



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ประสบการณ์ ต่างแดน

ระบบชดเชยความเสียหาย
จากการรับบริการสาธารณสุข

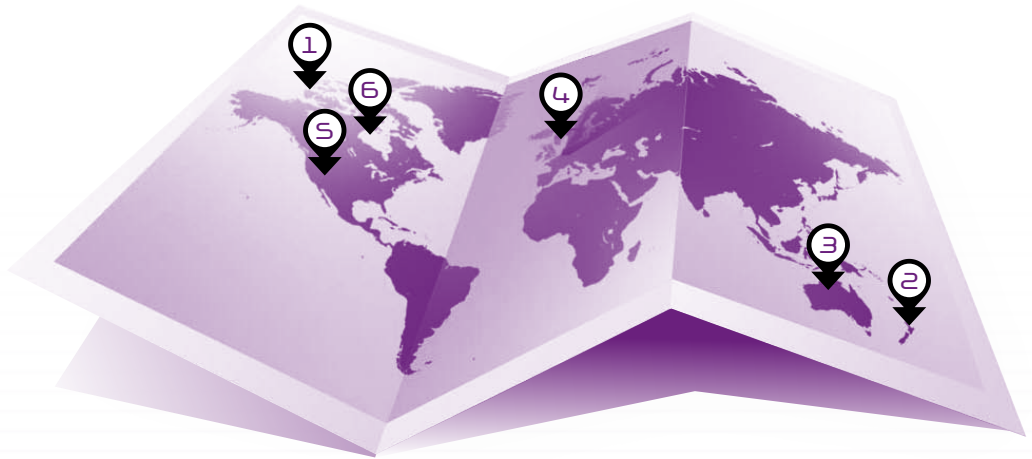
บทวิเคราะห์และผลการทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ



“เรียนรู้และเข้าใจ”
ก่อนตัดสินใจ

ประสบการณ์ต่างแดน

ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข



บทวิเคราะห์และผลการทบทวน ประสบการณ์ใน 6 ประเทศ

โดย รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง กว.นฤพงศ์ ภักดิ์
พ.ต.หญิง จิราพร ชมศรี และ กว.จรัส วิษาไทย

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ประสบการณ์ต่างแดน

ระบบดูแลความปลอดภัยจากการรับบริการสาธารณสุข

เลขมาตุรจานสากล
พิมพ์ครั้งที่ 1

978-974-299-150-0
ตุลาคม 2553 จำนวน 2,000 เล่ม

บรรณาธิการ
ผู้เขียน

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง
ทพ.นฤพงศ์ ภักดิ์
พ.ต.หญิง จิราพร ชมศรี
ทพ.จเร วิชาติไทย

กองบรรณาธิการ

สายศิริ คำนวณนะ
จิตติมา นวชินกุล
อารดา สุคนธสนธิ์

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
อาคาร 3 ชั้น 5 ศึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์
อ.เมือง จ.นนทบุรี โทรศัพท์ 02 951 1286-93 www.hsri.or.th

ปกและรูปเล่ม
พิมพ์ที่

ชาติรี ทับละม่อม
สำนักพิมพ์วันคีคินคี่



สารบัญ

บทวิเคราะห์ระบบเขตความเสียหาย

จากการรับบริการสาธารณสุข

015 1. ประสบการณ์ต่างประเทศ : แนวคิดและความเป็นมา

049 2. ประสบการณ์ต่างประเทศ : ทางเลือกสู่อนาคต

ผลการศึกษาก่อนพบประสบการณ์ใน 6 ประเทศ

083 1. ประเทศอังกฤษ

115 2. ประเทศนิวซีแลนด์

143 3. ประเทศออสเตรเลีย

171 4. ประเทศสวีเดน

193 5. ประเทศสหรัฐอเมริกา

217 6. ประเทศแคนาดา



คำนำ

หลังเหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมืองในช่วงเดือนพฤษภาคม 2553 ประเด็นที่สังคมให้ความสนใจอีกประเด็นหนึ่งคือ การเคลื่อนไหวกัดค้ำของแพทย์และกลุ่มวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่อ ร่างกฎหมาย **"คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข"** เนื่องจาก ร่างกฎหมายดังกล่าวได้ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี และเตรียมเสนอให้รัฐสภาพิจารณาเพื่อประกาศใช้บังคับต่อไป ร่างกฎหมายดังกล่าวพัฒนามาขึ้นตั้งแต่ปลายปี 2549 และคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบในหลักการและเสนอให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาในปี 2550 โดยใช้เวลาพิจารณานานเกือบ 1 ปี โดยความเห็นแตกต่างระหว่างผู้เกี่ยวข้องคือ กลุ่มผู้ป่วยและภาคประชาสังคม และกลุ่มแพทย์นั้นมีมาตลอดขั้นตอนกระบวนการต่างๆ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เข้าไปเกี่ยวข้องกับความขัดแย้งดังกล่าว เนื่องจาก สวรส. เป็นผู้จัดการความรู้ให้เกิดการยกย่องกฎหมายดังกล่าวขึ้น โดยมีการนำความรู้ที่ได้จากการทบทวนประสบการณ์จากต่างประเทศและการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยนำเข้าสำคัญ ทั้งนี้ตระหนักถึงความเห็นแตกต่างและความขัดแย้งของผู้คนที่เกี่ยวข้อง แต่ก็คาดหวังว่าด้วยความรู้และข้อมูลประจักษ์ต่างๆ จะช่วยทำให้เกิดความเข้าใจและความเห็นร่วมของทุกฝ่าย และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพในภาพรวมต่อไป

หนังสือเล่มนี้ รวบรวมความรู้ที่ได้จากการทบทวนประสบการณ์ประเทศต่างๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยนำเข้าประกอบการพัฒนาร่างกฎหมายดังกล่าว การทบทวนความรู้และประสบการณ์ดังกล่าวส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งดูแลการดำเนินงานตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้ป่วยบัตรทองที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการ และประสบการณ์การดำเนินงานตามมาตรา 41 เป็นอีกส่วนหนึ่งของบทเรียนสำคัญในการยกย่องกฎหมายดังกล่าวขึ้น

สวรส. หวังว่า หนังสือเล่มนี้จะช่วยสร้างความเข้าใจพื้นฐานของความคิดในประเด็นต่างๆ ซึ่งกำลังเป็นที่ถกเถียงกันมากขึ้น และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ความเห็นที่แตกต่างนี้จะนำไปสู่ความขัดแย้งและความแตกแยกทางสังคม เหมือนเช่นที่เกิดขึ้นกรณีของความขัดแย้งทางการเมือง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ตุลาคม 2553



“เรียนรู้และเข้าใจก่อนตัดสินใจ”



บทวิเคราะห์

ระบบชดเชยความเสียหาย
จากการให้บริการสาธารณสุข

1

บทวิเคราะห์

ประสบการณ์ต่างประเทศ : แนวคิดและความเป็นมา

โดย รศ.ดร.ลือชัย ศรีจินยวง

“สังคมบ้านเรามักเป็นสังคมแห่งการเพ่งโทษและหาแพะ การเพ่งโทษและหาแพะนี้มักจะนำไปสู่ความเคยชินว่า หากเกิดความผิดพลาดและเกิดความเสียหายใดๆ ขึ้นมา ก็จะต้องหาว่า **“ใครเป็นคนผิด”** เราไม่คุ้นกับการมองปรากฏการณ์เชิงระบบ เรามองไม่เห็นว่ ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับเพื่อนร่วมสังคม มันเป็นผลจากกรรมร่วมที่เราทุกคนล้วนมีโอกาสเป็นเหยื่อ สังคมทั้งสังคมก็คือแพะ เพราะสังคมมีระบบที่ไม่ปลอดภัย ระบบที่มีปัญหา และระบบที่ไม่สมบูรณ์

การมองว่าความผิดพลาดเสียหายเป็นเรื่องของระบบ หรือเป็นเรื่องของแพะ เป็นชุดความคิดที่ทำให้การมองเรื่องกลไกและกฎหมายการชดเชยความเสียหายฯ แตกต่างกันโดยสิ้นเชิง”



แนวคิดและความเป็นมาของกลไกการชดเชย ความเสียหายโดยไม่รับผิดชอบ (NO-FAULT COMPENSATION SCHEMES)

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยปราศจากข้อสงสัยว่า ความเสียหายจากการให้บริการทางการแพทย์ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั่วไปในทุกประเทศ และกลายเป็นประเด็นเชิงนโยบายระดับโลก แนวทางจัดการแก้ไขปัญหาที่พบในประเทศต่างๆ มีสี่แนวทาง คือ **หนึ่ง** การฟ้องร้องทางศาลเพื่อลงโทษคนผิด **สอง** การปฏิรูปกฎหมายการฟ้องร้อง/การประกันทางการแพทย์ (Tort reform/Medical Liability reform) เพื่อลดผลกระทบจากการฟ้องร้อง ชดเชยผู้เสียหาย และส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย **สาม** การส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) และ **สี่** การพัฒนาระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด (No-fault compensation)

ในหลายประเทศที่มีการใช้แนวทางที่สี่คือ การชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดมักจะมีรากฐานความเป็นมาและหลักคิด (Concepts) ใกล้เคียงกัน ที่มาจากปัญหาวิกฤติ 3 ด้านคือ

- ปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์ที่ไม่เพียงไม่ลดลงแต่เพิ่มขึ้น (Medical Errors) ระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น
- กลไกการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายในระบบศาล (Tort System) ไม่เพียงพอแก้ปัญหา แต่ก่อวิกฤติในทุกๆ ด้านเพิ่มขึ้น
- ระบบประกันความเสี่ยงทางการแพทย์ (Medical Liability Insurance Crisis) ไม่แก้ปัญหาและเกิดวิกฤติล้มละลาย



แนวคิดและปรัชญาที่อยู่เบื้องหลัง การออกแบบระบบ

แนวคิดและปรัชญาที่อยู่เบื้องหลังระบบนี้เป็นเรื่องที่เราควรต้องทำความเข้าใจเป็นเบื้องต้น ก่อนที่จะไปดูว่า ระบบการจัดการกองทุน และกรรมการต่างๆ จะออกแบบกันอย่างไร เพราะทั้งหมดเชื่อมโยงกัน หากขาดความเข้าใจหลักคิดร่วมกัน จะทำให้เกิดประเด็นที่มันสับสนอลหม่านตามมา

สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ถ้าเราใช้ความรู้และข้อมูล ร่วมกับการใช้ความรักและความเข้าใจถึงความทุกข์ของแต่ละฝ่าย นำมาออกแบบสังคมเพื่อที่จะให้ความเสียหาย ความผิดพลาด และความขัดแย้งต่างๆ เหล่านี้ สามารถลงเอยด้วยความไม่เจ็บปวดของทุกฝ่ายได้ น่าจะเป็นทางออกที่เราควรจะดำเนินการร่วมกัน

- **ประเด็นที่ 1 ความเสียหายในการรับบริการทางการแพทย์มีอยู่จริง**
นานาประเทศต่างยอมรับว่าความเสียหายในการรับบริการทางการแพทย์เป็นสิ่งที่อยู่จริง สามารถยืนยันด้วยข้อมูลและสถิติที่ปรากฏอยู่ทั่วไป
- **ประเด็นที่ 2 ความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Errors)**
จำนวนมากมายที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องเป็นความผิดพลาด หรือความบกพร่องของบุคคล
เมื่อไหร่ก็ตามที่เรามองเรื่องความเสียหายที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดทางการแพทย์ว่า เป็นปัญหาของบุคคล เราจะมีฐานความคิดในเรื่องนี้แบบหนึ่ง แต่ความจริงเราพบว่า ปัญหาส่วนใหญ่เป็นปัญหาของระบบหรือเป็นปัญหาเชิงระบบ วิธีคิดในเรื่องนี้ก็จะต่างออกไป
- **ประเด็นที่ 3 ความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นในระบบไม่จำเป็นต้องลงเอยด้วยความขัดแย้ง**
หากมันเกิดความขัดแย้งก็ไม่จำเป็นจะต้องลงเอยด้วยการฟ้องร้อง เพราะยังมีทางเลือกและกลไกแก้ไขความขัดแย้งได้หลายแบบ



วิกฤตปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์

(Medical errors crisis)

ปัญหาการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตโดยไม่จำเป็นหรือหลีกเลี่ยงได้ อันมีสาเหตุมาจากความผิดพลาดทางการแพทย์ในกระบวนการรักษาพยาบาล (Medical errors)¹ ได้กลายเป็นปัญหาใหญ่ในระบบสุขภาพของประเทศตะวันตกหลายประเทศโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา

ความเสียหายอันเนื่องมาจากการรับการรักษาพยาบาล เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสองประเด็นใหญ่ คือ คุณภาพของบริการ (Medical quality) และความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient's safety) ที่ผ่านมากลไกที่มักใช้กันในหลายประเทศตะวันตก เพื่อการควบคุมและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพของบริการทางการแพทย์พร้อมๆ กับการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ก็คือ ระบบกฎหมายการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทางศาล (Tort law/ tort system) โดยการควบคุมโดยตรงจากรัฐ (state intervention/control) มีค่อนข้างน้อย เนื่องจากความเชื่อในปรัชญาที่ว่า บุคลากรในวิชาชีพทางการแพทย์สามารถและควรจะควบคุมตนเองได้ การฟ้องร้องผ่านระบบศาลยุติธรรมจึงถือเป็นกลไกที่จะที่เสริมช่องว่าง ระหว่างการแทรกแซงโดยรัฐกับการให้ความอิสระในวิชาชีพ เพื่อให้เกิดคุณภาพของบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Bremner and Berwick 1996 cited in Mello 2003: 1)

ตัวอย่างในสหรัฐอเมริกา

- ปีๆ หนึ่งคนไข้ประมาณ 7,000 คน ตายเพียงเพราะลายมือของแพทย์ที่อ่านไม่ออกหรืออ่านไม่เข้าใจ
- คนไข้ประมาณ 7.5 ล้านคน ต้องถูกผ่าตัดหรือได้รับการรักษาโดยไม่จำเป็นในแต่ละปี
- คนไข้ในต่อนเหนือของสหรัฐอเมริกาประมาณ 100,000 คน ตายในแต่ละปี เนื่องจากผลข้างเคียงของยา โดยมีแค่ประมาณร้อยละ 6 เท่านั้นของปัญหาผลข้างเคียงของยาที่สามารถวินิจฉัยได้ว่าเกิดจากยา

¹ มีคำอื่นที่ถูกใช้ในความหมายใกล้เคียงกัน เช่น medical negligence, medical mishap, medical malpractice, medical misadventure เป็นต้น

- ผลการวิจัยทั่วโลกชี้ว่าปัญหาเรื่องความเสียหายจากการแพทย์นั้นยังไม่มีประเทศใด หรือองค์กรใด ที่จะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้อย่างสมบูรณ์
- ปัญหาความเสียหายทางการแพทย์นั้นเกิดขึ้นทุกที่ ไม่เกี่ยวกับว่าอยู่ในประเทศไหน รัฐไหน หรือเมืองไหน
- ผลสำรวจในส่วนของคนที่เคยมีประสบการณ์โดยตรงหรือโดยอ้อมเกี่ยวกับเรื่องของความผิดพลาดทางการแพทย์ พบว่ามีสูงถึงร้อยละ 34

ตัวอย่างในประเทศอังกฤษ

- ค.ร. เดวิด พิกเกอร์สกีว ประธานคณะกรรมการทางด้านการแพทย์ของ British Medical Association บอกว่า วันๆ หนึ่งมี Medical mistake ประมาณ 800 ครั้ง และมีคนไข้ประมาณ 15,000 รายที่กำลังอยู่ในขั้นตอนของการพิจารณาทางด้านกฎหมาย และมีหมอโทรศัพท์เข้ามาร้องเรียนหรือบ่น หรือแสดงความวิตกกังวลทางสมาคมประมาณ 1,000 ครั้งต่อสัปดาห์
- ปัญหาความเสียหายทางการแพทย์หรือกรณีฟ้องร้องแพทยนี้ กำลังจะกลายเป็นอุตสาหกรรมใหญ่มากของวิชาชีพทางด้านกฎหมาย



วิกฤติของปัญหาในกระบวนการ ฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายในระบบศาล (Tort based system crisis)

มองในเชิงทฤษฎีทางกฎหมายและเศรษฐศาสตร์ ตรรกะพื้นฐานของการใช้กฎหมาย การฟ้องร้องค่าเสียหาย เพื่อควบคุมคุณภาพบริการและสร้างหลักประกันความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยคือ การทำให้ความผิดพลาดในทางการแพทย์ลดลง (Deterrence) โดยหวังว่า ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการถูกฟ้อง จะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความระมัดระวัง และเน้นความปลอดภัยในการให้บริการมากขึ้น

หลักคิดนี้มีสมมุติฐานว่า ผู้ให้บริการเป็นผู้มีเหตุผล สามารถเลือกวิธีการเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดในการให้บริการ ด้วยการชั่งน้ำหนักระหว่างโอกาสเสี่ยง (risks) ค่าใช้จ่าย (costs) และประโยชน์ (benefits) ที่จะได้รับจากทางเลือกต่างๆ ในกระบวนการรักษา (Mello 2003: 1)

ดังนั้น จะเห็นว่าระบบศาลนั้นให้ความสำคัญเรื่องการลงโทษเพื่อให้คนทำงานดีขึ้น ระมัดระวังมากขึ้น และให้น้ำหนักที่จุดนี้มากกว่าการตัดสินเพื่อชดเชยแก่ผู้เสียหายหรือการใช้กระบวนการยุติธรรมตัดสินความผิด-ถูก

บทพิสูจน์ทั่วโลก : ฟ้องศาลเป็นระบบที่ “ได้ไม่คุ้มเสีย”

แม้จะมีผู้ที่เห็นว่าการฟ้องร้องทางกฎหมาย น่าจะเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพในการทำให้ผู้ให้บริการเกิดความระมัดระวังความผิดพลาดมากขึ้น (White 1994) กระนั้นก็ตามในทางปฏิบัติ การฟ้องร้องก็ถูกมองว่าเป็นปัญหาที่ได้ไม่คุ้มเสีย และนี่คือที่มาของวิกฤติในระบบสุขภาพ

เสียความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

เอกสารที่ออกโดยสมาคมแพทย์อังกฤษ ในปี 2003 วิจารณ์ว่า ระบบการฟ้องร้องค่าเสียหาย (tort-based system) ที่ใช้อยู่ในระบบสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษนั้น เป็นระบบที่สร้างเสียหาย (harmful) ไม่อาจทำนายผลได้ (unpredictable) และสร้างความไม่เป็นธรรม (unjust) เป็นระบบที่ทำลายความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ก่อให้เกิดการเผชิญหน้า นำความแปลกแยกแทนที่ความไว้วางใจที่แพทย์และคนไข้มีให้กัน และยังนำไปสู่การปกปิดข้อมูล และการขาดความจริงจังในการเผชิญกับปัญหาความผิดพลาดในการให้บริการของแพทย์ (BMA 2003)

เสียสุขภาพจิตกันทุกฝ่าย

ในกระบวนการฟ้องร้องนั้น สักส่วนของผู้ป่วยซึ่งได้รับความเสียหายจากการรักษาที่ดำเนินการฟ้องร้องก็เป็นเพียงส่วนน้อยมากเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีปัญหานี้ทั้งหมด และในส่วนผู้ที่ฟ้องนั้น โอกาสที่จะได้รับเงินชดเชยก็น้อยมาก หรือหากจะได้รับการชดเชย ก็ด้วยการผ่านช่วงเวลาแห่งความเครียด ความทุกข์ทรมานจากกระบวนการทางกฎหมาย และด้วยค่าใช้จ่ายจำนวนมหาศาล นอกจากนี้ ในกรณีที่ฟ้องร้องไม่สำเร็จ ความเสี่ยงที่จะต้องเผชิญกับผลกระทบทางลบต่างๆ โดยเฉพาะเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมหาศาลไปกับกระบวนการทางกฎหมาย

กระทบต่อการเงินการคลังระบบสุขภาพ

นอกจากถูกมองว่า มีผลกระทบเชิงลบในระดับบุคคลแล้ว ระบบการฟ้องร้อง ยังถูกมองว่า ส่งผลกระทบอย่างมากต่อฐานะทางการเงินการคลังของระบบสุขภาพทั้งระบบ เช่น ในประเทศอังกฤษ ในระหว่างปี ค.ศ. 1999-2000 สำนักงานการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service- NHS) ต้องจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าชดเชยความเสียหายและค่าใช้จ่ายในกระบวนการฟ้องร้องถึง 373 ล้านปอนด์ โดยที่ทั้งจำนวนการฟ้องร้องและวงเงินชดเชยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ข้อมูลจากองค์กรตรวจสอบแห่งชาติ (National Audit Office) รายงานว่า นับถึงเมื่อเดือนมีนาคม 2001 มูลค่าการฟ้องร้องที่มีต่อการบริการสาธารณสุขแห่งชาติ ทั้งที่รู้แล้วและคาดว่าจะเกิดขึ้น มีรวมกันทั้งสิ้นราว 4.4 พันล้านปอนด์ เพิ่มขึ้นราว 500 ล้านปอนด์จากปีก่อนหน้า และหากผลการฟ้องร้องเลวร้ายกว่าที่คาด การบริการสาธารณสุขแห่งชาติ อาจต้องจ่ายเพิ่มอีกถึง 4 พันล้านปอนด์ หากดูที่จำนวนการฟ้องร้องเทียบระหว่างปี 1999 กับ 2000 ตัวเลขเพิ่มขึ้นจาก 2,411 คดี เป็น 4,115 คดี

ค่าชดเชยที่คนไข้ได้รับมักน้อยกว่าที่ต้องจ่ายค่าดำเนินการฟ้อง

ข้อมูลที่น่าสนใจอีกส่วนหนึ่งคือ ในกระบวนการฟ้องร้องนั้น พบว่าในปี 2002-2003 ผู้ป่วยที่เสียหายและยื่นฟ้อง (Claimants) และประสบความสำเร็จ ต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับทนายและอื่นๆ สูงกว่าค่าใช้จ่ายของ NIH ซึ่งเป็นผู้ถูกฟ้อง (Defendant) เกือบเท่าตัว นอกจากนี้บทเรียนของประเทศอังกฤษยังพบว่า ระยะเวลาของกระบวนการฟ้องร้องตั้งแต่ต้นจนเรื่องยุติ คือ ประมาณ 5-6 ปี และเกือบครึ่งหนึ่งของคดีฟ้องร้องในระหว่างปี 1999-2000 ค่าชดเชยที่ผู้เสียหายได้รับ มีจำนวนน้อยกว่าเงินที่ใช้จ่ายไปกับกระบวนการทางกฎหมาย รวมทั้งยังพบว่า คดีการฟ้องร้องที่ NIH ต้องจ่ายแพงที่สุดคือการฟ้องเรียกค่าชดเชยจากความเสียหายที่เกิดจากการคลอด (birth injury) ซึ่งต้องมีการจ่ายถึงกว่า 5 ล้านปอนด์

วิกฤติของระบบประกันภัยทางการแพทย์ (Medical liability insurance crisis)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการวิเคราะห์กันว่า การฟ้องเรียกค่าเสียหายเป็นสาเหตุของการเกิดวิกฤติครั้งที่สามของระบบการประกัน (New Tort crisis หรือ Medical liability insurance crisis) หลังจากที่สหรัฐเคยประสบวิกฤตมาแล้วสองครั้ง ในช่วงทศวรรษ 1970s และ 1980s (Thorpe 2004:1) อาการของวิกฤติครั้งนี้คือ ภาวะที่เบี้ยประกันสำหรับแพทย์ถีบตัวทะยานขึ้นจนแพทย์ไม่สามารถจ่ายได้ (un-affordability) หรือไม่มีบริษัทใครรับทำประกัน (inaccessibility) ทำให้แพทย์ย้ายหรือลาออก กระทบต่อการขาดแคลนแพทย์ที่จะให้บริการแก่คนไข้

แนวโน้มคดีการฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับผลการตัดสินใจที่ให้บริษัทประกันต้องจ่ายค่าชดเชยด้วยวงเงินชดเชยที่สูงขึ้นมาก ทำให้บริษัทประกันในหลายรัฐหรือแม้กระทั่งในระดับชาติเลิกรับทำประกัน และ/หรือเพิ่มเบี้ยประกันสูงมากจนแพทย์ไม่สามารถจ่ายได้ หรือไม่สามารถหาบริษัทรับทำประกันได้ ผลที่ตามมาคือ แพทย์ลาออก เลิกหรือลดการให้บริการ หรือย้ายรัฐที่ปฏิบัติงาน ส่งผลถึงปัญหาการขาดแคลนแพทย์และบริการทางการแพทย์ของประชาชน (U.S. Department of Health and Human Service- USDHHS 2002; Brenner and Smith 2004; Thorpe 2004:1-2)²

ในรายงานของ USDHHS (2002: 1-8) แสดงข้อมูลหลายประการถึงผลกระทบเชิงลบหรือความเสียหาย ที่เกิดขึ้นจากการใช้ระบบการฟ้องร้องในสหรัฐอเมริกา นับตั้งแต่

- **หนึ่ง** ปัญหาการเข้าถึงแพทย์และบริการทางการแพทย์ที่ยากขึ้น และด้วยค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น (เนื่องจากแพทย์ลาออก จำกัดการให้บริการ หรือย้ายออก เพราะทนกับปัญหาค่าเบี้ยประกันที่สูงไม่ได้ หรือไม่มีบริษัทรับทำประกัน)

2 ในสหรัฐอเมริกา อัตราการเพิ่มขึ้นของเบี้ยประกันความเสี่ยงจากการเกิดการผลิตทางการแพทย์อยู่ระหว่างร้อยละ 15-30 แตกต่างกันตามสาขาการแพทย์ และรัฐในบางรัฐ เช่น เพนซิลเวเนีย ในปี 2003 เบี้ยประกันเพิ่มระหว่างร้อยละ 26-73 นอกจากนี้บริษัทประกันหลายแห่งหยุดรับทำประกันให้กับแพทย์และสถานบริการ โดยเฉพาะบริษัทที่ใหญ่ที่สุดอย่าง St. Paul Companies หยุดรับทำประกันตั้งแต่ปี 2002 ผลจากการเพิ่มขึ้นของเบี้ยประกัน ทำให้มีการสละหรือหยุดงานของแพทย์ในรัฐเวสต์เวอร์จิเนีย การเลื่อนงานของแพทย์ในรัฐนิวเจอร์ซีย์ และการให้ปิดบริการชั่วคราวของโรงพยาบาล (เช่น กรณีของศูนย์ trauma center ของศูนย์การแพทย์แห่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเนวาดา ฯลฯ ดู (Thorpe 2004: 1-2)

- **สอง** อันตรายจากการรับบริการที่มากขึ้น เนื่องจากการให้การรักษาแบบป้องกันตัวเองจากการถูกฟ้องของแพทย์ (defensive medicine) ด้วยการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งต่อ หรือการจ่ายยามากขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงกับอันตรายมากขึ้น ทุกฝ่ายต้องจ่ายเงินมากขึ้น โดยเฉพาะแค่คนไข้ ส่งผลต่อมาให้ทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพบริการลดลง ประการสำคัญคือ ทำให้ประสิทธิภาพระบบการเก็บรวบรวมและการรายงานความผิดพลาดในการรักษา ที่เป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการทางการแพทย์ ถูกทำลายไปเนื่องจากความกลัวว่า ข้อมูลเหล่านั้นอาจจะมีผลย้อนกลับมาเป็นหลักฐานในการฟ้องแพทย์หรือโรงพยาบาลที่ให้บริการ และเชื่อว่าปัญหาดังกล่าวทำให้ความผิดพลาดทางการแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) ที่เกิดขึ้นไม่ได้ถูกรายงานให้ปรากฏ
- **สาม** ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล แพทย์ต้องจ่ายเงินเบี้ยประกันมากขึ้น (ในปี 2001 เฉพาะกลุ่มแพทย์ต้องจ่ายเงินรวมกันถึง 6.3 พันล้านเหรียญสำหรับการประกันเพื่อคุ้มครองการถูกฟ้องร้อง) ประชาชนแต่ละคนต้องจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น ขณะที่รัฐบาลกลางต้องจ่ายงบประมาณทั้งโดยตรงและโดยอ้อม รวมกันถึงประมาณ 28.6-47.5 พันล้านเหรียญต่อปีสำหรับเป็นค่าชดเชย

ปัญหาของระบบฟ้องศาล

- ผู้เสียหายส่วนน้อยมากที่สามารถเข้าถึงกลไกการฟ้องศาลเพื่อขอรับการชดเชย และโอกาสของคนที่ฟ้องศาลจะได้รับการชดเชยยิ่งน้อยมากขึ้นไปอีกหลายเท่า ตัวอย่างเช่น ในรายงานของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard Medical Practice Study) ในปี 1999 รายงานว่า มีผู้เสียหายในสหรัฐเพียง 1 ใน 8 คนที่สามารถเข้าถึงและใช้ระบบการฟ้องศาล และเพียง 0.5 คน ใน 8 คนของคนที่ยื่นฟ้องศาล ได้รับการตัดสินให้ได้รับการชดเชย
- โดยสรุปมีคนเป็นจำนวนมากที่เสียหายแล้วก็ไม่ได้รับการชดเชย หรือกลายเป็นเหยื่อของระบบโดยที่กลไกทางการฟ้องศาลไม่เอื้อ
- กระบวนการฟ้องศาลนั้นใช้เวลานาน ในอังกฤษใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 5-6 ปี และมีประมาณร้อยละ 10 เท่านั้นที่ได้เงินชดเชย สำหรับคนที่ได้เงินชดเชย มากกว่าครึ่งของเงินที่ได้มาต้องจ่ายไปเพื่อการฟ้องศาล โดยจ่ายเป็นค่าทนายและค่าใช้จ่ายต่างๆ จนมีการกล่าวว่า ผู้ชนะส่วนใหญ่ในกระบวนการของการฟ้องศาล คือ นักกฎหมาย

จากวิกฤติสู่คำถาม : การให้คนไข้ไปฟ้องศาล เป็นกลไกเดียวที่ “เหมาะสม” หรือไม่?

