

## ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ความผิด

รองศาสตราจารย์ ดร. ฉัตรสุมน พฤตมิถิญา<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

บทความนี้ ผู้เขียนมีจุดมุ่งหมายเพื่อทบทวนหลักการและแนวทางการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดทั้งของไทยและต่างประเทศ ซึ่งพบว่าแนวทางดังกล่าวนี้ได้เอื้อประโยชน์ให้ทั้งประชาชนผู้ที่ได้รับความเสียหายให้ได้รับการช่วยเหลือเยียวยาด้วยเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และยังเป็นการเอื้อประโยชน์ต่อผู้ให้บริการทางสาธารณสุขอีกด้วย กล่าวคือ เมื่อผู้เสียหายได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และพอใจการช่วยเหลือเยียวยาแล้ว ก็อาจไม่ต้องการดำเนินการฟ้องร้องทางแพ่งเพื่อขอรับค่าเสียหายอีก ซึ่งทำให้โอกาสการฟ้องร้องทางแพ่งลดลง อีกทั้งการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขสามารถนำเงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือเงินชดเชยจากกองทุนส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบสาธารณสุขไปจ่ายเพื่อเยียวยาให้แทนผู้ถูกฟ้องคดีได้ หากมีการฟ้องร้องทางแพ่งเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขจะเกิดขึ้นได้ต้องเกิดจากการเห็นด้วยของทุกฝ่าย และทุกฝ่ายสนับสนุนให้เกิดพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

คำสำคัญ: ความเสียหายจากการรับบริการ ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ความผิด เงินช่วยเหลือเบื้องต้น

---

<sup>1</sup> ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## No-fault liability compensation system

Chardsumon Prutipinyo<sup>2</sup>

### Abstract

The author's objective of this article is to review the principle and guidelines for compensation of damages due to public health service providers, with no-fault proven, in Thailand and abroad. It was found that 'No-fault Compensation' system was beneficial to both patients who received damages, and also for public health service providers. The benefit is that the patient who suffered damage will receive basic financial compensation as soon as possible, while the public health service providers will not be sued by the patient because of the satisfaction from receiving financial compensation. This will mitigate civil litigations. No-fault compensation system can use the money from public aid, or from 'Good-relationship Promotion in Public Health System' fund, to pay for remedies and compensation, on the behalf of potential defendant, if litigation is pursued. However, no-fault liability compensation system will occur only when all parties involved agreed, and support the passing of "Patient's Protection due to Damages from Public Health Service Provider Act, B.E.....".

Keywords: health services damages, No-fault liability compensation system, gross compensation

---

<sup>2</sup> Department of Public Health Administration, Public Health Faculty, Mahidol University.

## บทนำ

หลักการของระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ความผิดคือการมุ่ง “ชดเชยความเสียหาย” อย่างรวดเร็วเพื่อช่วยเหลือเหยื่ออย่างทันท่วงที เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมานจากโรคหรือความเจ็บป่วยอยู่แล้ว มีการชดเชยอย่างเป็นธรรมเพื่อจูงใจให้ใช้กลไกนี้แทนการฟ้องร้องต่อศาล เนื่องจากการรักษาผู้ป่วย มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์ได้หลายกรณี ปัจจัยอายุ หากเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 64 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์มากกว่ากลุ่มอื่น ปัจจัยโรคที่มีความซับซ้อนบางอย่างมีความเสี่ยงสูง เช่น การผ่าตัดหลอดเลือด การผ่าตัดระบบประสาท นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยหลายประการที่เสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การใช้แพทย์ทำงานบางเวลา (part-time) ที่ไม่ได้ผ่านการอบรมการทำงานในห้องฉุกเฉิน จำนวนผู้รับบริการที่มากจนแพทย์มีเวลาจำกัดในการวินิจฉัยโรคและดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น ก็ยังทำให้เกิดความเสี่ยงสูงมากขึ้น (Issrael Deconess 2000; โครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป 2007)

ความเสียหายที่เกิดจากความบกพร่อง (medical negligence) หรือความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical error) เป็นความเสียหายที่สามารถเกิดขึ้นได้เป็นปกติ และเป็นธรรมชาติของระบบบริการทางการแพทย์ แม้แต่ในประเทศพัฒนาแล้วที่มีระบบการแพทย์ทันสมัยมากก็สามารถเกิดความเสียหายได้ เพราะหัตถการและการดูแลแต่ละชนิดมีความเสี่ยงอยู่เสมอ ไม่มากก็น้อยแตกต่างกันไป เพราะในกระบวนการรักษาพยาบาลนั้น ความผิดพลาดสามารถเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ความบกพร่องหรือความผิดพลาดทางการแพทย์ อาจมีสาเหตุจากปัจจัยหลายด้าน อาทิ การประมาทเลินเล่อ (negligence) ของมนุษย์ ความบกพร่องของระบบการทำงาน ระบบการประสานงาน ระบบบริหารจัดการ ความบกพร่องของเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ข้อจำกัดขององค์ความรู้ทางการแพทย์ในขณะนั้น ข้อจำกัดของข้อมูลที่อาจไม่ครบถ้วน รวมทั้งความเร่งด่วนต่าง ๆ เช่น ความผิดพลาดจากการผ่าตัด ความผิดพลาดจากการใช้ยา ความผิดพลาดจากผู้ให้บริการ มีทั้งความผิดพลาดจากการไม่ทำหน้าที่ได้แก่ การประเมินอาการล่าช้า หรือไม่ได้ส่งจ่ายยาในเวลาที่เป็น และความผิดพลาดจากการทำหน้าที่ ได้แก่ สั่งยาให้คนไข้ผิดคน ผิดเวลา เป็นต้น

ปัญหาความผิดพลาดนำไปสู่วิกฤติของระบบประกันที่เกี่ยวข้องกับการฟ้องเรียกค่าเสียหายดังกล่าว ทำให้เกิดกระแสการปฏิรูประบบการฟ้องเรียกค่าเสียหายทางศาล (Tort system reform) โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา แม้ว่าโดยหลักการต้องการหาระบบที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในการสร้างทั้งความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย พร้อมกับ กับการควบคุมคุณภาพของบริการทางการแพทย์ แต่

เป้าหมายหลักที่แท้จริง คือ การหาทางจัดการกับการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการประกันที่ส่งผลกระทบต่อมาถึงระบบสุขภาพทั้งระบบ

