจจะถูกมองว่าเป็นคำแก้ตัวไป

อนึ่ง ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ทุกวันนี้เป็นโลกของข้อมูลข่าวสาร ประชาชนมีความรู้มากขึ้น การให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยหรือญาติโดยหลักวิทยาศาสตร์จึงถือเป็นสิ่งที่จำเป็น ขั้นตอนในการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและจะไม่เป็นปัญหาความมาก็คือ การสร้างความเข้าใจหรือความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือญาติที่ เรียกว่า Personalize-Based Medicine. ในขณะที่เดียวกัน วิธีการรักษา ขั้นตอนการรักษา ผลดี ผลเสีย ที่เกิดขึ้น ก็จะต้องอธิบายได้ด้วยหลักวิทยาศาสตร์ที่เรียกว่า Evidence-Based Medicine ถ้าทำได้ทั้ง ๒ ส่วน การฟ้องร้องก็คงจะไม่เกิดขึ้น

นอกจากความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยแล้ว ความรับผิดชอบอีกประการหนึ่งก็คือ ความรับผิดชอบในคำพูดที่อาจจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิด และนำมาซึ่งความเคียดแค้นต่อเพื่อนร่วมวิชาชีพ

คดีฟ้องร้องส่วนหนึ่งเกิดขึ้นจากผู้ป่วยหรือญาติได้รับความเห็นมาจากแพทย์ท่านอื่นว่าการรักษานั้นเกิดความผิดพลาดทำให้เกิดความเชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดพลาดจริง การให้ความเห็นโดยไม่ทราบข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดที่เกิดขึ้นจึงเป็นเรื่องที่ต้องระมัดระวัง การกล่าวพูดความจริงให้ปรากฏ

ถือว่าเป็นเรื่องที่ดีและจะเป็นประโยชน์ต่อสังคม แต่การคว่นสรุปอะไรไปโดยไม่ทราบรายละเอียดและยึดถือความเห็นของตน เป็นใหญ่ถือเป็นอันตรายอย่างยิ่ง

๑. ความเข้าใจในบทบาทของแพทยสภา ดังกล่าวมาแล้วว่าความเข้าใจที่เป็นสากลในการตั้งสภาวิชาชีพคือ แพทยสภา ก็เพื่อสอดคล้องดูแลให้การปฏิบัติงานของแพทย์อยู่ในกรอบที่ถูกต้องของวิชาชีพ และจริยธรรม เมื่อคุณแลกันเองได้ ประชาชนก็จะเกิดศรัทธา เมื่อมีปัญหาก็จะมาร้องเรียนที่แพทยสภา ถ้าแพทยสภาคำเนินการให้ได้โดยรวดเร็ว และอธิบายถึงเรื่องที่เกิดขึ้นได้ด้วยเหตุและผลที่รับฟังได้ ปัญหาก็คงยุติได้ที่แพทยสภา

แพทย์ทั้งหลายจึงควรจะทำเข้าใจในบทบาทของแพทยสภาให้ถูกต้อง และให้ความสำคัญกับองค์กรวิชาชีพ เมื่อบุคคลในวิชาชีพเดียวกันคุณแลกันเองได้ และให้ความเป็นธรรมกับประชาชนผู้เสียหายได้ การร้องเรียนกับสื่อหรือฟ้องร้องกันที่ศาลจะลดลงเอง ผู้เขียนคิดว่า วิธีนี้คือหนทางหนึ่งที่พอจะช่วยลดการฟ้องร้องได้ วิธีการอื่น เช่น การทำประกันของแพทย์ก็ยังคงไม่ได้แก้ปัญหาทั้งหมด ระบบประกันเพียงแต่ช่วยชดใช้ค่าเสียหายในคดีแพ่งเท่านั้น แต่ไม่สามารถยุติการฟ้องร้องคดีอาญาได้ การจะทำให้ผู้เสียหายเกิดความรู้สึกที่ไม่ไปฟ้องร้อง ก็ต่อเมื่อเขาคิดว่าเขาได้รับความเป็นธรรมจากองค์กรที่เกี่ยวข้องเท่านั้น

เมื่อถูกฟ้องร้องจะทำอย่างไร

เมื่อเกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยหรือญาติ โอกาสที่จะนำไปสู่การร้องเรียนหรือฟ้องร้องย่อมมีได้มาก เริ่มตั้งแต่การร้องเรียนต่อผู้บังคับบัญชา ซึ่งถ้าสามารถแก้ปัญหาในจุดนี้ได้ ย่อมจะเป็นการดี การพูดคุยกันให้เกิดความเข้าใจ การเยียวยาหรือบรรเทาความเสียหายที่เกิดขึ้นร่วมกัน ถือเป็นายุติข้อขัดแย้งในเบื้องต้นที่ดีที่สุด

แต่หากเลยจุดนี้ไป หากผู้ป่วยหรือญาติมีความเชื่อมั่นในสภาวิชาชีพคือ แพทยสภาว่า จะสอบสวนให้ความเป็นธรรมได้ เขาก็จะไปร้องเรียนที่นั่น