วิกฤติระบบการฟ้องศาลในกรณีของสหรัฐอเมริกา นั้น เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน และเกิดขึ้นจากหลายเหตุปัจจัย แต่มีการชี้แจงเพ่งโทษไปที่พฤติกรรมของฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการฟ้องศาล ซึ่งประกอบด้วยบริษัทประกัน ผู้ให้บริการ และนักกฎหมาย ว่าคือที่มาของวิกฤติดังกล่าว (The American Academy of Physician Assistants- AAPA: 2004) ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นและผลกระทบทั้งหลายที่ต่อเนื่องมา ยังส่งผลถึงการเกิดแรงกดดันทางการเมืองอย่างหนัก ที่จะต้องทำให้มีการลดคดีฟ้องร้องในทางอ้อมนี้ลง

ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นพร้อมๆ กับความรู้สึกของประชาชนว่า ความเสียหายจากการใช้บริการทางการแพทย์ทั้งการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น ได้กลายเป็นปัญหาที่ระบาดไปอย่างแพร่หลายในสหรัฐ (epidemic of medical errors) (Mello 2003: 1)

มีหลายฝ่ายเริ่มตั้งข้อสังเกตว่า ระบบกฎหมายที่ทำให้มีการฟ้องศาลเพื่อเรียกค่าเสียหายนั้น เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพเพียงใดในการลดปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์ ประโยชน์ที่ได้จากระบบดังกล่าว คຸ່ມคຸ່ມกับคຸ່ມค่าใช้จ่ายและสิ่งอื่นๆ ที่ต้องสูญเสียไปหรือไม่ (Mello 2003)

คำวิจารณ์ระบบฟ้องศาล

- เอกสารของสมาคมแพทย์แห่งประเทศไทย วิจารณ์ระบบการฟ้องศาล (Tort system) ว่า เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดวัฒนธรรมการตำหนิ (Blame culture) ซึ่งปิดกั้นผู้ให้บริการจากการยอมรับและเปิดเผยความผิดพลาดอย่างตรงไปตรงมา และเรียนรู้จากความผิดพลาดเหล่านั้น (BMA 2003) แม้จะมีความเชื่อว่า ความเสียหายจากการถูกฟ้องศาล จะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ให้บริการเกิดความระมัดระวัง และหาทางป้องกันความผิดพลาดมากขึ้น แต่ระบบการฟ้องศาล เป็นกระบวนการที่มีธรรมชาติเชิงลบ เนื่องจากการลงโทษ (punitive in orientation) และเพ่งไปที่ความผิดของปัจเจก (individualistic in focus) ขณะเดียวกันที่ก่อให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึงปรารถนามากมายในระหว่างกระบวนการฟ้องร้อง (adversarial on process) (Mello 2003:1)

- ในกรณีของสหรัฐอเมริกา รายงานของ USDHHS (2002: 8-9) ระบุว่า ระบบการฟ้องศาลนั้นมีราคาแพงแต่ล่าช้า และมีประโยชน์น้อยต่อผู้ป่วยที่ประสบความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่คาดการณ์ผลได้ยากและไม่มีมาตรฐาน (standard less) จากข้อเท็จจริงที่ว่า ผู้รับความเสียหายจากการรักษาส่วนใหญ่ไม่ได้นำเรื่องเข้าสู่กระบวนการฟ้องศาล (มีข้อมูลจากการศึกษาชิ้นหนึ่งระบุว่า เพียงร้อยละ 1.53 ของผู้เสียหายเท่านั้นที่ฟ้องศาล) และในบรรดาผู้ที่ฟ้องศาล ประมาณร้อยละ 57-70 ถูกตัดสินไม่ให้ได้รับค่าชดเชย ในรายงานชิ้นหนึ่งพบว่า เพียงร้อยละ 8-13 ของการฟ้องศาลเท่านั้นที่ถูกนำเข้าสู่กระบวนการไต่สวนทางศาล และเพียงร้อยละ 1.2-1.9 ที่ผลการตัดสินลงเอยด้วยการให้เงินชดเชยต่อผู้ฟ้อง

ในรายงานดังกล่าว สรุปว่า สาเหตุสำคัญของการต้องจ่ายเงินจำนวนมหาศาลกับระบบการฟ้องศาลคือ การที่ค่าชดเชยจำนวนมากต้องจ่ายกับความเสียหายที่มีใช้ตัวเงิน (non-economic damages หรือ pain and suffering awards) ของผู้เสียหาย (ซึ่งหมายถึงความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และผลกระทบทางจิตใจ ครอบครัว สังคม ฯลฯ) ซึ่งวัดได้ยาก เป็นเรื่องอัตวิสัย และขาดมาตรฐาน โดยเฉพาะในกระบวนการตัดสินใจของคณะลูกขุนในศาล อีกประการหนึ่งคือ การเพิ่มขึ้นของจำนวนคดีที่ผลการตัดสินให้มีการจ่ายเงินชดเชยในมูลค่าระดับหลายสิบล้านหรือล้านเหรียญ (mega-awards) ที่แม้จะยังมีไม่มาก แต่ทวีจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว

ข้อมูลอีกด้านหนึ่งรายงานว่ ในจำนวนเงินทั้งหมดที่ผู้เสียหายได้รับการชดเชยประมาณร้อยละ 30-40 หรือมากกว่า ผู้เสียหายต้องจ่ายเป็นส่วนแบ่งของทนายหรือนักกฎหมาย (Contingency fees) (USDHHS 2002:9-10)

ความพยายามปฏิรูประบบ และกระบวนการฟ้องร้อง

วิกฤติของระบบประกันที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการฟ้องเรียกค่าเสียหายค้างกล่าว ทำให้เกิดกระแสการแสวงหาแนวทางการปฏิรูประบบการฟ้องเรียกค่าเสียหายทางศาล (Tort system reform) แม้ว่าโดยหลักการจะเพื่อหาระบบที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในการสร้างทั้งความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย พร้อมๆ กับการควบคุมคุณภาพของบริการทางการแพทย์ แต่เป้าหมายหลักที่แท้จริง คือ การหาทางจัดการกับการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการประกันที่ส่งผลกระทบต่อมาถึงระบบสุขภาพทั้งระบบ

แนวทางการปฏิรูประบบและกระบวนการฟ้องร้อง

ที่ผ่านมา มีการเสนอแนวคิดและรูปแบบการทดลองหลายแบบ เช่น

1. การควบคุมวงเงินชดเชยให้กับผู้เสียหาย โดยเฉพาะในส่วนที่มีใช้ความเสียหายทางการเงิน (caps on non-economic damages)
2. การลดส่วนแบ่งของค่าตอบแทนที่ฝ่ายกฎหมายหรือทนายโจทก์จะได้รับ (limits on contingency fee)
3. การคัดสินวงเงินชดเชยโดยพิจารณาร่วมกับการมีสิทธิในการได้รับผลประโยชน์จากการประกันอื่นๆ ที่ผู้เสียหายมีอยู่ในขณะเดียวกัน (collateral source offset)
4. สร้างระบบการจ่ายเงินชดเชยเป็นงวด แทนการจ่ายเป็นเงินก้อนขนาดใหญ่ครั้งเดียว (periodic payments) ส่วนหนึ่งเพื่อลดผลกระทบทางการเงินที่จะมีต่อบริษัทประกัน
5. การใช้กลไกอื่นๆ ในการแก้ปัญหาค่าความขัดแย้ง
6. สร้างระบบการชดเชยอื่นด้วยสิ่งที่มีใช้ตัวเงิน (เช่น บริการรักษาพยาบาลให้กับผู้เสียหายที่บ้าน) และ
7. สร้างระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องรับผิด (no-fault compensation/no-fault liability scheme) เป็นต้น (AAPA 2004; BMA 2003; Thorpe 2004; AMA 2004; Gaine 2003)³

ถนนสองสายที่ต้องเดินคู่กัน : ปฏิรูประบบการชดเชยค่าเสียหาย และสร้างระบบความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

อย่างไรก็ดี กระแสการปฏิรูปกฎหมายการฟ้องศาลหรือ Tort reform ดังที่กล่าวมา Mello (2003: 13-15) มีทัศนะว่า เป็นเพียงหนึ่งในสองมิติของการปฏิรูประบบการรับผิดชอบจากความผิดพลาดทางการแพทย์ (liability system reform) มิติอีกด้านหนึ่งคือ การสร้างความปลอดภัยในการรับบริการของคนไข้ (patient safety improvement) Mello มองว่า กระแสการปฏิรูปกฎหมายการฟ้องศาล เป็นการดำเนินการที่แยกจากการเพิ่มความปลอดภัยให้กับคนไข้ หากแต่มุ่งเน้นไปที่การจำกัดการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในระบบประกันการฟ้องร้องมากกว่า

ในทัศนะของ Mello ถนนแห่งการปฏิรูปสองเส้นที่จำเป็นสำหรับการปฏิรูประบบการรับผิดชอบจากความผิดพลาดทางการแพทย์ คือ การใช้กฎหมายเพื่อปฏิรูประบบการรายงานที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของคนไข้ และการสร้างทางเลือกในการชดเชยผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการใช้บริการ และในแนวทางที่สองนี้ Mello เสนอแนวคิดการใช้ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด (limited no-fault compensation) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของสิ่งที่เรียกว่า ระบบการรับผิดชอบความผิดพลาดทางการแพทย์แบบร่วมกันขององค์กร (enterprise liability)

3 ตัวอย่างของการปฏิรูประบบการฟ้องร้องชดเชยค่าเสียหายในแนวข้างต้น ที่ได้รับการกล่าวว่าเป็นความสำเร็จมากที่สุดในระดับรัฐ ของสหรัฐอเมริกา คือ กฎหมายการปฏิรูปการชดเชยการบาดเจ็บจากทางการแพทย์ของรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Medical Injury Compensation Reform Act- MICRA) ที่พบว่าช่วยลดการขยายตัวของเบี้ยประกันการถูกฟ้องร้องในช่วงปี 1976-2000 เหลือเพิ่มเพียงร้อยละ 167 ซึ่งต่ำมากเมื่อเทียบกับอัตราการเพิ่มทั้งประเทศสหรัฐ ที่เพิ่มถึง ร้อยละ 505 ในช่วงเวลาเดียวกัน (AMA 2004: 17-18)

“

ในประเทศอังกฤษ

พบว่าสมาคมแพทย์อังกฤษเองเป็นผู้ออกมาเรียกร้อง
ให้มีสิ่งที่เรียกว่า No Fault Compensation System

(<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/387459.stm>1999)

”

ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ ถูกผิด (No-Fault Compensation Systems): ทางเลือกใหม่ ทางออกสำหรับทุกฝ่าย

ระบบการชดเชยความเสียหายในทางการแพทย์โดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด หากตีความจากข้อมูลที่กำลังมาข้างหน้า อาจกล่าวได้ว่า เป็นทางเลือกในการปฏิรูประบบการรับผิดชอบเมื่อเกิดความผิดพลาดหรือเสียหายจากการแพทย์ (medical liability reform) หรือหากพูดให้ชัดมากขึ้นก็คือ ทางเลือกในการปฏิรูประบบการฟ้องร้องทางกฎหมาย (tort reform) เพื่อแก้ปัญหาวิกฤติต่างๆ

ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด (No-fault compensation schemes) เปรียบเทียบกับระบบการฟ้องร้องทางกฎหมาย (tort-based system) ในมุมมองของ สมาคมแพทย์อังกฤษ (ACC 2003; BMA 2003:1)

ระบบการฟ้องร้องทางกฎหมาย	ระบบการชดเชยความเสียหาย โดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด
• เป็นระบบที่สร้างความเสียหาย (harmful) • คาดการณ์ผลไม่ได้ (unpredictable) • และไม่เป็นธรรม (unjust)	• เป็นระบบที่ถูกมองว่าจะช่วยแก้ปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์ ที่ง่ายและเร็วกว่า (simpler and quicker) • ผู้เสียหายสามารถได้รับการชดเชยโดยไม่จำเป็นต้องผ่านกระบวนการทางกฎหมายอันล่าช้าียศยาว • มีผลดีต่อการคลังของระบบสุขภาพเพราะสามารถคาดการณ์วงเงินค่าใช้จ่ายชดเชยล่วงหน้าได้

ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับมากขึ้น โดยปัจจุบันมีการนำไปใช้ในหลายประเทศ ด้วยเหตุผลความเป็นมา รูปแบบการดำเนินงาน และขอบเขตความครอบคลุมในการชดเชยที่แตกต่างกัน



พัฒนาการของแนวคิดเกี่ยวกับระบบ การชดเชยในสหรัฐอเมริกา เริ่มจาก การชดเชยความเสียหายจากอุบัติเหตุ

เอกสารของมูลนิธิเพื่อสิทธิของผู้เสียภาษีและผู้บริโภค (The Foundation for Taxpayer & Consumer Rights-FTCR) กล่าวถึงความเป็นมาของแนวคิดเรื่องการชดเชย โดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดในประเทศสหรัฐอเมริกาว่า เริ่มในราวต้นทศวรรษที่ 1930s โดยการสร้างระบบการชดเชยให้ผู้ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ โดยใช้หลักว่า ผู้ประสบอุบัติเหตุจากรถยนต์จะได้รับการชดเชยจากบริษัทประกันของตน ไม่เกี่ยวกับว่าผู้นั้นเป็นฝ่ายผิดหรือไม่ แนวคิดดังกล่าวนี้ มีพื้นฐานจากกองทุนชดเชยแรงงานที่เกิดขึ้นมาก่อนแล้ว

ต่อมาในปี 1965 มีการเสนอระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดแบบใหม่ ที่จำกัดเฉพาะกรณีการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง (limited no-fault system) ซึ่งมีเงื่อนไขดังนี้

- ผู้ที่ประสบอุบัติเหตุจะได้รับการชดเชยทั้งค่ารักษาและการชดเชยรายได้ โดยไม่เกี่ยวกับว่าคนๆ นั้นเป็นผู้ก่อให้เกิดอุบัติเหตุหรือไม่
- การชดเชยความเสียหายที่มีใช้ตัวเงิน (Non-economic damages) จะไม่รวมอยู่ในการชดเชยนี้ ยกเว้นกรณีที่เป็นอุบัติเหตุร้ายแรง โดยผู้ที่ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง (มีความเสียหายที่ไม่ใช่ตัวเงินสูงถึงเพดาน 5,000 เหรียญ) จะสามารถฟ้องร้องทางศาลต่อได้อีก
- ขณะเดียวกันผู้ขับขี่ ยังมีสิทธิการเรียกร้องการชดเชยค่ารักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกินกว่าวงเงินที่ได้รับชดเชยจากระบบการชดเชย โดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดได้อีก

ระบบการชดเชยเมื่อเกิดอุบัติเหตุโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดดังกล่าว ต่อมามีการนำไปใช้ในหลายรัฐของสหรัฐอเมริกาด้วยการสนับสนุนอย่างแข็งขันของอุตสาหกรรมประกันภัย แต่ละรัฐมีรายละเอียดในทางปฏิบัติที่แตกต่างกัน โดย 16 รัฐ ถือเป็นกฎหมายบังคับ (mandatory system) แต่ก็มีรัฐใด ที่บังคับใช้กฎหมายการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดล้วนๆ หากแต่เปิดช่องทางให้มีการฟ้องร้องทางศาลร่วมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับความเสียหายที่มีใช้ตัวเงิน อย่างไรก็ดี ต่อมาเหลือเพียง 10 รัฐ ที่ยังคงมีการบังคับ

ใช้กฎหมายนี้ หลายรัฐยกเลิกไป กระนั้นก็ตาม ข้อกฎหมายนี้ยังคงเป็นประเด็นถกเถียงอยู่ โดยเฉพาะในยามที่เกิดวิกฤติทางด้านการประกันของสหรัฐ ตั้งแต่ช่วงกลางทศวรรษ 1970s และกลาง 1980s เรื่อยมา (FTCR 2004)



หลักการระบบชดเชยความเสียหายทางการแพทย์ พินัย “สาเหตุ” ไม่พินัย “คนก่อเหตุ”

ในแง่หลักการ ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดในทางการแพทย์นั้น ผู้ร้องขอการชดเชยต้องแสดงหรือพิสูจน์ว่า ความผิดพลาดของบริการทางการแพทย์คือ สาเหตุของการบาดเจ็บและเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องสนใจว่า ใครคือผู้ต้องถูกตำหนิหรือใครทำผิดและผิดอย่างไร นั่นคือ มุ่งการพิสูจน์หาสาเหตุมากกว่าการพิสูจน์ความผิด (proof of causation rather than proof of fault) (Gaine 2003: 998)



ระบบชดเชยความเสียหายแบบใหม่ : คำอธิบายของผู้ที่เกินด้วย

- เป็นระบบที่ใช้แนวทางเชิงบวกที่พยายามสร้างความปลอดภัยให้กับคนไข้ ไม่เน้นที่การเพ่งโทษ เน้นที่ปัญหาของระบบมีใช้ของบุคคล และเน้นความร่วมมือ (Mello 2003: 1)
- ระบบนี้อยู่บนฐานความเชื่อว่า ความผิดพลาดของคนในระดับหนึ่งนั้น เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ยาก
- ความรู้สึกปลอดภัยจากการการคุกคามจากการถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายของแพทย์ จะนำมาซึ่งความจริงใจในการอธิบายธรรมชาติของปัญหา และสาเหตุของความผิดพลาดทางการแพทย์ต่อคนไข้ อันจะโยงไปสู่ความโปร่งใสในการรักษาของแพทย์ (accountability) ตลอดจนการสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้จากประสบการณ์ความผิดพลาด และจะนำมาซึ่งความปลอดภัยของคนไข้และคุณภาพทางการแพทย์ที่ดีขึ้น (BMA 2003)

- ระบบนี้เชื่อว่าจะช่วยลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในขั้นตอนต่างๆ ของการทำงาน ได้มากกว่าระบบการฟ้องศาล เนื่องจากสามารถหาข้อยุติได้รวดเร็ว ไม่ต้องเสียเวลากับกระบวนการทางกฎหมาย ทำให้ผู้ได้รับความเสียหายได้ประโยชน์เร็ว และเต็มเม็ดเต็มหน่วย



เหตุผลของผู้ที่ไม่เห็นด้วย

อย่างไรก็ดี มิใช่ว่า ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดจะเป็นสิ่งที่มีผู้เห็นด้วยทั้งหมด

- ในสหรัฐอเมริกาผู้โต้แย้งว่า หากระบบนี้เป็นระบบที่บังคับโดยรัฐ (State-run) จะมีความเป็นไปได้ในทางทฤษฎี เนื่องจากจะมีแรงกดดันของฝ่ายกฎหมาย (Mello 2003:17)
- ขณะที่บางฝ่ายเห็นว่า ระบบนี้ยังไม่สามารถแสดงให้เห็นว่าจะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยได้ดีเท่าหรือมากกว่าระบบการฟ้องร้องทางศาล (White 1994:85)
- มีการวิพากษ์วิจารณ์ได้ว่า ระบบดังกล่าวนี้จะทำให้แพทย์หรือผู้ให้บริการที่กระทำผิดจริงๆ ขาดความรับผิดชอบในการทำหน้าที่ หรือให้บริการได้ต่ำกว่ามาตรฐานวิชาชีพ รอค้นจากการถูกลงโทษได้
- บางประเทศเน้นการลงโทษแพทย์ในกรณีผิดจริงด้วยข้อพิจารณาทางมาตรฐานวิชาชีพ และไม่มีข้อห้ามที่จะให้ผู้เสียหายมีการฟ้องร้องค่าชดเชยด้วยช่องทางทางกฎหมายได้ นอกเหนือจากการได้รับการชดเชยจากระบบนี้



ขอบเขตการคุ้มครอง : แบบเบ็ดเสร็จและแบบเฉพาะบางกรณี

ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ผู้ผิดนี้ มีการใช้ในหลายประเทศ นอกเหนือจากสหรัฐอเมริกาและอังกฤษที่กล่าวถึงแล้ว ยังมีประเทศนิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย สวีเดน เดนมาร์ก ฟินแลนด์ นอร์เวย์ เยอรมนี ฝรั่งเศส แคว้นควิเบคของแคนาดา ญี่ปุ่น สวิสเซอร์แลนด์ ไต้หวัน และ อิตาลี เป็นต้น ทั้งนี้แต่ละประเทศมีขอบเขตความครอบคลุม และรายละเอียดการดำเนินการที่แตกต่างกัน (สำหรับ 6 ประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ สวีเดน นิวซีแลนด์ แคนาดา และ ออสเตรเลีย ได้ถูกเลือกมาเป็นกรณีศึกษาในรายงานฉบับนี้)

ในเอกสารของหน่วยงานที่มีชื่อว่า Accident Compensation Cooperation ของประเทศนิวซีแลนด์ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องการชดเชยความเสียหาย แบ่งรูปแบบของระบบการชดเชยโดยไม่ต้องรับผิดชอบเป็น 2 กลุ่มคือ

1. ระบบการชดเชยแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive scheme) กับ
2. แบบเฉพาะกรณีหรือแบบมีเงื่อนไข (limited scheme)

แบบแรกจะให้การชดเชยครอบคลุมความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ทั้งหมด ขณะที่แบบหลังจะเลือกคุ้มครองเฉพาะบางกรณีความเสียหายทางการแพทย์ (เช่น ความเสียหายจากการรับวัคซีน หรือการใช้จ่ายเป็นต้น) โดยทั้งสองรูปแบบมีความเหมือนกันคือ ใช้หลักการของระบบประกัน (Insurance-based) ไม่ว่าจะโดยผ่านระบบภาษีหรือการจ่ายเป็นเบี้ยประกัน (ACC 2003)



ประสบการณ์โดยเปรียบเทียบของประเทศต่างๆ

แม้ว่าสาระสำคัญของระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด ก็คือ การให้การชดเชยความเสียหาย (injuries or damages) โดยไม่เน้นการพิสูจน์ความผิดถูก (proof causation rather than proof of fault) แต่ในทางปฏิบัติ หลักการนี้ก็ถูกนำไปใช้ด้วยความสลับซับซ้อนและรายละเอียดที่แตกต่างกัน ทั้งด้วยเหตุผลความเป็นมา เงื่อนไข และวิธีการดำเนินการ เพื่อให้เห็นประเด็นสำคัญ และให้เห็นภาพกว้างของระบบชดเชยนี้ เนื้อหาต่อไปนี้จะเป็นการสรุปเปรียบเทียบประเด็นสำคัญ ของระบบชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดที่ดำเนินการอยู่ในประเทศต่างๆ โดยอาศัยข้อมูลหลักจากเอกสารของ ACC (2003: 35-44) ซึ่งเขียนขึ้นเพื่อเปรียบเทียบระบบการชดเชยโดยไม่ต้องรับผิดชอบของประเทศนิวซีแลนด์ (ACC Medical Misadventure Scheme) กับระบบแบบนี้ในประเทศอื่นๆ

ในเอกสารของ ACC ดังกล่าว ได้นำเอาลักษณะสำคัญของระบบชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด 9 ประการ มาเปรียบเทียบกัน ซึ่งได้รวบรวมและนำเสนอไว้ ณ ที่นี้ ดังต่อไปนี้

1. ภาพรวมของความเสียหายที่ได้รับการคุ้มครองโดยระบบชดเชย (medical injuries covered)
2. เกณฑ์กำหนดความคุ้มครอง (covered rules)
3. การพิสูจน์ความเชื่อมโยงของสาเหตุ (causal link)
4. ความรุนแรงของความเสียหาย (severity)
5. การเกิดได้ยากของความเสียหาย (rarity)
6. การป้องกันความเสียหายและบทบาทในการการลงโทษกรณีความผิด (injury prevention and disciplinary role)
7. กระบวนการร้องขอการชดเชย (filing a claim)
8. อัตราการให้การชดเชย (claim-acceptance rates) และ
9. สิทธิที่จะได้รับการชดเชย (entitlements)

ซึ่งรายละเอียดสำคัญมีดังนี้

ลักษณะสำคัญๆ ของระบบชดเชย โดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด 9 ประการ

1. ภาพรวมของความเสียหายที่ได้รับการคุ้มครองโดยระบบชดเชย

แต่ละประเทศคุ้มครองความเสียหายแตกต่างกัน ประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวียส่วนใหญ่เริ่มต้นระบบนี้ด้วยการครอบคลุมเฉพาะความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ ค่อนข้างน้อยๆ ขยายไปยังสถานบริการสุขภาพที่รัฐสนับสนุนทั้งหมด และบางประเทศขยายครอบคลุมระบบบริการทั้งหมดในประเทศ ในกลุ่มประเทศนอร์ดิก ยังมีระบบเฉพาะที่ให้ความคุ้มครองความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา (pharmaceuticals adverse reactions) โดยไม่ว่าจะเกิดขึ้นจากการไปใช้ยาจากสถานบริการที่ใดในประเทศ ระบบนี้ต่อมายังขยายครอบคลุมไปถึงการได้รับความเสียหายจากการใช้ยา ที่เกิดขึ้นจากการไปใช้สถานบริการของรัฐหรือที่รัฐสนับสนุนซึ่งเกิดขึ้นในประเทศอื่นนอกกลุ่มนอร์ดิกด้วย ระบบนี้สนับสนุนการเงินโดยกลุ่มอุตสาหกรรมยา

ในประเทศนิวซีแลนด์ ระบบการชดเชยแบบนี้ (ACC Medical Misadventure Schemes) เป็นแบบเบ็ดเสร็จ ครอบคลุมความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ที่จดทะเบียนวิชาชีพทั้งหมด (all registered health professionals) โดยไม่จำกัดว่าจะเป็นการให้บริการที่ใด เช่น โรงพยาบาล (รวมโรงพยาบาลในต่างประเทศที่เข้าหลักเกณฑ์นี้) คลินิกเอกชน คลินิกทันตกรรม ร้านยา หรือแม้แต่บ้านของผู้ร้องขอการชดเชย (เช่น กรณีความเสียหายที่เกิดจากการคลอดที่บ้าน) ความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการของบุคลากรที่ไม่ได้จดทะเบียนวิชาชีพ (เช่น หมอฝังเข็ม) จะไม่ได้รับการชดเชยจากระบบนี้ (แต่มีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองจากระบบการชดเชยทั่วไปของ ACC)

อย่างไรก็ดี ความเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุที่เกิดในโรงพยาบาล ที่เกิดในขั้นตอนของการรักษาพยาบาล เช่น การหกล้มในห้องน้ำในโรงพยาบาล และอุปกรณ์บกพร่อง (เช่น รถเข็นคนไข้ทำงานบกพร่องทำให้คนไข้บาดเจ็บ) ความเสียหายเหล่านี้จะไม่ถูกครอบคลุมในระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดของนิวซีแลนด์ ขณะที่ถูกครอบคลุมโดยระบบของสวีเดน (การหกล้ม) และเดนมาร์ก (อุปกรณ์บกพร่อง) โดยของนิวซีแลนด์นั้น ความเสียหายเหล่านี้ จะถูกคุ้มครองโดยระบบอื่นต่างหาก คือ ACC Earners and Non-Earners Schemes

สำหรับประเทศอื่นๆ ที่ใช้ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องรับผิดชอบแบบเฉพาะกรณี (limited schemes) จะให้การคุ้มครองเฉพาะความเสียหายทางการแพทย์บางประเภทหรือลักษณะที่เกิดขึ้นจากการให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับบริการนั้นๆ เท่านั้น เช่น บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายจากการให้วัคซีน จากการคลอด (birth-related) และจากผลแทรกซ้อนของการให้เลือด เป็นต้น

2. เกณฑ์กำหนดความคุ้มครอง (covered rules)

ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดทั้งหลาย จะมีหลักเกณฑ์ในการคุ้มครองที่ซับซ้อน ซึ่งโดยทั่วไปจะกล่าวถึงการชดเชยในความผิดพลาดใน 3 ลักษณะคือ