### ประเทศที่นำระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมาใช้

ระบบการจ่ายชดเชยเมื่อได้รับความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์ โดยไม่ถือเป็นความผิดมีการพัฒนาและมีการกล่าวถึงมากขึ้นเรื่อยๆ ประเทศที่มีการออกกฎหมายเพื่อให้เกิดระบบการชดเชยในลักษณะนี้ ได้แก่ ประเทศนิวซีแลนด์ (เริ่มปี ค.ศ.1972) สวีเดน (เริ่มแบบสมัครใจในปี ค.ศ. 1975 และบังคับทั้งหมดในปี ค.ศ. 1997) ฟินแลนด์ (เริ่มปี ค.ศ.1987) นอร์เวย์ (เริ่มแบบสมัครใจในปี ค.ศ. 1988 และออกเป็นกฎหมายในปี ค.ศ. 2003) เดนมาร์ก (เริ่มปี ค.ศ. 1992) และไอซ์แลนด์ (เริ่มปี ค.ศ. 2001) อย่างไรก็ตาม ประเทศสหรัฐอเมริกาและอังกฤษได้พยายามนำระบบนี้มาใช้ แต่ไม่ได้ผล เนื่องจากได้รับการต่อต้านจากทนายความและระบบประกันของเอกชน

จากการศึกษาพบว่าประเทศที่มีระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่พิสูจน์ความผิดที่ใกล้เคียงกับระบบที่ประเทศไทยได้มีแนวความคิดที่จะนำมาใช้ในการชดเชยค่าเสียหายแก่ผู้รับบริการสาธารณสุข (ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ 2554) เพื่อเสนอประเด็นข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และกรณีศึกษาของต่างประเทศในการนำระบบดังกล่าวมาใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการตรากฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขต่อไป

ประเทศสวีเดนได้นำระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (No - fault compensation system) มาใช้ภายใต้กฎหมาย Patient Insurance System 19759 และต่อมาได้ตรากฎหมาย Patient Injury Act 1997 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขได้รับค่าชดเชย โดยผู้ให้บริการต้องซื้อประกันเพื่อเป็นค่าชดเชยแก่ผู้เสียหาย (The Patient Injury Act 1997) กฎหมายนี้ได้บัญญัติให้ผู้เสียหายได้รับค่าชดเชยในกรณีที่มีความเสียหายเกิดจากการตรวจ การดูแล การรักษา หรือการให้บริการอื่นที่เทียบเท่าซึ่งความเสียหายดังกล่าวสามารถจะหลีกเลี่ยงได้ หรือความเสียหายที่เกิดจากความบกพร่องของผลิตภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์ การวินิจฉัยผิดพลาด การทำให้เกิดการแพร่เชื้อเข้าสู่ผู้ป่วยจากการตรวจ รักษา ดูแล หรือการให้บริการอื่นที่เทียบเท่า รวมทั้งอุบัติเหตุจากการตรวจ รักษา ดูแลหรือการให้บริการอื่นที่เทียบเท่า ตลอดจนความเสียหายที่เกิดจากการจ่ายยา หรือขั้นตอนการเตรียมยาที่ไม่เป็นไปตามปกติ สำหรับขั้นตอนการจ่ายค่าชดเชยของประเทศสวีเดน บริษัทประกันจะเป็นผู้ประเมินและจ่ายค่าชดเชย ซึ่งโดยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 ของคำร้องทั้งหมด บริษัทประกันรายใหญ่ คือ County Council's Mutual Insurance Company จะเป็นผู้ดำเนินการรับผิดชอบประเมินและจ่ายค่าเสียหาย ซึ่งเกิดจากการรับ

บริการสาธารณสุขแก่ผู้เสียหาย (Henry Johansson 2010) แต่ในกรณีที่ผู้เสียหายรายใดไม่พอใจการพิจารณาค่าเสียหายของบริษัทประกัน ผู้เสียหายก็สามารถยื่นคำร้องต่อคณะกรรมการพิจารณาข้อร้องเรียนของผู้ป่วย (The patient claims panel) เพื่อพิจารณาให้ความเห็น ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วบริษัทประกันมักจะปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการพิจารณาข้อร้องเรียนของผู้ป่วยดังกล่าว อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากฎหมายของสวีเดนจะอนุญาตให้ผู้เสียหายยื่นฟ้องคดีต่อศาลได้ หากผู้เสียหายไม่พอใจการจ่ายค่าชดเชยของบริษัทประกัน หรือไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอแนะของคณะกรรมการพิจารณาข้อร้องเรียน แต่ในทางปฏิบัติเนื่องจากการยื่นฟ้องคดีต่อศาลมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง คือประมาณ 22,000 ยูโร หรือประมาณ 950,000 บาท แต่การดำเนินการร้องเรียนต่อคณะกรรมการพิจารณาข้อร้องเรียนจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 900 – 1,000 ยูโร หรือประมาณ 39,000 – 43,000 บาท (Carl Espersson, no date) ทำให้มีผู้เสียหายจำนวนน้อยรายเลือกใช้วิธีการฟ้องร้องต่อศาล และเมื่อมีระบบการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบดังกล่าวแล้ว ก็ทำให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยที่รวดเร็ว โดยผู้เสียหายร้อยละ 50 ได้รับการชดเชยภายใน 6 เดือน และภายใน 1 ปี ในขณะที่การยื่นฟ้องต่อศาลจะใช้เวลายาวนานหลายปี ดังนั้น จะเห็นได้ว่าระบบการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบประเทศสวีเดนเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือ เยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสามารถช่วยสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้รับบริการเป็นอย่างดี

ประเทศเดนมาร์กมีการแนะนำช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการเรียกร้องค่าชดเชยโดยผู้ให้บริการ ประเทศสวีเดน แพทย์ พยาบาล และผู้ทำงานด้านสังคมช่วยเหลือผู้ป่วยในการรายงานการบาดเจ็บให้มีความสมบูรณ์ประมาณ 60-80% ของเรื่องร้องเรียน และทั้งประเทศเดนมาร์ก และสวีเดน ทุกๆ สถานพยาบาลทางสุขภาพ มีผู้ให้คำปรึกษาผู้ป่วย ทำหน้าที่ช่วยเสนอข้อเรียกร้องผู้เสียหายยังคงมีสิทธิเลือกระหว่างระบบเดิมและระบบใหม่ (หากระบบใหม่เปิดสิทธิทางศาลไว้) แม้จะเลือกระบบใหม่ ผู้เสียหายก็ยังคงมีสิทธิใช้สิทธิทางศาลตามปกติทั้งในระหว่างที่มีการเรียกร้องค่าชดเชยและหลังการได้รับค่าชดเชย ในความเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน หากผู้เสียหายเข้าสู่ช่องทางของกลไกการชดเชยและยุติได้ก็จะทำให้จำนวนคดีที่จะขึ้นสู่ศาลลดลง กระบวนการก่อนการได้มาซึ่งการตัดสินใจว่าผู้เสียหายจะได้รับการชดเชยหรือไม่ อยู่บนพื้นฐานของการตรวจสอบข้อเท็จจริงจากคู่กรณี เวชระเบียน และอื่นๆ โดยผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีความแตกต่างในความเข้มงวดของมาตรฐานการน้อยกว่า จึงไม่มีการตรวจสอบในขอบเขตเดียวกันหรือลึกลงไปตามกระบวนการค้นหาความรับผิดชอบตามระบบกฎหมายเดิม มิฉะนั้น จะทำให้ประโยชน์หลายๆ อย่างของกลไกใหม่ ไม่ได้รับการสนองตอบหรือสูญเสียสามารถกระจายความเสี่ยงในการลงทุนเพื่อการชดเชยความเสียหายจากผู้มีส่วนได้เสียของสังคมจากอย่างน้อยสี่ภาคส่วน ได้แก่ รัฐบาล ผู้ให้บริการ และสถานพยาบาล และผู้ป่วย (หรือบริษัทยาและเครื่องมือแพทย์