แต่ถ้าศรัทธาในจุดนี้หมดไป การร้องเรียนต่อสื่อมวลชน หรือฟ้องร้องในชั้นศาลจะตามมา กรรมการแพทยสภาจึงต้องเข้าใจในบทบาทของสภาวิชาชีพว่าเป็นกระบวนการดูแลตนเอง และถ้าดูแลตนเองได้ เรื่องราวก็จะไม่ลุกลามไปถึงชั้นฟ้องร้องในชั้นศาล และหากพิจารณาโทษ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม ก็จะพบว่าโทษนั้นเบากว่ากฎหมายบ้านเมืองมากคือ มีตั้งแต่การตัดเตือน ภาคทัณฑ์ พักใบอนุญาตและถอนใบอนุญาต และแม้จะถูกลงโทษถึงขั้นเพิกถอนใบอนุญาต กฎหมายก็เปิดช่องไว้ให้ขอคืนใบอนุญาตได้ เมื่อพ้น ๒ ปี นับแต่วันที่ถูกลงโทษ และหากถูกปฏิเสธ ผู้นั้นยังสามารถยื่นเรื่องขอรับใบอนุญาตได้อีกครั้ง เมื่อสิ้นระยะเวลา ๑ ปี นับแต่วันที่คณะกรรมการปฏิเสธ (มาตรา๔๒)

แต่ถ้าหากถึงขั้นฟ้องร้องกันในคดีอาญา และมีคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก โดยคณะกรรมการเห็นว่าพฤติกรรมนั้นนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ ความเป็นสมาชิกแพทยสภาจะสิ้นสุดลง ส่งผลให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต่อไปไม่ได้ (มาตรา ๑๑) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจึงควรระมัดระวังไม่กระทำการใดอันเป็นความผิดอาญาที่ร้ายแรงถึงขั้นทำให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

อย่างไรก็ตามแม้จะถึงขั้นกล่าวหาหรือร้องทุกข์ในทางอาญา ผู้ต้องหา ก็ยังมีสิทธิตามกฎหมายในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพที่จะขอประกันตัว และต่อสู้คดีได้ หากผลที่เกิดแก่ชีวิตหรือร่างกายเป็นเหตุแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยมีอาจคาดหมายได้ ย่อมไม่เป็นความผิดอาญา

สำหรับการฟ้องเรียกค่าเสียหายในคดีแพ่งในเรื่องละเมิดนั้น หากเป็นบุคลากรในภาครัฐ ย่อมได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๓๘ โดยในมาตรา ๕ ของพระราชบัญญัติดังกล่าวได้บัญญัติว่า

"หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดต่อผู้เสียหายในผลแห่งละเมิดที่เจ้าหน้าที่ของตนได้กระทำการปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีนี้ผู้เสียหายอาจฟ้องหน่วยงานของรัฐดังกล่าวได้โดยตรง แต่จะฟ้องเจ้าหน้าที่ไม่ได้ ถ้าการละเมิดเกิดจากเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ได้สังกัดหน่วยงานรัฐแห่งใด ให้ถือว่ากระทรวงการคลังเป็น

หน่วยงานของรัฐที่ต้องรับผิดชอบกรณีหนึ่ง"

การมีบทบัญญัติดังกล่าวเท่ากับยกเว้นหลักทั่วไปในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐทุกประเภท เมื่อทำความเสียหายต่อบุคคลภายนอกในขณะที่ทำงานตามหน้าที่ ย่อมพ้นจากการถูกฟ้องร้องให้รับผิดชอบในกรณีละเมิด แต่หากมิใช่การกระทำในหน้าที่ กฎหมายฉบับนี้ไม่ได้ให้ความคุ้มครอง ดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๖ ดังนี้

"ถ้าการกระทำละเมิดของเจ้าหน้าที่ มิใช่การกระทำในการปฏิบัติหน้าที่ เจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบในการนั้นเป็นการเฉพาะตัว ในกรณีนี้ผู้เสียหายอาจฟ้องเจ้าหน้าที่ได้โดยตรง แต่จะฟ้องหน่วยงานของรัฐไม่ได้"

การประกาศใช้กฎหมายฉบับนี้จึงเป็นการคุ้มครองเจ้าหน้าที่ของรัฐที่กระทำการในหน้าที่ ในขณะที่เดียวกันก็เป็นผลดีแก่ผู้เสียหายอีกด้วยที่สามารถเรียกค่าสินไหมทดแทนได้โดยตรงจากหน่วยงานของรัฐ.

อนึ่ง หากหน่วยงานของรัฐได้ชดใช้ค่าเสียหายไปแล้ว จะไล่เบี้ยจากเจ้าหน้าที่ได้ในกรณีใด ตามมาตรา ๘ และมาตรา ๙ ของพระราชบัญญัตินี้ได้ระบุไว้ว่า

"ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐ ต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหาย เพื่อการละเมิดของเจ้าหน้าที่ ให้หน่วยงานของรัฐมีสิทธิเรียกให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดชดใช้ค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวแก่หน่วยงานของรัฐได้ ถ้าเจ้าหน้าที่ได้กระทำการนั้นไปด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

สิทธิเรียกให้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนตามวรรคหนึ่งจะมีได้เพียงใด ให้คำนึงถึงระดับความร้ายแรงแห่งการกระทำและความเป็นธรรมในแต่ละกรณีเป็นเกณฑ์ โดยมีต้องให้ใช้เต็มจำนวนของความเสียหายก็ได้

ถ้าการละเมิดเกิดจากความผิดหรือความบกพร่องของหน่วยงานของรัฐหรือระบบการดำเนินงานส่วนรวม ให้หักส่วนแห่งความรับผิดชอบดังกล่าวออกด้วย

ในกรณีที่การละเมิดเกิดจากเจ้าหน้าที่หลายคน มิให้นำหลักเรื่องลูกหนี้ร่วมมาใช้บังคับและเจ้าหน้าที่แต่ละคนต้องรับผิดชอบ ใช้ค่าสินไหมทดแทนเฉพาะส่วนของคนเท่านั้น"