หนึ่ง เป็นความผิดพลาด (fault) เช่น ความบกพร่องของเครื่องมือ หรือการให้หรือจ่ายยาผิด (ซึ่งใช้ในความหมายของ medical errors ใน นิวซีแลนด์ และ บางกรณีของประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวีย)

สอง เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ (avoidable) ใช้ประเทศกลุ่ม สแกนดิเนเวีย และ

สาม เป็นเหตุสุดวิสัย (mishap) หมายถึงการรักษาที่ทำอย่างเหมาะสมแล้วแต่กลับเกิดผลเสีย ซึ่งส่วนมากจำกัดเฉพาะผลเสียที่ร้ายแรง ในประเทศสวีเดน เดนมาร์ก และฟินแลนด์ จะมีเกณฑ์ที่กำหนดไว้เป็นข้อๆ ซึ่งล้อตามระบบการชดเชยของสวีเดน การบาดเจ็บ หรือความเสียหายที่เข้าข่ายตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งที่กำหนดไว้ จะได้รับการคุ้มครอง

ในภาพรวม ความเสียหายหรือการบาดเจ็บที่เข้าข่ายการคุ้มครองจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

หนึ่ง ป้องกันได้ (avoidable/preventable) หมายความว่า ความเสียหายนั้นอาจจะสามารถหลีกเลี่ยงได้ ถ้าหากรักษาด้วยวิธีอื่นหรือ กระทำการแตกต่างออกไป

สอง เกี่ยวข้องกับเครื่องมือ (related to equipment) หมายถึง เป็นความเสียหายที่เกิดจากความบกพร่องของตัวเครื่องมือหรือการทำงานผิดพลาด (defect or malfunction) ของเครื่องมือหรือจากการใช้เครื่องมือ

สาม เป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเนื่องกับกระบวนการรักษา เช่น คนไข้ตกเตียงขณะถูกพลิกตัว หรือ ถูกความร้อนลวกขณะรักษา

สี่ เกี่ยวข้องกับการให้ยาที่ไม่ถูกต้อง (incorrect supply of pharmaceuticals)

ห้า เป็นสิ่งที่เกิดโดยขาดความสมเหตุสมผล (unreasonable) เช่น ปัญหาการบาดเจ็บรุนแรงที่มีใช้สิ่งที่ป้องกันไม่ได้หรือมีใช้สิ่งที่ตามปกติคาดว่าจะต้องเกิดกับคนไข้

3. การพิสูจน์ความเชื่อมโยงของสาเหตุ (causal link)

เงื่อนไขหนึ่งที่ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดส่วนใหญ่มีก็คือ ต้องมีความเชื่อมโยงชัดเจน (causal link) ระหว่าง เหตุ คือการรักษา กับ ผล คือการบาดเจ็บ/เสียหาย ก่อนที่จะนำเรื่องรับการพิจารณารับการชดเชย

อย่างไรก็ดี ระบบการชดเชยแบบครอบคลุมเฉพาะกรณีในบางประเทศ ไม่ได้เคร่งครัดนักกับการพิสูจน์สาเหตุ (เช่นกรณีของประเทศไต้หวัน) ระบบแบบนี้มุ่งให้การคุ้มครองคนจำนวนมากแต่จำกัดค่าชดเชยที่ผู้เสียหายจะได้รับ เป็นระบบที่บางทีเรียกว่า การบรรเทาความเดือดร้อน (comfort scheme) มากกว่าการชดเชยอย่างเต็มที่กับความเสียหายที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ในบางประเทศ ค่าขอชดเชย อาจได้รับการพิจารณาเพียงการชั่งน้ำหนักถึงความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ (it is more likely than not) เช่น ในกรณีของ เคนมาร์ก ฟินแลนด์ และ ไอร์แลนด์

4. ความรุนแรงของความเสียหาย (severity)

ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดในหลายประเทศ มีการกำหนดเกณฑ์ระดับความรุนแรงของความเสียหายที่จะได้รับการชดเชยโดยเฉพาะในกรณีที่เกิดจากเหตุสุวิสัย เพื่อที่จะลดความครอบคลุมการชดเชยให้กับความเสียหายที่ไม่รุนแรง รวมทั้งด้วยเหตุผลอื่นๆ อีก ๒ เหตุผลคือ เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านการบริหารจัดการและเพื่อสะท้อนข้อเท็จจริงที่ว่า วิธีการบำบัดรักษาใดๆ ทางกายภาพ ล้วนมีความเสี่ยงด้วยกันทั้งสิ้น

ในระบบการชดเชยของนิวซีแลนด์ ความรุนแรงของความเสียหายที่จะได้รับการชดเชยที่อยู่ในกลุ่มที่มีสาเหตุจากภาวะสุวิสัย (medical mishap) จะต้อง มีลักษณะคือ **หนึ่ง** การบาดเจ็บหรือความเสียหายนั้นต้องทำให้เกิดการพักรักษาตัวตั้งแต่ 28 วันหรือนานกว่า **สอง** ผู้เสียหายฯ ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล 14 วันหรือนานกว่า และ **สาม** ทำให้ผู้เสียหาย

เสียชีวิต อย่างไรก็ตามก็ดี เกณฑ์เรื่องระดับความรุนแรงของความเสียหายนี้ จะไม่นำมาใช้พิจารณาเกี่ยวกับกรณีความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical errors) ระบบการชดเชยของประเทศในกลุ่มประเทศนอร์ดิก ปกติจะให้การชดเชยความเสียหายที่ไม่สมควรเกิดหรือหลีกเลี่ยงได้ (avoidable) แต่ก็มีเช่นกันที่ให้การครอบคลุมความเสียหายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ที่สร้างความเสียหายมากเกินกว่าที่ควรจะเป็น การชดเชยที่มีการนำเกณฑ์ความรุนแรงมาพิจารณาประกอบ จะเป็นความเสียหายที่อยู่นอกเหนือกลุ่มความเสียหายที่เป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ (avoidability) หรือเกิดจากการไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม โดยความเสียหายนั้นต้องค่อนข้างรุนแรง เมื่อเทียบจากสถานะของผู้เสียหายและการรักษาที่ได้รับ และเป็นความเสียหายหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับผู้เสียหายมากเกินกว่าที่ควรเกิดขึ้น

5. การเกิดได้ยากของความเสียหาย (rarity)

เหตุสุดวิสัยที่นานๆ จะเกิดครั้ง จะชดเชยหรือไม่

โดยทั่วไประบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดส่วนใหญ่ จะไม่ครอบคลุมเหตุการณ์หรือผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดได้โดยทั่วไป (common types of adverse events) เช่น คนไข้ได้รับยารักษาอาการปวดแต่เกิดเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารขึ้นมา

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในความเสียหายที่อยู่ในกลุ่มสุดวิสัย (mishap-type claims) มักจะไม่ได้รับการชดเชย เช่น คนไข้เป็นเนื้องอกและต้องเข้ารับการฉายรังสี ซึ่งสามารถที่จะทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะข้างเคียงได้ ด้วยเทคโนโลยีและความรู้เท่าที่เรามีอยู่ในปัจจุบัน มันเป็นไปได้ที่จะหลีกเลี่ยงปัญหานี้ นั่นจึงจัดเป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และไม่ได้รับการชดเชย โดยถือว่านั่นเป็นความเสี่ยงที่ผู้ป่วยต้องรับไปหากประสงค์จะเข้ารับการรักษา มันเป็นความเสี่ยงที่เป็นรู้กันคืออยู่แล้ว (Espersson, 2007)

ระบบการชดเชยฯ ในหลายประเทศ จะเน้นการวิเคราะห์กระบวนการรักษาและคำนึงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นอยู่เดิม โดยทั้งหมดนี้จะโยงไปถึงการตัดสินใจเรื่องความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดขึ้น เช่น ในประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวีย ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดทั้งหมด จะกำหนดให้มีการพิจารณาภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (รวมถึงภาวะความเจ็บป่วยร่วมอื่นๆ หรือ co-morbidities) ความบ่อยของการเกิดความบาดเจ็บเสียหายแบบเดียวกัน และความถี่ของความเสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บในกรณีนั้นไปด้วยกัน

ระบบการชดเชยฯ ของประเทศนิวซีแลนด์ มีกฎหมายนิยามการเกิดได้ยากของความเสียหายไว้ที่ไม่เกินร้อยละ 1 (ซึ่งหมายถึงว่าความน่าจะเป็นที่วิธีการรักษานั้นๆ จะทำให้เกิดการบาดเจ็บเสียหายไม่เกินร้อยละ 1 ขณะที่ระบบการชดเชยฯ ของประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวีย ไม่มีการนิยามเกณฑ์ไว้เป็นกฎหมาย ประเทศเคนมารัก ถือหลักหยาบๆ ว่าไม่เกินร้อยละ 2 ขณะที่นอร์เวย์ ถือว่าร้อยละ 5 เป็นระดับที่มีเหตุผล

6. การป้องกันความเสียหายและบทบาทในการการลงโทษกรณีความผิด

แม้ว่าระบบการชดเชยฯ ในประเทศต่างๆ ที่กล่าวถึงทั้งหมดข้างต้น จะเป็นระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด แต่ประเด็นเรื่องการจัดการกับความบาดเจ็บหรือเสียหาย อันเป็นผลจากความประมาทเลินเล่อในกระบวนการรักษา (medical negligence) ก็ยังถูกรวมครอบคลุมไว้ ในประเทศนิวซีแลนด์ ความประมาทเลินเล่อ จะเป็นข้อพิจารณาพื้นฐานในการยอมรับข้อร้องเรียนเพื่อขอรับการชดเชย แต่ไม่ได้มีการระบุเป็นประเภทหนึ่งของกลุ่มความเสียหายต่างหาก

ระบบการชดเชยฯ ของประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวีย นั้น ประเทศนอร์เวย์จะเน้นที่ความผิดพลาดของกระบวนการรักษา (fault) มากที่สุด โดยรวมเอาความเสียหายที่เกิดจากการรักษาทั้งหมด ยกเว้นการรักษาที่กระทำโดยได้มาตรฐานตามวิชาชีพ ขณะเดียวกันก็มีเงื่อนไขการชดเชยอื่นที่ครอบคลุมความเสียหายที่เป็นเหตุสุดวิสัย เช่น ผลกระทบที่เกิดโดยไม่ตั้งใจจากการรักษาที่ทำอย่างเหมาะสมแล้ว

ระบบการชดเชยฯ ของกลุ่มประเทศนอร์ดิก มีข้อระบุที่เข้มงวดในความรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดจากความบกพร่องของอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ โดยเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมายการรับผิดชอบต่อผลิตภัณฑ์ของกลุ่มประชาคมยุโรป (EU's product liability laws)

ในแง่ของความเชื่อมโยงระหว่างการทำงานของระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด กับกลไกการควบคุมมาตรฐานวิชาชีพ ระบบการชดเชยฯ ของประเทศนิวซีแลนด์ จะเป็นระบบเดียวที่มีความสัมพันธ์กับองค์กรวิชาชีพหรือองค์กรอื่นที่ทำหน้าที่ควบคุมมาตรฐานวิชาชีพอย่างชัดเจน ดังตารางสรุป ต่อไปนี้

ตารางที่ 1 : ระบบการชดเชย กับความเชื่อมโยงกับการควบคุมมาตรฐานวิชาชีพ

ระบบในประเทศต่างๆ	ความผิดพลาดทางการแพทย์และความเชื่อมโยงกับองค์กรควบคุมทางวิชาชีพ
นิวซีแลนด์	ความผิดพลาดทางการแพทย์ใดๆ ต้องถือเป็นความรับผิดชอบและต้องถูกรายงานต่อองค์กรที่ดูแลมาตรฐานวิชาชีพ
สวีเดน	ไม่กำหนดหรือระบุประเภทความผิดพลาดที่จะชดเชย แต่การวินิจฉัยโรคผิดก็ถูกรวมเข้าเกณฑ์ความผิดพลาดที่ต้องชดเชยนี้ด้วย และระบบชดเชยนี้แยกขาดออกจากระบบมาตรฐานวิชาชีพและระบบการลงโทษทางวินัย
นอร์เวย์	ไม่กำหนดหรือระบุประเภทความผิดพลาดที่จะชดเชย การวินิจฉัยโรคผิดก็ถูกรวมเข้าเกณฑ์ความผิดพลาดที่ต้องชดเชย
เดนมาร์ก	ไม่กำหนดหรือระบุประเภทความผิดพลาดที่จะชดเชย แต่การที่คนไข้ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และการวินิจฉัยโรคผิด ก็ถูกรวมเข้าเกณฑ์ความผิดพลาดที่ต้องชดเชย
ฟินแลนด์	ระบบเหมือนของสวีเดนเกือบทั้งหมด
ไอร์แลนด์	ไม่กำหนดหรือระบุประเภทความผิดพลาดที่จะชดเชย ทุกกรณีคำร้องจะต้องส่งรายงานให้กระทรวงสาธารณสุข
สวีเดน	ความผิดพลาดเช่นการวินิจฉัยโรคผิด การจ่ายยาผิด ถูกคุ้มครอง แต่ไม่มีเกณฑ์ที่กำหนดชัดเจน องค์กรดูแลมาตรฐานวิชาชีพและระบบการลงโทษทางวินัยแยกออกจากระบบการชดเชยอย่างเด็ดขาด
รัฐเวอร์จิเนีย	ไม่กำหนดหรือระบุประเภทความผิดพลาดที่จะชดเชย ทุกกรณีคำร้องขอรับการชดเชยจะพิจารณาด้วยระบบกฎหมายละเมิด
รัฐฟลอริดา	ไม่กำหนดหรือระบุประเภทความผิดพลาดที่จะชดเชย ทุกกรณีคำร้องขอรับการชดเชยจะพิจารณาด้วยระบบกฎหมายละเมิด
ไต้หวัน	ไม่มีการระบุให้ความผิดพลาดทางการแพทย์ เป็นสาเหตุของความเสียหายจากการใช้บริการ การเรียกร้องเพื่อขอรับการชดเชยทุกกรณีจะต้องรายงานต่อหน่วยงานสาธารณสุขในท้องถิ่น
อิตาลี	ไม่มีการระบุให้ความผิดพลาดทางการแพทย์ เป็นสาเหตุของความเสียหายจากการใช้บริการ ระบบของประเทศนี้ ไม่มีกลไกใดที่มีบทบาทด้านการป้องกันความเสียหายหรือ การควบคุมกำกับมาตรฐานวิชาชีพ

ที่มา: ACC (2003: 41)

7. กระบวนการร้องขอการชดเชย (filing a claim)

การกำหนดเวลายื่นคำร้อง

ระบบการชดเชย ในทุกประเทศยกเว้นนิวซีแลนด์ มีการกำหนดข้อจำกัดเรื่องเวลา สำหรับผู้เสียหายในการขอรับการชดเชย การตั้งข้อจำกัดเรื่องเวลา เพราะเป็นเรื่องยากที่จะประเมินหรือตัดสินการขอชดเชยในความเสียหายที่เกิดขึ้นมาแล้ว เนื่องจากปัญหาในขั้นตอนต่างๆ เช่น หลักฐานทางการแพทย์อาจมีไม่ครบ รายละเอียดเหตุการณ์อาจถูกหลงลืมไปทั้งแพทย์และคนไข้ และมาตรฐานการรักษาอาจเปลี่ยนแปลงไปแล้ว ทำให้การตัดสินหรือประเมินวิธีการหรือขั้นตอนการรักษาหนึ่งๆทำได้ยาก นอกจากนี้ การกำหนดข้อจำกัดเรื่องเวลา ยังอาจมีเหตุผลในแง่การควบคุมค่าใช้จ่าย เนื่องจากจะทำให้สามารถคาดการณ์และรักษาสমคูล์ยของค่าใช้จ่ายได้ โดยที่การจำกัดช่วงเวลา จะช่วยลดจำนวนกรณีการยื่นขอรับการชดเชย ที่กระทำหลังการเกิดเหตุการณ์นานๆ ได้

สำหรับระบบการชดเชย ของนิวซีแลนด์ ได้มีการแก้ไขกฎหมายโดยไม่มีกำหนดข้อจำกัดเรื่องเวลาในการใช้สิทธิยื่นขอรับการชดเชยมาตั้งแต่ปี 1995 ซึ่งลักษณะเช่นนี้อาจมีผลทั้งด้านบวกและด้านลบ คือ อาจมีผลถึงการทะลักเข้ามาของกรณีขอรับการชดเชย แต่ก็เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เสียหายที่มีปัญหาที่ใช้เวลานานกว่าจะปรากฏได้มีโอกาสขอรับการชดเชย ในระบบการชดเชย ของนิวซีแลนด์นี้ ให้การครอบคลุมปัญหาโดยย้อนไปยังเวลาครั้งแรกที่ผู้เสียหายได้รับการรักษา หรือแสวงหาบริการที่นำมาสู่การบาดเจ็บหรือเสียหาย มิใช่ย้อนไปเมื่อวันที่ความเสียหายเกิดขึ้น

อย่างไรก็ดี ระบบการชดเชย ในหลายประเทศ มีการกำหนดระยะเวลาที่มีสิทธิจะขอรับการชดเชยอย่างเข้มงวดโดยกำหนดเวลาเส้นตายย้อนไปถึงเหตุการณ์วันที่มีการใช้บริการทางการแพทย์ ในประเทศอิตาลี แม้ระยะแรกจะไม่มีกำหนดเวลา แต่ภายหลังกำหนดไว้ความเสียหายที่จะขอรับการชดเชยได้ต้องเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 1 ปี ประเทศสวีเดนกำหนดไว้ที่ 3 ปี นับจากเมื่ออาการของความเสียหายปรากฏ ขณะที่เดนมาร์กกำหนดไว้ที่ 5 ปี

8. อัตราการให้การชดเชย (claim-acceptance rates)

อัตราการได้รับการชดเชย ดังปรากฏในตารางต่อไปนี้ พบว่าเมื่อเทียบกับจำนวนการขอรับทั้งหมด แตกต่างกันไปตามประเทศ แต่อยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 30-41

ตารางที่ 2 : อัตราการให้การชดเชยระบบการชดเชยต่างๆ

Scheme	Acceptance rate
ACC Medical Misadventure Scheme	41%
Swedish Patient Insurance Scheme	43%
Denmark Patient Insurance Scheme	44%
Finland Patient Insurance Scheme	30%
Swedish Pharmaceutical Insurance Association	35%

ที่มา: ACC 2003: 43

9. สิทธิที่จะได้รับจากการชดเชย (entitlements)

จ่ายครอบคลุมอะไรบ้าง

โดยภาพรวม การได้รับการชดเชยครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่คล้ายกัน เช่น เงินทดแทนรายได้ ค่ารักษาพยาบาล อุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพ การให้การช่วยเหลือที่บ้าน และเงินสนับสนุนอื่นๆ

สำหรับประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวีย ระบบการชดเชยฯ ทั้งหมดรวมอยู่ในระบบประกันสังคม ดังนั้น ผู้ที่ได้รับความเสียหาย จึงมีสิทธิได้รับการชดเชยครอบคลุมตามสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสังคมอย่างเต็มที่ เช่น การได้รับเงินชดเชยรายได้ ค่ารักษา การช่วยเหลือที่บ้าน เบี้ยเลี้ยงสนับสนุนการทุพพลภาพ เป็นต้น เงินช่วยเหลือที่ได้รับจากระบบประกันผู้ป่วย (patient-insurance schemes) จะเป็นส่วนเพิ่มเติมจากส่วนที่ได้รับจากระบบประกันสังคม

จ่ายเป็นก้อนหรือจ่ายเป็นงวด

ความแตกต่างที่สำคัญคือ ลักษณะของการจ่ายเงินชดเชย (เป็นก้อนครั้งเดียวหรือเป็นงวดต่อเนื่อง) และการชดเชยให้กับความเสียหายที่เป็นความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน โดยวัดจากระยะเวลาที่รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลหรือบ้าน มากกว่าการประเมินที่ตัวความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานโดยตรง

ระบบการชดเชย ของนิวซีแลนด์ สามารถจ่ายเงินชดเชยเป็นเงินก้อนแก่ผู้เสียหายที่บาดเจ็บหรือทุพพลภาพถาวร อย่างไรก็ตาม ผู้ขอรับการชดเชยหากมีงานทำอาจขอรับการชดเชยเป็นสัปดาห์เป็นค่าสนับสนุนในการรักษาและฟื้นฟูสภาพ เป็นอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยเหลือในกรณีทุพพลภาพ หรือการช่วยเหลือที่บ้าน จากระบบ MMS ได้เช่นเดียวกับระบบชดเชยของ ACC

กำหนดเพดานการจ่ายหรือไม่

อย่างไรก็ดี ในกฎหมายของประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวีย มีการกำหนดเพดานสูงสุดของค่าชดเชยความเสียหาย สิทธิประโยชน์มีการกำหนดเป็นค่าเฉลี่ยต่อหัว (Capped) โดยกำหนดเป็นเพดานสูงสุดที่ผู้เสียหายคนหนึ่งๆ จะมีสิทธิได้รับ สำหรับการชดเชยความเสียหายทางด้านจิตใจ หรือ ความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของระบบการฟ้องร้องทางกฎหมายนั้น มีการนำมารวมไว้ในระบบการประกันทางการแพทย์ของหลายประเทศ เช่น ในระบบการชดเชย ที่เกี่ยวเนื่องจากการคลอดของรัฐฟลอริดา สหรัฐอเมริกา มีการกำหนดให้จ่ายเงินชดเชยความเจ็บปวดทรมานกับพ่อแม่ของเด็ก ขณะที่ระบบการชดเชย ของประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวีย มีการจ่ายชดเชยให้กับความเจ็บปวดและทรมาน แต่มีเกณฑ์การจ่ายที่เข้มงวดมากและคำนวณจากจำนวนวันในช่วงที่มีการบาดเจ็บรุนแรงเท่านั้น

1. Accident Compensation Cooperation- ACC (2003) ACC Background Work- Comparison of International Schemes that Compensate for Medical Injury : August 2003
2. BMA (2003) Funding- no fault compensation for medical injuries
3. Brenner, R.J. and Smith, J.J. The Malpractice Liability Crisis Journal of American College of Radiology 1 (January 2004)
4. Department of Health and Human Service Confronting the New Health Crisis: Improving Health Care Quality and Lowering Costs by Fixing Our Medical Liability System available at <http://aspe.hhs.gov/daltcp/home.htm>
5. Foundation for Taxpayer & Consumer Rights History of the No-Fault Concept <http://www.consumerwatchdog.org/insurance/fs/fs000160.php3> (retrieved January 2005)
6. Gaine, W. (2003) No-fault compensation systems: Experience elsewhere suggests it is time for the UK to introduce a pilot scheme BMJ 2003; 326:997-998
7. Mello, M.M., (2003) Malpractice and Medical Error Prevention: Strange Bedfellows Paper presented for the Council on Health Economics and Policy Conference on Medical Malpractice in Crisis: Health Policy Options March 2003
8. Thorpe, K.E., (2004) The Medical Malpractice 'Crisis': Recent Trends And the Impacts of State Tort Reforms Health Affairs- Web Exclusive
9. White, M.J. 1994 The Value of Liability in Medical Malpractice Health Affairs: Fall 75-87



๒

บทวิเคราะห์

ประสบการณ์ต่างประเทศ : ทางเลือกสู่นาคต

โดย นว.จเร วิชชาไทย



ประสบการณ์ต่างประเทศและทางเลือกสู่นาคต ของระบบชลประทานเสียหายจากการรับบริการ สาธารณสุข

จากรายงาน To Err is Human: Building a Safer Health System โดย US Institute of Medicine ในปี 1999 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ความผิดพลาดของการให้บริการทางการแพทย์ได้ก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกๆ 8 ราย จะมีผู้ป่วย 1 รายที่ได้รับความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดที่หลีกเลี่ยงได้ (Localio, A., *et al.*, 1991) และจำนวนผู้ป่วยที่ฟ้องศาลนั้นเป็นแค่ส่วนยอดของภูเขาน้ำแข็ง แคนาดาเองก็มีการศึกษาในทำนองนี้ โดยประมาณการณ์ว่าร้อยละ 7.5 ของผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลในปี 2000 ได้รับความเสียหายจากความผิดพลาด โดยที่หนึ่งในสามเป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ และมีการประมาณการณ์ว่าผู้เสียชีวิตจากความผิดพลาดที่หลีกเลี่ยงได้ในปีดังกล่าวน่าจะอยู่ระหว่าง 9,250-23,750 รายสำหรับผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาล (Silversides A 2008)

ในปี ค.ศ. 2004 Baker และ Norton ได้ศึกษาอัตราการเกิดผลการรักษาที่ไม่พึงประสงค์ในแคนาดา พบว่าอยู่ที่ร้อยละ 7.5 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่นอนในโรงพยาบาล และจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีร้อยละ 36.9 เป็นกรณีที่เกิดเล็กน้อยได้ ร้อยละ 64.4 เกิดความเสียหายต่อสุขภาพผู้ป่วยในระดับน้อยจนถึงปานกลาง ร้อยละ 5.2 เกิดความพิการถาวร และร้อยละ 15.9 เสียชีวิต (Baker, R., Norton, P., *et al.*, 2004) ผลกระทบสืบเนื่อง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจะนอนในโรงพยาบาลนานขึ้นพร้อมกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา เมื่อนำมาใช้ประมาณการณ์ภาพรวมของประเทศแคนาดาสำหรับปี 2000 ที่มีจำนวนการนอนผู้ป่วยทั้งหมด 2.5 ล้านครั้ง คาดว่าผู้ป่วยประมาณ 185,000 รายเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และประมาณ 70,000 ราย น่าจะเป็นเหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงได้ หรือถ้าเทียบกับอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม อุบัติเหตุทางรถยนต์ จำนวนผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาจะมีปริมาณมากกว่าด้วย (Gilmour J M 2006)

หลายประเทศที่ใช้ระบบการฟ้องศาลเพื่อเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยต้องมีการพิสูจน์ผิด ผู้เสียหายจะต้องฟ้องศาลเพื่อให้มีกระบวนการพิจารณา แนวทางที่ใช้เพื่อพิจารณาว່ว่าผู้เสียหายจะได้รับการชดเชยหรือไม่ คือ 1) บริการที่ได้รับอยู่ภายใต้ขอบเขตอำนาจการให้บริการของผู้ให้บริการหรือไม่ 2) ความเสียหายเกี่ยวข้องจากการรับบริการหรือไม่ 3) ความเสียหายเกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการหรือไม่ ทั้งนี้ระบบการฟ้องศาล เป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบระบบที่อยู่บนพื้นฐานกฎหมายละเมิด วัตถุประสงค์ คือ การชดเชยจะช่วยสร้างความเป็นธรรม และสร้างกลไกป้องกันป้องปรามให้ผู้ให้บริการต้องระมัดระวังในการให้บริการ

กฎหมายละเมิดเป็นรูปแบบหนึ่งของกลไกควบคุมพฤติกรรมผู้ให้บริการ (Mello and Brennan 2005) ควบคู่กับกลไกการควบคุมคุณภาพบริการโดยองค์กรประกันสุขภาพ และองค์กรประกันภัยให้กับผู้ให้บริการกรณีเกิดความผิดพลาด แต่ผลการใช้ระบบฟ้องศาล คือ ระยะเวลาที่ต้องใช้เพื่อพิสูจน์ผิด กลายเป็นอุปสรรคที่ทำให้การชดเชยความเสียหายมีความล่าช้า ทั้งที่ผู้ได้รับความเสียหายต้องการการเยียวยาและชดเชยให้เร็วที่สุด

ในประเทศที่ใช้ระบบการฟ้องศาล ได้แก่ แคนาดา สหรัฐอเมริกา อังกฤษ และ ออสเตรเลีย ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์กันอย่างมากถึงผลของการใช้ระบบนี้ที่ไม่สามารถ บรรลุวัตถุประสงค์ทั้ง 3 ด้านคือ **หนึ่ง** การชดเชยที่ล่าช้า ค่าเฉลี่ยในประเทศอเมริกาอยู่ที่ 5 ปี ค่อกรณี (Studdert 2006) (ประเทศไทย 7-8 ปี) **สอง** การป้องกันปรมพดการ การทำความผิดพลาดที่ไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่าช่วยป้องกันได้ และ**สาม** การแก้ปัญหาหรือสร้างความเป็นธรรม นั่นคือ พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ควรได้รับการชดเชย จำนวนมากกลับไม่ได้รับการชดเชย และอีกจำนวนมากที่เกิดความเสียหายแต่ไม่เกิด กระบวนการที่ขอรับการชดเชย หรือฟ้องศาล (Compare and Abel 1990 และ Epstein 1995)

จากรายงานของ Harvard Medical Study ที่ศึกษาเวระเป็นผู้ป่วย พบว่า ความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่เกิดจากบริการผู้ป่วยใน และผู้ป่วย 9 ใน 10 รายที่ได้รับความเสียหายจากความผิดพลาด ไม่ได้เข้าสู่กระบวนการขอรับการชดเชย ในทางตรงกันข้ามกรณีที่ฟ้องศาลส่วนใหญ่ เป็นกรณีที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับความผิดพลาด ของผู้ให้บริการ (Localio et al 1991) และประมาณการณ์ว่าผู้ป่วย 16 รายที่ฟ้องศาลและ ควรได้รับการชดเชย จะมีเพียง 1 รายเท่านั้นที่ศาลสั่งให้มีการชดเชย (Localio 1991)