หากเป็นส่วนหนึ่งของความเสี่ยง) ทำให้ปริมาณเงินทุนในการชดเชยมีความเพียงพอและเกิดประสิทธิภาพจากการประหยัดต่อขนาด

ประสบการณ์ในการใช้สิทธิทางศาลตามระบบกฎหมายว่าด้วยละเมิดของผู้เสียหายภายหลังการได้รับการชดเชยความเสียหายจากกลไกใหม่ในกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย พบว่า มีการนำประเด็นข้อโต้แย้งขึ้นสู่ศาลน้อยมากประมาณ 10-20 รายต่อปีหรืออาจสรุปได้ว่า ระบบใหม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้เสียหายในการที่จะแสวงหาการชดเชยที่เต็มจำนวนจากระบบเดิมได้ปกติต้นทุนในกลไกใหม่มีอยู่ 3 ปัจจัย ประกอบด้วย จำนวนเงินค่าชดเชยที่เรียกร้อง จำนวนเงินที่จ่ายเฉลี่ย และ ต้นทุนการบริหาร จากการศึกษาประสบการณ์โดยรวมของประเทศที่มีการใช้ระบบใหม่เป็นหลักและเสริมด้วยระบบศาล (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ 2553) พบว่า ต้นทุนในการดำเนินการเรียกร้องค่าชดเชยลดลงเนื่องจากการใช้จ่ายเงินในระบบกฎหมายน้อยลงลง และผู้เสียหายได้รับเงินค่าชดเชยมากขึ้น

ประเทศฝรั่งเศส ในปี ค.ศ. 2000 องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศฝรั่งเศสเป็นประเทศที่มีระบบการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดในโลก มีระบบการจัดการเพื่อรองรับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ และพบว่า ผู้ป่วยประสบปัญหาในการฟ้องคดีโดยเฉพาะในกระบวนการพิสูจน์ความเสียหายที่คดีต้องใช้พยานหลักฐานที่สำคัญ 2 ประการ คือ เวชระเบียน และพยานผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ต่อมารัฐมีการตรากฎหมายในความเสียหายเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์โดยเฉพาะขึ้นมา กฎหมายว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยและบริการทางการแพทย์ (Patient's Right and Quality of Care Act) มีลักษณะเฉพาะที่ทำให้ปัญหาการฟ้องคดีบริการทางการแพทย์ไม่ก่อให้เกิดปัญหาในสังคม ระบบบริการทางการแพทย์ของฝรั่งเศส ซึ่งมีระบบการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนทั้งหมดเพื่อมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Universal health care) ภายใต้การสนับสนุนทางการเงินจากรัฐบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National health insurance) นั้น ระบบบริการทางการแพทย์เป็นสินค้าสาธารณะ แต่เป็นไปตามการกำหนดในรูปแบบรัฐสวัสดิการ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเสมือนเป็นคู่สัญญาระหว่างรัฐต่อประชาชนในการซื้อขายบริการทางการแพทย์ สิทธิผู้ป่วยกลายเป็นสิทธิตามกฎหมายต่างๆ ไปแม้ว่าใช้หลักกฎหมายทั่วไปเช่นเดียวกับประเทศอื่นทั้งกฎหมายแพ่ง อาญา กฎหมายเกี่ยวกับวิชาชีพกรณีเกิดความเสียหายขึ้นจากกรณีทรมานเวชปฏิบัติ (malpractice) จึงมีการฟ้องคดีต่อผู้ให้บริการทางการแพทย์คือรัฐและเอกชนที่ให้บริการอิสระในความรับผิดชอบตามกฎหมายตามรูปแบบกฎหมายทั่วไป ได้แก่กฎหมายแพ่งเรื่องประมาทเลินเล่อ การกระทำให้เกิดความเสียหาย หรือตามกฎหมายอาญาเป็นหลัก (มาโรจน์ ขจรไพศาล 2555)

ในประเทศแคนาดาได้มีนำเอาระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดในบางกรณี มาใช้ทั้งในระดับรัฐบาลกลางและระดับรัฐในระดับรัฐบาลกลาง มีการสร้างระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบีที่เกิดจากการให้เลือด โดยทำตามข้อเสนอของคณะกรรมการไต่สวนที่มีชื่อเรียกว่า Commission of Inquiry on the Blood System การชดเชยกรณีนี้ เกิดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการล้มละลายทางการเงินขององค์กรการกุศลของแคนาดา (Canadian Red Cross Society) ที่ต้องรับผิดชอบในการรับและจ่ายเลือดที่มีการติดเชื้อ รวมทั้งเนื่องจากผลการสอบสวนกรณีดังกล่าวระบุว่า รัฐบาลต้องมีส่วนรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากไม่มีระบบการติดตาม ดูแลคุณภาพ การรับและให้เลือดที่ดีพอ ระบบการชดเชยดังกล่าวนี้ ผู้เสียหายจะได้รับการชดเชยยาก เพราะมีกฎหมายที่ค่อนข้างเข้มงวด โดยเฉพาะการต้องพิสูจน์ความเชื่อมโยงระหว่างการได้รับวัคซีนกับความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยพบว่า ในช่วง 15 ปีหลังการดำเนินงาน มีผู้เสียหายเพียง 20 ราย จาก 117 ราย ที่ได้รับการชดเชยจากระบบดังกล่าว (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ 2553)