"ถ้าหน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ได้ใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหาย สิทธิที่จะเรียกให้อีกฝ่ายหนึ่งชดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ตน ให้มีกำหนดอายุความหนึ่งปีนับแต่วันที่หน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ได้ใช้ค่าสินไหมทดแทนนั้นแก่ผู้เสียหาย"

ก้าวต่อไปในหนทางแห่งวิชาชีพ

ในการประชุมทางวิชาการครั้งหนึ่ง ซึ่งจัดโดยมหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรื่อง **การแพทย์ วัฒนธรรมและจริยธรรม** เมื่อวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ถึง ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๓๘ ท่านพระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต) ปัจจุบันคือพระพรหมคุณาภรณ์ ได้ปาฐกถาเรื่อง **บทบาทของแพทย์กับความหวังจากคนไข้** โดยท่านได้กล่าวถึงสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้ในสังคมไทยว่า อยู่ในกระแสวัฒนธรรม ๒ สาย ท่านได้กล่าวไว้ดังนี้

"แพทย์ไทยในสภาพโลกาภิวัตน์ปัจจุบันก็มีเรื่องที่สืบเนื่องมาแต่เก่าก่อนซึ่งรวมถึงวัฒนธรรมด้วย พุคโดยรวบรัดว่าแพทย์ไทยในปัจจุบันอยู่ในวัฒนธรรมสองกระแสหนึ่ง คือ กระแสของวัฒนธรรมของไทยเองแต่เดิมและสอง คือ กระแสวัฒนธรรมที่มาจากตะวันตก การแพทย์ปัจจุบันของเราสมัยใหม่นี้ เป็นการแพทย์ที่เรานำมาจากตะวันตก เมื่อการแพทย์แบบตะวันตกเข้ามา วัฒนธรรมตะวันตกก็เข้ามาพร้อมกับแพทย์ด้วย

ที่นี้กระแสวัฒนธรรมไทยกับกระแสวัฒนธรรมตะวันตกนั้นก็มีทั้งในแง่ที่ขัดกันและในแง่ที่จะเสริมกัน เรามามองดูวัฒนธรรมไทยก่อน วัฒนธรรมไทยเดิมนั้น ก็อย่างที่บอกแล้วว่าวัฒนธรรมนั้นเป็นวิถีชีวิตของคนซึ่งรวมเอาจริยธรรมเข้าไว้ด้วย จริยธรรมก็รวมอยู่ในวิถีชีวิตที่เรียกว่าวัฒนธรรมของไทย เราเรียกวัฒนธรรมของเราว่า **"วัฒนธรรมน้ำใจ"**

"วัฒนธรรมน้ำใจ" ใจ เป็นเรื่องของจิตใจที่มีความเอื้อเพื่อเมื่อแม่มีความปรารถนาดีต่อกัน พร้อมทั้งจะช่วยเหลือ พุคทางพระก็คือ มีเมตตากรุณาอีกฝ่ายหนึ่งก็มีความกตัญญูหรือความรู้สึกกตัญญู ซึ่งเป็นความรู้สึกต่อแพทย์

ในสังคมไทย ในฐานะที่แพทย์เป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ ช่วยรักษาบำบัดความเจ็บป่วย ทำให้หายจากโรค จึงทำให้มีความรู้สึกในทางที่ชื่นชมว่าเป็นผู้มีพระคุณต้องเคารพบูชา เราก็เลยมีคติในสังคมไทยว่า บุคคล ๓ กลุ่ม หรือ ๓ พวกนี้ เป็นบุคคลที่สังคมไทยยกย่องเชิดชูบูชา คือ พระ ครู และแพทย์

ทำไมจึงเชิดชูบูชาถือเป็นผู้มีพระคุณ ทศนคคินี้ตั้งอยู่บนฐาน คือ คุณค่าต่อชีวิต คือ เรามองไปที่คุณค่าของชีวิตว่า แพทย์เป็นผู้มาช่วยทำสิ่งที่เป็นคุณค่าต่อชีวิต คือ มาช่วยชีวิตนั่นเอง ทำให้ชีวิตหลุดพ้นจากภัยอันตราย ทำให้มีสุขภาพดี อันเป็นความสำคัญพื้นฐานที่มองคุณค่าต่อชีวิต เมื่อผู้ใดเป็นผู้ที่มีคุณค่าต่อชีวิตของตัว ช่วยชีวิตของตัว เขาก็มีความซาบซึ้งในพระคุณ ความรู้สึกเคารพบูชาจึงเกิดขึ้น อันนี้คือสภาพที่เป็นมาในสังคมไทย เป็นกระแสวัฒนธรรมไทยเดิม

ที่นี้อีกสายหนึ่งก็คือ วัฒนธรรมตะวันตก วัฒนธรรมตะวันตกที่แทรกอยู่ในการแพทย์ก็คือ วัฒนธรรมธุรกิจ วัฒนธรรมธุรกิจเป็นเรื่องของการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ มองไปที่ค่าตอบแทน และเวลามองอย่าง นั้นจุดเพ่งก็จะอยู่ที่การได้เปรียบเสียเปรียบ เพราะฉะนั้นทั้งคนไข้และแพทย์ต่างก็จะคิดว่า ทำอย่างไรเรา จะได้เปรียบมากกว่า หรือว่าเราจะไม่เสียเปรียบ อย่างน้อยก็ต้องพิทักษ์สิทธิของตัวเองที่จะไม่ให้เสียเปรียบ เพราะฉะนั้น ก็จะมองกันด้วยสายตาของลูกค้ำกับผู้ให้บริการ