พูดง่ายๆ คือ ระบบการฟ้องศาลสอบตกในทุกเรื่องที่เป็นวัตถุประสงค์ตัวเอง นอกจากนี้ระบบยังส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ เนื่องจากผู้ให้บริการกลัวการถูก ฟ้องร้อง ดังนั้นเมื่อเกิดการผิดพลาด มักจะมีการปกปิดข้อมูล ไม่ทำรายงานความผิดพลาด หรือเมื่อถูกฟ้อง ข้อมูลก็ยังคงถูกปกปิดไว้ เพราะมีประโยชน์ในแง่การปกป้องตนเองใน กระบวนการฟ้องศาล (Studdert 2008)

ประเทศที่พัฒนาแล้วที่ใช้ระบบการฟ้องศาล ส่วนใหญ่จะมีบริษัทประกัน รับทำประกัน คຸ່ມครองความผิดพลาดจากการให้บริการกับกลุ่มผู้ให้บริการ แต่ปัญหาสำคัญคือ ค่าเบี้ยประกันมีแนวโน้มสูงขึ้นมาโดยตลอด จนผู้ให้บริการต้องผลักระค่าใช้จายนี้ไปที่ค่ารักษาพยาบาล ผลกระทบก็เกิดขึ้นกับผู้บริโภคอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Barringer et 2008)

ขณะที่บางประเทศใช้ระบบการบริหารจัดการเพื่อชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ผิด¹ โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสิน เช่น เป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ ถ้าใช้ก็จ่ายชดเชย ขณะที่บางประเทศมีการขยายการคุ้มครองไปถึงความเสียหายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นความเสียหายที่รุนแรง เช่น การพิการ หรือเสียชีวิตจากการได้รับวัคซีน ทำให้การคุ้มครองสอดคล้องกับฐานคิด **"การไม่มีผู้ทำผิด (no-fault)"** มากขึ้น

บทเรียนจากประเทศที่ใช้ระบบการบริหารจัดการเพื่อชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ผิด ช่วยกระตุ้นให้ประเทศที่มีปัญหาการฟ้องร้องผู้ให้บริการ ทำการศึกษาระบบนี้มากขึ้น เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อชี้ให้เห็นกรอบแนวคิดการเกิดขึ้นของระบบการบริหารจัดการเพื่อชดเชยความเสียหาย^๒ ของประเทศที่เป็นกรณีศึกษา แสดงให้เห็นวิวัฒนาการการเกิดขึ้นของนโยบาย องค์ประกอบที่สำคัญที่ช่วยผลักดันให้เกิดการปฏิรูป อุปสรรคในการปฏิรูป และคามด้วยข้อเสนอทางเลือกที่มีผู้เชี่ยวชาญนำเสนอ เพื่อแก้ไขจุดอ่อนที่เกิดขึ้นของระบบการฟ้องศาลและระบบการบริหารจัดการเพื่อชดเชย โดยเป็นการผสมผสานจุดแข็งของระบบทั้งสอง แม้ว่าแนวคิดนี้ยังไม่ได้มีการดำเนินการในประเทศใด แต่คาดว่ามุมมองของข้อเสนอดังกล่าวอาจนำไปประยุกต์ใช้ หากประเทศไทยจะมีระบบการชดเชยที่ใช้การบริหารจัดการ เสริมกับการใช้ระบบฟ้องศาลต่อไป

1 ปัจจุบันมีการใช้คำว่า **"administrative compensation"** ในเอกสารวิจัยใหม่ๆ แทนการใช้คำว่า **no-fault compensation** ผู้เขียนคาดว่า คงจะมีการถกเถียงกันมากกว่า ความหมาย no-fault น่าจะหมายถึงไม่มีคนผิด แต่ในทางปฏิบัติ การเลือกชดเชยในรายที่เสียหายจากความผิดพลาด หรือหลีกเลี่ยงได้ ได้สะท้อนเป็นนัยว่ามีผู้ทำผิด จึงอาจมีการเลี่ยงไปใช้คำว่า administrative compensation

บทเรียนจากประเทศที่ใช้ระบบชดเชย ผ่านการบริหารจัดการ

ในกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย ได้แก่ สวีเดน เดนมาร์ก นอร์เวย์ ฟินแลนด์ และ
ไอซ์แลนด์ ได้ประกาศยกเลิกการใช้ระบบฟ้องศาลมาเป็นการใช้ระบบชดเชยผ่านการ
บริหารจัดการ เพราะเห็นว่า ระบบการฟ้องศาลมีความยุ่งยากในการหาข้อมูล มีกระบวนการ
ล่าช้า และมีค่าใช้จ่ายสูง

ระบบใหม่มีเป้าหมายเพื่อจ่ายชดเชยให้เร็วและตรงกับผู้เสียหายที่เข้าเกณฑ์
ผู้ออกแบบระบบไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะทำให้ผู้ให้บริการระมัดระวังการให้บริการมากขึ้น
ข้อมูลที่ใช้ขอรับการชดเชย ถูกกำหนดไม่ให้นำไปใช้เพื่อกระบวนการใดๆ ที่มีผลต่อการ
ลงโทษผู้ให้บริการ (Erichsen 2001)

เกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัย คือ ความเสียหายที่ **"หลีกเลี่ยงได้"** แทนกรอบคิด **"ฉิพพลาค หรือ
ประมาทเลินเล่อ"** โดยตีความว่า ความเสียหายนั้นสามารถหลีกเลี่ยงได้ภายใต้สถานการณ์
หรือระบบที่เหมาะสม

ประเทศสวีเดนเริ่มทดลองเป็นโครงการสมัครใจก่อนในปี 1975 โดยผู้ให้บริการ
ทั้งภาครัฐและเอกชนสามารถสมัครเข้าร่วมโครงการ และจ่ายเบี้ยประกันให้แก่องค์กร
ประกันที่รวมตัวกันให้การประกันกรณีเกิดความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ ต่อมากลายเป็น
นโยบายภาคบังคับในปี 1997 จากนั้นตามมาด้วยประเทศฟินแลนด์ ซึ่งเริ่มครั้งแรกในปี
1987 นอร์เวย์ ในปี 1988 เดนมาร์ก ในปี 1992 และไอซ์แลนด์ ในปี 2001



กรณีศึกษาประเทศสวีเดนและเดนมาร์ก

ในสวีเดนและเดนมาร์ก ผู้ป่วยที่สงสัยหรือเชื่อว่าได้รับความเสียหายจากการรับบริการสามารถยื่นขอรับการชดเชยโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ถ้าพิการหรือเสียชีวิต สมาชิกในครอบครัวสามารถยื่นขอรับการชดเชยแทนได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขอคำแนะนำจากแพทย์ในการตัดสินใจว่าควรยื่นขอรับการชดเชยหรือไม่ แต่ไม่จำเป็นต้องได้รับการรับรองใดๆ จากแพทย์

ในสวีเดน ร้อยละ 60-80 ของเรื่องที่ยื่นขอรับการชดเชยจะได้รับการช่วยเหลือจากผู้ให้บริการ (Espersson 2006) มีองค์กรของรัฐที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ คือ Swedish Patient Insurance Association ในเดนมาร์ก คือ Danish Patient Insurance Association การให้เงินชดเชยจะครอบคลุมอุบัติเหตุขณะอยู่ในสถานบริการด้วย เช่น ลื่นหกล้มในโรงพยาบาล และความเสียหายจากการจ่ายยาด้วย เช่น ให้น้ำฝักบัวหรือเกินขนาด แต่ถ้าเป็นความเสียหายที่เกี่ยวข้องกับตัวผลิตภัณฑ์เช่น ยา วัคซีน ต้องไปยื่นขอรับการชดเชยจากระบบการชดเชยอื่น

ผู้ที่ทำหน้าที่พิจารณาเรื่องขอรับการชดเชย จะเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์หรือด้านกฎหมาย ซึ่งมักจะมีผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์เฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การพิจารณาอาจต้องมีการสัมภาษณ์ผู้เสียหาย หรือร้องขอข้อมูลทางการแพทย์และเวชระเบียนโดยตรงจากผู้ให้บริการและสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เมื่อมีข้อมูลเพียงพอแล้ว จะพิจารณาตัดสินใจว่าเข้าเกณฑ์ควรได้รับชดเชยหรือไม่ หากไม่มีความชัดเจนในการตัดสินใจ จะเทียบเคียงกับกรณีที่คล้ายคลึงกันที่เคยเกิดขึ้นและเก็บข้อมูลไว้บนฐานข้อมูล โดยทั่วไปผู้พิจารณามักจะปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคนอื่นๆ ซึ่งแพทย์เหล่านี้เป็นผู้เชี่ยวชาญอาวุโสที่จ้างเป็นครั้งๆ ตามสัญญาเพื่อให้คำปรึกษา และมีความชำนาญการในการพิจารณามานานหลายปี

เมื่อได้ตัดสินใจแล้ว ผู้พิจารณาจะแจ้งให้ผู้เสียหายรับทราบ หากปฏิเสธให้การชดเชย ก็จะแจ้งผู้ป่วยพร้อมกับคำอธิบายว่าทำไมถึงไม่ได้รับชดเชย ในสวีเดน Patient Insurance Association เป็นผู้จ่ายเงิน แต่ในเดนมาร์ก Danish Patient Insurance Association เป็นผู้วินิจฉัยเท่านั้น ถ้าต้องจ่ายเงินชดเชย จะติดต่อให้เทศบาลในท้องที่ที่เกิดเหตุการณ์ความเสียหายเป็นผู้จ่าย จากสถิติในปี ค.ศ. 2004 ประมาณร้อยละ 45 ของเรื่องร้องเรียน ได้รับการชดเชยในทั้งสองประเทศ

การชดเชยจะแบ่งเป็นสองส่วนเหมือนกับระบบการฟ้องศาล **หนึ่ง** คือ การชดเชยความเสียหายที่เกี่ยวข้องด้านการเงิน เช่น รายได้ที่สูงสูญเสียไป และค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ที่ไม่ได้ครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสุขภาพใดๆ ที่มีอยู่ **สอง** คือ การชดเชยความเสียหายที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตัวเงิน เช่น ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ หลักเกณฑ์ในการจ่ายเงินจะใกล้เคียงกับมาตรฐานการจ่ายเงินชดเชยจากระบบศาล กล่าวคือ ขึ้นกับชนิดความเสียหาย ความรุนแรง และระยะเวลาที่ได้รับผลกระทบ ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิต ครอบครัวอาจได้รับค่าชดเชยงานศพ และรายได้ที่สูงสูญเสียไป

ทั้งสองประเทศมีเพดานการจ่ายเงินชดเชย สำหรับประเทศสวีเดน มูลค่าเงินชดเชยทั้งหมดต่อรายกำหนดไว้ที่ประมาณ 1.2 ล้านเหรียญสหรัฐ และค่าสุดต้องมากกว่า 275 เหรียญสหรัฐ สำหรับเดนมาร์ก จำนวนเงินชดเชยค่าสุด คือ 1,700 เหรียญสหรัฐ ในปี 2004 มีการจ่ายเงินชดเชยเฉลี่ยต่อรายประมาณ 22,000 เหรียญสหรัฐ ในสวีเดน และ 30,000 เหรียญสหรัฐในเดนมาร์ก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าอเมริกา หรือประเทศอื่นที่จ่ายเงินชดเชยจากระบบการฟ้องศาล แต่สามารถอธิบายได้ว่าเป็นเพราะประเทศเหล่านี้มีระบบสวัสดิการที่ดีกว่า ไม่ว่าจะเป็นสวัสดิการชดเชยการขาดรายได้ และการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นการจ่ายเงินชดเชยส่วนใหญ่จึงเป็นไปเพื่อชดเชยความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจเท่านั้น

ผู้ป่วยที่ไม่พอใจผลการตัดสินใจ เช่น ไม่ได้รับเงินค่าชดเชย หรือได้รับแต่ไม่พอใจจำนวนเงินชดเชย สามารถอุทธรณ์ได้ มีประมาณร้อยละ 20 ของจำนวนเรื่องร้องเรียนที่ถูกปฏิเสธให้เงินชดเชย แล้วทำเรื่องขออุทธรณ์ การอุทธรณ์ครั้งแรกจะพิจารณาโดยคณะกรรมการที่มีสมาชิกเป็นผู้แทนจากหลากหลายสาขาจำนวน 7 คน โดยมีตัวแทนจากผู้บริหารร่วมด้วย

ผู้ป่วยที่ไม่พอใจคำวินิจฉัยจากคณะกรรมการนี้ สามารถอุทธรณ์ต่อแต่ต้องไปที่ศาล หากศาลพิจารณาแล้วเห็นควรสั่งจ่ายเงินชดเชย ศาลไม่สามารถสั่งจ่ายได้มากกว่าที่กำหนดไว้ในระบบจ่ายเงินชดเชยทางการแพทย์ เช่น ถ้าผู้ป่วยได้รับการชดเชยมาแล้ว และอุทธรณ์ผ่านมายังศาล ศาลอาจสั่งจ่ายเงินชดเชยเพิ่มได้ แต่ต้องไม่มากกว่าขอบเขตที่กำหนดไว้จากระบบชดเชยทางการแพทย์

สวีเดนใช้กรอบ **"ความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้"** ในการตัดสิน และแบ่งกลุ่มความเสียหายออกเป็น 5 กลุ่มสำหรับการชดเชย ได้แก่ **1)** ความเสียหายจากการรักษา **2)** ความเสียหายจากการวินิจฉัย **3)** ความเสียหายจากสาร วัสดุ **4)** ความเสียหายจากการติดเชื้อ **5)** ความเสียหายจากอุบัติเหตุ

การชดเชยความเสียหายจากการรักษาและการวินิจฉัย ใช้หลัก **"หลีกเลี่ยงได้"** เมื่อเทียบกับบริการที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ บ่อยครั้งที่เราเรียกกฎนี้ว่า **"กฎผู้เชี่ยวชาญ"** เนื่องจากร้อยละ 85 ของเรื่องร้องเรียนเพื่อขอรับการชดเชยมาจากความเสียหายทั้งสองกลุ่มนี้ ฉะนั้นการใช้กฎนี้เพียงกฎเดียวก็เกือบครอบคลุมกรณีร้องเรียนส่วนใหญ่แล้ว

สิ่งที่ **"กฎผู้เชี่ยวชาญ"** นี้ต่างจากประเด็น **"ความผิดพลาดหรือประมาทเลินเล่อ"** ก็คือ แทนที่จะถามว่าบริการนั้นต่ำกว่ามาตรฐานที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการอื่นๆ ในสถานการณ์เดียวกันหรือไม่ กฎนี้จะถามว่า ความเสียหายนั้นจะเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการที่เชี่ยวชาญหรือดีที่สุดหรือไม่และเพราะกฎนี้มีมาตรฐานที่สูงขึ้นไปอีก จะทำให้โอกาสผู้ป่วยได้รับการชดเชยมีมากขึ้น เมื่อเทียบกับกฎความผิดพลาด

หลักเกณฑ์อีกข้อที่นำมาใช้ตัดสิน คือ **"ทางเลือกในการรักษา/บริการ"** กล่าวคือ ต้องพิจารณาความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้จากทางเลือกการรักษาที่มี ถ้าพิจารณาแล้วพบว่า มีทางเลือกอื่นใดที่ให้ได้ในขณะนั้นแล้วมีความปลอดภัยกว่า มีประสิทธิภาพกว่า และถ้าเลือกใช้วิธีนั้นน่าจะหลีกเลี่ยงความเสียหายได้ เรื่องร้องเรียนนั้น ก็ควรได้รับการชดเชย

กรณีความเสียหายจากการติดเชื้อ ต้องพิจารณาว่าเป็นการติดเชื้อจากภายนอกที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาหรือไม่ และความรุนแรงของการติดเชื้อนั้นต้องรุนแรงกว่าอาการป่วยของผู้ป่วย และจำเป็นต้องรักษาการติดเชื้อนั้น

สำหรับความเสียหายที่เกิดจากเครื่องมือทางการแพทย์และอวัยวะเทียม ต้องพิสูจน์ว่าเกิดจากความผิดพลาดของเครื่องมือและอวัยวะเทียม หรือเกิดจากความผิดพลาดของผู้ใช้ ถ้าเป็นกรณีหลัง จะจ่ายเงินชดเชยจากระบบชดเชยฯ แต่ถ้าเป็นแบบแรก จะต้องไปขอรับการชดเชยจากระบบที่ชดเชยความผิดพลาดของผลิตภัณฑ์

ระบบเดนมาร์กคล้ายกับสวีเดน คือ จะใช้กฎผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเหมือนกัน และเพิ่มเหตุการณ์ที่จะได้รับการชดเชย คือ ความยากลำบาก (endurability rule) ตามหลักเกณฑ์นี้จะจ่ายเงินชดเชยให้กับความเสียหายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หากบริการทางการแพทย์ทำให้เกิดความพิการในระดับที่ไม่คิดว่าคนไข้จะทนรับได้ ผู้วินิจฉัยต้องพิจารณาจากหลายปัจจัย เช่น ระดับความรุนแรงหรือความพิการ ระยะเวลาที่ได้รับผลกระทบ เป็นต้น

ระบบของเดนมาร์กจะครอบคลุมกว้างกว่าของสวีเดน กล่าวคือ ครอบคลุมความเสียหายที่รุนแรง (catastrophic) แม้ว่าจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ก็ตาม สะท้อนการใช้รอบคอบ ความเป็นธรรมมาใช้ในการตัดสิน เหตุการณ์ลักษณะนี้ไม่มีความผิดพลาดจากฝ่ายใด และใกล้เคียงกับฐานคิด no-fault มากขึ้น



กรณีศึกษาประเทศนิวซีแลนด์

ระบบของประเทศนิวซีแลนด์เกิดขึ้นครั้งแรก เพื่อคุ้มครองคนที่พิการจากการทำงาน เพราะคนกลุ่มนี้ถูกให้ออกจากงานเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวโน้มของหลายๆ ประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา จนนำไปสู่การจัดให้มีโปรแกรมชดเชยลูกจ้างที่ได้รับความเสียหายจากการทำงานขึ้น ต่อมาในปี 1972 จึงมีการออกกฎหมายและจัดตั้งองค์กรเพื่อรับผิดชอบ คือ Accident Compensation Corporation (ACC) ครอบคลุมความเสียหายจากอุบัติเหตุ ก่อนข้างกว้างขวาง รวมบริการทางการแพทย์ด้วย

ข้อมูลเพื่อขอรับการชดเชย สามารถส่งไปยังสภาวิชาชีพหรือองค์กรวิชาชีพเพื่อนำไปใช้พิจารณาลงโทษผู้ให้บริการ ซึ่งต่างจากระบบสวีเดนและเคนมาร์ก การยื่นเรื่องขอรับการชดเชย ผู้ป่วยต้องยื่นเรื่องไปที่แพทย์หรือหน่วยงานด้านการแพทย์ที่ทำหน้าที่รับเรื่องขอรับการชดเชย แพทย์ที่รับเรื่องไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการที่สงสัยว่าทำให้เกิดความเสียหาย ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปของผู้ป่วย วิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนจะคล้ายกับสวีเดนและเคนมาร์ก ใช้หลักเกณฑ์ความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้

ค่าใช้จ่ายที่สามารถได้รับการชดเชย ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการฟื้นฟูฯ ค่าสูญเสียรายได้ ส่วนค่าชดเชยความสูญเสียที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตัวเงิน เช่น ความเจ็บปวดทางกายและใจ และอื่นๆ จะจ่ายทั้งก้อนในครั้งเดียว ขึ้นกับระดับความพิการ เจ็บป่วยหากพิการตลอดชีวิต การจ่ายอาจแบ่งชอยเป็นช่วง ACC ไม่มีการกำหนดจำนวนเงินขั้นต่ำและเพดานสูงสุดเหมือนสวีเดนและเคนมาร์ก โดยเฉลี่ยค่าชดเชยต่อราย ประมาณ 12,500 เหรียญสหรัฐ (ปี ค.ศ. 2002)

กระบวนการอุทธรณ์ของนิวซีแลนด์จะต่างจากอีกสองประเทศ คือ เรื่องอุทธรณ์จะได้รับการพิจารณาจากกรรมการอีกชุด แต่ยังได้รับการสนับสนุนจาก ACC หากยังไม่ได้รับคำวินิจฉัยที่พอใจ สามารถอุทธรณ์ต่อไปยังศาลระดับอำเภอ แต่เท่าที่ปรากฏ มีเรื่องอุทธรณ์ที่ไปยังศาลน้อยมาก

หลังปี ค.ศ. 2005 มีการเปลี่ยนแปลงระบบอีกครั้ง เพราะพบว่า **"หลักเกณฑ์ความผิดพลาด"** อาจเป็นตัวบั่นทอนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ทำให้ผู้ให้บริการไม่อยากให้ความร่วมมือ ไม่อยากจะให้ข้อมูล แม้ไม่มีการฟ้อง แต่ข้อมูลอาจถูกส่งต่อไปยังสภาวิชาชีพเพื่อกล่าวและลงโทษ นอกจากนี้ยังเป็นเพราะมีปัญหาสองมาตรฐาน เพราะขณะที่ความเสียหายจากอุบัติเหตุอื่นๆ ที่ขอรับการชดเชยไปยัง ACC ไม่ต้องพิสูจน์ความผิดพลาด แต่กรณีบริการการแพทย์ต้องพิสูจน์

หลักเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินใจตอนเริ่มต้น คือ ผู้ป่วยต้องได้รับความเสียหายจากความผิดพลาดหรือเป็นเหตุสุดวิสัย กรณีความผิดพลาด คือ บริการนั้นต่ำกว่ามาตรฐาน กรณีเหตุสุดวิสัย คือ ความเสียหายจากบริการที่มีสถิติระบุว่ามีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อยกว่าร้อยละ 1 และเป็นความเสียหายรุนแรง ทำให้ต้องนอนในโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน หรือ เกิดความพิการมากกว่า 28 วัน หรือเสียชีวิต ตัวอย่างกรณีเหตุสุดวิสัย เช่น การแพ้ยา หรือ ความเสียหายภายหลังผ่าตัดที่มีโอกาสเกิดน้อยมาก กรณีเหตุสุดวิสัยนี้ จะไม่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดของผู้ให้บริการ และได้สะท้อนว่า หลักเกณฑ์ตัดสินใจในการชดเชยของนิวซีแลนด์ครอบคลุมมากกว่าความเสียหายจากความผิดพลาด

อย่างไรก็ตาม การใช้หลักเกณฑ์ความเสียหายโดยกำหนดโอกาสเกิดขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 1 เป็นเรื่องไม่ง่ายนัก เพราะข้อมูลระดับอาชีวอนามัยไม่พอ หรือเกิดประเด็นถกเถียง เช่น อวัยวะเทียม แม้ว่าตอนเริ่มใช้จะมีความปลอดภัยสูง แต่เมื่อใช้ไประยะเวลาหนึ่ง โอกาสเกิดความผิดพลาดจะมากขึ้น ดังนั้นจึงมีแนวโน้มว่าการวินิจฉัยให้ชดเชยในกรณีเช่นนี้ จะวินิจฉัยให้กับรายที่เพิ่งเริ่มได้รับการ

ต่อมาในปี ค.ศ. 2005 นิวซีแลนด์ได้เปลี่ยนการใช้หลักเกณฑ์ ความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาด และเหตุสุดวิสัย มาเป็น **"ความเสียหายจากการรับบริการ (treatment injury)"** เพื่อให้ครอบคลุมกว้างขวางขึ้นและใกล้เคียงกับความหมาย **"no-fault"** โดยทั่วไป คือ ความเสียหายใดที่เกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์จะได้รับการชดเชย ยกเว้นเป็นความเสียหายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นอยู่แล้ว เช่น ผลเป็นหลังผ่าตัด ความเจ็บปวด ผลหลังผ่าตัด หรือ ผนังร่างกายหลังให้เคมีบำบัด เป็นต้น แม้ว่าเกณฑ์ตัดสินใจนี้จะทำให้มีการจ่ายเงินชดเชยง่ายขึ้น แต่ก็ยังมีปัญหาในบางกรณีว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นเรื่องปกติจริงหรือไม่ หรือกรณีคนไข้ที่มีโรคเป็นทุนเดิมอยู่

ซึ่งทำให้ความเสียหายมากกว่าคนทั่วไป กรณีนี้ก็ยากที่จะตัดสินใจ

นอกจากนั้น การใช้หลักเกณฑ์ความเสียหายจากการรับบริการ ยังช่วยลดแรงดึงดูดจากกลุ่มผู้ให้บริการได้มาก ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจที่จะรายงานข้อมูลมากขึ้น เพราะเมื่อเทียบกับการใช้หลักเกณฑ์ความผิดพลาด อย่างไรก็ตาม จะมีการชี้ไปที่ความผิดพลาดตัวบุคคลไม่มากนัก และข้อมูลสามารถถูกองค์กรวิชาชีพเอาไปใช้ แม้ไม่มีการฟ้องศาล แต่กลไกควบคุมความประพฤติขององค์กรวิชาชีพ ก็เป็นตัวบั่นทอนแรงจูงใจในการรายงานผล

โดยรวมแล้ว ประเทศที่ใช้ระบบบริหารจัดการเข้ามาช่วยชดเชย ต่างพูดเป็นเสียงเดียวกันว่า การตัดสินใจทำได้เร็วขึ้น ซึ่งเป็นข้อดี เพราะไม่ได้ใช้หลักเกณฑ์ความเสียหายจากการผิดพลาดมาตัดสินใจอีกต่อไป แม้แต่ในนิวซีแลนด์

ประสบการณ์จากสวีเดน และเคนมาร์ก ใช้เวลาตัดสินใจโดยเฉลี่ยต่อเรื่องร้องเรียนประมาณ 8 สัปดาห์ น้อยกว่าอเมริกาที่ใช้เวลา 4-5 ปี และการใช้กฎผู้เชี่ยวชาญ จะช่วยการวินิจฉัยง่ายกว่าการใช้หลักเกณฑ์ความเสียหายจากความผิดพลาด

ทั้งสามประเทศจะใช้ข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ และพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อรวบรวมการตัดสินใจกรณีต่างๆ สะสมมาเรื่อยๆ มีการใช้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์และมีความเป็นกลางหลายคนช่วยตัดสินใจ การตัดสินใจจะใช้ข้อมูลจากการตัดสินใจในกรณีที่ผ่านมาด้วยวิธีนี้ จะทำให้ระบบการบริหารจัดการชดเชยมีประสิทธิภาพมากขึ้น การตัดสินใจในกรณีที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน อาจจะใช้เวลานาน แต่เมื่อมีผลการตัดสินใจเก็บในคลังข้อมูลแล้ว กรณีต่อไปที่มีความคล้ายกันจะตัดสินใจง่ายขึ้น เร็วขึ้น

การมีคลังข้อมูลช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ มีประโยชน์อย่างมากในการสนับสนุนการป้องกันความเสียหาย นักวิจัยภายนอกสามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์เชิงระบาดวิทยา ยิ่งใช้กฎผู้เชี่ยวชาญวินิจฉัย ยิ่งจะช่วยให้มีข้อมูลสนับสนุนมากขึ้น และมุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

สุดท้าย การเปลี่ยนหลักเกณฑ์จากความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ไปเป็น หลักเกณฑ์ผู้เชี่ยวชาญของสวีเดนและเคนมาร์ก และหลักเกณฑ์ความเสียหายจากงานบริการของนิวซีแลนด์ ช่วยให้กรอบคิดเป็น "no-fault" มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์ของนิวซีแลนด์ หรือเคนมาร์กที่ครอบคลุมกว้างขวางมากขึ้นในกรณี ความเสียหายที่เป็นเหตุสุจริต ช่วยทำให้ปัญหาการตัดสินใจง่ายขึ้นมาก (Kachalia, A.B. , et al., 2008)



บทเรียนความพยายามจากสหรัฐอเมริกา

การเรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิรูปในสหรัฐอเมริกา น่าจะช่วยให้มองเห็นเส้นทางเดินที่มีทั้งความสำเร็จและไม่สำเร็จในบางโปรแกรมชดเชยเฉพาะกรณี Mello และคณะ (Kachalia and Mello et al 2008) ได้วิเคราะห์ประสบการณ์การปฏิรูปของสหรัฐอเมริกา กรณีตัวอย่างระบบการชดเชยความเสียหายแบบไม่พิสูจน์ถูกผิดที่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ โปรแกรมชดเชยจากการทำงานของลูกจ้าง ระบบชดเชยความเสียหายกรณีอุบัติเหตุทางรถยนต์ และระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับวัคซีน ทั้งสามระบบทำงานบนพื้นฐานของการไม่พิสูจน์ถูกผิดอย่างแท้จริง โดยเฉพาะระบบชดเชยความเสียหายของลูกจ้าง ที่ใช้ระบบการบริหารจัดการแบบไม่พิสูจน์ถูกผิดที่เก่าแก่ที่สุดในสหรัฐอเมริกา และสร้างพื้นฐานสำคัญให้กับการพัฒนาชดเชยไม่พิสูจน์ถูกผิดอื่นๆ