ประเทศนิวซีแลนด์ได้มีการนำระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมาใช้ในปี ค.ศ. 1974 โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (No - fault compensation system) มาใช้โดยได้ตรากฎหมาย Accidental Compensation Act ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการชดเชยแก่ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งมีความหมายรวมถึงผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ แต่ยังไม่ได้มีการกำหนดประเภทของความเสียหายทางการแพทย์ที่จะได้รับการชดเชยไว้ โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบจ่ายค่าชดเชย คือ Accidental Compensation Appeal Authority หรือ ACC จะเป็นผู้พิจารณาเป็นกรณีไปว่าผู้เสียหายรายใดควรจะได้รับค่าชดเชย และต่อมาในปี ค.ศ. 2002 ได้มีการบังคับใช้กฎหมาย Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002 (แก้ไขเพิ่มเติมล่าสุด ค.ศ. 2010) ซึ่งกำหนดให้มีการชดเชยความเสียหาย เมื่อความเสียหายเกิดขึ้นจากการดูแลรักษา (treatment injury) และความเสียหายที่เกิดจากผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรักษา (Marie Bismark & Ron Peterson 2006) สำหรับขั้นตอนในการจ่ายค่าชดเชย ผู้เสียหายจะต้องดำเนินการยื่นคำร้องผ่านผู้ให้บริการสาธารณสุข เพื่อให้ส่งคำร้องไปยัง Medical Misadventure Unit (MMU) ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบการชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุข ต่อจากนั้น MMU ก็จะส่งเรื่องไปยังคณะที่ปรึกษาอิสระเพื่อพิจารณาจ่ายค่าชดเชยจากกองทุน เพื่อการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งกองทุนดังกล่าวมีรายได้จากภาษีของประชาชน และจากเงินสมทบของรัฐบาล โดยปัจจุบันนิวซีแลนด์ไม่ได้เรียกเก็บเงินสมทบจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ เนื่องจากมีความกังวลว่าการเรียกเก็บเงินสมทบจากผู้ให้บริการจะก่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการให้บริการมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการรักษาแบบดำเนินการรักษาแบบปกป้องตนเอง (defensive medicine) เพื่อลดความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้อง และอาจส่งผลให้แพทย์ขาดแรงจูงใจในการพัฒนาบริการทางการแพทย์ได้ กฎหมายที่

เกี่ยวข้องกับ การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของประเทศนิวซีแลนด์ไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องจ่ายค่าชดเชยแก่ผู้เสียหาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด ที่ต้องการให้ผู้เสียหายได้รับการเยียวยาโดยเร็ว

ประเทศญี่ปุ่น ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดได้ดำเนินการมาตั้งแต่ช่วงปี 1970 โดยแพทยสมาคมของญี่ปุ่น (Japan Medical Association: JMA) และระบบนี้ถูกนำมาผลักดันอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมในช่วงปี ค.ศ. 2006 เมื่อเกิดคดีเกี่ยวกับการทำคลอด จนเป็นเหตุให้แพทย์ที่เกี่ยวข้องถูกจับและถูกดำเนินคดีอาญา จนโด่งดังไปทั่วประเทศ ทำให้เกิดความกังวลใจในหมู่แพทย์รุ่นใหม่ จนก่อให้เกิดความขาดแคลนแพทย์รุ่นใหม่ซึ่งขาดแรงจูงใจที่จะศึกษาเฉพาะทางด้านสูติกรรม จึงมีการผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาจัดตั้งระบบชดเชยความเสียหายด้านสูติกรรม ใน ปี ค.ศ. 2009 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดให้มีการจ่ายเงินชดเชยให้แก่เด็กที่พิการทางสมองด้วยเหตุที่ทำคลอด ระบบการจ่ายเงินดังกล่าวดำเนินการบนพื้นฐานความสมัครใจของระบบการประกันภัยที่บริหารจัดการโดยหน่วยงานอิสระที่มีชื่อว่า the Japan Council for Quality Health care (JCQHA) ซึ่งมีฐานะเป็นหน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไรแต่เดิมถูกตั้งขึ้นมาทำหน้าที่ผลักดันเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพในปี ค.ศ. 1995 (วีรวัดณ์ จันทโชติ 2558)

ประเทศไทย ภาครัฐเริ่มสร้างระบบการชดเชยความเสียหายในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งมีสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กั้นเงินงบประมาณที่ได้รับร้อยละ 1 เป็นเงินกองทุนสำหรับช่วยเหลือ ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (เพื่อชดเชยให้ผู้ป่วยเมื่อเกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลจากสิ่งที่ป้องกันได้ ไม่ใช่สาเหตุจากพยาธิสภาพของโรค) ทั้งนี้ หลักการของมาตรา 41 ตาม พ.ร.บ.นี้บัญญัติขึ้นเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นให้กับผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ผิด และจากการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่าไม่เพียงแต่เป็นการช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังช่วยลดปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เนื่องจากกระบวนการช่วยเหลือนั้นจะมีกลไกเจรจาเพื่อทำความเข้าใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งมีผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐและผู้แทนภาคประชาชนในการเข้ามีส่วนร่วมตั้งแต่การรับเรื่องร้องทุกข์ไปจนถึงการพิจารณาการช่วยเหลือ ที่ผ่านมามีผู้ได้รับการช่วยเหลือเฉลี่ยปีละกว่าพันราย โดยปี 2556 อยู่ที่ 1,182 ราย ขณะที่ปี 2557 ณ เดือนสิงหาคม อยู่ที่ 1,092 ราย (สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2557)

กลไกช่วยเหลือผู้เสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขในปัจจุบันมีหลายกลไก (ลันตา อุตมะ โภคิน 2555) ได้แก่



1) การช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เน้นการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น โดยปัจจุบันวงเงินช่วยเหลือสูงสุดเท่ากับ 200,000 บาท (กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร) ซึ่งมีจุดแข็งคือ กระบวนการพิจารณาค่อนข้างรวดเร็วโดยคณะอนุกรรมการฯ ในระดับจังหวัด จุดอ่อนคือ 1) การช่วยเหลือมีวงเงินจำกัด 2) คຸ່ມครองเฉพาะผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น 3) ระยะเวลาจำกัด และ 4) ใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยบุคลากรไม่สามารถใช้ได้

2) การเรียกร้องค่าเสียหายตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด พ.ศ. 2539 สำหรับความเสียหายที่เกิดจากสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งมีจุดแข็งคือ สามารถชดเชยความเสียหายในอัตราที่สูงขึ้น จุดอ่อนคือ 1) ใช้กระบวนการทางศาล 2) คຸ່ມครองความเสียหายเฉพาะที่เกิดจากความผิดพลาดของสถานพยาบาลรัฐ 3) การพิจารณาใช้เวลานาน และ 4) มีการไล่เบียดหากพบว่าเจ้าหน้าที่ประมาทเลินเล่อ

3) การฟ้องร้องค่าเสียหายผ่านกลไกทางศาลยุติธรรม (ฟ้องศาลแพ่ง) ซึ่งมีจุดแข็งคือ เป็นหลักประกันความเป็นธรรมสำหรับประชาชน จุดอ่อนคือ การพิจารณาใช้เวลานาน มีค่าใช้จ่ายมาก และจ่ายชดเชยเฉพาะกรณีที่พบว่าเป็นความผิดพลาดของผู้ให้บริการเท่านั้น