เมื่อเป็นอย่างนี้ ฐานที่ตั้งของวัฒนธรรมแบบนี้จะอยู่ที่อะไร ก็อยู่ที่ผลประโยชน์ พุง่ายๆ ก็คือ เงิน ทีนี้เมื่อเงินเข้ามาเป็นตัวแทน เป็นตัวเป้าหมายแล้ว เงินนี้ก็เข้ามาบังคุณค่าของชีวิต หรือบังชีวิตนั่นเอง เมื่อเงินบังชีวิตแล้วคนก็มองแต่เงิน เมื่อมองแต่เงิน ไม่ถึงชีวิตแล้ว ความรู้สึกในด้านคุณค่าก็ไม่มี เพราะมองไปแค่ผลประโยชน์และก็จะระวังในเรื่องของการได้เปรียบเสียเปรียบ เพราะฉะนั้น ความซาบซึ้งในคุณค่า ในฐานะเป็นผู้มีพระคุณก็ไม่เกิดขึ้น เพราะมองไม่ถึงชีวิตของคน แต่มองไปคิดแค่เงิน เงินก็บังตัวคุณค่าของชีวิตนั้นเสีย แทนที่จะมีคุณค่า ก็มีแต่ราคา คนก็ไม่มองเห็นคุณค่าของกันและกัน แต่จ้องไปที่ราคา

ในวัฒนธรรมตะวันตก จริยธรรมไม่รวมลงไปในระบบวัฒนธรรม เพราะว่ามีระบบเองจำกัดกับจริยธรรมอยู่ในตัว จึงต้องมีระบบการควบคุมทางสังคมมาช่วยไม่ให้คนเอาเปรียบกัน อะไรที่จะมาเป็นระบบควบคุมทางสังคมที่สำคัญก็คือ กฎหมาย ฉะนั้นจะต้องยึดกฎหมายเป็นหลัก ถ้าหากว่าแพทย์ทำผิดไม่ให้เกิดประโยชน์ตอบแทนเท่าที่จ่าย เอาเปรียบคนไข้ กฎหมายก็ต้องเข้ามาให้ความเป็นธรรมเช่นเดียวกัน ถ้าคนไข้มองเห็นว่าแพทย์ทำอะไรถึงตัวเองไม่พอใจ ก็ต้องอยู่ในขอบเขตของกฎหมายเหมือนกันเพราะกฎหมายเป็นมาตรฐาน

พร้อมกันนั้น มาตรการอีกอย่างหนึ่งก็เข้ามาประกอบ คือ วัฒนธรรมแบบพิทักษ์สิทธิที่กลายมาเป็นค่านิยมพิทักษ์ผลประโยชน์ ทำให้มีวัฒนธรรมของการเรียกร้องค่าเสียหาย ที่เรียกว่า sue ซึ่งก็อาศัยกฎหมายเข้ามาช่วยหมายความว่า ๒ อย่างนี้เข้ามาหนุนซึ่งกันและกัน.

กฎหมายเป็นเรื่องของระเบียบแบบแผนภายนอก เป็นหลักการของสังคมหรือเป็นกติกากฎ แต่ในจิตใจของคนก็จะต้องมีแนวโน้ม หรือมีค่านิยมที่สอดคล้องกันด้วย ค่านิยมอันหนึ่งก็คือ ค่านิยมปกป้องสิทธิ ซึ่งจะแสดงออกในการที่ว่า ถ้ามีการทำอะไรผิดพลาดฉันจะต้องเรียกร้องค่าเสียหาย คือ sue ฉะนั้น ฝรั่งจึงมีหลักปฏิบัติที่สำคัญคือ sue และอันนี้ก็เป็นที่ถ่วงดุล และคานกันเองในทางสังคม ฉะนั้นการที่จะเอาโรคเอาเปรียบอะไรกันก็จะต้องคุมไว้ด้วยกฎหมายและระบบการ sue นี้ หรือพูดอีกสำนวนหนึ่งว่า ควบคุมไว้ด้วยกติกาสังคมและวัฒนธรรมพิทักษ์สิทธิ

ในวัฒนธรรมแต่ละวัฒนธรรม ระบบสังคมจะมีเครื่องถ่วงดุลกันเอง แต่พอกระแสวัฒนธรรม ๒ สายเข้าปะทะหรือบรรจบกัน ก็ทำให้เกิดความระส่ำระสาย ความไม่พอใจก็เกิดขึ้น ดังที่ปรากฏว่าพอวัฒนธรรมธุรกิจของตะวันตกเข้าไปในสังคมไทยก็เกิดปัญหา ๒ แบบ คือ

๑. ในแง่ที่ขัดกัน ถ้าแพทย์มีใจโน้มไปทางวัฒนธรรมกระแสไทยมาก โดยมีความรู้สึกค่าน้ำใจมาก มีเมตตากรุณามาก พอมาพบกับกระแสวัฒนธรรมธุรกิจก็หนักใจ อึดอัดใจ เช่น ลำบากใจในการคิดเงินทองกับลูกค้า คือคนไข้ ทำให้ไม่สบายใจกลายเป็นผลเสียแก่หมอ ซึ่งถ้ามองด้วยสายตาของ

