

## กองทุนสุขภาพผู้ป่วยที่ได้รับการเสียชีวิตจากการรักษาพยาบาล : อีกองค์ประกอบหนึ่งของบริการทางการแพทย์ที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์<sup>1</sup>, นุศราพร เกษสมบูรณ์<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์, <sup>2</sup>สำนักงานวิชาการ คณะเภสัชศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

กว่าศตวรรษที่ผ่านมาที่ประเทศไทยนำเข้า การแพทย์แผนตะวันตกอันทันสมัยมีความเป็น วิทยาศาสตร์สูง จนเติบโตใหญ่มีสถาบันและงบประมาณของประเทศรองรับอย่างหนาแน่นต่อเนื่อง และขยายตัวดูแลรับใช้ประชาชนคนไทยด้าน สุขภาพอนามัยไปทั่วประเทศ มีผลทำให้คนไทยมี สุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง อายุยืนยาวกว่า ในอดีตมาก

แต่ในขณะนี้หลายฝ่ายเริ่มตระหนักกันทั่วไปว่า ความทันสมัยเพียงอย่างเดียวไม่น่าจะเพียงพอ ปัญหาสุขภาพที่ปนเปมาอยู่กับปัญหาสังคมรูปแบบ ใหม่ๆ ปรากฏชัดเจนนมากขึ้น ความไม่ไว้วางใจของ ประชาชนต่อผู้ให้บริการสะท้อนออกมาในเรื่อง สถิติการฟ้องร้องและเสียงบ่นในช่องทางสื่อสาร ต่างๆ เป็นสิ่งที่ท้าทายระบบสุขภาพปัจจุบันอย่างยิ่ง ทุกฝ่ายจำเป็นต้องหันมาร่วมกันพิจารณา และหาทางปรับระบบสุขภาพกันใหม่อย่างจริงจัง

ข้อเสนอประการหนึ่งที่มีการกล่าวถึงกันมาก ในขณะนี้คือ การนำเสนอแนวความคิดเรื่องระบบ บริการสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized health care) แต่เชื่อแน่ว่า ทุกครั้งที่มีการนำเสนอ คำใหม่ๆ เข้ามาในวงการแพทย์ ย่อมมีการตีความ ให้ความหมายและให้คุณค่าที่แตกต่างกันไปได้ มากมาย บ้างเน้นระดับการให้บริการผู้ป่วย บ้าง เน้นที่การปรับวัฒนธรรมองค์กร<sup>2</sup> บทความนี้จะขอ เสนออีกมุมมองหนึ่ง โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยนใน

ระดับนโยบายสาธารณะ นั่นคือ การติดตั้งระบบ การชดเชยอย่างเป็นธรรมแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความ เสียหายจากการรักษาพยาบาล ระบบนี้น่าจะ เป็นองค์ประกอบสำคัญอันหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริม แนวความคิดเรื่องบริการทางการแพทย์ที่มีหัวใจ แห่งความเป็นมนุษย์ที่ทุกคนอยากได้

### ทำไมประเทศไทยจำเป็นต้องมีระบบการชดเชย ผู้ป่วยฯ อย่างเป็นธรรม

ปัญหาเรื่องผู้ป่วยได้รับความเสียหายจากการ รักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานาน และเกิดขึ้น ทั่วโลก คณะนักวิจัยแห่งมหาวิทยาลัยฮาวาร์ด ศึกษาพบว่า ในสหรัฐอเมริกาเกิดภาวะไม่พึง ประสงค์หรือความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน ถึง ร้อยละ 3.7 มีผู้เสียชีวิตจากเรื่องนี้ คิดเป็นจำนวน ประมาณ 44,000 ถึง 98,000 รายต่อปี ใกล้เคียง กับจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์และมะเร็งเต้านม ต่อปีรวมกัน หรือเท่ากับการเสียชีวิตจากเครื่องบิน 2 ลำตกทุกวันเป็นเวลาหนึ่งปี<sup>3</sup> การศึกษานี้เป็นหลัก ไม้สำคัญที่กระตุ้นให้นักวิจัยทั่วโลกรวมทั้งใน ประเทศไทยสนใจทำตามและพบอุบัติการณ์ของ ภาวะไม่พึงประสงค์ใกล้เคียงกันหรือแม้กระทั่งสูง กว่าที่พบในสหรัฐ<sup>4-8</sup>

เมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ขึ้น มีผลกระทบที่ สำคัญอย่างหนึ่ง คือ การฟ้องร้องต่อศาล หรือ

หน่วยงานต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อเรียกร้องให้มีการชดเชยความเสียหาย หรือการขอโทษจากผู้ให้บริการสุขภาพ<sup>9</sup> ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เกิดความตึงเครียดเพิ่มมากขึ้น เหตุการณ์เช่นนี้กดดันทำให้แพทย์หมดกำลังใจลาออกจากราชการ บางส่วนเลือกใช้วิธีทำประกันเพื่อลดความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้องเรียกค่าชดเชยจำนวนมาก เพิ่มบริการตรวจวินิจฉัยโดยไม่จำเป็น และมีพฤติกรรมอื่นๆ เช่นการแก้ไขข้อมูลในเวชระเบียน รวมทั้งการฟ้องกลับ เพื่อปกป้องตนเองจากการถูกฟ้องร้อง (defensive medicine) เป็นต้น เหตุการณ์เช่นนี้นับวันจะยิ่งเลวร้ายลง

ประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในเรื่องนี้พบว่า การที่ผู้ป่วยฟ้องร้องต่อศาลเพื่อเรียกร้องค่าชดเชยมีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นมหาศาล ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยยิ่งเลวร้ายลง แต่ผู้ป่วยที่ควรได้รับการชดเชยกลับไม่ได้รับ ผลประโยชน์ส่วนใหญ่ตกอยู่ที่บริษัทประกันและทนายที่เชี่ยวชาญด้านการฟ้องร้องแพทย์ ในขณะที่แพทย์บางสาขาตัดสินใจเลิกประกอบอาชีพแพทย์เพราะแบกรับค่าเบี้ยประกันที่ยิ่งเพิ่มสูงขึ้นทุกปีไม่ไหว<sup>10-12</sup>

หากประเทศไทยปล่อยให้ระบบปรับเปลี่ยนไปตามยถากรรม คนไข้ที่เสียหายไร้ที่พึ่งที่มีความเป็นธรรมก็จะพยายามหาทางออกที่เราไม่อยากเผชิญ นั่นคือการฟ้องร้องไปยังสื่อมวลชน แม้จะมีตัวแทนจากแพทยสภาไปร่วมอภิปรายชี้แจง แต่ผลสะท้อนกลับที่ได้รับคือสังคมยิ่งลดความไว้วางใจต่อวิชาชีพแพทย์ลงและเห็นว่ามุ่งปกป้องพวกเดียวกันเอง

มีความพยายามที่จะเสนอให้มีการสร้างทางเลือกแบบใหม่ๆ ในการจัดการกับเรื่องนี้ เช่น การป้องกันโรคให้ได้ผล เพื่อลดจำนวนผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อลดปัญหาความผิดพลาดเสียหายจากการรักษาพยาบาล และการสร้างระบบการชดเชยผู้เสียหายจากการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องหาผู้รับผิดชอบ<sup>13,14</sup>

กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียและประเทศนิวซีแลนด์จัดได้ว่ามีความก้าวหน้าในเรื่องการสร้างระบบการชดเชยที่ไม่เกี่ยวข้องกับงบชี้ว่าใครผิดหรือไม่ แต่เน้นที่การชดเชยผู้ป่วยที่เสียหายให้ได้รับความเป็นธรรม มีสิ่งทีหลายคนอาจจะคาดไม่ถึง ที่พบว่าแม้กระทั่งแพทย์เองก็ยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการชดเชยหากเกิดความเสียหายจากการรักษาพยาบาลจริง แบบฟอร์มเพื่อใช้ยื่นเรื่องขอรับการชดเชยมีวางไว้ทั่วไปในโรงพยาบาลและในเว็บไซต์ ปัญหาการฟ้องร้องต่อศาลก็มีน้อย<sup>15-17</sup>

แม้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 จะมีบทบัญญัติที่ให้ผู้ที่ได้รับความเสียหายอันเกิดจากการดูแลรักษา มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุนเพื่อเยียวยาความเสียหายเบื้องต้น<sup>18</sup> ต้องถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี แต่ก็ยังไม่เพียงพอ ยังไม่สามารถสร้างระบบที่เป็นธรรมได้ เพราะคุ้มครองเฉพาะผู้ป่วยภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น วงเงินชดเชยก็ค่อนข้างน้อย เพื่อเปรียบเทียบกับความสูญเสียของผู้ป่วย สถิติจำนวนผู้ได้รับการชดเชยก็ยังมีเพียงจำนวน 738 รายเท่านั้น ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2547 - 2549) และมียอดการจ่ายชดเชยเฉลี่ยต่อรายเพียง 91,000 กว่าบาทเท่านั้น<sup>19</sup>