นอกจากกลไกทางการที่กล่าวข้างต้น ยังมีกลไกอื่นๆ ที่ไม่เป็นทางการ เช่น การไกล่เกลี่ยประนีประนอมระหว่างสถานพยาบาลกับผู้ป่วยหรือญาติ โดยมีการจ่ายเงินช่วยเหลือจำนวนหนึ่ง ซึ่งไม่มีหลักประกันว่าผู้เสียหายจะได้รับการช่วยเหลือหรือชดเชยที่เป็นธรรมหรือไม่ โดยเฉพาะผู้เสียหายที่มีอำนาจต่อรองน้อยอาจไม่ได้รับความเป็นธรรมในระบับนี้ได้

กล่าวได้ว่า กลไกการชดเชยความเสียหายมีรูปแบบหลากหลาย และมีการพัฒนาการมาตามลำดับจนถึงปัจจุบัน อาจแบ่งรูปแบบได้ใน 4 รูปแบบ ได้แก่ การใช้ศาล การสร้างกลไกการชดเชยเบื้องต้นก่อนศาลและการใช้ศาล การสร้างกลไกการชดเชยกึ่งศาลและการใช้ศาล และการใช้กลไกการชดเชยเต็มรูปโดยไม่ใช้ศาล อย่างไรก็ตาม เนื่องจากรูปแบบกลไกการชดเชยเบื้องต้นก่อนศาลและการใช้ศาลเป็นการพัฒนาการของกลไกการชดเชยบนพื้นฐานของแนวคิดการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดของประเทศไทยยังไม่อาจเทียบเคียงได้เท่ากับกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย หากประเทศไทยนำเอาระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดมาตราเป็นพระราชบัญญัติ ให้ประชาชนทุกสิทธิจะได้รับก็จะถือว่าเป็นการปฏิรูประบบสาธารณสุขของไทยครั้งสำคัญอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งการปฏิรูปดังกล่าวไม่ได้เป็นการปฏิรูประบบสาธารณสุขโดยเทคโนโลยีทาง

การแพทย์ แต่เป็นการปฏิรูประบบสาธารณสุขในด้านความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ หรือแพทย์ พยาบาลกับผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม ยังมีหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องยังมีความวิตกกังวลว่า หากการนำระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ความรับผิดชอบมาใช้ จะทำให้มีการฟ้องร้องแพทย์เพิ่มมากขึ้น และทำให้เกิดแนวโน้มการทำเวชปฏิบัติแบบปกป้องตนเอง (defensive medicine) โดยแพทย์จะสั่งการตรวจวินิจฉัยและการรักษาเกินความจำเป็น เพื่อป้องกันการฟ้องร้องซึ่งในที่สุดผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น (วิชัย โชควิวัฒน์ 2553)

### การออกแบบของระบบการชดเชย

กลไกที่เป็นอยู่ได้ถูกประเมินจากผู้เสียหาย ผู้ให้บริการ นักวิชาการ ประชาชนทั่วไปแล้ว เห็นว่าก็ยังขาด คุณภาพประสิทธิภาพ การเข้าถึงได้และความเป็นธรรมในการให้ความช่วยเหลือผู้เสียหาย และแม้ว่าโดยพื้นฐานของแนวคิดจะเชื่อมโยงกับการช่วยเหลือทางด้านมนุษยธรรม แต่มีกรอบของการชดเชยเพียงเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหาย มิใช่เป็นการชดเชยตามคุณค่าและสิทธิที่เขาต้องเสียไปในฐานะบุคคลผู้ได้รับความเสียหายอย่างสมเหตุสมผล ทำให้กระบวนการชดเชยความเสียหายเบื้องต้น ถูกปรับเปลี่ยนไปในแต่ละสถานการณ์ มีการช่วยเหลือที่แตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่ความพร้อมของทรัพยากรของสถานบริการ ขนาดของสถานพยาบาล ความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนกับภาคบริการ และบุคลิกลักษณะของหน่วยบริการ ผู้บริหาร และบุคลากรผู้ให้บริการ เช่น นโยบายและระบบการบริหารจัดการภายในองค์กร การสื่อสารสื่อความระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ตลอดจนคุณภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเยียวยาความเสียหายโดยการให้บริการและการชดเชยในสถานพยาบาลนั้น เป็นต้น

การเปรียบเทียบภาพกลไกการชดเชยที่มีอยู่ซึ่งหมายรวมถึงกลไกการบริการดูแลผู้ป่วย ภายหลังจากเกิดความเสียหาย เช่น การให้การรักษาใหม่ การส่งต่อไปรับบริการในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และกลไกการชดเชยเบื้องต้นที่มีอยู่กับกลไกชดเชยที่ดีในมุมมองของผู้เสียหายภาคประชาชน และผู้ให้บริการที่ต้องการเห็น อาจเทียบได้กับกลไกของประเทศฟินแลนด์ นอร์เวย์ สวีเดน หรือ เดนมาร์ก และบางประเด็นใกล้เคียงกับกลไกของนิวซีแลนด์ (ซึ่งอาจเป็นไปได้ยาก เนื่องจากปรัชญาแนวคิด สังคม เศรษฐกิจ การเมืองและวัฒนธรรมมีความแตกต่างกัน แต่อย่างน้อยประชาคมและผู้มีส่วนได้เสียต้องการให้มีการผสมผสานบทบาทในการจัดบริการชดเชยความเสียหายระหว่างกลไกใหม่กับกลไกเดิมๆ ที่มีอยู่หลากหลายให้สามารถเชื่อมประสานซึ่งกันและกันแล้วค่อยๆ พัฒนาให้เป็นระบบที่มีเอกภาพ) หรือกลไกการชดเชยความเสียหายที่ยังคงเน้นบทบาทของศาลของประเทศ สเปน ออสเตรเลีย

สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฯ แต่มีการจัดตั้งกองทุนการชดเชยความเสียหายขนาดเล็กโดยไม่ต้องพิสูจน์ ถูกผิดในบางกรณี เช่น ความพิการทางสมองของเด็กแรกคลอด ฯ ก็เป็นรูปแบบที่อาจเป็นทางเลือกหนึ่ง สำหรับปัญหาพิเศษเฉพาะเรื่องของไทย