วัฒนธรรมตะวันตกหมอกก็เสียเปรียบ เพราะจะคิดราคา ค่ารักษา ค่ายาหรือค่าอะไรก็ไม่กล้าคิดแพง กลายเป็นว่าวัฒนธรรมไทยนี้ไปขัดกับวัฒนธรรมธุรกิจที่เข้ามา

๒. อีกด้านหนึ่งกลายเป็นการเสริม คือ ถ้าแพทย์ยี้วัฒนธรรมธุรกิจของฝรั่งที่เข้ามา ก็อาจจะเอาประโยชน์จากวัฒนธรรมไทย โดยฉวยโอกาสที่ว่าคนไทยไม่มีนิสัยในการที่จะเรียกค่าเสียหาย ไม่รู้จัก sue และคนไข้ก็มองแพทย์ด้วยความรู้สึกเคารพบูชา แพทย์จะทำอะไร คนไข้ก็รู้สึกว่ามีมาช่วยเหลือชีวิตเรามาช่วยเหลือญาติของเรา ถึงจะผิดพลาดไปบ้างก็ต้องยอมรับ อย่าไปทำอะไรท่าน ฉะนั้นก็ไม่คิดจะไปเรียกร้องอะไรจากแพทย์ เมื่อเป็นแบบนี้ แพทย์ก็ได้โอกาส กลายเป็นว่าแพทย์สามารถปฏิบัติการทางแพทย์โดยไม่ต้องมีความรับผิดชอบมากนัก แต่สามารถมุ่งเอาผลประโยชน์ได้เต็มที่ คือ เอาวัฒนธรรมธุรกิจเป็นใหญ่ แล้วก็ฉวยโอกาสเอาประโยชน์จากวัฒนธรรมไทยคือ น้ำใจของคนไข้นั่นเอง เลยสบายไป กลายเป็นว่าหารายได้สูงสุดโดยไม่ต้องเสี่ยงต่อการ "sue" เป็นอันว่า สังคมไทยเวลานี้มีจุดอ่อนแล้ว จากการที่วัฒนธรรมสองสายเข้ามาพบกัน

ในเมื่อสภาพอย่างนี้เกิดขึ้นในเมืองไทย เมืองไทยจะยังมีปัญหา มากกว่าเมืองฝรั่ง ซึ่งเขามีวัฒนธรรมแบบเดียว ไม่มีการขัดแย้งระหว่างกระแสวัฒนธรรม ๒ สาย ยิ่งเวลานี้ระบบการแข่งขันหาผลประโยชน์รุนแรงขึ้น สภาพนี้ก็จะยิ่งน่ากลัว ถ้าเราไม่มีทางแก้ไข ปรับให้มีความพอดีสมดุลได้แล้ว สังคมไทยจะคืบไปได้อย่างไร ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้จะเอื้ออำนวยต่อการสร้างสรรค์สังคมและแก้ไขปัญหาสังคมได้อย่างไร จะเป็นปัญหาใหญ่มาก ฉะนั้นจะต้องมาคุยกันว่าเรามีความหวังจากแพทย์อย่างไร"

จากปาฐกถาดังกล่าว ท่านพระพรหมคุณาภรณ์ได้ชี้ให้เห็นสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในสังคมไทยว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ในวัฒนธรรม 2 กระแส ส่วนจะไหลไปในกระแสไหนในอนาคต บุคลากรทางการแพทย์ ถือว่ามีส่วนสำคัญที่จะนำไปสู่กระแสใด รวมทั้งนักธุรกิจ นักการเมือง ที่เข้ามาทำกำไรจากความเจ็บป่วยของเพื่อนมนุษย์ด้วย โดยมาลงทุนและอาศัยแพทย์เป็น

ผู้ดำเนินการให้ การดึงบุคลากรออกจากภาครัฐจะทำให้การบริการในภาค รัฐอ่อนแอลง ปัญหาเหล่านี้หากไม่ได้รับการแก้ไข การฟ้องร้องคงจะตามมา อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

สำหรับการให้ความเป็นธรรมกับผู้ที่เกี่ยวข้องนั้น คงต้องพิจารณาคามวิสัยและพฤติการณ์ของแต่ละกรณีซึ่งย่อมต้องมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลในภาครัฐ โรงพยาบาลในภาคเอกชน และโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าตลาดหลักทรัพย์โดยทำให้เรื่องการรักษาพยาบาลเป็นธุรกิจ เพราะเมื่อทำการแพทย์เป็นธุรกิจก็ต้องพร้อมที่จะรับผลที่ตามมาเมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นคดีแพ่ง หรือคดีอาญา และจะไปอ้างวัฒนธรรมอีกกระแสหนึ่ง เพื่ออ้างความเห็นอกเห็นใจคงไม่ตรงกับเรื่องนัก

ปัญหาผู้ป่วย-แพทย์ ต้องแก้ความสัมพันธ์เชิงระบบ*

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ นับวันยิ่งทวีความรุนแรง และขยายวงกว้างขึ้นเรื่อยๆ ตามลักษณะของสังคมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ในขณะที่ระบบต่างๆ ที่มีอยู่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาไม่เท่าทัน

ล่าสุดกรณีแพทย์หญิงโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งถูกศาลชั้นต้นพิพากษาจำคุกในคดีอาญาอันเนื่องมาจากความปรารถนาดีในการรักษาผู้ป่วย ได้ตั้งอีกเสบด้วยการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังเพื่อทำการผ่าตัด แต่ผลสุดท้ายผู้ป่วยเสียชีวิต กรณีนี้สะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ญาติ แพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข มีอยู่อีกมากมายเปรียบเสมือนภูเขาน้ำแข็ง ซึ่งเป็นส่วนของภูเขาที่อยู่ใต้น้ำ