ในสหรัฐอเมริกา มีความพยายามแก้ปัญหาค่าชดเชยที่สูงขึ้นและถูกผลักดันให้เป็นภาระของผู้บริโภคที่ต้องแบกรับ โดยในปี 1975 รัฐแคลิฟอร์เนีย ได้ออกกฎหมายควบคุมค่าชดเชยที่ไม่เกี่ยวข้องกับด้านการเงิน (ค่าชดเชยที่ยากต่อการคำนวณเป็นตัวเงิน เช่น ความเจ็บปวด ความทรมาณทางกายและใจ) เป็น 250,000 เหรียญสหรัฐ และมีการออกกฎหมายดังกล่าวนี้อีกในหลายรัฐ ขณะเดียวกัน ในปี 1975 เป็นปีที่นิวซีแลนด์ใช้ระบบการบริหารจัดการจ่ายเงินชดเชยแทนระบบการฟ้องศาล แม้นักวิชาการจะสนับสนุนให้สหรัฐอเมริกาทดลองทำโครงการนำร่องลักษณะนี้ แต่ไม่สามารถผลักดันให้เกิดขึ้นได้ เพราะหลังมีกฎหมายควบคุมค่าชดเชย ทำให้ค่าเบี้ยประกันไม่เพิ่มสูงขึ้น หรือปัญหาได้รับการแก้ไขไปแล้ว กลุ่มผู้ให้บริการ และกลุ่มนักกฎหมาย รวมทั้งนักการเมืองก็ไม่ได้คิดว่าจะเป็นปัญหาที่เร่งด่วนอีกต่อไป (Barringer et al 2008)

ปัจจัยสนับสนุนให้ระบบการชดเชยลูกจ้าง เกิดขึ้น คือ การที่กลุ่มผู้ประกอบการมีความกังวลต่อการถูกฟ้องเรียกค่าชดเชยและค่าชดเชยที่มีจำนวนสูงขึ้นมาก นอกจากนี้ ช่วงดังกล่าวยังมีการพัฒนาอุตสาหกรรมในสหรัฐอเมริกาอย่างเข้มข้น ทำให้จำนวนลูกจ้างบาดเจ็บจากการทำงานมากขึ้น ขณะเดียวกันกลุ่มลูกจ้างที่ได้รับความเสียหายก็ต้องการการชดเชยที่รวดเร็วกว่าระบบการฟ้องศาล ทั้งสองกลุ่มต่างเห็นปัญหาร่วมกัน และเห็นว่าการใช้ระบบการฟ้องศาลโดยต้องพิสูจน์ถูกผิดสร้างปัญหามากกว่าแก้ปัญหา ทั้งสองกลุ่ม

ช่วยกันสร้างแรงขับเคลื่อนการปฏิรูป เกิดความเห็นร่วมกันที่จะใช้ระบบบริหารจัดการเพื่อการจ่ายเงินชดเชยแทนระบบเดิม

กรณีการชดเชยจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ เป็นระบบที่ลดการค้นหาผู้กระทำผิด ช่วยลดค่าบริหารจัดการ ทำให้สามารถจ่ายเงินชดเชยได้เร็วขึ้น และลดค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุ เพราะกองทุนมีขนาดใหญ่ขึ้น โดยผู้เสียหายจะได้รับการชดเชยจากบริษัทประกันที่ตนเองประกันไว้ ครอบคลุมการสูญเสียรายได้ ค่าบริการสุขภาพ ค่าบริการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจที่ต้องจ่ายนอกเหนือประกันที่ผู้เสียหายมี

ทั้งสองระบบข้างต้น ยังคงมีระบบการฟ้องศาลเป็นระบบเสริม กล่าวคือ หากมูลค่าความเสียหายที่ควรชดเชยมากกว่าเพดานที่กำหนดไว้ ผู้เสียหายสามารถไปฟ้องศาลเพื่อพิสูจน์ถูกผิด ถ้าชนะคดีจะได้รับการชดเชยเพิ่มเติมจากเพดานที่กำหนดไว้ ด้วยวิธีนี้จะเห็นว่าระบบทั้งสองเสริมกันและกัน ระหว่างระบบการไม่พิสูจน์ถูกผิดกับระบบช่วยเหลือเพิ่มเติมบนฐานการพิสูจน์ถูกผิด

อย่างไรก็ดี หากระบบบริหารจัดการชดเชยกำหนดเพดานการจ่ายชดเชยไว้ต่ำ โอกาสที่ผู้เสียหายจะไปฟ้องศาลต่อก็เป็นไปได้มากขึ้น ผลสืบเนื่องคือ จะทำให้องค์กรประกันภัย (Malpractice insurance) ต้องเพิ่มเบี้ยประกันเพื่อป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน ทั้งในส่วนของระบบชดเชยแบบไม่พิสูจน์ถูกผิดที่ไม่มาก แต่ไปหนักที่ระบบชดเชยจากการฟ้องศาล ซึ่งที่ผ่านมาภายหลัง เพดานการจ่ายชดเชยก็ลดลงเป็นไปตามนั้นจริงๆ

ในช่วงทศวรรษที่ 1980s คณะกรรมการศึกษาบริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกาที่มีประธาน คือ นายจิมมี คาร์เตอร์ ได้เรียกร้องให้รัฐบาลกลางปฏิรูประบบการชดเชยด้วยการฟ้องศาลมาเป็นระบบการบริหารจัดการแทน มีการเสนอร่างกฎหมายปฏิรูปในปี ค.ศ. 1985, 1987 และ 1989 เพื่อสนับสนุนให้รัฐบาลของแต่ละรัฐดำเนินการให้มีระบบสำหรับความเสียหายจากการรับบริการการแพทย์ที่เกิดจากความผิดพลาด

ร่างกฎหมายนี้เสนอให้ไม่มีระบบการฟ้องศาล ซึ่งถูกโจมตีและต่อต้านอย่างมากจากกลุ่มนักกฎหมาย ทนาย อัยการ ซึ่งเห็นว่าแนวความคิดนี้จะขัดกับรัฐธรรมนูญ และที่สำคัญคือ อำนาจหน้าที่การปฏิรูปแก้ไขกฎหมายเป็นอำนาจหน้าที่ของแต่ละรัฐ รัฐบาลกลางไม่มีอำนาจเข้าไปแทรกแซง

สมาคมแพทย์ของอเมริกาไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอนี้ เพราะเห็นว่าจะไปเพิ่มต้นทุนค่าใช้จ่ายมากขึ้น และคิดว่า แพทย์คนไหนทำผิดหรือประมาทเลินเล่อ ก็ควรจะรับผิดชอบ แม้ว่าในร่างข้อเสนอจะให้มีคณะกรรมการตัดสินการจ่ายเงินชดเชยที่ใช้กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะจ่ายหรือไม่ มีหนึ่งรัฐที่เสนอร่างกฎหมายในลักษณะนี้ ที่ผลักดันโดยสมาคมการแพทย์ แต่ที่สุดก็ไม่สามารถผลักดันออกเป็นกฎหมายได้

ร่างข้อเสนอกฎหมายเพื่อปฏิรูปไปใช้ระบบการบริหารจัดการเพื่อชดเชย ไม่สามารถออกเป็นกฎหมายได้เลย เนื่องจากแรงต่อต้านจากกลุ่มที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย มีเฉพาะกรณีการชดเชยความเสียหายจากการได้รับวัคซีนเท่านั้นที่สามารถผลักดันเป็นกฎหมายได้สำเร็จในระดับชาติ

การฉีดวัคซีนในเด็กเป็นนโยบายของสหรัฐอเมริกา เด็กทุกคนต้องได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันตนเองและการระบาดของโรคในวงกว้าง ประวัติศาสตร์การปฏิรูปเริ่มในช่วงปลายทศวรรษที่ 1960 เมื่อศาลเริ่มเห็นว่าแนวคิการจ่ายชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดกรณีความเสียหายจากการรับวัคซีนควรจะเกิดขึ้นในประเทศ แต่เริ่มมีการปฏิรูปอย่างจริงจังหลังการระบาดของไข้หวัดใหญ่ (Swine Flu) ในปี 1976 ที่รัฐบาลกลางออกนโยบายให้ฉีดวัคซีนกับกลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศเพื่อป้องกันการระบาด

เพื่อให้บริษัทผู้ผลิตวัคซีนมีแรงจูงใจผลิตวัคซีนให้เพียงพอกับความต้องการ รัฐบาลได้ตัดสินใจคุ้มครองความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับวัคซีนแทนบริษัท โดยผู้ที่ได้รับความเสียหายต้องไปร้องขอเงินชดเชยจากรัฐบาลกลาง ภายใต้กฎหมาย Federal Tort Claims Act การจ่ายเงินชดเชยอยู่บนฐานการไม่พิสูจน์ถูกผิด และเป็นจุดเริ่มต้นให้เกิดการพัฒนาต่อไป

ปี 1985 วัคซีน DTP ขาดตลาดในสหรัฐอเมริกา เพราะบริษัทสามแห่งหยุดการผลิต และส่งมอบให้กับรัฐบาล กล่าวกันว่าบริษัทประกันเรียกค่าเบี้ยประกันสูงมาก (ระหว่างปี 1982-1986 ราคาวัคซีนพุ่งสูงขึ้นกว่า 3 เท่า เพราะมีการบวกเพิ่มค่าเบี้ยประกันเข้าไป) (Blodgett N 1987)

ผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับความเสียหายจากวัคซีนดังกล่าวไม่พอใจอย่างมาก เพราะหลายกรณีที่ฟ้องร้องแล้วไม่ได้รับการชดเชย ไม่นับอีกจำนวนมากที่ไม่มีเงินจ้างทนายฟ้อง และลูกต้องพิการ

ในปี 1982 กลุ่มผู้ปกครองเด็กที่ได้รับความเสียหายร่วมกับกลุ่มแพทย์กุมารเวชกรรม จัดตั้งเครือข่ายและทำข้อเสนอให้รัฐจัดการให้มีการชดเชยบนพื้นฐานการไม่พิสูจน์ผิด หากเกิดความเสียหายเนื่องจากการรับวัคซีน แต่กว่ารัฐบาลจะรับเรื่องมาดำเนินการจริง ก็ล่วงเข้ามาปี 1986 เพราะสถานการณ์การขาดแคลนวัคซีนมีความรุนแรงมาก บริษัทผู้ผลิตวัคซีนเรียกร้องให้รัฐบาลคุ้มครองแทนกรณีเกิดความผิดพลาด และว่าจะยุติการผลิตและการส่งมอบวัคซีนแก่รัฐบาล ที่สครัฐบาลยอมออกกฎหมาย National Childhood Vaccine Injury Act ในปี ค.ศ.1986

ปัจจุบันโปรแกรมนี้มีชื่อว่า National Vaccine Injury Compensation Program (NVICP) โดยขั้นตอนแทนที่จะฟ้องศาลเพื่อเรียกค่าเสียหายจากบริษัทผู้ผลิต ผู้เสียหายจะร้องขอรับการชดเชยไปที่ศาลชดเชยรัฐบาลกลาง (US Court of Federal Claims) โดยมีทีมพิจารณาตัดสินตามเกณฑ์ คือ วัคซีนที่ได้รับต้องเป็นวัคซีนที่กำหนดจากนโยบาย และสัมพันธ์กับความเสียหายที่เกิดขึ้น ไม่มีความจำเป็นต้องค้นหาความผิดของบริษัทผู้ผลิต เงินชดเชยมาจากการเก็บภาษีจำนวนน้อยนิดของยาวัคซีนในแต่ละ dose เท่านั้น

อย่างไรก็ตาม โปรแกรมนี้ก็ถูกโจมตีว่า อาจจะทำให้บริษัทผู้ผลิตขาดแรงจูงใจที่จะพัฒนาวัคซีนให้มีความปลอดภัยมากขึ้น และอาจถูกหยิบยกขึ้นมาเพื่อเป็นกรอบพัฒนาโปรแกรมการชดเชยอื่นๆ ที่เฉพาะต่อไปอีก (Cimons, M. ,1986)

แต่เมื่อเวลาผ่านไป การพิจารณาเพื่อจ่ายค่าชดเชยของโปรแกรมนี้มีความเข้มงวดในการตัดสินใจมากขึ้น ทำให้เป้าหมายเดิมที่ต้องการจ่ายชดเชยเร็วและคุ้มครองให้มากที่สุดไม่บรรลุผล แต่ไม่ว่าจะมีการคัดค้านความเข้มงวดที่มากขึ้นเป็นลำดับ ก็ไม่มีกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมต่อเรื่องนี้แต่อย่างใด

หากพิจารณากรณีศึกษา NVICP จะเห็นว่ามีสามปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโปรแกรมนี้อย่างหนึ่ง คือ การเกิดสถานการณ์วิกฤติ เนื่องจากเกรงว่าบริษัทผู้ผลิตวัคซีนจะหยุดการผลิตและการส่งมอบวัคซีน และหากเด็กไม่ได้รับวัคซีน จะเกิดผลกระทบรุนแรงอย่างสูง สอง คือ ผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับความเสียหายออกมาเรียกร้องให้มีระบบการจ่ายชดเชยที่เร็วและสาม เมื่อรัฐบาลพิจารณาแล้วว่าทางออกนี้ไม่เกิดข้อขัดแย้งจากฝ่ายใด ก็ไม่เป็นปัญหาสำหรับการออกกฎหมายเพื่อรองรับโปรแกรมนี้นั่นนั่นเอง

การเกิดขึ้นของโปรแกรมการชดเชยความเสียหายต่อเด็กแรกคลอดในสหรัฐอเมริกาเกิดขึ้นในสองรัฐคือ รัฐ Florida และ Virginia จากปัญหาค่าเบี้ยประกันความผิดพลาดสำหรับบริการทำคลอดสูงมาก ทั้งสองรัฐประกาศใช้โปรแกรมการจ่ายเงินชดเชยครอบคลุมเด็กผ่านระบบการบริหารจัดการที่ไม่ต้องฟ้องศาลเพื่อหาคนผิด การตัดสินใจใช้หลักเกณฑ์คือ แพทย์ได้ลงนามว่าตนเองเป็นผู้รับผิดชอบให้บริการหรือไม่และไม่ให้มีการฟ้องศาล ทั้งสองรัฐออกกฎหมายคุ้มครองในช่วงที่มีการเรียกร้องให้ปฏิรูประบบการฟ้องศาลเพื่อรับการชดเชย โดยเฉพาะในกรณีเด็กแรกคลอด และแรงกดดันจากสื่อกินรีแพทย์ที่จะหยุดให้บริการ หากรัฐไม่ปฏิรูป

แม้ว่าจะมีการประท้วงไม่ยอมรับแนวคิดนี้จากนักกฎหมายและบริษัทประกันในรัฐ Virginia แต่ไม่สามารถขัดขวางความต้องการของรัฐบาลได้ โปรแกรมนี้ได้ดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน และเป็นระบบไม่พิสูจน์ถูกผิดอีกโปรแกรมในสหรัฐอเมริกา ผลการประเมินโปรแกรมนี้น่าพอใจ และได้จ่ายเงินชดเชยให้กับผู้ปกครองไปแล้วนับพันๆ ราย ค่าบริหารจัดการอยู่ประมาณร้อยละ 10

สำหรับรัฐ Virginia คอนเริ่มโปรแกรมใหม่ มีเรื่องร้องขอเงินชดเชยเข้ามาจำนวนไม่มาก แต่เมื่อจำนวนรายที่ต้องจ่ายเงินชดเชยเพิ่มมากขึ้น ทำให้ต้องกำหนดการจ่ายเงินเป็นช่วง ไม่ใช่จ่ายทั้งก้อน งบประมาณที่ใช้ก็เพิ่มขึ้นมาตลอด จนเริ่มเป็นห่วงว่าจะมีปัญหาทางการเงินในระยะยาว แม้ว่าโปรแกรมนี้อาจได้รับความสนใจจากรัฐอื่นๆ แต่ยังไม่มียุติอื่นที่จะเดินตาม ส่วนใหญ่จะพบแรงต้านจากผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายในกรณีที่จะปิดกั้นระบบการฟ้องศาล และไม่ต้องการให้แพทย์เฉพาะสาขานี้ได้รับอภิสิทธิ์มากกว่าแพทย์สาขาอื่นหรือวิชาชีพอื่นๆ

ในทศวรรษที่ 2000s กลุ่มผู้ให้บริการประท้วงในเมืองหลวงของรัฐต่างๆ เพราะเห็นว่าค่าเบี้ยประกันความผิดพลาดกลับมาสูงขึ้นอีก และไม่สามารถต่อรองราคาเบี้ยประกันได้ กลุ่มผู้ให้บริการขู่ว่าจะหยุดการให้บริการ เรียกร้องให้มีการปฏิรูป ในรายงานของ Institute of Medicine แนะนำให้มีโครงการทดลองระบบบริหารจัดการเพื่อการชดเชย ในที่สุดรัฐบาลกลางตัดสินใจผ่านร่างงบประมาณสนับสนุนให้มีการทดลองระบบในรัฐที่พร้อมจะพัฒนาโครงการนี้ ในปี ค.ศ. 2007

หลังจากนั้นหลายรัฐที่เริ่มระบบทดลองก็ผ่านร่างกฎหมายรองรับเพื่อให้มีการดำเนินงาน (Common Good 2007) โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาค่าเบี้ยประกันและเร่งรัดให้การชดเชยเร็วขึ้น แต่ความเห็นโดยรวมของกลุ่มผู้ให้บริการยังคงต้องการให้รัฐบาลกลางกำหนดให้มีเพดานการจ่ายเงินชดเชย เพื่อควบคุมค่าเบี้ยประกัน มากกว่าการปฏิรูปแก้ปัญหาระบบการฟ้องศาล และเห็นด้วยกับการพัฒนาความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย แต่ติดปัญหาในรายละเอียดว่าจะไปสู่เป้าหมายนั้นได้อย่างไร และไม่เห็นด้วยกับการถูกบังคับให้รายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาด

ศาลสุขภาพ (health court) กลายเป็นทางเลือกที่มีการร้องขอให้มีการทดลองดำเนินการ โดยใช้คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์พิจารณาเรื่องร้องเรียนและตัดสินใจว่าจะชดเชยหรือไม่ โดยไม่ให้มีการฟ้องศาล แต่องค์กรประกันไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอนี้ ด้วยความกังวลว่าความเสี่ยงทางการเงินจากการใช้ระบบศาลสุขภาพจะมีมากขึ้น (กล่าวคือ องค์กรประกันจะเสี่ยงจ่ายชดเชยขึ้นกว่าระบบการฟ้องศาล)

ในกลุ่มทนายไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอการใช้ศาลสุขภาพ เพราะเห็นว่าจะไปปิดกั้นการฟ้องร้อง ระบบนี้จะขัดแย้งกับรัฐธรรมนูญ ไม่เป็นธรรมต่อผู้ป่วย และมีแนวโน้มจะลดแรงจูงใจต่อผู้ให้บริการ/แพทย์ที่ต้องให้ความระมัดระวังในการให้บริการ แต่ก็ถูกตีได้ว่า นักกฎหมายปกป้องเพียงเพราะมีส่วนเสียมากกว่าได้จากระบบศาลสุขภาพ

กลุ่มผู้บริโภคมีความเห็นหลากหลายต่อข้อเสนอศาลสุขภาพ กลุ่มที่เห็นด้วย คิดว่าจะทำให้การชดเชยมีประสิทธิภาพมากขึ้น กลุ่มที่สนใจพัฒนาความปลอดภัยและคุณภาพบริการ มีแนวโน้มสนับสนุนข้อเสนอนี้ เมื่อเทียบกับการปฏิรูปแค่การกำหนดเพดานการชดเชย แต่ยังคงใช้การฟ้องศาล ซึ่งไม่เกิดประโยชน์หรือมีส่วนพัฒนาความปลอดภัยและคุณภาพบริการแต่อย่างใด ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นตอนกระบวนการฟ้องศาล ไม่เห็นด้วยกับแนวคิดศาลสุขภาพ เพราะคิดว่าจะไม่เป็นธรรมต่อผู้ป่วย บั่นทอนแรงจูงใจที่จะทำให้แพทย์ระมัดระวังมากขึ้น และระบบนี้ที่สุกแล้วจะไปควบคุมค่าชดเชยอย่างแน่นนอน เพราะการจ่ายชดเชยจะง่ายขึ้น (Barringer et al 2008)

การใช้ระบบบริหารจัดการเพื่อชดเชยฯ ในลักษณะทดลองในหลายรัฐของสหรัฐอเมริกา ยังคงเป็นเพียงจุดเริ่มต้นที่ต้องการการติดตามศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยสรุป การปฏิรูปจะเกิดขึ้นจริงได้ จำเป็นต้องมีความเห็นร่วมจากหลายฝ่าย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ประสบการณ์การปฏิรูปจนเกิดระบบชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดในสหรัฐอเมริกา สะท้อนให้เห็นว่า ความเห็นร่วมกันจากฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะถ้ามาจากองค์กรหลักที่มีอำนาจต่อรองสูง ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการ และองค์กรประกัน กรณีที่มาจากความต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงจากผู้บริโภคฝั่งเดียว โอกาสประสบความสำเร็จเป็นไปได้ยาก

อย่างไรก็ดี การมีความเห็นร่วมกันอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอ บางครั้งการเลือกทดลองนำร่องโดยสมัครใจก่อน น่าจะช่วยให้เห็นข้อมูลจากการดำเนินการจริง เพื่อปรับปรุงระบบให้ดีขึ้นอีก Mello และคณะ เสนอว่า การพัฒนาเป็นระบบทางเลือกโดยสมัครใจ โดยผู้ให้บริการหรือองค์กรประกันใดสนใจ สามารถสมัครเข้าร่วมโครงการได้ แต่ต้องไม่ลืมนักผู้ป่วยด้วยว่าสนใจระบบทางเลือกทดลองหรือไม่ โดยรูปแบบอาจอยู่ในรูปการตกลงกันเป็นครั้งคราว หรือตกลงกันตั้งแต่ต้นสำหรับโปรแกรมประกันสุขภาพของผู้ซื้อประกันสุขภาพ ด้วยวิธีนี้น่าจะเป็นทางออกให้เกิดการดำเนินงานของโครงการนำร่องได้

ระบบชดเชยความเสียหายฯ ในแคนาดา มีองค์กรประกันชื่อ Medical Protective Association ให้การคุ้มครองมากกว่าร้อยละ 95 ของผู้ให้บริการในประเทศ โดยใช้ระบบการฟ้องศาล แต่โปรแกรมที่เป็นการชดเชยไม่พิสูจน์ถูกผิด โดยใช้ระบบการบริหารจัดการจ่ายชดเชย ได้แก่ โปรแกรมชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วยที่ได้รับเลือกแล้วติดเชื้อ เช่น HIV แต่ระบบชดเชยความเสียหายในภาพกว้างไม่ได้ขยับไปมาก

ในปี ค.ศ. 2005-6 มีรายงานชื่อ **"Towards the right balance and Alternative Patient Compensation Models in Canada and the 2006 International Medical Liability Systems"** ซึ่งเปรียบเทียบระบบต่างๆ แต่ไม่ได้มีการผลักดันจนเกิดโครงการนำร่องหรือการปฏิรูปแต่อย่างใด ระบบบริหารจัดการชดเชยความเสียหายไม่ได้รับความสนใจเท่าใดในแคนาดา เพราะหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องยังเชื่อว่าระบบที่มีอยู่ยังทำงานได้ดีความเห็นขององค์กรประกัน Canadian Medical Protective Association ที่เป็นขาใหญ่คุ้มครองให้กับผู้ให้บริการกล่าวว่า **"ระบบที่เรามีเป็นพื้นฐานที่ดีและเหมาะสมสำหรับสถานการณ์ของประเทศ"**

ผู้สนับสนุนให้เกิดการปฏิรูปกล่าวว่า การที่ระบบไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะกลุ่มนักกฎหมาย และองค์กรประกันที่เป็นเจ้าใหญ่ในตลาดไม่สนับสนุน ส่วนภาคประชาชนก็ยังไม่เห็นปัญหาของระบบอย่างชัดเจน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายก็ขาดแรงผลักดันและถูกจำกัดอยู่ในวงแคบ ไม่สามารถสื่อสารออกไปสู่สังคม กลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรงที่ต้องทนทุกข์ทรมานกับกระบวนการทางกฎหมายที่ยาวนาน มักจะตกอยู่ท่ามกลางแรงกดดันด้านจิตใจและทางกายจนไม่สามารถผลักดันเรื่องนี้ให้ก้าวไปสู่การปฏิรูประบบ

ผู้เสียหายที่ฟ้องร้องและเรื่องของตนจบลงนอกศาล โดยได้รับการชดเชยโดยตรงจากผู้ให้บริการฯ ก็จะเก็บข้อมูลรายละเอียดไว้ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเงื่อนไขที่ได้ทำข้อตกลงไว้กับสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการที่ก่อให้เกิดความเสียหาย นั่นยิ่งจะทำให้ข้อมูลที่น่าไปสู่การชดเชยมีน้อยมาก Robert Prichard ปัจจุบันเป็น CEO ของ Torstar Corporation ที่จัดทำรายงาน Liability and Compensation in Health Care Report ปี 1990 กล่าวว่าระบบไม่มีข้อมูลรองรับ หากปราศจากเสียงจากผู้เสียหายโดยตรง

อย่างไรก็ตาม ถ้าพิจารณากฎหมาย Canada Health Act ก็ถือว่าได้ครอบคลุมการชดเชยค่าใช้จ่ายบางส่วนที่เป็นค่าบริการทางการแพทย์ไปแล้ว กล่าวคือ ผู้เสียหายจากการรับบริการจะได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดทั้งที่หลีกเลี่ยงได้และไม่ได้ แต่ผู้เสียหายจำนวนมากยังต้องการการชดเชยที่นอกเหนือจากนั้น เช่น ค่ายา ค่าบริการผู้ดูแลที่บ้าน ค่าสูญเสียรายได้

ในแคนาดา มีผู้ป่วยเพียงไม่กี่รายที่ฟ้องร้องกรณีได้รับความเสียหาย และมีจำนวนน้อยมากที่ชนะคดี เพราะกระบวนการทางศาลใช้เวลานาน ซับซ้อน ค่าใช้จ่ายสูง และทนายยากมากถ้าเป็นกรณีความเสียหายจากการแพทย์ ที่สุดแล้วมักจะไม่ชนะคดีและไม่ได้รับการชดเชย จากรายงานของ Canadian Medical Protective Association มีการฟ้องร้องแพทย์เข้าสู่การพิจารณาในศาลตั้งแต่ปี 2002 ถึงปี 2006 จำนวน 577 กรณี มีผู้เสียหายที่ชนะคดีร้อยละ 21 (122 ราย) ในช่วงเวลาเดียวกัน จำนวนที่ถูกยกฟ้องเนื่องจากหลักฐานไม่พอ หรือได้รับความเสียหายจากความผิดพลาดแต่ไม่ฟ้องศาล ประมาณการณั้มีจำนวนตั้งแต่ 664 ถึง 848 ราย

Ann Silversides (Silversides 2008) บรรณาธิการ Canadian Medical Association Journal กล่าวว่า

"เป้าหมายความเป็นธรรมต้องเป็นเป้าหมายสูงสุด และสูงกว่าเป้าหมายหรือหลักการด้านกฎหมาย การปฏิรูปต้องทำให้ระบบสวัสดิการทั้งหลายไม่ว่า การขาดรายได้จุนเจือครอบครัว ระบบประกันคุ้มครองกรณีความพิการ และอื่นๆ ต้องมีระบบที่มีคุณภาพและครอบคลุมได้มากกว่านี้ งบประมาณค่าใช้จ่ายไม่ควรจะเป็นโจทย์อันดับแรก จนทำให้อุปสรรคดังกล่าวยังปรากฏคาซึ่ในสังคม ใครบางคนต้องบอกกับรัฐบาลหรือฝ่ายที่เกี่ยวข้องและต่อต้านการปฏิรูปว่า เราต้องไม่ทำให้สิทธิของการเป็นมนุษย์คนใดคนหนึ่งถูกลิดรอนน้อยลงไปกว่านี้อีก และความจริง เราใช้งบประมาณ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ไปมากมายในประเทศนี้ ทำไมเราไม่ใช้เงินที่มีเพื่อปกป้องสิทธิประชาชนของเรา"

การเกิดระบบชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดของแคนาดา มักเกิดขึ้นหลังจากมีกรณีความเสียหายที่นำไปสู่การถกเถียงจนเป็นประเด็นความสนใจของสังคม เช่น การเกิดระบบนี้หลังจากมีผู้ได้รับเลือดและติดเชื้อ HIV จนรัฐต้องให้การชดเชยทันทีกรณีติดเชื้อจากการรับเลือด ควบคู่กับกรณีเด็กหญิง 5 ขวบเกิดติดเชื้อไข้สมองอักเสบเฉียบพลันหลังจากได้รับ