จากข้อมูลการชดเชยของ สปสช. พบว่า ความเสียหายจากสุติกรรมมีปริมาณค่อนข้างมากกว่า หัตถการอื่น ๆ) นอกจากนั้น ผู้เสียหาย ภาคประชาชน และผู้ให้บริการเองได้สะท้อนให้เห็นถึงความไม่ สมบูรณ์ของระบบบริการ (ที่ไม่อาจแยกกันได้เด็ดขาดกับกลไกการชดเชย) ทั้งก่อนและหลังเกิดความเสียหายไว้อย่างครอบคลุมและหลากหลาย ได้แก่ ทักษะคิด ความเชื่อ พฤติกรรมสุขภาพและการบริการ คุณภาพของเครื่องมืออุปกรณ์คุณภาพบุคลากร ความไม่เป็นธรรมในองค์กร ผู้รับบริการเข้าถึงข้อมูล ยาก ศูนย์สื่อสารประชาสัมพันธ์ ฯลฯ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้แม้ว่าจะไม่ใช่หน้าที่ของกลไกการชดเชยโดยตรง แต่ผลของปัจจัยเหล่านี้อาจนำมาซึ่งการเพิ่มขึ้นของขนาดและความรุนแรงของความเสียหายในระบบ บริการ จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการนำมาเป็นฐานคิดในการกำหนดคุณสมบัติของระบบ เพิ่มเติมเพื่อเป็นหน่วยสนับสนุนการทำหน้าที่ของกลไกการชดเชยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ความตระหนักต่อความต้องการในการพัฒนาการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ ตามของผู้เสียหาย ผู้ให้บริการ นักวิชาการ ประชาชนทั่วไป เพราะเห็นว่าเป็นรูปแบบที่มีความยืดหยุ่น รวดเร็วทันเวลา คณะกรรมการมีความหลากหลาย สามารถลดค่าใช้จ่าย และทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ มีความเป็นธรรมกับผู้เสียหาย อย่างไรก็ตาม กลไกการชดเชยก่อนศาลโดยไม่ พิสูจน์ถูกผิดที่ดำเนินการอยู่ในประเทศที่กล่าวมา ใช่ว่าจะมีแต่ในด้านของความสำเร็จแต่เพียงด้านเดียว มีข้อมูลการวิจัยและรายงานทางวิชาการหลายฉบับที่ยังคงโต้แย้งคัดค้านเกี่ยวกับความยุติธรรม ความ เสมอภาค ความมีประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม หรือคุณภาพของการบริการที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้ กลไกการโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่ยังคงใช้กลไกศาลเป็นหลัก

ในอนาคตจุดแข็งของกลไกการไม่พิสูจน์ถูกผิดเมื่อเทียบกับกลไกศาล ได้แก่ ระบบความ ยุติธรรมของการชดเชยที่สามารถเข้าถึงระบบได้ง่าย ระบบที่เปิดเผยและมีความโปร่งใสขึ้น ช่วยให้มีการ กระจายความเสี่ยงจากผู้มีส่วนได้เสียทางสังคม ผู้ให้บริการ และสถานพยาบาลได้รับภูมิคุ้มกันความ เสี่ยง ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่าย ขึ้น มีช่องทางการใช้สิทธิในการที่จะตำหนิหรือแสดงความไม่พอใจ มีการชดเชยที่รวดเร็ว มีต้นทุนการ บริหารที่ถูกกว่าแต่การได้รับเงินชดเชยของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บจะมากกว่า ระบบจึงมีอิทธิพลต่อ การตัดสินใจของผู้เสียหายในการที่จะแสวงหาการชดเชยจากระบบเดิมสามารถกระจายความเสี่ยงจากผู้ มีส่วนได้เสียทางสังคม ได้แก่ รัฐบาล ผู้ให้บริการ และสถานพยาบาล และผู้ป่วย หรือบริษัทฯและ เครื่องมือแพทย์ ทำให้ปริมาณเงินทุนในการชดเชยมีความเพียงพอและมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนา

คุณภาพบริการ ผู้ให้บริการและสถานพยาบาลได้รับภูมิคุ้มกันความเสี่ยง เกิดแรงจูงใจในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานเพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยหรือชุมชนกับผู้ให้บริการ มีการแนะนำช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการเรียกร้องค่าชดเชยโดยผู้ให้บริการ ผู้ให้คำปรึกษาผู้ป่วย และผู้ทำงานด้านสังคม ผู้ให้บริการมีความเต็มใจที่จะบันทึกรายงานความผิดพลาดมากขึ้น ทำให้การรายงานการบาดเจ็บให้มีความสมบูรณ์

ในทางกลับกัน จุดอ่อนของกลไกชดเชยดังกล่าว ได้แก่ การชดเชยที่ครอบคลุมค่าเสียหายที่มีช่องทางเศรษฐกิจ หากมีได้กำหนดเพดานขั้นสูงไว้ จะทำให้ระบบใหม่มีต้นทุนต่อหัวต่อรายได้ประชากรสูงและอาจสูงกว่าระบบศาล การชดเชยความเสียหายจากกรณีของภาวะแทรกซ้อน (ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้) และทำให้ต้นทุนการชดเชยในระบบสูงขึ้น กลไกการชดเชยก่อนศาลจะทำให้แนวโน้มการร้องเรียนในระยะแรกเพิ่มมากขึ้น มีเรื่องร้องเรียนวินัยแพทย์เพิ่มขึ้น และอาจจะไปเอื้อต่อการใช้สิทธิทางศาลเพิ่มขึ้นด้วย อาจเกิดผลกระทบทางลบต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ ทำให้ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลละเลยหรือไม่ตระหนักเรื่องคุณภาพและมาตรฐานในการบริการทางการแพทย์และก่อให้เกิดการละเมิดได้ง่ายขึ้นในเชิงสังคม จะเกิดความไม่เสมอภาคจากการเลือกปฏิบัติระหว่างผู้ได้รับการบาดเจ็บจากการบริการทางการแพทย์กับผู้ได้รับการบาดเจ็บจากการบริการอื่นๆ การชดเชยที่ครอบคลุมค่าเสียหายที่มีช่องทางเศรษฐกิจ โดยไม่กำหนดเพดานขั้นสูงไว้จะทำให้ระบบใหม่มีต้นทุนต่อหัวต่อรายได้ประชากรสูง และอาจสูงกว่าระบบศาล และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีระบบกฎหมายว่าด้วยละเมิดด้วยกันแล้ว ระบบใหม่ยังคงมีการให้บริการที่ต่ำกว่ามาตรฐานและมีอัตราการเกิดความผิดพลาดจากการรักษาไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ การเยียวยาการบาดเจ็บจะเกิดผลสัมฤทธิ์ได้ดียิ่งขึ้นอยู่กับพันธะในการจ่ายเงินสมทบของผู้ให้บริการและสถานพยาบาลหรือบริษัทยาหรือเครื่องมือแพทย์ การใช้กลไกการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด มีวัตถุประสงค์เพื่อเยียวยาผู้เสียหาย ในขณะที่เดียวกัน เพื่อลดความทุกข์ร้อนของผู้ให้บริการที่อาจต้องเข้าไปมีความเสี่ยงต่อการต้องถูกฟ้องร้อง ที่ไม่ใช่มีสาเหตุมาจากศักยภาพของบุคคลหรือความประมาทเล่นเล่อของผู้ให้บริการ แต่ประสบการณ์ของต่างประเทศพบว่า สาเหตุความเสียหายส่วนใหญ่มาจากความผิดพลาดของระบบหรือองค์กร ดังนั้น การแก้ไขหรือปรับปรุงระบบน่าจะเป็นทิศทางหลักของการป้องกันการเกิดความเสียหายได้ดีกว่า