ขณะนี้จึงมีการเคลื่อนไหวพยายามให้ออกพระราชบัญญัติอีกฉบับ ที่คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขทุกกลุ่ม โดยมีคณะกรรมการในระดับประเทศที่ดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะ ไม่ใช่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกต่อไป คำถามสำคัญตอนนี้คือหลักการและเนื้อหาของพระราชบัญญัติฉบับนี้ควรเป็นอย่างไร เป็นคำถามที่วงการแพทย์ควรมีส่วนร่วมหาคำตอบเพื่อสร้างระบบที่มีประโยชน์สูงสุดแก่ทุกฝ่ายและควรมีส่วนช่วยแก้ไขป้องกันปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

## หลักการและเนื้อหาของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่ควรจะเป็น

ปัตพงษ์และศุภสิทธิ์ (2548) ได้อภิปรายและเสนอแนวคิดการออกแบบระบบการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ โดยเสนอว่าประเด็นคำถามที่สังคมควรจะต้องตั้งขึ้นมาเพื่อแสวงคำตอบในการออกแบบระบบ<sup>14</sup> ได้แก่

- 1) ปรัชญาหรือคุณค่าพื้นฐานและวัตถุประสงค์หลักของระบบที่สอดคล้องกับปรัชญาพื้นฐานคืออะไร มุ่งสร้างระบบเพื่อปกป้องผู้ให้บริการจากการถูกฟ้องร้องหรือมุ่งเพื่อคุ้มครองชดเชยผู้ที่เสียหาย
- 2) คุณลักษณะขององค์กรที่รับผิดชอบควรเป็นอย่างไร ควรมีองค์กรเดียวหรือหลายองค์กร แบ่งกันดูแลคุ้มครองชดเชยผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ควรมีสาขาครอบคลุมกี่แห่ง
- 3) แหล่งที่มาของเงินมาจากไหนบ้าง ควรใช้เงินภาษีอากรเป็นหลัก หรือได้จากการเก็บเบี้ยประกันจากผู้ให้บริการ หรือเป็นแบบ ถ้าเป็นแบบผสม ควรมีส่วนไหนเท่าไร
- 4) เกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงินชดเชย จะจ่ายในกรณีใดบ้าง เกณฑ์มีความยืดหยุ่นหรือระบุภาวะที่ตายตัว จ่ายเท่าไร จ่ายเมื่อไร จะมีการช่วยเหลือที่ไม่ใช่ทางการเงินหรือไม่
- 5) กระบวนการพิจารณาตัดสินใครเป็นผู้ตัดสิน คนเดียวหรือมีคณะกรรมการเป็นผู้ตัดสิน ใช้ข้อมูลอะไรบ้างเพื่อช่วยตัดสินใจได้ ข้อมูลนั้นมาอย่างไร หากไม่พอใจผลการตัดสินมีสิทธิอุทธรณ์หรือไม่
- 6) สิทธิการฟ้องร้องผู้ให้บริการต่อศาลของผู้ได้รับการชดเชยยังมีหรือไม่ การช่วยเหลือผู้เสียหายในกระบวนการร้องขอการชดเชยจะเป็นอย่างไร
- 7) ความจำเป็นของระบบการประเมินจากภายนอก จะใช้ดัชนีชี้วัดใดที่จะบ่งบอกว่า ระบบมีความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ และมีความโปร่งใสในการดำเนินงาน ผลกระทบทางบวก หรือข้อแทรกซ้อนทางลบอื่นๆ ที่เกิดขึ้นตามมาหลังจากมีระบบนี้ขึ้น

ผู้เขียนได้เสนอแนวคิดและรวบรวมประสบการณ์การจัดการในเรื่องนี้ของประเทศต่างๆ ทั้งที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว พร้อมเสนอทางออกที่ควรดำเนินการในประเทศไทย ผู้ที่สนใจสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากเอกสารที่อ้างอิงฉบับนี้

## กองทุนชดเชยผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลจะช่วยให้เกิดบริการทางการแพทย์ที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ได้อย่างไร

จุดมุ่งหมายหลักของบริการทางการแพทย์คือการช่วยปลดปล่อยความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากความเจ็บป่วย แต่เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ระบบการคุ้มครองที่ไม่เหมาะสมกลับจะเป็นสิ่งที่ทับถมความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวให้หนักยิ่งขึ้นไปอีก ผู้ให้บริการเองก็พลอยได้รับผลกระทบเมื่อเกิดปัญหาการฟ้องร้องขึ้นขณะที่แพทย์กำลังตรวจผู้ป่วยแต่ในใจก็คิดกังวลไปว่าคนไข้คนนี้จะฟ้องร้องตนหรือไม่ เช่นเดียวกันผู้ป่วยก็อาจจะคิดอยู่ในใจว่าแพทย์จะให้บริการตนอย่างเต็มความสามารถถูกต้องตามหลักวิชาการหรือมุ่งให้บริการที่เกินจำเป็นเพื่อปกป้องตนเองหรือด้วยเหตุผลอื่นๆ เหตุการณ์เช่นนี้ย่อมนำมาซึ่งการบริการที่สร้างความเป็นทุกข์ให้กับทุกฝ่าย คงจะหาการบริการทางการแพทย์ที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ได้ยากภายใต้ระบบที่เป็นเช่นนี้

กองทุนคุ้มครองผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายที่น่าจะเป็นปัจจัยเชิงระบบอย่างหนึ่งที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลข้างต้น เป็นตาข่ายการพยุงช่วยเหลือทางสังคม (social safety net) อย่างหนึ่งที่ทำหน้าที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่โชคร้ายตกทุกข์ได้ยากจากบริการสุขภาพให้สามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามอรรถภาพ สามารถทำงานเสียภาษีหรือ ให้บริการช่วยเหลือคนอื่นในสังคมต่อไป ซึ่งน่าจะเป็นเป้าหมายสุดท้ายที่การบริการทางการแพทย์ที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ต้องการเช่นกัน

## เอกสารอ้างอิง

1. Homhuan P. Malpractice complaints appeared in newspaper during 1990-1997. A master degree dissertation, Bangkok: Graduate school, Mahidol University. 1999.
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. วิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย. นนทบุรี. โรงพิมพ์เดือนตุลา. 2549
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients. Results of the Harvard medical practice study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-6.
4. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ 2001; 322: 517-9.
5. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. Med J Aust 1995; 163: 458-71.
6. Michel P, Quenon JL, Sarasqueta AMD, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable events in acute care hospitals. BMJ 2004; 328: 199.
7. Foster AJ, Clark HD, Menard A, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. CMAJ 2004; 170: 345-9.
8. ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. ภาวะไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะจากการศึกษานำร่อง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2546; 12: 509-21.
9. สมหญิง สายธนู รัชตะ ตั้งศิริพัฒน์ วงเดือน จินดาวัฒน์ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2546; 12: 876-88.
10. Anderson RE. Billions for defense. The pervasive nature of defensive medicine. Arch Intern Med 1999;159:2399-402.
11. Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. N Eng J Med 1991;325:245-51.
12. Mohr JC. American medical malpractice litigation in historical perspective. JAMA 2000;283:1731-7.
13. Ungprapan V, Boonchalermvipart S, Yomjinda A, et al. Problems of malpractice litigation in Thailand. A report of the subcommittee on measures to alleviate sufferings of the medical injured. 14 June - 31 October 2000. Nonthaburi: Thai Medical Council. 2000.
14. ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์ และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ทางเลือกเพื่อการออกแบบการชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2548; 14: 941-54.
15. Gronfeld A. The Nordic patient insurance systems: similarities and differences; (cited 2004 Nov 23). Available from: URL: <http://www.patientforsikringen.dk/uk/article/Nordic.htm>.
16. Cooper JK. Sweden's no-fault patient injury insurance. N Eng J Med 1976;294:1268-70.
17. Scott C. Time for fine-tuning: the review of the no-fault medical misadventure scheme in New Zealand 2004/05. A paper presented at the International Conference on the Cost Containment in National Health Insurance System; 24-25 February 2005; Duangtawan Hotel, Chiangmai, Thailand; the National Health Security Office. 2005
18. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน 2545.
19. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2549. นนทบุรี. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.2549.