วัคซีนไข้มองอีกเสบ แม้ว่าผู้ปกครองเด็กจะฟ้องร้องเรียกค่าชดเชย แต่การที่ศาล Quebec ตัดสินว่าเป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และไม่ต้องจ่ายค่าชดเชยให้ ยิ่งสวนทางกับความรู้สึกของคนในสังคมส่วนใหญ่และกดดันให้เกิดการปฏิรูป ในที่สุดรัฐบาล Quebec ต้องออกกฎหมายให้ค่าชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด กรณีความเสียหายจากการฉีดวัคซีน

อีกตัวอย่างคือ การที่ Canadian Medical Protective Association (CMPA) เรียกร้องให้รัฐบาลออกกฎหมายให้มีระบบชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด สำหรับกรณีความเสียหายต่อระบบประสาทของเด็กคลอดใหม่ ซึ่งการพิสูจน์เป็นเรื่องที่ยากมากกว่าเกิดจากผลของการรับบริการ สมาคมแพทย์จัดทำเป็นข้อเสนอให้กับรัฐบาลในปี 2005 และให้ความเห็นเพิ่มว่า ระบบดังกล่าวจะทำให้สังคมเป็นธรรมมากขึ้น (Siversides 2008) จากข้อมูลล่าสุด (ปี 2008) ยังไม่ปรากฏว่าข้อเสนอนี้ได้นำไปสู่การออกกฎหมายให้มีการดำเนินการ เนื่องจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายไม่เห็นด้วย เพราะเห็นว่าการไม่มีระบบฟ้องร้องจะทำให้ไม่มีแรงกดดันต่อผู้ให้บริการระมัดระวังในการให้บริการ

ข้อเสนอเชิงประยุกต์ สำหรับระบบชดเชยความเสียหาย

Segal และ Sacopulos (2009) ได้พัฒนาแนวคิดและระบบทางเลือกขึ้น ซึ่งน่าสนใจ เพราะแนวคิดนี้ช่วยปิดจุดด้อยของระบบชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด ที่มักถูกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โจมตีว่า ไม่สร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการในการระมัดระวังขณะให้บริการ ไม่มีหลักฐานยืนยัน ชัดเจนว่าระบบนี้จะช่วยสนับสนุนการพัฒนาความปลอดภัยและคุณภาพบริการได้มากน้อย เท่าไรและอย่างไร

แนวคิดระบบทางเลือกประยุกต์คือ เมื่อประชาชนต้องซื้อประกันสุขภาพเอกชน หรือ ประกันสุขภาพจากภาครัฐในกรณีให้การคุ้มครองอย่างถ้วนหน้า ประชาชนจะได้รับ ข้อเสนอที่สามารถเลือกได้โดยสมัครใจถึงสิทธิบางอย่าง เช่น การถูกตัดสิทธิการฟอกไต หากเกิดความเสียหายจากการรับบริการการแพทย์ ไม่ว่าจะหลีกเลี่ยงได้หรือไม่ โดย แลกเปลี่ยนกับสิทธิประโยชน์อื่นดังนี้

1. ค่าเบี้ยประกัน (กรณีซื้อประกันเอง) ถูกลง และได้รับการบริการจากระบบที่มีมูลค่าเพิ่มขึ้น เช่น ระบบความปลอดภัยผู้ป่วย ได้แก่ ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ที่สร้างความมั่นใจสูง ระบบสนับสนุนการสั่งจ่ายยา การให้บริการ การตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมที่เป็นระบบ อิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมด
2. ประชาชนจะได้การคุ้มครองประกันกรณีพิการ และมีการประกันชีวิตให้
3. การคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการไม่ว่าหลีกเลี่ยงได้หรือไม่ ได้ หรือเกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือโชคร้าย
4. การชดเชยจะดำเนินการอย่างรวดเร็ว ด้วยอัตราชดเชยที่มีการระบุไว้ล่วงหน้าชัดเจนในแต่ละกรณีความเสียหาย
5. การคุ้มครองค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ การสูญเสียรายได้จากการทำงาน ประกันชีวิต และการชดเชยแก่ครอบครัว หากผู้เสียหายเสียชีวิต

คนทั่วไปมองเห็นจุดแข็งของข้อเสนอโครงการสมัครใจนี้เมื่อเทียบกับระบบการฟ้องศาล คือ แทบไม่มีค่าใช้จ่ายอะไรที่ต้องเสียล่วงหน้าก่อนไม่เหมือนการฟ้องศาล ที่รอเสียเอาไว้ว่ากรณีของใครจะชนะคดีหรือไม่ และที่สำคัญผู้ได้รับความเสียหายยังได้รับการบริการฟื้นฟู และบริการการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไปอีก แต่สิ่งที่จะต้องยอมเสียไป คือ เงินค่าชดเชยในระดับเจ็ดหลัก ซึ่งก็ไม่มีใครรู้ชัดเจนว่าจะได้หรือไม่ ต้องเสี่ยงฟ้องร้องเอา คาคเคาอะไรไม่ได้จากผลลัพธ์

ภายใต้โครงการสมัครใจนี้ ระบบฟ้องศาลก็ยังดำเนินการต่อไป องค์กรประกันสามารถฟ้องแพทย์ได้ แม้โดยทั่วไปจะไม่อยากทำ องค์กรประกันจะทำสัญญากับแพทย์สำหรับรายที่ต้องการระบบใหม่นี้ แต่มีข้อแม้ว่าผู้ให้บริการจะต้องให้บริการตามกระบวนการหรือแนวทางการปฏิบัติที่ดี หากดำเนินการไปตามแนวทางที่ระบุไว้ ไม่ว่าจะเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย องค์กรประกันจะรับประกันว่าจะไม่ฟ้องแต่อย่างใด แต่ถ้าไม่ได้ให้บริการเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ดี ผู้ให้บริการรายนั้นต้องรายงานว่าทำไม และเกิดอะไรขึ้นถึงไม่ทำตาม หากการปฏิบัติดังกล่าวสัมพันธ์กับความเสียหายที่เกิดขึ้น ผู้ให้บริการก็มีความเสี่ยงที่จะถูกองค์กรประกันฟ้อง

ค่าชดเชยที่ได้รับจากการฟ้องผู้ให้บริการ องค์กรประกันจะไปสมทบจ่ายให้กับผู้เสียหาย หมายความว่า องค์กรประกันต้องจ่ายล่วงหน้าให้กับผู้เสียหายไปก่อน ด้วยกระบวนการนี้ ผู้ให้บริการจะมีแรงจูงใจให้ระมัดระวังการให้บริการและดำเนินการตามขั้นตอนการปฏิบัติที่ดี และช่วยแก้ปัญหาข้อโต้แย้งของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายว่า ระบบชดเชยผ่านการบริหารจัดการจะไปลดแรงจูงใจผู้ให้บริการให้ต้องระมัดระวัง และยังช่วยพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพผ่านการใช้แนวทางปฏิบัติที่ดี

เงินจำนวนหนึ่งที่สามารถประหยัดได้จากระบบนี้ จะไปใช้สร้างระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่สนับสนุนให้ผู้ให้บริการเข้าถึงข้อมูลแนวทางปฏิบัติที่ดี ความรู้นี้จะถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง พร้อมกับการป้องกันการถูกฟ้องร้องจากองค์กรประกันด้วย ผู้เสนอความคิดนี้เชื่อว่า ค่าเบี้ยประกันความผิดพลาดของแพทย์จะน้อยลงเป็นลำดับ เพราะโอกาสถูกฟ้องน้อยลงจากการปฏิบัติที่ดี และยังไปลดค่าใช้จ่ายบริการอื่นๆที่ไม่จำเป็น โดยเฉพาะลดวัฒนธรรมให้บริการแบบป้องกัน (defensive medicine) ที่มักส่งตวรจวินิจฉัยมาก ๆ ทั้งที่บางรายการไม่มีความจำเป็น แต่จะนำมาซึ่งความเสี่ยงต่อผู้ป่วยอีก

แบบจำลองของ Monte Carlo แสดงให้เห็นว่า จะมีเงินที่ประหยัดได้จากระบบ เพื่อนำไปใช้พัฒนาระบบความปลอดภัยผู้ป่วยได้มากขึ้น ใช้สนับสนุนประกันผู้ป่วยในกรณีที่เกิดการจากความเสียหาย หรือจ่ายค่ากรรมธรรม์ประกันชีวิตสำหรับผู้รับบริการ หรือรวมถึงสนับสนุนการประกันสุขภาพที่ครอบคลุมบริการได้มากขึ้น

ที่สุดแล้ว การสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นขั้นเป็นตอน (algorithms) แนวทางการให้บริการที่ดีเป็นเรือ่ท้าทายอย่างมาก แต่ถ้าสามารถสร้างขึ้นมาและถูกนำไปใช้ จะกลายเป็นระบบบริการสุขภาพที่คาดเคาได้ มีประสิทธิภาพสูง ซึ่งผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์จะมีบทบาทอย่างมากที่จะสนับสนุนการสร้าง ปรับปรุง และแก้ไขแนวทางปฏิบัติที่ดี แม้ว่าบริการบางประเภทจะมีความซับซ้อนอย่างมากจนยากจะออกแบบเป็นขั้นตอนขึ้นมาได้ แต่เมื่อหลักฐานเชิงประจักษ์มีมากขึ้นเป็นลำดับ แนวทางปฏิบัติที่ดีจะเกิดขึ้นอย่างมากมายในทุกๆ บริการ (Segal and Sacopulos 2009)

เราคงไม่มีข้อโต้แย้งว่า ระบบการฟ้องศาลมีจุดด้อยมากกว่าจุดดี ที่สำคัญระบบไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ การปฏิรูประบบไปใช้การบริหารจัดการเพื่อชดเชยเริ่มมีให้เห็นมากขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเทศต้นแบบอย่างประเทศนิวซีแลนด์และกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย ก็เริ่มปรับเปลี่ยนระบบตัวเองเป็นระยะๆ จากการเรียนรู้ประสบการณ์ของตนเอง

การเริ่มขยายการคุ้มครองความเสียหายในกรณีที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และมีความเสียหายรุนแรง หลักเกณฑ์นี้มีความชัดเจนว่าได้ใช้รอบคอบคิดเรื่องความเป็นธรรมมาตัดสินด้วย หรือโปรแกรมจ่ายเงินชดเชยทันทีที่กรณีได้รับความเสียหายจากการรั่วซึมและเด็กที่เพิ่งคลอดในอเมริกา เหล่านี้คือตัวอย่างของระบบที่เปลี่ยนไปสู่แนวคิด no-fault มากขึ้น หรือ กรณีนิวซีแลนด์ที่ใช้หลักเกณฑ์ **"ความเสียหายจากการรับบริการ"** ไม่สนใจว่าหลีกเลี่ยงได้หรือไม่

ประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น นิวซีแลนด์ และกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย มีระบบสวัสดิการสังคมที่เข้มแข็ง ซึ่งกลายเป็นระบบเสริมที่ช่วยให้ระบบชดเชยสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนให้ต่ำกว่าประเทศที่มีระบบสวัสดิการสังคมที่ครอบคลุมไม่มากพอหรือไม่มีคุณภาพ ฉะนั้นการขยับไปสู่การใช้ระบบบริหารจัดการเพื่อชดเชยฯ ควรต้องพิจารณา ระบบสวัสดิการของประเทศด้วย เพราะหากระบบไม่เสริมกัน ก็มีแนวโน้มว่าระบบใหม่ต้องจ่ายชดเชยในมูลค่าที่สูง เพราะระบบสวัสดิการสังคมที่มีไม่สามารถดูดซับค่าใช้จ่ายทดแทนได้มากพอ

หลายประเทศที่เริ่มจะทดลองใช้ระบบบริหารจัดการชดเชยฯ มักถูกโจมตีเรื่องค่าใช้จ่ายเพราะมีแนวโน้มว่าเรื่องขอรับการชดเชยจะเพิ่มมากขึ้น หากแต่ถ้า ถ้าระบบนี้เดินคู่หรือเสริมไปกับระบบสวัสดิการที่ดีของภาครัฐ โอกาสที่จะถูกโจมตีเรื่องนี้ก็น้อยลงไป

การปิดกั้นการรายงานข้อมูลความผิดพลาดมีให้ไปสู่การใช้เพื่อฟ้องศาล หรือนำไปใช้เพื่อลงโทษตามกระบวนการวิชาชีพ ก็ต้องนำมาพิจารณา ประสบการณ์จากสวีเดนและเคนมาร์กที่มีการปิดกั้นข้อมูล ช่วยผ่อนคลายแรงกดดันของผู้ให้บริการได้มาก พร้อมกับมีระบบข้อมูลป้อนกลับเพื่อนำไปใช้พัฒนาความปลอดภัยและคุณภาพบริการได้มากขึ้น

นิวซีแลนด์ เลือกขยายเกณฑ์วินิจัยเป็นความเสียหายจากการรับบริการ ช่วยให้การวินิจัยสิ่งจ่ายชดเชยกว้างขึ้น หรือสวีเดนใช้กฎผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง แทนความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ เกณฑ์เหล่านี้ล้วนผ่อนคลายความเข้มงวดการวินิจัยสิ่งจ่าย และลดความเครียดแก่ผู้ให้บริการ ขณะเดียวกันก็มีแนวโน้มว่าข้อมูลที่ต้องการนำไปใช้พัฒนาคุณภาพบริการจะได้รับมากขึ้น

จากกรณีตัวอย่าง จะเห็นได้ว่า วิกฤติของระบบอาจไม่นำไปสู่การปฏิรูป ถ้าปราศจากความเห็นร่วมของฝ่ายที่เกี่ยวข้องต่อเป้าหมายที่ต้องการปฏิรูป และถึงแม้ว่าจะเห็นตรงกันแล้วในเป้าหมาย ความเห็นตรงกันในรายละเอียดก็ยังเป็นอุปสรรคสำคัญ เพราะมักจะไม่ตรงกัน ส่วนใหญ่จะให้ความสนใจและผลประโยชน์เป็นของตัวเอง เราจะสังเกตเห็นว่าประเทศที่พัฒนาการใช้ระบบบริหารจัดการเพื่อชดเชย ล้วนต้องอาศัยการทำโครงการนำร่องก่อนทั้งสิ้น เพื่อพัฒนารายละเอียดกลไกการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง

สุดท้าย กรอบข้อเสนอการผสมผสานระบบฟ้องศาลและระบบการบริหารจัดการเพื่อชดเชยที่มีผู้เชี่ยวชาญเสนอมา ก็ควรค่าในการพิจารณาเพื่อนำมาใช้ในการออกแบบและทดลองนำร่องเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ แม้ว่าข้อเสนอจะประสบเหตุสมผลในหลายประเด็น

1. Localio, A., *et al.*, "Relation Between Malpractice Claims and Adverse Events Due To Negligence: Results of the Harvard Medical Practice Study III", (1991) 325 NEJM 245.
2. Silversides A. Fault / no fault part 2: uneasy bedfellows. Canadian Medical Association Journal. 2008; 179 (5): 407-9.
3. Baker, R., Norton, P. *et al.*, "The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada", (2004) CMAJ 170(11) 1678-1689.
4. Gilmour J M. Patient Safety, Medical Error and Tort Law. May 2006. Health Policy Research Program, Health Canada.
5. Mello, M., Brennan, T., "Fostering Rational Regulation of Patient Safety" (2005) 30 J.H.P.P.L. 375-416.
6. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, Puopolo AL, Brennan TA. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. N Engl J Med. 2006;354: 2024-2033.
7. Compare eg., Abel, R., "A Critique of Torts", (1990) 37 U.C.L.A. L.Rev. 785, and Epstein, R., "The Harm Principle-and How It Grew", (1995) 45 U.T.L.J. 369.
8. Localio, A. R., A. G. Lawthers, T. A. Brennan, N. M. Laird, L. E. Hebert, L. M. Peterson, J. P. Newhouse, P. C. Weiler, and H. H. Hiatt. 1991. Relation between Malpractice Claims and Adverse Events Due to Negligence: Results of the Harvard Medical Practice Study III. *New England Journal of Medicine* 325: 245-251.
9. Studdert DM, Brennan TA. No-fault compensation for medical injuries: the prospect for error prevention. JAMA 200; 286:217-23.
10. Barringer, P.J., Studdert, D.M., Kachalia, A.B. and Mello, M.M. (2008). Administrative compensation of Medical injuries: a hardy perennial blooms again. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 33 (4): 725-760.
11. Erichsen, M. (2001). The Danish patient insurance system. *Medicine and Law*, 20(3), 355-369.
12. Espersson, C. The Patient Injury Act-A Comment by Carl Espersson. (2006). <http://www.pff.se/v2/Default.aspx?PageId=16S>.
13. Kachalia, A.B., Mello, M.M., Brennan, T.A. Studdert, D.M. (2008). Beyond negligence: avoidability and medical injury compensation. *Social Science & Medicine*. 66: 387-402.

14. Blodgett, N. 1987. Remedy for Vaccination Harms? Bill Would Provide Compensation for Adverse Reactions. *American Bar Association Journal* 73:25.
15. Cimon, M. 1986. Vaccine Injury Fund Bill Approved but Faces Veto. *Los Angeles Times*, October 20.
16. Common Good. 2007. Legislative Activity on Health Courts. [cgood.org/f-healthcourtslegislation .html](http://cgood.org/f-healthcourtslegislation.html) (accessed February 29, 2008).
17. Mello, M. M., D. M. Studdert, P. Moran, E. A. Dauer. 2008. Policy Experimentation with Administrative Compensation for Medical Injury: Issues under State Constitutional Law. *Harvard Journal on Legislation* 45:59-106.
18. Silversides, A. (2008). News: fault/no fault, part 3: vested interests and the silence of suffering patients cited as obstacles to system. *Canadian Medical Association Journal*. Sept 9, 179 (6): 515-517.
19. Segal J J and Sacopolos M. (2009). A modified no-fault malpractice system can resolve multiple healthcare system deficiencies. *Clin Orthop Relat Res*. 467: 420-426.

กรณีศึกษา

ผลการศึกษาค้นคว้า
ประสบการณ์ใน 6 ประเทศ

1

ປະເທດອັງກฤษ

England



ข้อมูลทั่วไป

สหราชอาณาจักรมีการปกครองแบบรัฐสภาโดยมีกษัตริย์เป็นประมุข มีการเมืองแบบสองสภา ได้แก่ สภาผู้แทนที่มาจากการเลือกตั้ง (House of Commons) และสภาสูง (House of Lord) สภาผู้แทนมีการเลือกตั้งทุก 5 ปี

ปี 2001 มีประชากรทั่วประเทศ 58.8 ล้านคน เป็นประชากรในวัยแรงงานร้อยละ 49.3 ของทั้งหมด ในจำนวนนั้น ทำงานในอุตสาหกรรมบริการ ร้อยละ 68.9 อยู่ในภาคการผลิตและก่อสร้างร้อยละ 25 อยู่ในส่วนราชการร้อยละ 9.1 ที่เหลือ อยู่ในกิจการพลังงานและระบบการเกษตร ร้อยละ 1.9 และร้อยละ 1.2

อัตราการเก็บภาษีในอังกฤษขึ้นกับรายได้ ประชากรที่มีรายได้ 1880 GBP แรก จะต้องจ่ายภาษีในอัตราร้อยละ 10 สำหรับผู้ที่มีรายได้ตั้งแต่ 1881 GBP ถึง 29,400 GBP ต้องจ่ายภาษีย้อยละ 22 ของรายได้ และผู้ที่มีรายได้มากกว่า 29,400 GBP จะต้องจ่ายภาษีย้อยละ 40 ของรายได้ ส่วนภาษีมูลค่าเพิ่มอยู่ที่ 17.5 GBP

นอกจากนี้ยังมีการเก็บภาษีเฉพาะพื้นที่ ซึ่งอัตราการเรียกเก็บจะแตกต่างกัน ภาษีที่เก็บจากท้องที่จะไม่สมทบในการดูแลสุขภาพ แต่จะใช้ในการบริการสังคม (WHO 1999)



ระบบระบบบริการสุขภาพของประเทศ

ระบบการดูแลสุขภาพของประเทศอังกฤษ อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรสำนักงานการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service-NHS) ซึ่งเป็นองค์กรของรัฐ ภายใต้ระบบดังกล่าว คนอังกฤษสามารถใช้บริการสุขภาพได้ฟรี โดยใช้เงินภาษีจากรัฐ NHS ก่อตั้งขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1948 และขยายใหญ่โตจนเป็นระบบสุขภาพที่รัฐเป็นดูแลที่ใหญ่ที่สุดในโลกและเป็นระบบที่ดีว่ามีประสิทธิภาพ มีความครอบคลุมและเอื้ออาทรมากที่สุดระบบหนึ่งของโลก

NHS เกิดขึ้นจากปรัชญาว่า บริการดูแลสุขภาพควรมีให้กับทุกคนโดยไม่จำกัดฐานะหรือรายได้ บริการสุขภาพที่มีให้ภายใต้ระบบนี้ โดยส่วนใหญ่เป็นบริการฟรี (ยกเว้นยาบางชนิด บริการทันตกรรม และ จักษุ) ปัจจุบันครอบคลุมประชากรประมาณ 60 ล้านคน ทั้งในอังกฤษ ไอร์แลนด์เหนือ สกอตแลนด์ และเวลส์ ให้บริการครอบคลุมตั้งแต่บริการการฝากครรภ์ การรักษาโรคทุกชนิด การผ่าตัด อุบัติเหตุและภาวะฉุกเฉิน จนถึงการดูแลในภาวะสุดท้ายของชีวิต

การคลังของ NHS จ่ายด้วยเงินที่มาจากภาษีของประเทศ ส่วนระบบบริการในไอร์แลนด์เหนือ สกอตแลนด์ และเวลส์ แม้จะมีความต่างจากระบบใหญ่เล็กน้อย แต่โดยหลักการทั้งหมดเป็นระบบเดียวกัน ปัจจุบัน NHS มีเจ้าหน้าที่ทำงานกว่า 1,700,000 คน (เป็นแพทย์ในโรงพยาบาลราว 120,000 คน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 40,000 คน พยาบาลราว 400,000 คน และเจ้าหน้าที่รถฉุกเฉิน 25,000 คน) จึงเป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด และให้บริการประชาชนราว 51 ล้านคน

NHS ให้บริการกับผู้ป่วยจำนวนมาก ในทุกๆ หนึ่งนาที จะมีผู้ป่วยใช้บริการ 463 คน หรือ 1 ล้านคน ในทุกๆ 36 ชั่วโมง และทุกสัปดาห์จะมีผู้ป่วยรับบริการด้านทันตกรรม 700,000 คน อีก 3,000 คน ได้รับการผ่าตัดหัวใจ สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน โดยเฉลี่ยแล้วรักษาผู้ป่วยสัปดาห์ละ 140 คน

ปัจจุบัน NHS ได้รับงบประมาณปีละกว่าแสนล้านปอนด์ (ปี 2008/2009) เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 4% เมื่อเทียบกับ 60 ปีที่ผ่านมา ราว 60% ของงบประมาณทั้งหมด เป็นเงินเดือนบุคคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ งบประมาณของ NHS มาจากภาษีโดยตรง ประมาณว่า ประชาชนของสหราชอาณาจักรแต่ละคน ต้องจ่ายเงินให้กับระบบสุขภาพราวปีละ 1,980 ปอนด์

ในเชิงโครงสร้างการบริหาร NHS อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) ที่มีรัฐมนตรีเป็นผู้กำกับ กระทรวงสาธารณสุขควบคุมดูแลหน่วยงานที่เรียกว่า Strategic Health Authorities- SHA ซึ่งมีทั้งหมด 10 แห่ง และมีหน้าที่กำกับดูแลกิจกรรมการบริการทั้งหมดภายใต้ NHS ขณะทีไนอร์แลนด์เหนือ สกอตแลนด์ และเวลส์ จะมีการแยกการบริหารออกไปต่างหาก

การดำเนินงานของ NHS จะบริหารจัดการด้วยกลไกที่เป็นองค์กรอิสระ (self-governing trust) ที่อยู่ในระดับภาคหรือท้องถิ่น ในเชิงหลักการ NHS จะแบ่งเป็นสองส่วน ครอบคลุมทั้งบริการสุขภาพปฐมภูมิ และ ทุติยภูมิ โดยมีองค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลการให้บริการ

ภายใต้ระบบของ NHS จะมีกลไกการทำงานอยู่สองแบบ คือ ทำหน้าที่ผู้ซื้อและผู้ขายบริการ (purchaser/provider roles) กลไกแรกเรียกว่า Commissioning trusts มีหน้าที่ประเมินความต้องการของท้องถิ่น เปรียบเทียบราคาซื้อขายบริการ เพื่อจัดหาบริการสุขภาพตามความต้องการของท้องถิ่น ขณะที่กลไกที่สอง คือ Provider trusts ซึ่งเป็นส่วนงานของ NHS ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพเอง

Commissioning trusts จะทำหน้าที่เจรจาต่อรองกับกับหน่วยงานที่มีบทบาทด้านการบริการ ที่อาจเป็นหน่วยของ NHS หรือสถานบริการเอกชน ในปัจจุบัน Commissioning trusts ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดคือ Primary Care Trust- PCT ที่ดูแลงบประมาณของ NHS ถึง 80% โดยทำหน้าที่ดูแลการให้บริการปฐมภูมิ และเป็นผู้ซื้อบริการทุติยภูมิ ปัจจุบัน PCT ดูแลแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ราว 37,000 คน และ ทันตแพทย์อีก 21,000 คน

บริการสุขภาพที่ซื้อโดย Commissioning Trusts เหล่านี้ คือ บริการทางการแพทย์ (โดยแพทย์ที่ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เอกชนที่ทำสัญญาโดยตรงกับ NHS) พยาบาลชุมชน คลินิกท้องถิ่น และบริการสุขภาพจิต บริการสุขภาพสำหรับคนส่วนมากเป็นบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ดี การซื้อบริการอาจซื้อจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ที่สามารถทำงานตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของท้องถิ่นขนาดเล็ก การบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิให้บริการโดยผู้ให้บริการที่เป็นคู่สัญญาอิสระกับ NHS หลายประเภท เช่น แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทันตแพทย์ เกษตรกร/ร้านยา และจักษุแพทย์

สำหรับบริการทุติยภูมิของ NHS อาจเป็นบริการที่เกินจากบริการปฐมภูมิ หรือเป็นบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งผู้ให้บริการอาจเป็นของ NHS หรือเป็นของภาคเอกชน (แต่บริการส่วนมากให้โดยสถานบริการที่เป็นหน่วยงานของ NHS)

การดำเนินงานของ NHS ที่ผ่านมามีได้สร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนค่อนข้างมาก โดยสะท้อนมาจากผลการสำรวจผู้ให้บริการหลายครั้ง และพบว่าหากจะมีการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพของอังกฤษ ไปสู่ระบบตลาดเหมือนระบบของประเทศสหรัฐอเมริกา น่าจะถูกปฏิเสธจากประชาชน

สำหรับบริการสุขภาพภาคเอกชนของอังกฤษนั้นมีขนาดเล็กและมีบทบาทน้อยกว่า NHS มาก บริษัทเอกชนขนาดใหญ่บางแห่งที่สนับสนุนให้เกิดบริการภาคเอกชนขึ้น ก็เพื่อเป็นการประกันสุขภาพหรือเป็นสิทธิประโยชน์ให้กับลูกจ้าง บทบาทของระบบบริการภาคเอกชนส่วนใหญ่ คือ การรับการส่งต่อในกรณีของการให้บริการเฉพาะทาง

ระบบสุขภาพของอังกฤษ มีการจัดทำธรรมนูญที่ระบุวัตถุประสงค์ สิทธิ และความรับผิดชอบของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนกำหนดหลักการหรือปรัชญา เพื่อเป็นแนวทางกำกับการดำเนินงาน (Guiding principles) ไว้อย่างชัดเจน เช่น

- NHS จะให้บริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้ โดยไม่มีขีดจำกัดในเรื่องอายุ เพศ เชื้อชาติ ความพิการ ศาสนา และโดยคำนึงถึงสิทธิความเป็นมนุษย์ของทุกคน
- การเข้าถึงบริการของ NHS เป็นไปบนพื้นฐานความจำเป็นด้านสุขภาพ มิใช่ตามความสามารถในการจ่ายของบุคคล
- NHS มุ่งมั่นที่จะพัฒนาระบบบริการที่ได้มาตรฐานความเป็นเลิศ สูงสุดและแบบมืออาชีพ ในการให้บริการที่มีคุณภาพสูง ในด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ บนพื้นฐานปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
- บริการของ NHS ต้องสะท้อนความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ
- NHS เน้นการทำงานแบบประสานข้ามหน่วยงาน และเป็นพันธมิตรกับหน่วยงานอื่น โดยเอาประโยชน์ของผู้ป่วย ท้องถิ่นและสังคมโดยรวมเป็นที่ตั้ง