การป้องกันความไม่มีประสิทธิภาพของระบบหลังใช้กลไกการชดเชย การสร้างกลไกการรายงานและเปิดเผยสาเหตุแห่งการกระทำที่ผิดพลาดที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวน่าจะเป็นมาตรการทางเลือกในการป้องกันการเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยที่ดีที่สุดตามแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วย หากประชาชนไทยคาดหวังและมุ่งมั่นที่จะสร้างกลไกการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดอย่างยั่งยืน

ภายใต้ความพร้อมและความเป็นไปได้ทางการเงินการคลังของไทย ควรเริ่มต้นหลักเกณฑ์และประสบการณ์ในลักษณะเดียวกับกลไกการชดเชยความเสียหายเบื้องต้นที่มีอยู่ โดยเริ่มขยายความครอบคลุมไปบางกลุ่มโรค และกลุ่มประชากร โดยแหล่งทุนหลักของกลไกอยู่ที่รัฐ (รวมถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ง่าย (โดยงบประมาณประจำปีจากการจัดเก็บภาษี และหรือสร้างกลไกการจัดสรรภาษีผ่านกองทุนสร้างเสริมสุขภาพตามสัดส่วน) และการร่วมจ่ายของภาคเอกชนตามความเหมาะสม ในสัดส่วนระหว่างรัฐกับเอกชน

การปรับปรุงสิ่งที่เป็นปัญหาของกลไกการชดเชยเบื้องต้นตามที่กล่าวมาและอาจมีการปรับปรุงโครงสร้างของระบบศาลในระยะยาว อาจขยายหลักเกณฑ์และขอบเขตการครอบคลุมเพิ่มเติม (ถ้าจำเป็นและมีความเป็นไปได้ทางการเงิน) โดยกำหนดเพดานตามประเภทความเสียหายหรืออาจเพิ่มเติมประเภทความเสียหายตามความเหมาะสมของสถานการณ์ที่อาจเปลี่ยนแปลงไป พร้อมกับการเร่งสร้างและปรับปรุงนโยบายเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ (สังคม) ที่กระจัดกระจายอยู่ตามหน่วยงานต่างๆ ซึ่งปัจจุบันได้มีการออกกฎหมายมาบังคับใช้อยู่หลายฉบับ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนสวัสดิการราชการ กองทุนประกันความเจ็บป่วยจากบริษัทเอกชน กองทุนประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน และกองทุนผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งกองทุนบางส่วนอย่างน้อยได้มีแนวคิดที่จะรวมกันในอนาคต) ให้มีการบูรณาการอย่างเป็นเอกภาพในการบริหาร

กรอบของระบบการจ่ายเงินชดเชยผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่ดีควรมีลักษณะที่การดำเนินการง่ายและรวดเร็ว จ่ายเงินชดเชยให้ผู้ได้รับความเสียหายโดยตรง มีความเสมอภาค การตัดสินใจมีความยุติธรรม มีประสิทธิภาพ มีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการต่ำ ประชาชนรู้สึกสิทธิของตนเอง สามารถเข้าถึงบริการข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจได้ มีคุณภาพสูง (High quality) โปร่งใส ตรวจสอบได้ (accountability & transparency) ไม่มีการฉ้อฉลในระบบ และประชาชนมีความพึงพอใจ (satisfaction)

ในการชดเชยความเสียหายต่างๆ โดยทั่วไปจะกำหนดให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเสียหายหรือทำให้เกิดความเสียหายขึ้นเป็นผู้รับผิดชอบค่าชดเชยค่าเสียหายนั้น สำหรับกรณีความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขแม้ว่าจะไม่มีผู้กระทำผิด แต่ความเสียหายทั้งหมดนั้นเกิดขึ้นจากการให้บริการโดยมีสถานพยาบาลเป็นกลไกสำคัญ จึงกำหนดว่าให้สถานพยาบาลซึ่งกำหนดตามสัดส่วนขนาด ทรัพยากรที่ซับซ้อน ความเสี่ยง ใช้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ส่วนสถานพยาบาลของรัฐและสภาวิชาชีพ อาจกำหนดให้ใช้งบประมาณรายจ่ายประจำปีมาใช้เป็นเงินสมทบ บางประเทศที่เป็นรัฐสวัสดิการ (welfare state) อาจกำหนดให้เงินกองทุนทั้งหมดมาจากรายได้ของรัฐบาล ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงอาจกำหนดให้สถานพยาบาลที่มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงดี มีการพัฒนา

ระบบป้องกันความเสียหายที่ดี และมีกรณีร้องเรียนหรือร้องขอการชดเชยน้อยควรได้รับการลดอัตราที่ต้องจ่ายสมทบเข้ากองทุนด้วย

ระบบการชดเชยความเสียหายนี้นำมาเป็นมาตรการความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) ภายใต้ระบบการชดเชยนี้จะมีการดำเนินการสองส่วนควบคู่กัน *ส่วนแรก* คือ “การช่วยเหลือเยียวยาความเสียหาย” โดยการจัดตั้งกองทุนชดเชยขึ้นมา และจัดกระบวนการพิจารณาให้รวดเร็ว มีการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นทันทีจำนวนหนึ่ง หลังจากนั้นจึงพิจารณารายละเอียดขนาดความรุนแรงของความเสียหาย แล้วชดเชยเพิ่มเติมตามกรณี การช่วยเหลือผู้เสียหายให้ทันท่วงทีและอย่างเหมาะสม จะลดแรงกดดันแก่ทุกฝ่ายและช่วยบรรเทาความขัดแย้งที่เกิดขึ้น *ส่วนที่สอง* คือ การสร้างระบบที่จะกระตุ้นให้มีการจัดการความรู้เกี่ยวกับความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงป้องกัน หรือการจัดการกับความเสียหายได้ถูกที่ ส่วนที่สองนี้จะเข้ามาช่วยสนับสนุนให้ข้อมูลที่ปิดกลับกลายเป็น “ความรู้” หรือบทเรียนสำหรับระบบสาธารณสุข เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดอีก โดยใช้มาตรการเชิงบวก เช่น กำหนดให้มีการจัดทำรายงานความเสียหายที่เกิดขึ้นโดยไม่ระบุถึงผู้กระทำ ความผิด ผู้ให้บริการสามารถให้ข้อมูลตามความจริง โดยไม่ต้องวิตกกังวลว่าจะมีผลกระทบต่อประกอบวิชาชีพของตนเอง ข้อมูลที่ตรงไปตรงมาจะมีประโยชน์อย่างมากในการที่จะพัฒนามาตรการการป้องกัน และพัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะยาวได้ มีการจัดรายงานหรือการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องและนำเสนอต่อสาธารณะอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ระหว่างสถานพยาบาลกับประชาชนในการที่จะลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย นอกจากนี้ จะมีมาตรการจูงใจที่จะให้สถานพยาบาลมีระบบการจัดการความเสี่ยงที่ดี มีโอกาสได้รับการลดหย่อนเงินสมทบที่จะเข้าสู่กองทุนด้วย (โครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป 2550)