เหตุการณ์ที่เกิด ยังความทุกข์ วิตกกังวล ชุ่นมัว คิซัด ให้เกิดขึ้น ไม่มีฝ่ายใดเป็นสุข ไม่ว่าจะเป็นประชาชน แพทย์ บุคลากรสาธารณสุข และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการแก้ปัญหาเช่นนี้ ทำไม่สำเร็จด้วยการใช้ความรู้สึก อารมณ์ ความเห็น หรือการจัดการด้วยวิธีการใดที่ง่าย ๆ เพราะปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาเชิงระบบที่มีความสลับซับซ้อน จึงจำเป็นต้องคิดอย่างเป็นระบบ ใช้วิชาการ องค์กรความรู้ที่เพียงพอ และวางแผนแก้ไขอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม และครบถ้วน จึงจะคลี่คลายปัญหาได้

*พิมพ์ครั้งแรกใน อารยา ชุมก. *ทางออกเชิงระบบกรณีคนไข้ฟ้องหมอ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๒. หน้า ๑๐๑-๑๐๖.

ผู้เขียนขอเสนอแนวทางการแก้ปัญหาเชิงระบบ/ทั่วโลกเป็นเบื้องต้น ๘ ประการเพื่อนำไปสู่การทำงานทางวิชาการเพิ่มเติมแล้วพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายผลักดันไปสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมดังต่อไปนี้

๑. กลไกพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการ

การบริการสาธารณสุขเป็นบริการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตและเลือกเนื้อ เป็นบริการที่ต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ที่ลึกซึ้ง ยุ่งยาก ซับซ้อน จำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน บริการที่เป็นที่ยอมรับในทุกระดับ ไม่ว่าในโรงพยาบาลใหญ่-เล็ก หรือสถานพยาบาลระดับใด เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายหรือปัญหาไม่พึงประสงค์ที่พึงปวง

ปัจจุบัน**เรามีระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล** ทำงานมาหลายปีแล้ว จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้ทำงานได้ครอบคลุมทั้งประเทศ และมีคุณภาพมากขึ้น เป็นที่น่ายินดีว่า รัฐบาลได้เห็นชอบให้ออกพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เป็นองค์กรมหาชนแล้ว แต่ขั้นตอนกฎหมายยังล่าช้าจึงควรเร่งรัดครั้งนี้ กลไกนี้จะได้ทำงานได้อย่างเต็มที่เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการสาธารณสุข และลดปัญหาที่เกิดขึ้นจากบริการลงให้ได้มากที่สุด

๒. กลไกการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการ

การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการเป็นงานพื้นฐานที่สำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนกำลังคนให้มีการผลิตและกระจายที่เหมาะสม การดูแลระบบการทำงานที่เอื้อให้บุคลากรทำงานได้อย่างมีคุณภาพ มีความสุข ไม่ว่าจะอยู่ในเมืองหรือในชนบท งานไม่หนักเกินตัว ค่าตอบแทนและแรงจูงใจเหมาะสม ได้รับการพัฒนาวิชาการและความสามารถต่อเนื่อง เครื่องไม้เครื่องมือและการสนับสนุนต่างๆ ดีพอ ตัวอย่างเช่น ในโรงพยาบาลชุมชนกว่า ๗๐๐ แห่งทั่วประเทศ ยังคงขาดแคลนแพทย์อยู่มาก จะทำอย่างไรให้มีแพทย์เพียงพอบริการ มีพยาบาลวิชาชีพครบถ้วน (เพราะโรงพยาบาลชุมชนทั้งประเทศมีวิชาชีพแพทย์อยู่เพียงคนเดียว) และควรมีพยาบาลเวชปฏิบัติช่วยทำงานบริการ

ทั่วไปหรือบริการเวชศาสตร์ครอบครัว/ชุมชน ซึ่งจะเพิ่มคุณภาพบริการได้มาก ตลอดจนการฝึกอบรมให้แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขทุกคนมีทักษะในการสื่อสาร การพูดคุยกับผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับปัญหาหรือการสูญเสียต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ ฯลฯ

กระทรวงสาธารณสุขซึ่งดูแลระบบบริการสาธารณสุขที่ใหญ่ที่สุด ควรมีการปรับกลไกต่างๆ ที่มีอยู่เดิมให้เหมาะสมกับการทำงานในยุคปัจจุบันและอนาคต

๑. กลไกบริหารความเสี่ยงระดับสถานพยาบาลและระดับพื้นที่

เป็นความจริงที่ว่า ในการบริการสาธารณสุข ต่อให้พัฒนาคุณภาพมาตรฐานหรือระบบงานดีเลิศสักเพียงใด ก็ยังคงมีปัญหาหรือผลแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้เสมอ ยิ่งรักษามากยิ่งทำมาก ยิ่งจะเกิดผลเสียหายมากขึ้น (ความเสี่ยงสูงขึ้น) ในสหรัฐอเมริกาที่มีความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการแพทย์สูงที่สุดในโลกก็ยังคงมีผู้ป่วยตาย หรือพิการ หรือเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขปีละหลายหมื่นคน