- NHS ถือว่า การเข้าถึงบริการ รูปแบบ และคุณภาพการบริการในหลายลักษณะ ถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการยอมรับและปฏิบัติตามโดย NHS เช่น การเข้าถึงบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และไม่ถูกแบ่งแยกก็ดกัน การได้รับบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน การได้รับการเคารพ การให้การยินยอม และ ความเป็นส่วนบุคคล ฯลฯ โดยทั้งหมดนี้ NHS ถือว่าเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับ

ประการสำคัญก็คือ กรณีที่มีการร้องเรียน (Complaints) หรือการขอรับการชดเชย NHS ถือว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่ ก) คำร้องเรียนเกี่ยวกับบริการของ NHS ของผู้ป่วยจะถูกจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและสอบสวนอย่างเหมาะสม ข) จะรู้ผลของการสอบสวนข้อร้องเรียน ค) จะนำข้อร้องเรียนยื่นต่อกลไกตรวจสอบอิสระ เช่น Health Service Ombudsman หากผลการพิจารณาคำร้องเรียน ไม่เป็นที่พอใจ ง) จะยื่นคำร้องต่อคณะกรรมการยุติธรรมอื่นๆ ถ้าหากเห็นว่าได้รับผลกระทบโดยตรงจากการกระทำหรือการตัดสินใจที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายของกลไกใดๆ ของ NHS และ จ) จะได้รับการชดเชย เมื่อถูกทำให้ได้รับการบาดเจ็บเสียหาย จากการรักษาที่บกพร่อง (negligence treatments)

NHS ยังถือเป็นข้อผูกมัดว่า ในระหว่างการดำเนินการยื่นข้อร้องเรียน ถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติด้วยการเอื้อเฟื้อและสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเต็มที่ รวมทั้งประกันว่าการร้องเรียนจะไม่มีผลกระทบทางลบต่อการได้รับบริการสุขภาพในภายหลัง

หากพบว่าเกิดความผิดพลาดขึ้นในการให้บริการ NHS ถือเป็นข้อสัญญาที่จะยอมรับข้อผิดพลาด จะมีการขอโทษผู้เสียหาย การให้คำอธิบายถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้น และแก้ไขให้ถูกต้องโดยเร็วและมีประสิทธิภาพ

NHS ยังถือเป็นข้อสัญญาว่า องค์กรจะถือเอาการร้องเรียนในความผิดพลาดเสียหายเหล่านั้นเป็นการเรียนรู้ และจะใช้ประโยชน์จากบทเรียนนั้น เพื่อการปรับปรุงคุณภาพของบริการของ NHS ต่อไป

การฟ้องร้องทางการแพทย์ และระบบ/กลไกในการแก้ปัญหา

ตั้งแต่กลางศตวรรษที่ 20 ที่ผ่านมา ปรากฏการณ์ของการพิพาททางกฎหมายอันเกี่ยวกับวิชาชีพแพทย์เกิดมากขึ้น ทั้งจำนวนและความรุนแรงของการฟ้องร้อง เป็นที่ยอมรับกันว่า การเพิ่มขึ้นดังกล่าวอาจมีสาเหตุเพียงเพราะมีความผิดพลาดทางการแพทย์เกิดมากขึ้น หากแต่เป็นเพราะแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะใช้กฎหมายและการฟ้องร้อง เป็นช่องทางในการยุติความขัดแย้งทางการแพทย์มากขึ้น

ปัจจุบัน อังกฤษมีการรายงานข้อมูลความผิดพลาดทางการแพทย์มากขึ้น ในปี 1999 สมาคมแพทย์แห่งอังกฤษ (British Medical Association- BMA) รายงานว่า มีความผิดพลาดทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของอังกฤษราว 800 ครั้งทุกวัน ขณะที่การฟ้องร้องแพทย์ทวีความรุนแรงขึ้น โดยมีกรณีการฟ้องร้องที่กำลังอยู่ในขั้นตอนต่างๆ กว่า 1,500 กรณี ทุกๆ สัปดาห์องค์กรที่ดูแลเรื่องกฎหมายการฟ้องร้องให้กับแพทย์คือ Medical Protection Society ต้องรับโทรศัพท์ขอรับการปรึกษาเรื่องการฟ้องร้องจากแพทย์กว่า 1,000 สาย มีการระบุว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในปัจจุบัน มีแนวโน้มในการถูกฟ้องสูงกว่ในอดีต 13 เท่า ขณะที่ NHS อยู่ระหว่างการจัดการกับคดีการฟ้องร้องที่มีมูลค่าถึงประมาณสองหมื่นแปดพันล้านปอนด์ (<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/387459.stm>)

รายงานขององค์กรชื่อ Healthcare Commission ในปี 2009 ระบุว่า มีผู้ป่วยนับพันคนต้องเป็นเหยื่อของความผิดพลาดทางการแพทย์ที่สามารถป้องกันได้ จากการวินิจฉัยผิดพลาด การได้รับยาผิดขนาด ความผิดพลาดในการผ่าตัด และเอกสารสำคัญสูญหาย รายงานยังระบุว่า ตัวเลขดังกล่าวยังอาจจะต่ำกว่าความเป็นจริง โดยอ้างข้อมูลจากการรายงานของ National Patient Safety Agency-NPSA ว่าในช่วงปี 2007/2008 NPSA ได้รับรายงานกรณีความผิดพลาดทั้งหมด 959,000 กรณี โดยที่ยังมีโรงพยาบาลอีก 7% และหน่วยบริการปฐมภูมิอีกร้อยละ 13 ที่ไม่มีการรายงานดังกล่าว (<http://www.telegraph.co.uk/health/3702222/Thousands-of-NHS-patients-suffer-avoidable-medical-errors-says-Healthcare-Commission.html>)

ในประเทศอังกฤษ NHS มีหน้าที่และความรับผิดชอบตามกฎหมาย ที่จะดูแลการฟ้องร้องที่เกิดกับแพทย์และหน่วยงานภายใต้ NHS โดยจะทำหน้าที่เป็นทนายแก้ต่างรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทางศาล และจ่ายค่าชดเชยให้กับผู้ฟ้องที่ชนะคดี ที่ผ่านมา NHS ไม่ได้ให้ความสำคัญกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการฟ้องร้องที่เกิดขึ้นมากนัก อย่างไรก็ตาม เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่ NHS ต้องชดเชยให้กับผู้ฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และด้วยเหตุเงินที่จ่ายรัฐต้องรับผิดชอบ ปัจจุบันปัญหาการฟ้องร้อง จึงถูกจับตาจากทางการเมืองมากขึ้น (David Chacko 2009)



ความรุนแรงของปัญหาการฟ้องร้อง ในอังกฤษทวีความรุนแรงขึ้นทั้งจำนวน และขนาดของการชดเชย

ข้อมูลจาก NHS Litigation Authority (NHS LA) รายงานว่า สถิติการฟ้องร้องเพิ่มขึ้นทุกปี ในช่วงปี 1999 และ 2001 การฟ้องร้องเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว จาก 2,411 กรณี (1999-2000) เป็น 4,155 กรณี (2000-2001) ในส่วนจำนวนเงินที่ใช้ในการชดเชยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีค่าใช้จ่ายจากประมาณ 13,000 ล้านปอนด์ ในปี 1997 เพิ่มขึ้นเป็น 18,000 ล้านปอนด์ และ 24,000 ล้านปอนด์ในปี 1998 และ 1999 ตามลำดับ หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 26 ต่อปี

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาจำนวนเงินที่ NHS ต้องใช้ไปกับการชดเชยและกระบวนการฟ้องร้อง พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล โดยจากประมาณหนึ่งล้านปอนด์ในปี 1974-1975 เป็น 446 ล้านปอนด์ในปี 2001-2002 สำหรับในปี 2004 NHS ใช้เงินไปกับการชดเชยเกี่ยวกับการฟ้องร้องสูงถึงร้อยละ 13 ของงบประมาณทั้งปีของ NHS หรือประมาณ 77,800 ล้านปอนด์ จากงบประมาณทั้งหมดของ NHS ประมาณ 610,000 ล้านปอนด์ (David Chacko 2009)

การฟ้องแพทย์ในอังกฤษที่เพิ่มขึ้น วิเคราะห์หว่ามาได้จากหลายสาเหตุ ส่วนหนึ่งคือ การที่ผู้เสียหาย มีความไม่พึงพอใจกับระบบการร้องเรียนที่มีอยู่ของ NHS และการที่เกียรติภูมิของวงการและวิชาชีพแพทย์ เริ่มอ่อนด้อยลง (David Chacko 2009)

NHS และระบบกลไกในการจัดการ กับปัญหาการฟ้องร้องแพทย์

แต่เดิมนั้นการฟ้องร้องทางศาลคือช่องทางหลักของผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายที่จะใช้เป็นช่องทางในการเรียกร้องการชดเชย จึงมีการสร้างกลไกในการจัดการและรับมือกับผลกระทบที่เกิดขึ้น กลไกหนึ่งที่สำคัญ คือ National Health Service Litigation Authority-NHSLA ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ NHS ขณะที่อีกด้านหนึ่งเป็นกลไกของกลุ่มวิชาชีพที่มีรากฐานทางประวัติศาสตร์มายาวนานกว่า NHS ขณะที่ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด ถูกนำมาพิจารณากันหลายครั้ง แต่ยังเป็นเพียงการขับเคลื่อนที่ไม่มีผลเป็นกลไกที่เป็นรูปธรรม

National Health Service Litigation Authority-NHSLA

NHSLA จัดตั้งขึ้นในปี 1995 ในฐานะองค์กรอิสระ เพื่อทำหน้าที่ได้ตอบและจัดการกับการฟ้องร้องรัฐ ในกรณีความผิดพลาดทางการแพทย์ โดยเป็นกลไกของ NHS ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการการฟ้องร้องอันเนื่องมาจากความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดกับแพทย์และ/หรือหน่วยงานของ NHS รวมทั้งมีหน้าที่พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานของ NHS

NHSLA ยังมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการบริหารจัดการการฟ้องร้องที่ไม่เกี่ยวกับความผิดพลาดทางการแพทย์ (non-clinical liabilities) การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างผู้ซื้อบริการสุขภาพกับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ (Primary Care Trusts) การให้คำปรึกษาด้านข้อกฎหมายแก่ NHS และดูแลการจ่ายค่าชดเชยในนามของ NHS อีกด้วย

พันธกิจสำคัญของ NHSLA คือ การบริหารจัดการกรณีการร้องเรียนหรือฟ้องร้องที่มีต่อ NHS ด้วยหลักการว่า "ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพประชาชน เคารพกับการร้องเรียนที่ไม่มีเหตุผลหรือไม่ชอบธรรมอย่างจริงจัง ตรงไปตรงมาหาข้อยุติกับข้อร้องเรียนที่ชอบธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้มีมาตรการการป้องกันมากขึ้น" เป้าหมายของ NHSLA คือ จัดการข้อเรียกร้องให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ และส่งเสริมให้หน่วยงานภายใต้ NHS ให้คำอธิบายและกล่าวคำขอโทษต่อผู้ป่วยและ

เจ้าหน้าที่ ผลการดำเนินงานของ NHSLA พบว่า มีการร้องเรียนเพียงร้อยละ 4 ที่ต้องจบลงที่ศาล ซึ่งในจำนวนนี้รวมการร้องเรียนที่มีการขอความแต่ศาลต้องอนุมัติจำนวนหนึ่งด้วย

NHSLA ทำหน้าที่บริหารแผนในการจัดการกับการฟ้องร้องกับหน่วยงานภายใต้ NHS ทั้งหมด 5 แผนงาน (Schemes) โดย 3 แผนงานแรก (The **Clinical Negligence Scheme for Trusts**-CNST, The **Existing Liabilities Scheme**-ELS, และ The **Ex-RHA Scheme**-Ex-RHAS) เป็นเรื่องเกี่ยวกับ Clinical Claims แผนงานที่สี่ (The **Liabilities to Third Parties Scheme**-LTPS) ดูแลเกี่ยวกับ non-clinical claims สำหรับแผนงานสุดท้าย (Property Expenses Scheme-PES) ดูแลเกี่ยวกับความเสียหายของทรัพย์สิน

NHSLA มีตัวแทนจากสำนักงานกฎหมายต่างๆ จำนวน 13 แห่งเป็นที่ปรึกษาในการพิจารณากรณีที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ และตัวแทนจำนวน 9 แห่ง สำหรับกรณีที่ไม่ใช่ความผิดพลาดทางการแพทย์ (NHSLA 2004a; NHSLA 2004c) โดยมีการบริหารจัดการแผนงาน ดังนี้

1. งบประมาณ

แผนการชดเชยความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์ (clinical negligence หรือ medical negligence) มีสามแผน คือ Existing Liability Scheme (ELS), Clinical Negligence Scheme for Trusts (CNST) และ EX-RHAs โดยที่ ELS และ EX-RHAs ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลทั้งหมด และ CNST ใช้เงินที่เรียกเก็บจากสมาชิกที่เป็นคู่สัญญากับผู้ให้บริการ (Primary Care Trusts และ NHS Trusts) เงินสมทบ (Premium) ที่เก็บจากสมาชิกหรือ Trusts ต่างๆ ขึ้นกับประเภทความแตกต่างของ Trusts ในปี 1996-97 CNST จะเก็บเงินสมทบ ตั้งแต่ 2,000 ปอนด์สำหรับ Trusts เล็กๆ ไปจนถึง 60,000 ปอนด์สำหรับโรงพยาบาลใหญ่สังกัด NHS Trusts (Towse and Danzon 1999) การคำนวณอัตราการเก็บนั้น ใช้การคำนวณตามความเสี่ยงและอัตราตามประสบการณ์ จากนั้นจึงพิจารณาส่วนลดจากระดับการจัดการความเสี่ยงในแต่ละ Trusts

ปี 2004-2005 มีค่าใช้จ่ายโดยประมาณ 410 ล้านปอนด์ที่จะต้องเก็บจาก trusts โดยการคำนวณจากประมาณการของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในแต่ละ Trusts แล้วเรียกเก็บตามอัตราเสี่ยงที่คำนวณได้ สำหรับ Trusts ที่มีการบริหารจัดการความเสี่ยงได้ดี จะได้รับอัตราส่วนลดของเงินที่จะเรียกเก็บ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ 2 ประการ ประการแรกคือ Risk Management Discount (RMDs) เป็นมาตรฐานที่ตั้งขึ้นสำหรับประเมิน Trusts มีการกำหนดมาตรฐาน 12 ข้อ (NAO 2001) และมีอัตราส่วนลดเป็น ร้อยละ 10 ร้อยละ 20 และร้อยละ 30 สำหรับ Trusts ที่ผ่านมาตรฐานในระดับ 1 ระดับ 2 และระดับ 3 ตามลำดับ ประการที่สองใช้เกณฑ์อัตราตามประสบการณ์ (experience rating) มาเป็นตัวกำหนด (NHSLA 2003)

2. การจัดการกับการร้องขอการชดเชย

ก่อนปี 2000 ELS จะรับผิดชอบคำร้องที่เกิดก่อนวันที่ 1 เมษายน 1995 ที่ยังไม่สิ้นสุด อย่างไรก็ตาม เมื่อการร้องเรียนสิ้นสุดลง Trusts จะต้องรับผิดชอบรายจ่าย 10,000 ปอนด์แรก ส่วนที่เหลือ ELS จะเป็นผู้จ่าย แต่หลังจากปี 2000 เป็นต้นมา ELS เป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด (Towse and Danzon 1999; NAO 2001; Fenn; Gray, and Rickman 2003)

สำหรับการร้องขอชดเชยที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 1995 เป็นต้นมา จะอยู่ในความรับผิดชอบของ CNST ในกรณีนี้ Trusts จะต้องตกลงจำนวนเงินเป็นเพดานสูงสุดกับ NHSLA และสามารถเลือกจำนวนวงเงินโดยอิสระ (NAO 2001) ชิดจำกัดวงเงินดังกล่าวแตกต่างกันในแต่ละ Trusts ขึ้นกับองค์ประกอบต่างๆ ที่ผ่านมาจะอยู่ในช่วงประมาณ 10,000-500,000 ปอนด์ (NHSLA 2004c) ถ้าเป็นการร้องเรียนที่มีมูลค่าไม่เกินเพดานที่กำหนด Trusts จะเป็นผู้จ่ายเงินชดเชยทั้งหมด เมื่อมูลค่าของการร้องเรียนสูงกว่าเพดาน Trusts จะต้องจ่ายค่าชดเชยทั้งหมดสำหรับการร้องเรียนที่เกิดระหว่างปี 1995-1998 ส่วนกรณีที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปี 1998 เป็นต้นมา (และมีมูลค่าสูงกว่าเพดานที่กำหนด) Trusts จะต้องจ่ายเงินชดเชยในวงเงินสูงสุดที่ตกลงกันได้ และอีกร้อยละ 20 ของส่วนเกิน ที่เหลือจากนั้นจะใช้งบประมาณจาก CNST (Towse and Danzon 1999; NAO 2001; Fenn and others 2003) แต่มีการทบทวนพบว่า การบริหารจัดการกรณีที่มีมูลค่าต่ำโดย Trusts เองนั้น ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการจะสูงมากทำให้ไม่มีประสิทธิภาพ หลังจากปี 2002 NHSLA จึงเข้ามารับผิดชอบค่าใช้จ่ายและการบริหารจัดการทั้งหมด (NHSLA 2004c)

3. ขั้นตอนการเรียกร้องขอการชดเชย

กระบวนการร้องเรียนต่อ NHS มี 3 ขั้นตอน

1. **Local Resolution** ผู้ที่ได้รับ ความเสียหายจากการรักษาพยาบาลสามารถร้องเรียนด้วยวาจาในระดับสถานบริการ หน่วยงานระดับต้นจะเป็นผู้คลี่คลายเรื่องราว

2. **Management Resolution** ถ้าการร้องเรียนไม่ได้รับการแก้ไขหรือคลี่คลายในระดับต้น ผู้เสียหายจะต้องเสนอเรื่องเป็นลายลักษณ์อักษรต่อ Chief Executive เรื่องจะได้รับการจัดการภายใน 2 วันทำการ และจะต้องมีการสอบถามหาสาเหตุความผิดพลาด และจะหาข้อสรุปชี้แจงต่อผู้เสียหายภายใน 21 วัน

3. **Appeals** ถ้าผู้เสียหายยังไม่พอใจจากการเสนอเรื่องในระดับ Management Resolution จาก Chief Executive สามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 21 วันหลังจากที่รับเรื่องชี้แจงจาก Chief Executive ในกรณีนี้ NHSLA จะนำเรื่องเข้าสู่คณะกรรมการอิสระเพื่อพิจารณา เรื่องจะดำเนินการสิ้นสุดภายใน 21 วัน

4. สิทธิที่ผู้เสียหายจะได้รับจากแผนการชดเชย

สิทธิที่ผู้เสียหายจะได้รับ คือ การชดเชยการบาดเจ็บ (pain and suffering) การสูญเสียรายได้และรายจ่ายในการดูแลที่ผ่านมา รวมทั้งการสูญเสียรายได้และรายจ่ายในการดูแลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้น การจ่ายเงินชดเชยในกรณีการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์จะมีความซับซ้อนกว่าการบาดเจ็บกรณีอื่นๆ เนื่องจากผู้ที่ได้รับความเสียหายจะมีการเจ็บป่วยมาก่อนแล้ว จึงเข้ารับการรักษาในกรณีดังกล่าว ในบางกรณีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาจำนวนเงินที่จะต้องจ่ายได้แก่

- ค่าชดเชยการบาดเจ็บ ความเจ็บป่วย และการสูญเสียคุณภาพชีวิต
- ค่าใช้จ่ายในการดูแลประจำวัน 24 ชั่วโมง
- ค่าใช้จ่ายในการทำกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสภาพ
- ค่าดูแลบุตร
- ค่าการช่วยเหลืออื่นๆในบ้านที่เกี่ยวข้อง
- ค่ารักษาพยาบาลต่อเนื่อง

- ค่าใช้จ่ายในการดูแลในอนาคต
- เครื่องมือ อุปกรณ์ช่วยในการดูแล
- ค่าชดเชยการสูญเสียรายได้
- ค่าเสียหายอื่นๆ

5. ผลการดำเนินงาน

5.1 จำนวนกรณีการร้องขอรับการชดเชย

ในภาพรวม ช่วงปลายทศวรรษ 1970s มีการร้องขอค่าชดเชยทั้งหมดประมาณ 700 รายต่อปี รวมทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร หลังจากนั้นในช่วงปี ค.ศ.1983-1987 กรณีการร้องขอค่าชดเชยเพิ่มขึ้นประมาณสองเท่า แต่ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากกว่าสองเท่า (DoH 2003) ต่อมา ข้อมูลจากปี 1990 ถึงปี 1998 พบมีการร้องขอค่าชดเชยเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 72 (NAO 2001) ระหว่างปี ค.ศ.1996-2003 กรณีการร้องขอค่าชดเชยที่เกิดขึ้นใน NHSLA เพิ่มขึ้นประมาณ 15 เท่า (DoH 2003)

ในปี 2001-2002 มีการร้องขอค่าชดเชยจำนวน 7,054 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 7,798 ราย ในปีถัดมา (2002-2003) (NHSLA 2004c) จากข้อมูลของ DoH ในปี 2003 มีการร้องขอค่าชดเชยประมาณ 6,797 รายต่อปี (DoH 2003)

ล่าสุดในช่วงปี 2003-04 NHSLA ได้รับเรื่องร้องขอค่าชดเชยที่เป็นความผิดพลาดทางการแพทย์ทั้งหมด 6,251 ราย และในเดือนมีนาคม 2004 มีเรื่องที่กำลังดำเนินการทั้งสิ้นจำนวน 19,706 ราย โดยเฉลี่ย กรณีการร้องขอค่าชดเชยสิ้นสุดภายใน 1.36 ปี (NHSLA 2004c)

จำนวนการร้องขอค่าชดเชยจากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 7 ต่อปี (Fenn; Diacon; Gray; Hodges, and Rickman 2000) และการร้องเรียนต่อผู้ให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไป มีประมาณ 300-400 รายต่อปี (DoH 2003) การร้องเรียนส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลคือ การตายและการเจ็บปวดที่ไม่จำเป็น ส่วนสาเหตุของการร้องเรียนในสถานบริการปฐมภูมิคือ การวินิจฉัยผิดพลาดและการจ่ายยาผิด (The Royal College of Pathologists 2004)

NHSLA มีการรวบรวมรายงาน และจัดทำวารสารเผยแพร่เพื่อประกอบการปรับปรุงระบบบริการให้มีประสิทธิภาพขึ้น ในวารสารดังกล่าวได้รวมถึงกรณีการร้องเรียนที่เกิดขึ้น และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานแก่บุคลากรในสถานบริการด้วย (Towns 2001)

5.2 ค่าใช้จ่ายในการร้องขอค่าชดเชย

จากรายงานของ NHSLA พบว่า รายจ่ายการชดเชยกรณีความผิดพลาดทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากปี 1996-1997 มีรายจ่ายประมาณ 6 ล้านปอนด์ และเพิ่มสูงสุดในปี 2000-2001 เป็นเกือบ 900 ล้านปอนด์ หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงมาอยู่ที่ประมาณ 400 ล้านปอนด์ในปี 2003-2004 (NHSLA 2004b) โดยที่รายจ่ายทั้งค่าชดเชยและค่าบริหารจัดการทางกฎหมายในแผนการชดเชยความผิดพลาดทางคลินิกสูงถึง 446.2 ล้านปอนด์ในปี 2002-2003 และลดลงเป็น 422.5 ล้านปอนด์ในปี 2003-2004 คาดว่า รายจ่ายทั้งหมดรวมกรณีที่ไม่มียางานมีประมาณ 7.78 พันล้านปอนด์ สำหรับกรณีการร้องเรียนจากความผิดพลาดทางการแพทย์ (NHSLA 2004c)

ร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายในแผนงานเกิดจากการบาดเจ็บทางสมอง จากกรณีร้องขอค่าชดเชยร้อยละ 26 ซึ่งเป็นสาขาที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด (NAO 2001)

ร้อยละ 60-70 ของการร้องขอค่าชดเชย จะสิ้นสุดในการดำเนินการระยะแรก (Local Resolution) จากการพูดคุยกับที่ปรึกษาทางกฎหมาย และจากข้อมูลบันทึกทางการแพทย์ สำหรับรายที่มีการดำเนินการต่อเนื่องนั้น ร้อยละ 95 สิ้นสุดโดยการดำเนินการของ NHSLA โดยไม่ต้องเข้าสู่ระบบกฎหมาย สำหรับในรายที่เข้าสู่ระบบกฎหมายและได้รับการชดเชย ร้อยละ 78 (DoH 2003) ข้อมูลจาก NHSLA พบว่า ในปี 1995 ร้อยละ 35 ยุติโดยผู้ร้องเอง ร้อยละ 43 ยุตินอกศาล และร้อยละ 1.5 สิ้นสุดในศาล โดยผู้ร้องเรียนได้รับเงินชดเชย ร้อยละ 0.5 สิ้นสุดในศาลโดย NHS เป็นผู้ชนะคดี และร้อยละ 20 ยังอยู่ระหว่างการดำเนินการ (NHSLA 2004c) ส่วนข้อมูลล่าสุดในปี 2004 โดยรายงานของ NHSLA นั้นพบว่ามีกรณียุติเรื่องร้องเรียนโดยเข้าสู่คณะกรรมการพิจารณา (Management Resolution) มากกว่าร้อยละ 40 ถัดมาเป็นการยุติโดยผู้เสียหายเองประมาณร้อยละ 30 และต้องเข้าสู่ระบบศาลประมาณร้อยละ 2 เท่านั้น (Dott 2003)

ค่าใช้จ่ายในการชดเชย

	จำนวนเงิน (ปอนด์)	ร้อยละ
ค่าชดเชยการบาดเจ็บ การสูญเสียสมรรถภาพ	185,000	5
ค่าชดเชยการเสียโอกาสในการหารายได้	350,000	10
ค่าชดเชยการดูแลสุขภาพที่ผ่านมาและที่คาดการณ์ในอนาคต	2,965,000	85

ค่าใช้จ่ายชดเชยที่มากที่สุด คือ ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลที่ผ่านมา และการจ่ายเงินชดเชยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งมีมูลค่าถึงร้อยละ 85 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ส่วนใหญ่จะเป็นการจ่ายเงินก่อนครั้งเดียวจากการคำนวณปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยผู้เชี่ยวชาญ เช่น การคาดการณ์ค่าดูแลสุขภาพทั้งหมดที่จะเกิดขึ้น อายุขัยเฉลี่ย สถานที่ดูแลสุขภาพ ในบางกรณีต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ จำนวนมาก (DoH 2003)



ผลการดำเนินงานและข้อเสนอ เพื่อการปรับปรุงระบบการทำงานของ NHSLA

ในปี 2001 มีการประเมินการทำงานของ NHSLA โดย National Audit Office (NAO) (NAO 2001) และพบว่า ประชาชนส่วนหนึ่งไม่รู้ว่าสามารถร้องทุกข์ได้ ภายในหน่วยงาน NHS เองก็ยังไม่เห็นความสำคัญของการให้ข้อมูลว่า การบาดเจ็บอาจจะเกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ และยังมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับเจ้าหน้าที่ใน NHS นอกจากนี้ยังมีความกังวลว่า การที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำ จะทำให้ผู้เสียหายเข้าใจว่าเป็นความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล ผู้เสียหายส่วนหนึ่งไม่สามารถร้องเรียนเนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง และไม่สามารถคาดการณ์ได้ ในอดีตผู้เสียหายมักจะประสบปัญหากับการดำเนินการทางด้านกฎหมายโดยไม่มีการช่วยเหลือ

ทั้งนี้ความพยายามในการปฏิรูปการเข้าถึงด้านกฎหมายในอังกฤษนั้น Lord Chancellor's Department ได้เสนอในรายงาน Access to Justice ให้มีระบบ Conditional Fee ("No Win No Fee") แต่ดูเหมือนว่า Conditional Fee ไม่เหมาะสมกับกรณีความเสียหายเล็กน้อย เพราะการหาข้อมูลเริ่มต้นก็มีค่าใช้จ่ายสูง ภายใต้ข้อตกลงของ Legal Service Commission กรณีการร้องเรียนที่มีมูลค่าต่ำกว่า 10,000 ปอนด์ จะไม่ได้รับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายทางกฎหมาย นอกจากนั้นจากการศึกษาพบว่า กรณีการร้องเรียนที่มีมูลค่ามากกว่า 50,000 ปอนด์นั้น ร้อยละ 65 ของผู้ที่ร้องเรียนจะได้รับเงินชดเชยน้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการดำเนินการมาก

ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นว่าสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการนั้น มีมากกว่าการชดเชยด้านการเงินตามกฎหมาย แต่ยังต้องการคำขอโทษ คำอธิบายที่ชัดเจนและยอมรับได้ และความมั่นใจว่าเหตุการณ์ดังกล่าวจะไม่เกิดขึ้นซ้ำ ซึ่งยังไม่มีสิ่งเหล่านี้ในกระบวนการที่ผ่านมา จากรายงาน Learning from Bristol report ผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องการคำอธิบายและการขอโทษมากกว่าการชดเชยด้านการเงิน (The Royal College of Pathologists 2004)