### สรุปและข้อเสนอแนะ

ประเทศนิวซีแลนด์ เป็นประเทศแรกที่น่าระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมาใช้ และต่อมาได้ขยายไปยังประเทศในภูมิภาคอื่น ๆ เช่น สวีเดน นอร์เวย์ และเดนมาร์ก โดยแต่ละประเทศดังกล่าวได้มีวิธีการชดเชยค่าเสียหายที่อาจแตกต่างกันตามระบบสาธารณสุข ระบบสวัสดิการสังคม ตลอดจนลักษณะทางสังคมของประเทศนั้น ๆ แนวคิดเรื่องระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของต่างประเทศเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับในหลายประเทศ โดยปัจจุบันมีบางประเทศนำระบบดังกล่าวมาบัญญัติเป็นกฎหมายเพื่อบังคับใช้อย่างเบ็ดเสร็จ เช่น สวีเดน นิวซีแลนด์ และนอร์เวย์ เป็นต้น และมีบางประเทศนำระบบนี้มาใช้เฉพาะกรณี เช่น อังกฤษ ซึ่งจะใช้เฉพาะการจ่ายเงินชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีน โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด หรือ

สหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่มีการฟ้องร้องคดีที่เกี่ยวกับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมากที่สุดในโลก ก็ได้นำระบบดังกล่าวมาใช้เฉพาะกรณีที่มีการชดเชยแก่ผู้เสียหายที่ต้องพิการทางสมองเนื่องมาจากการคลอด ในรัฐฟลอริดาและรัฐเวอร์จิเนีย เพื่อให้คนที่มีฐานะยากจนสามารถได้รับการชดเชยความเสียหาย โดยไม่ต้องฟ้องคดีแพ่งเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก และในบางประเทศเช่นไต้หวันก็ได้นำระบบดังกล่าวมาปรับใช้ในกระบวนการพิจารณาตีของศาลแต่ไม่ได้บัญญัติเป็นกฎหมายอย่างชัดเจน

ประเทศที่พัฒนาแล้วที่มีระบบสวัสดิการสังคมที่เข้มแข็ง ซึ่งกลายเป็นระบบเสริมที่ช่วยให้ระบบชดเชยสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนให้ต่ำกว่าประเทศที่มีระบบสวัสดิการสังคมที่ครอบคลุมไม่มากพอหรือไม่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม หลายประเทศที่เริ่มจะทดลองใช้ระบบบริหารจัดการชดเชยฯ มักถูกวิจารณ์ถึงเรื่องค่าใช้จ่าย เพราะมีแนวโน้มว่าเรื่องขอรับการชดเชยจะเพิ่มมากขึ้น หากระบบนี้นำไปเสริมไปกับระบบสวัสดิการที่ดีของภาครัฐ โอกาสที่จะถูกวิจารณ์ก็น้อยลง นอกจากนี้การมีระบบข้อมูลป้อนกลับเพื่อนำไปใช้พัฒนาความปลอดภัยและคุณภาพบริการได้มากขึ้น ส่วนมาตรฐานระบบบริการสาธารณสุขนั้นจะไม่ลดลง เพราะการทำทรมานปฏิบัติ (malpractices) คือให้บริการโดยไม่คำนึงถึงจริยธรรม ผิดไปจากหลักการทางวิชาการ แต่การดำเนินการกับผู้กระทำผิดนั้นจะปล่อยให้เป็นที่ของกลไกและกฎหมายฉบับอื่นๆ ซึ่งกำกับดูแลเรื่องนี้ จากกรณีประเทศต่างๆ เห็นได้ว่า ความเห็นร่วมของฝ่ายต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญต่อเป้าหมายที่ต้องการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จึงเห็นควรมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ความผิด

## บรรณานุกรม

- โครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป (2007) ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่เพ่งโทษตัวบุคคล และไม่พิสูจน์ความผิด. [www.consumerthai.org/.../No-fault%20or%20no-blam](http://www.consumerthai.org/.../No-fault%20or%20no-blam).
- โครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป (2550). ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. .... เอกสารเพื่อทำความเข้าใจและใช้ประกอบการร่วมแสดงความคิดเห็น.
- ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ ภัคคี, จิราพร ชมศรี, จเร วิชาติไทย (2553 ตุลาคม) ประสบการณ์ต่างแดน: ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วันดีคืนดี
- มาโรจน์ ขจรไพศาล, (2555) การฟ้องคดีความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ของฝรั่งเศส. วารสารกระบวนการยุติธรรม ปีที่ 5 พฤษภาคม – สิงหาคม.

- วิชัย โชควิวัฒน์ (2553). ความเท็จและความจริงเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข, สิงหาคม.
- วีรวัฒน์ จันทโชติ (2558) การชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิดในการให้บริการทางการแพทย์ในญี่ปุ่น: เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการ “การชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิดในการให้บริการทางสาธารณสุข” ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย ธนเสฏฐ์ กุลจิรมาพันธ์ (2550). ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ “Mechanism of Compensation for Medical Adverse Events in Thailand” รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- ลันตา อุดมะโกคิน (2554). ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ : การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของไทย จุลินิติ พ.ศ. - มิ.ย.
- สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (มาตรา 41)  
[http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-forpeople\\_privilege.aspx](http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-forpeople_privilege.aspx)
- สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2557) คณะกรรมการมาตรา 41  
<http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MTE4MA==>
- Carl Espersson The Swedish Patient Injury Act,  
[http://commongood.org/assets/attachments/Carl\\_Espersson\\_USA.pdf](http://commongood.org/assets/attachments/Carl_Espersson_USA.pdf)
- Issrael Deconess (2000). Medical Center, Boston Usa and Quality Royal North Shore Hospita, Australia.
- Marie Bismark and Ron Peterson (2006). No – fault Compensation In New Zeland : Harmonizing Injury Compensation, Provider Accountability, And Patient Safety, Health Affairs, 25, no. 1.
- Henry Johansson The Swedish System for compensation of patient injuries, Upsala Journal of Medical Science, May 2010, 115 (2).
- Horwitz J and T A Brennan (1995). No – fault compensation for medical injury : a case study, Health Affairs, 14, no. 4.
- Report of the expert group on financial and other countries (2003). The Scottish Government.  
<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2003/03/16844/20533>.
- Taiwan, Pacific Rim Law & Policy Journal Association, Vol.16 : No.3, หน้า 805 - 834.