ดังนั้น วิธีการลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นก็คือ การสร้าง **"กลไกบริหารความเสี่ยง"** (risk management) เช่น การตั้งกรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล หรือการตั้งกลไกบริหารความเสี่ยงระบบจังหวัด เพื่อทำงานวิเคราะห์ ติดตาม เฝ้าระวังปัญหาแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยได้รับจากบริการ หรือปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสาธารณสุขของจังหวัด แล้วเข้าไปช่วยดูแลแก้ไขจัดการเสียแต่เนิ่นๆ มิให้ปัญหาหลุกหลามใหญ่โตเกิดการแก้ไขได้ด้วยสันติวิธี

กรณีการฟ้องร้องแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนภาคใต้จนเรื่องบานปลายถึงศาลอาญาก็เกิดจากการขาดการบริหารความเสี่ยงที่ทันเวลาและดีพอ แถมยังมีลูกยูที่ผลักดันให้เรื่องนี้กลายเป็นหนังยาวจนจบไม่ลง

๒. กลไกความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน

มีการพูดกันมาเป็นสิบปีแล้วว่า ทุกโรงพยาบาลควรมี **"คณะ**

กรรมการโรงพยาบาล ที่มีภาคประชาชนเข้าไปร่วมวางแผน รับรู้การทำงาน ของโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพราะกลไกนี้จะช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่าง โรงพยาบาลกับชุมชนได้เป็นอย่างดี เวลาเกิดปัญหาความขัดแย้งขึ้น กลไกนี้จะ สามารถช่วยเชื่อมประสานได้อย่างเป็นธรรมชาติ

โรงพยาบาลชุมชนบ่งแห่งมีกลไกเช่นนี้ เมื่อเกิดกรณีผู้ป่วยตายคา เคียงผ่าตัด กลับไม่ปรากฏการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย หรือร้องเรียนทาง สื่อมวลชน เพราะมีกลไกทำงานร่วมกันกับชุมชนอย่างดีมายาวนาน กลไก ดังกล่าวจะเป็นตัวเข้าไปคลี่คลายปัญหาต่างๆ บนหลักของมนุษยธรรมและการ อยู่ร่วมกันอย่างสันติ เรื่องที่ร้ายแรงก็จบลงได้ด้วยความพึงพอใจของทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้อง

ถึงเวลาแล้วที่ทุกโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรงพยาบาลของรัฐ ที่อยู่ในภูมิภาคและในชนบท ควรริบสร้างกลไกนี้ขึ้นและสนับสนุนให้กลไกนี้ ทำงานโดยเร็ว

๕. กลไกไกล่เกลี่ย

สี่กลไกแรกเป็นกลไกเชิงส่งเสริมและป้องกัน กลไกนี้เป็นกลไก จัดการกรณีมีปัญหาความขัดแย้งเกิดขึ้นแล้ว ส่วนใหญ่คู่ขัดแย้งอันได้แก่ ผู้ป่วย และญาติ แพทย์และทีมงาน อาจประสบปัญหาเจรจาพูดคุยกันไม่ลงตัว เพราะ ต่างฝ่ายต่างมีเหตุผล มีอารมณ์ความรู้สึก มีจุดยืนที่แตกต่างเกิดขึ้น เนื่องจากเป็น บุคคลในสถานการณ์เดียวกัน จึงจำเป็นต้องมี **"กลไกไกล่เกลี่ย"** จากภายนอกที่ มีความรู้ความชำนาญ มีประสบการณ์ และมีความเป็นกลางซึ่งมาจากภายนอก เข้าไปช่วยดูแล เชื่อมประสานให้เกิดการพูดคุยกันด้วยสันติวิธี ในฐานะที่ทุก ฝ่ายเป็นเพื่อนมนุษย์และทุกฝ่ายต่างสูญเสียและเป็นทุกข์ด้วยกันทั้งสิ้น

กลไกอย่างนี้ควรมีทุกระดับ และควรสร้างให้เป็นกลไกที่ได้รับความ เชื่อถือในความเป็นกลาง ไม่เอียงไปข้างหนึ่งข้างใด

ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ได้พัฒนา **"ศูนย์สันติวิธี สาธารณสุข"** ขึ้นมาทำหน้าที่นี้ มี นพ.บรรพต คันธีรวงศ์ เป็นหัวหน้า ทำงาน ไกล่เกลี่ยกรณีต่างๆ ประสบผลสำเร็จแบบจบลงด้วยความพึงพอใจของทุกฝ่าย

เป็นจำนวนมาก กลไกเช่นนี้ควรได้รับการสนับสนุนและพัฒนาให้มีกิ่งก้านสาขา และให้สามารถทำงานได้อย่างครอบคลุมและดียิ่งขึ้นไปอีก เพราะเท่าที่ทำอยู่ยังไม่เพียงพอ และยังไม่เท่าทันสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น

๖. กลไกเยียวยา

ในกรณีที่เกิดความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหาย ไม่ว่าจะเกิดจากเหตุสุดวิสัย หรือเกิดจากปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การแพ้ยา การบังเอิญทางวิชาการหรือเกิดจากความบกพร่องของระบบหรือของบุคคล ย่อมได้รับผลกระทบจากความเสียหายหรือการสูญเสียเหล่านั้น ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ซ้ำซ้อน จากเดิมทุกข์จากการเจ็บป่วย มาเพิ่มเป็นทุกข์จากความเสียหายเพิ่มเข้าไปอีก จึงควรมีกลไกช่วยเหลือเยียวยาที่เหมาะสม เช่น ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้มีการเยียวยาเบื้องต้นแก่ผู้ได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันมีความพยายามเสนอกฎหมายตั้ง **"กองทุนชดเชยผู้ได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุข"** โดยไม่ต้องเสียเวลาพิสูจน์ว่าใครผิดใครถูก ซึ่งต้องใช้เวลายาวนาน เพราะความเสียหายเกิดขึ้นแล้ว ทุกข์เกิดขึ้นแล้ว ผู้ได้รับความเสียหายควรได้รับการเยียวยาช่วยเหลือเพื่อลดบียาลดความทุกข์อย่างเพียงพอและทันทั่วถึง ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ไปติดอยู่ที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเป็นเวลานานพอสมควรแล้ว

ทุกฝ่ายจึงควรต้องช่วยกันผลักดันให้มีกลไกเช่นนี้โดยเร็วเพื่อประโยชน์แก่เพื่อนคนไทยด้วยกัน

๗. กลไกคุ้มครองการทำงานของแพทย์และทีมงาน

ต้องยอมรับว่า กรณีที่แพทย์ได้รับการพิพากษาให้ต้องจำคุกจากการตั้งใจดูแลรักษาผู้ป่วยในชนบทโดยมิได้ทำเพื่อผลกำไรเชิงธุรกิจ เป็นผลทำให้แพทย์เสียขวัญและกำลังใจอย่างกว้างขวาง จึงมีความพยายามเสนอกฎหมายที่ออกมาเพื่อคุ้มครองการทำงานของแพทย์มิให้ต้องรับโทษทางอาญาที่หนักหน่วงเช่นนั้น ยกเว้นกรณีประมาทอย่างร้ายแรงหรือตั้งใจไปทางอาชญากรรม

เรื่องนี้ควรเห็นใจและเข้าใจแพทย์บนหลักการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ และเคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีของกันและกัน แต่การเสนอให้มีกลไกเช่นนี้คงต้องช่วยกันพิจารณาในเชิงวิชาการ และควรทบทวนองค์ความรู้สากลเพื่อศึกษาประสบการณ์ของนานาชาติประกอบด้วย ถ้าเหมาะสม สังคมก็ควรสนับสนุน ถ้าไม่เหมาะสมก็แล้วไป

๔. ขับเคลื่อนบริการสาธารณสุขด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้เสนอแนวคิด **"การพัฒนาบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์"** (Humanized Health Care) ซึ่งขณะนี้มีการขานรับและขับเคลื่อนกันไปแล้วในระดับเริ่มต้น โดยคาดหวังว่า ถ้าทุกฝ่ายช่วยกันปรับระบบบริการสาธารณสุขมาเป็นระบบที่เอาความเป็นมนุษย์ของทุกฝ่ายเป็นตัวตั้ง แทนที่จะเอาเรื่องเงินหรือเรื่องเทคนิควิทยาการเป็นตัวตั้ง จะทำให้ระบบบริการสาธารณสุขเป็นระบบงานแห่งมนุษยธรรม พึงพาอาศัยช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ผลการบริการออกมาในทางใด ทุกฝ่ายก็จะเข้าใจและรับได้ ปรากฏการณ์ร้องเรียน ฟ้องร้อง คาค่อคา ฟันต่อฟันก็จะลดลงได้

แนวคิดนี้เหมือนเป็นการพาทันทวนกระแสน้ำใหญ่ แต่ก็เป็น การชวนคิด และชวนทำเหมือนปลาเป็นที่ต้องว่ายทวนน้ำ ซึ่งต้องอาศัยกลไกเข้ามาดูแลเชื่อมประสาน ผลักดันและขับเคลื่อนให้เกิดพลังการเปลี่ยนแปลงให้เป็นรูปธรรม

แต่ถ้าจะรอเพียงกลไกนี้โดยไม่ทำเรื่องอื่น กว่าถ้าจะสุก งาก็คงไหม้หมกไปแล้ว

๕. กลไกการจัดการความรู้และขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์

ปัญหานี้เป็นปัญหาใหญ่และยากต่อการแก้ไขมาก ต้องอาศัยการทำงานทางวิชาการ ศึกษาสังเคราะห์ให้รู้ว่าทั่วโลกเขาเป็นอย่างไรกัน เขาแก้ปัญหากันอย่างไร สถานการณ์ในบ้านเราเป็นอย่างไร มีหลักและวิธีการแก้ปัญหาอย่างครบถ้วนอย่างไร

ในขณะที่เดียวกันก็ต้องมีกลไกทำงานเพื่อแปลงความรู้ออกมาเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหา แล้วทำงานเชื่อมโยงกับสังคมทุกภาค

ส่วนที่เกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกับพลังภาครัฐ จับมือกันระดมพลังแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ จริงจัง และต่อเนื่อง แบบกัดไม่ปล่อย ไม่ใช่ทำแบบไฟไหม้ฟาง หรือทำตามอารมณ์ความรู้สึกชั่วครั้งชั่วคราว

เป็นที่น่ายินดีที่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนให้เกิด "สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ" (สวค.) ขึ้นมาทำงานทางวิชาการที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพมา ๒-๓ ปีแล้ว และในขณะเดียวกัน "คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ" (คสช.) ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ก็ได้ตั้งกลไกทำงานเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ขึ้นใหม่สดๆ ร้อนๆ เรียกว่า "คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ" (Commission on National Human Resources for Health Development)

จึงเป็นความคาดหวังว่ากลไกตามข้อ ๘ นี้ จะได้หยิบยกประเด็นปัญหาใหญ่ที่ขึ้นมาทำงานอย่างจริงจัง เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงระบบอย่างเป็นรูปธรรมในวันนี้