นอกจากนี้ ระบบการชดเชยที่เป็นอยู่ปัจจุบัน ยังมีข้อโต้แย้งจากนักวิชาการหลายประการ เช่น ไม่ให้ความสำคัญกับการขอโทษ หรือการให้คำอธิบาย มีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายมาก ขาดการช่วยเหลือผู้เสียหาย ทำลายจริยธรรมและชื่อเสียงของวิชาชีพ ไม่มีการประเมินประนีประนอม ส่งเสริมการรักษาแบบป้องกันตนเองของแพทย์ และมีค่าใช้จ่ายสูง (The Royal College of Pathologists 2004) เป็นต้น

ในเดือนมิถุนายน ปี 2003 มีการประเมินกระบวนการชดเชยความผิดพลาดทางการแพทย์ เพื่อเสนอแนวทางการปฏิรูปโดย Chief Medical Officer (CMO) ในเอกสารประกอบการรับคำแนะนำจากองค์กรต่างๆ ชื่อ **"Making Amends"** (DoH 2003) สรุปผลจากการทบทวนโดยคณะทำงานหลายๆ ฝ่าย เห็นว่าการตัดสินชดเชยด้วยกฎหมายนั้นทำให้เกิดบรรยากาศที่ไม่ดีในการทำงาน มีค่าใช้จ่ายสูง เป็นระบบที่ซับซ้อน และใช้เวลานานกว่าการร้องเรียนจะสิ้นสุดลง ในเอกสารดังกล่าวยังได้วิเคราะห์เปรียบเทียบระบบการชดเชยที่ไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิดในหลายๆ ประเทศ ซึ่ง CMO ไม่เห็นด้วยที่จะให้ใช้ระบบการชดเชยที่ไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดแบบเบ็ดเสร็จเช่นในสวีเดนหรือนิวซีแลนด์ เนื่องจากแนวโน้มการร้องขอค่าชดเชยจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในภาพรวมจะสูงกว่าการชดเชยในระบบกฎหมาย เพราะไม่มีการจำกัดหลักเกณฑ์ นอกจากนี้ ค่าชดเชยที่ผู้เสียหายแต่ละรายได้รับจะต่ำกว่าการพิจารณาโดยศาล เนื่องจากมีการร้องเรียนจำนวนมากไม่สามารถกำหนดจำนวนเงินขึ้นสูงได้ อีกประการหนึ่ง ในทางปฏิบัติ ไม่ง่ายที่จะแยกระหว่างการบาดเจ็บจากความผิดพลาดทางการแพทย์กับการบาดเจ็บจากความเป็นไปของโรค ทำให้พิจารณาได้ยาก

รายงานฉบับดังกล่าวได้ร่างข้อเสนอแนะ 19 ข้อในรายละเอียด ในส่วนสาระสำคัญหลักๆ ได้แก่

- เสนอให้มีการตรวจสอบ และการรักษาต่อเนื่องสำหรับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ โดยมีการขอโทษ มีคำอธิบาย และมีการชดเชยเป็นเงินในจำนวนที่เหมาะสม
- ในกรณีการร้องเรียนที่มีมูลค่าการชดเชยที่ไม่เกิน 30,000 ปอนด์ เสนอให้มีระบบการชดเชยโดยการผสมผสานระหว่าง การปฏิรูประบบกฎหมายละเมิด การชดเชยแบบไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด และการจ่ายเงินโดยมีเพดานกำหนด โดยจะต้องเป็นความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์ที่หลีกเลี่ยงได้ และไม่ได้เกิดจากความผิดปกติตามปกติของโรค สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้เป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพในพื้นที่ ส่วนเงินช่วยเหลือจำนวน 30,000 ปอนด์ ให้เบิกจากส่วนกลาง

- เสนอให้มีการชดเชยที่ไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดแยกต่างหากในกรณีการบาดเจ็บทางระบบประสาทอย่างรุนแรง เช่น การบาดเจ็บทางสมองที่เกิดจากการคลอด เป็นต้น โดยจ่ายเงินค่าช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยเงินก้อน (lump sum) จำนวน 50,000 ปอนด์ ค่าดูแลรายปีสูงสุดจำนวน 100,000 ปอนด์ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น อุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่องเป็นเงินก้อนจำนวนสูงสุด 50,000 ปอนด์ แผนการชดเชยนี้ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรวิชาชีพแพทย์หลายองค์กร (Medical Defense Union 2003; Medical Protection Society 2003) และองค์กรดูแลผู้เสียหายจากการแพทย์ (Action for Victims of Medical Accidents; AVMA)
- เสนอให้มีการส่งเสริมให้ผู้ให้บริการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความจริงเปิดเผย โดยที่ข้อมูลดังกล่าวจะได้รับการคุ้มครองไม่ให้นำไปเปิดเผยต่อศาล ซึ่งข้อเสนอนี้ได้รับการโต้แย้งจากสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติ (BMA)

นอกจากนี้ รายงานยังเสนอให้ผู้เสียหายสามารถร้องเรียนในระบบกฎหมายได้ ยกเว้นกรณีการบาดเจ็บทางระบบประสาทที่เป็นการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด และกรณีที่ผู้เสียหายได้ยอมรับการจ่ายเงินช่วยเหลือตามแผนการชดเชยแล้ว

รายละเอียดของรายงานมีการนำเสนอผ่านทางเว็บไซต์ <http://www.dh.gov.uk> โดยมีหน่วยงานและองค์กรวิชาชีพต่างๆ ร่วมให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในรายละเอียดหลายประการ (The Law Society 2003; The Legal Service Commission ; Medical Defense Union 2003; The Royal College of Surgeons of England 2003; Medical Protection Society 2003; Royal College of Obstetricians and Gynecologists 2004; The Royal College of Pathologists 2004)

อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอดังกล่าวได้รับคำวิจารณ์จากนักวิชาการและองค์กรวิชาชีพหลายประการ เช่น ข้อโต้แย้งในเรื่องความเป็นธรรมในภาพรวม โดยเห็นว่าในกรณีการร้องเรียนที่มีมูลค่าต่ำนั้น ผู้ที่มีโอกาสและศักยภาพในการดำเนินการทางกฎหมายน่าจะพึงระบบกฎหมายมากกว่า ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความแตกต่างในจำนวนเงินชดเชยที่จะได้รับระหว่างผู้ที่เสนอเรื่องร้องเรียนในแผนงานดังกล่าวกับผู้ที่ได้รับเงินชดเชยที่มีการพิจารณาจากศาล รวมทั้งในแผนงานที่เสนอโดย CMO ดังกล่าวยังไม่รวมถึงความเสียหายที่เกิดจาก

ความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัยอีกด้วย (Capstick 2004)

นอกจากนี้ผู้บริหารจาก Action for Victims of Medical Accidents (AVMA) เห็นว่า จะทำให้กระบวนการทางกฎหมายไม่มีความสำคัญ เพราะมีการกำหนดเงินที่แน่นอน 100,000 ปอนด์ และในกรณีความเสียหายทางสมอง หลายคนอาจจะไม่ได้รับการชดเชย ในจำนวนที่จำเป็น (BBC News Online 2003) รวมทั้งความเห็นจากองค์กรวิชาชีพ เช่น BMA ที่สนับสนุนการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดมาตั้งแต่ต้น การไม่เห็นด้วยกับการใช้ระบบการชดเชยแบบเบ็ดเสร็จของ CMO ทำให้แพทย์ส่วนหนึ่งไม่เห็นด้วย และได้รับข้อวิพากษ์จากวิชาชีพแพทย์ แพทย์ต้องการหยุด **"วัฒนธรรมของการกล่าวหา"** (the blame culture) ในระบบฟ้องร้องปัจจุบัน ผู้บริหารใน BMA เห็นว่าในรายงานไม่ได้กล่าวถึง blame culture ที่มีอยู่ปัจจุบัน

กลไกวิชาชีพในการจัดการ กับปัญหาการฟ้องร้อง

นอกเหนือจาก NHSLA กลไกการจัดการกับการฟ้องร้องในประเทศอังกฤษ ยังประกอบด้วยกลไกที่สร้างขึ้นโดยวิชาชีพแพทย์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญมี 3 องค์กร คือ Medical Defense Organization- MDU Medical Protection Society- MPS และ Medical and Dental Defense Union of Scotland- MDDUS

Medical Defense Organization- MDU

MDU เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นในปี 1885 เนื่องมาจากเกิดกรณีนายแพทย์ชาวอังกฤษ ผู้หนึ่งชื่อ เดวิด แบรดลีย์ ถูกศาลตัดสินให้ต้องได้รับโทษในข้อหาข่มขืนผู้ป่วยหญิงที่เขาให้การรักษา แม้ว่าตอนหลังเขาจะพ้นข้อกล่าวหา แต่ นพ.เดวิด ก็ต้องติดคุกอยู่นาน 8 เดือน ผลจากกรณีดังกล่าวจึงเกิดการเคลื่อนไหวต่อต้าน จนพัฒนาเป็นองค์กร **"หมอช่วยหมอ"** ตั้งแต่นั้นจนถึงปัจจุบัน

MDU นับว่าเป็นองค์กรปกป้องแพทย์ทางกฎหมายองค์กรแรกของโลก วัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง คือเพื่อลดความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้องและให้การช่วยเหลือทางกฎหมายแก่สมาชิก ปรัชญาของการดำเนินงานก็คือ การเป็นองค์กร **"แพทย์เพื่อแพทย์"** (doctor for doctor) ทำหน้าที่ **"สนับสนุน"** และ **"ปกป้อง"** ศักดิ์ศรีและผลประโยชน์ของแพทย์ที่ทำงานอยู่ในสหราชอาณาจักร MDU มีคณะกรรมการบริหารรวม 7 คน มีแพทย์ที่เป็นสมาชิกเป็นเจ้าของ ทำหน้าที่ช่วยเหลือด้านกฎหมายและปกป้องชื่อเสียงแพทย์ที่เป็นสมาชิกตลอดชีวิตการอยู่ในวิชาชีพ ปัจจุบัน MDU มีสมาชิกทั้งสิ้นราว 185,000 เป็นแพทย์และทันตแพทย์ แม้ว่าจะไม่ใช่องค์กรประกัน แต่ MDU ก็ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือกับแพทย์ที่จ่ายเงินค่าสมาชิก

Medical Protection Society- MSP

MSP มีโครงสร้างแสงกว่าไร ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือทางด้านกฎหมายและจริยธรรมแก่แพทย์และทันตแพทย์ MSP ตั้งอยู่ที่สหราชอาณาจักร แต่มีข่ายงานครอบคลุม 35 ประเทศ และมีสมาชิกกว่า 250,000 คน ในจำนวนนี้ ครึ่งหนึ่งคือ แพทย์และทันตแพทย์ในสหราชอาณาจักร

MSP ตั้งขึ้นในปี 1892 ในประเทศอังกฤษ MSP มีใช้บริษัทประกัน แต่ทำหน้าที่ช่วยเหลือสมาชิก ในคดีการฟ้องร้อง การให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย ที่เกี่ยวกับความผิดพลาดทางการแพทย์ (http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_Protection_Society)

Medical and Dental Defense Union of Scotland- MDDUS

MDDUS ขึ้นครั้งแรกในปี 1902 เป็นองค์กรอิสระที่ทำเพื่อประโยชน์สมาชิก ที่เป็นแพทย์ ทันตแพทย์และวิชาชีพสุขภาพอื่นๆในสหราชอาณาจักร ในด้านการให้คำแนะนำช่วยเหลือด้านกฎหมาย กรณีเกี่ยวกับการฟ้องร้อง ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงโดยไม่มีวันหยุด (<http://www.mddus.com/mddus/about-us.aspx>)

ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด

การชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดในอังกฤษ เริ่มเป็นประเด็นพิจารณาในทางสาธารณะ ด้วยเหตุที่ผลกระทบเชิงลบของการใช้กลไกการฟ้องศาลปรากฏชัดและเป็นที่วิตกมากขึ้น มีการถกเถียงกันว่า ระบบการฟ้องศาลมีข้อดีในการแก้ปัญหาคความขัดแย้ง โดยเฉพาะการลงโทษบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ที่มีการกระทำที่ประมาทเลินเล่อ จนทำให้เกิดการบาดเจ็บ เสียหายกับผู้ป่วย ในทางทฤษฎีแล้วการฟ้องศาลจึงเป็นการปกป้องผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม พบว่า ระบบการฟ้องศาลมีข้อบกพร่องอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นกระบวนการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก ใช้เวลานาน และเงินชดเชยที่ได้รับไม่คุ้ม (ข้อมูลจาก National Consumer Council พบว่าโดยเฉลี่ย 85% ของเงินชดเชยที่ผู้เสียหายได้รับ หมดไปกับค่าใช้จ่ายกระบวนการฟ้องร้อง) ฯลฯ เป็นต้น

ข้อบกพร่องของระบบการฟ้องศาลที่เป็นที่วิพากษ์วิจารณ์มากขึ้นนี้เอง เป็นส่วนหนึ่งของการนำไปสู่การพิจารณาหาทางเลือกในการใช้ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด

ในปี 1973 รัฐบาลอังกฤษได้แต่งตั้งคณะกรรมการการชื้อ Royal Commission on Civil Liability and Compensation for Personal Injury หรือ the Pearson Commission คณะกรรมการดังกล่าวใช้เวลา 5 ปี ในการศึกษาปัญหาและมีข้อเสนอแนะหลายประการ หนึ่งในนั้นคือ การไม่เห็นด้วยกับการยกเลิกการใช้ระบบศาลในการตัดสินให้การชดเชยผู้ป่วยที่เสียหาย คณะกรรมการดังกล่าว ยังเสนอว่า กรณีของเด็กที่บาดเจ็บหรือพิการอย่างรุนแรง ควรได้รับการชดเชยโดยไม่ต้องคำนึงว่า ความพิการนั้นมาจากความผิดพลาดของใคร

ข้อเสนอแนะนี้เอง ที่ถือว่าเป็นการเคลื่อนไหว ที่นำไปสู่ทิศทางการแสวงหาทางออก โดยระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิด ซึ่งแม้ว่าข้อเสนอของคณะกรรมการชุดนี้ จะไม่เห็นด้วยกับการใช้ระบบนี้กับการชดเชยความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์ แต่ก็มองเห็นคุณประโยชน์ และได้เสนอแนะให้รัฐบาลอังกฤษศึกษาประสบการณ์ของระบบชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิดในประเทศสวีเดนและนิวซีแลนด์ เพื่อนำบทเรียนมาปรับใช้

ประมาณ 10 ปี ต่อมา สมาคมแพทย์แห่งอังกฤษ (British Medical Association) ประกาศให้การสนับสนุนแนวคิดนี้ และในเดือนธันวาคม 1999 รัฐบาลอังกฤษ โดยคณะกรรมการที่ชื่อ Health Select Committee ได้แสดงความสนใจกับการใช้ระบบการชดเชยความเสียหายแบบนี้ โดยเรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุข มีการศึกษาทบทวนและจัดพิมพ์เผยแพร่ข้อมูลในเรื่องนี้

ในปี 1999 ในการประชุมของสมาคมแพทย์อังกฤษ ที่เมืองเบลฟาสต์ ได้มีรายงานว่า ทั้งผู้ป่วยที่เป็นเหยื่อของความเสียหายและแพทย์ ต่างเรียกร้องให้มีการนำระบบการชดเชย โดยไม่พิสูจน์ความผิดมาใช้ นายแพทย์เดวิด พิคเกอร์ส์จิล ประธานคณะกรรมการด้านกฎหมายของสมาคมแพทย์อังกฤษ ได้เรียกร้องให้มีการใช้กลไกดังกล่าว โดยกล่าวว่า การฟ้องร้องแพทย์ในข้อหาที่เกี่ยวกับความเสียหายทางการแพทย์ กำลังกลายเป็น อุศนากรรมที่เติบโตอย่างมหาศาลให้กับผู้ประกอบวิชาชีพกฎหมาย (<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/387459.stm>)

อย่างไรก็ดี แม้อังกฤษจะไม่มีการใช้ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิดในการ แก้ปัญหาการบาดเจ็บจากความผิดพลาดทางการแพทย์ แต่ก็พบว่า ระบบดังกล่าวนี้ มีการใช้ในเงื่อนไขอื่น คือ การชดเชยการบาดเจ็บในโรงงาน (Industrial Injuries Scheme) การชดเชยการบาดเจ็บจากอาชญากรรม (Criminal Injuries Compensation Scheme) และที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ ซึ่งครอบคลุมเฉพาะการจ่ายเงินช่วยเหลือความเสียหายจากการรับวัคซีน (Vaccine Damage Payment Scheme)

วัคซีนที่อยู่ในแผนการชดเชย

- Diphtheria
- Tetanus
- Pertussis (Whooping cough)
- Poliomyelitis
- Measles
- Mumps
- Rubella (German measles)
- Tuberculosis (TB)
- Haemophilus Influenzae type b (HIB)
- Meningococcal group C (Meningitis C)
- Smallpox (up to 1st August 1971)

Vaccine Damage Payment Scheme

การจ่ายเงินช่วยเหลือสำหรับผู้ที่มีความเสียหายจากการรับวัคซีนเกิดขึ้นในปี 1979 สำหรับช่วยเหลือครอบครัวและผู้ที่ได้รับผลข้างเคียงจากวัคซีน ทั้งที่เกิดกับร่างกายและจิตใจ การจ่ายเงินชดเชยจะจ่ายครั้งเดียว และไม่ต้องจ่ายภาษี ปัจจุบันผู้ที่พิสูจน์ได้ว่าได้รับผลจากการฉีดวัคซีนจะได้รับการชดเชยเป็นเงิน 100,000 ปอนด์ การร้องทุกข์จะต้องทำภายในระยะเวลา 6 ปีหลังจากได้รับวัคซีน หรืออย่างช้าที่สุดเมื่อผู้ที่ได้รับวัคซีนมีอายุครบ 21 ปีบริบูรณ์ หลังจากมีการประกาศใช้แล้ว มีการร้องทุกข์จำนวน 5,000 ราย และได้รับการชดเชยจำนวน 910 ราย ในปี 2003

การชดเชยกรณีความเสียหายจากการได้รับวัคซีน อยู่ภายใต้การดูแลของ Vaccine Damage Payment Unit ซึ่งเป็นแผนกหนึ่งใน Department of Works and Pension (DWP) การชดเชยดังกล่าวครอบคลุมการให้วัคซีนในมารดาขณะตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลทำให้นบุตรที่เกิดมามีความพิการ และยังรวมถึงความพิการที่เกิดจากการสัมผัสโดยตรงกับผู้ที่ได้รับวัคซีนโปลิโออีกด้วย ความเสียหายจากการได้รับวัคซีนที่ได้รับการชดเชยจะต้องเข้าข่ายความพิการอย่างรุนแรง (severe disability) โดยที่ "ความพิการรุนแรง" หมายถึงการสูญเสียสมรรถภาพคิดเป็นร้อยละ 60 ของสมรรถภาพการใช้งานของอวัยวะ หรือร่างกายรวมทั้งจิตใจ ถ้ามีการสูญเสียการใช้งานโดยสมบูรณ์ (เช่น คาบอด หูหนวก โดยสมบูรณ์) จะถือว่าสูญเสียสมรรถภาพร้อยละ 100 (ก่อนหน้านี้จะชดเชยต่อเมื่อมีความพิการร้อยละ 80) ผู้ที่เสียหายจากผลของการฉีดวัคซีนจะได้รับการชดเชยอื่นๆ ด้วย เช่น การชดเชยการสูญเสียรายได้ (Income Support) การยกเว้นภาษีต่างๆ เป็นต้น ถ้าผู้พิการมีอายุต่ำกว่า 18 หรือไม่สามารถทำการใดๆ ได้ด้วยตัวเอง เงินชดเชยจะให้แก่คณะกรรมการผู้ดูแล หรือผู้ปกครอง ทั้งนี้แนวคิดของการจ่ายเงินดังกล่าวนี้ไม่ถือว่าเป็นการชดเชย แต่เป็นการให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาทุกข์แก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบเท่านั้น (DWP 2004)

หลังจากที่มีการประกาศใช้ครั้งแรกในปี 1979 The Vaccine Damage Payments Act 1979 (the 1979 Act) มีการทบทวนเป็นระยะ และมีการปรับปรุงเพดานของจำนวนเงินช่วยเหลือสูงสุดหลายครั้ง จากการประกาศใช้ครั้งแรกในปี 1979 นั้น จำนวนเงินช่วยเหลือสูงสุดเป็น 10,000 ปอนด์ ต่อมาได้ปรับเพิ่มเป็น 20,000 ปอนด์ ในปี 1985 เป็น 30,000 ปอนด์ในปี 1991 ในปี 1998 ปรับเพิ่มอีกครั้งเป็นจำนวนเงิน 40,000 ปอนด์ (BBC News Online 2000)

ในปี 2000 รัฐบาลได้ให้มีการทบทวนแผน ซึ่งคณะทำงานเห็นว่าระยะเวลาในการยื่นเรื่องกับจำนวนเงินที่ได้รับน้อยไปสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบ จึงมีการเสนอให้มีการปรับจำนวนเงินช่วยเหลือและระยะเวลาในการยื่นเรื่องขอรับความช่วยเหลือ ในที่สุดมีการปรับเพิ่มจำนวนเงินสูงสุดจาก 40,000 ปอนด์ เป็น 100,000 ปอนด์ ในปีเดียวกัน ส่วนผู้ที่เคยได้รับเงินในอัตราเดิมจะได้รับเพิ่มรายละเอียดตั้งแต่ 58,000 ปอนด์ ถึง 67,000 ปอนด์ (DWP 2004;BBC News Online 2000) และในปี 2002 หลังจากมีการทบทวนอีกครั้งหนึ่ง คณะทำงานได้นำเสนอเอกสาร Regulatory Reform (Vaccine Damage Payments Act 1979) Order 2002 จึงมีการปรับปรุงระยะเวลาให้ผู้เสียหายสามารถเสนอเรื่องได้จนกว่าจะมีอายุครบ 21 ปีบริบูรณ์ หรือ ภายใน 6 ปีหลังจากการให้วัคซีนที่เกี่ยวข้อง (ตามข้อกำหนดเดิม) และการลดเกณฑ์พิจารณาความพิการรุนแรง (severe disability) จากร้อยละ 80 ลงเป็นร้อยละ 60 หลังจากมีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ผู้ที่ไม่ได้รับการชดเชยก่อนหน้านี้เนื่องจากไม่เข้าเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ส่วนหนึ่งจะมีสิทธิในการร้องขอใหม่ได้ แต่มีการกำหนดระยะเวลาในการเสนอเรื่องเอาไว้ (BBC News Online 2000)

เกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อให้การชดเชย

ผู้ที่ได้รับผลจากการฉีดวัคซีนจะต้องมีอายุครบ 2 ปีบริบูรณ์ก่อนร้องเรียน

- จะต้องเป็นการให้วัคซีนก่อนอายุครบ 18 ปี ยกเว้นวัคซีนโปลิโอ ูเบลลา หรือ Meningococcal type C หรือการให้วัคซีนระหว่างการระบาดของโรค
- เป็นการให้วัคซีนในประเทศอังกฤษเท่านั้น แต่จะร้องขอการชดเชยได้เมื่อเดินทางออกนอกประเทศ
- ถ้าเป็นการให้วัคซีนนอกประเทศ จะต้องให้ระหว่างอยู่ในกองทัพ
- ต้องร้องเรียนภายใน 6 ปี นับจากวันที่ให้วัคซีนหรือภายในระยะเวลาที่ผู้ได้รับความเสียหายจะมีอายุครบ 21 ปีบริบูรณ์ หรือถ้าผู้ได้รับความเสียหายเสียชีวิตแล้ว จะต้องเป็นวันที่มีอายุครบ 21 ปีบริบูรณ์

สำหรับเกณฑ์การทดสอบความพิกานั้น เป็นมาตรฐานเดียวกับที่ใช้ประเมินความพิการจากอุบัติเหตุในโรงงานอุตสาหกรรม เช่น ความพิการร้อยละ 80 ได้แก่ การสูญเสียแขนต่ำกว่าไหล่ หรือ หูหนวกที่ไม่สามารถได้ยินเสียงตะโกนในระยะ 3 ฟุต เป็นต้น ทั้งนี้ Social Security Secretary จะเป็นผู้พิจารณากรณีการชดเชยโดยอาศัยความเห็นจากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ว่าเป็นผลจากวัคซีนหรือไม่ สูญเสียเป็นร้อยละเท่าไร ถ้าผลการพิจารณาไม่เป็นที่พอใจ ผู้เสียหายสามารถร้องขอให้มีการตรวจสอบจากคณะกรรมการอิสระ (Independent Vaccine Damage Tribunal) ได้

กรณีตัวอย่างผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการรับวัคซีน

- แกรี่ ฮันท์ ได้รับวัคซีนตอนอายุ 5 เดือน ปัจจุบันแขนขาพิการ ตาบอด และมีอาการทางสมอง ไม่สามารถกินอาหารด้วยตัวเองได้ ต้องใส่ผ้ากันเปื้อนตลอดเวลา 7 ปีหลังจากได้รับวัคซีน ครอบครัวได้รับเงินชดเชย 10,000 ปอนด์ และหลังจากมีการปรับปรุงเกณฑ์การพิจารณา ครอบครัวแกรี่ได้รับเงินชดเชยเพิ่ม 60,000 ปอนด์ อย่างไรก็ตาม แม่ของแกรี่ยังเห็นว่าเงินที่ได้รับนั้นยังไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่ต้องดูแลแกรี่ตลอด 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 41 ปีมาแล้ว รวมทั้งสามที่ที่ต้องออกจากงานเพื่อมาดูแล เธอบอกว่าเงินที่ได้มานั้นยังไม่พอแม้แต่การดูแลแค่ 12 เดือนด้วยซ้ำ เธอยังให้สัมภาษณ์ว่า ครอบครัวเธอควรได้รับการชดเชยที่เพียงพอสำหรับการซื้อที่พักอาศัยสำหรับดูแลแกรี่ และควรมีเงินเก็บในธนาคารสำหรับการดูแลที่จำเป็นในอนาคต เธอคิดว่าสิ่งที่จะต้องจ่ายสำหรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นควรจะอยู่ที่ 1.5 ล้านปอนด์
- เมลิสซา ไพรซ์ ได้รับความเสียหายจากการได้รับวัคซีนโอมรอน เมื่อ 24 ปีที่แล้ว ต้องการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง แม่ของเมลิสซาบอกว่าคงต้องเป็นเช่นนี้ไปตลอดชีวิต

ครั้งแรก ครอบครัวได้รับการชดเชยเป็นเงิน 10,000 ปอนด์ ปัจจุบันได้รับเพิ่ม 70,000 ปอนด์ แม่ของเมลิสซาต้องการให้แน่ใจว่าจะมีเงินเพียงพอในการดูแลต่อไปในอนาคตในยามที่เธอไม่อยู่ (BBC News Online Tuesday, 27 June, 2000, 'Compensation plans are an insult' <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/808779.stm>)



แม้ว่าระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิดของอังกฤษจะยังไม่ถูกนำมาใช้อย่างเป็นทางการ ในการแก้ปัญหาค่าเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์ โดยที่กลไกทางศาลยังเป็นกลไกหลัก และมีกลไกของ NHS คือ NHSLA ทำหน้าที่จัดการกับปัญหาอยู่ กระนั้น วิถีคิดจากจำนวนการฟ้องร้องและมูลค่าความเสียหายที่เป็นผลกระทบที่ตามมา ดูเหมือนจะทำให้แนวคิดการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิด กำลังเป็นประเด็นที่ได้รับการพิจารณาจากฝ่ายที่เกี่ยวข้องมากขึ้น

1. BBC News Online. (2000) More Cash for Vaccine Victims [Web Page]. 2000 Jun 27; Accessed 2004 Apr 25. Available at: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/808178.stm>.
2. BBC News Online (2004) NHS claims body planned [Web Page]. 2003 Jun 30; Accessed 2004 Apr 25. Available at: <http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-/1/hi/health/302637.stm>.
3. Capstick (2004) The future of clinical negligence litigation? British Medical Journal. 2004 Feb 21; 328:457-460.
4. Chacko (2009) Medical Liability Litigation: An Historical Look At The Causes For Its Growth In The United Kingdom (Discussion Papers in Economic and Social History Number 77, April 2009) University of Oxford
5. Dixon, Anna and Mossialos, Elias, Editors. Health Care System in Eight Countries: Trends and Challenges. London: London School of Economics & Political Science Hub; 2002 Apr(European Observatory on Health Care Systems).
6. DoH (2003) Making Amends: A consultation paper setting out proposals for reforming the approach to clinical negligence in the NHS. A report by the Chief Medical Officer. London: Department of Health Publications; 2003.
7. DWP. Vaccine Damage Payment [Web Page]. 2004 Apr; Accessed 2004 Oct 13. Available at: http://www.dwp.gov.uk/lifeeven/benefits/vaccine_damage_payments.asp.
8. Fenn et al (2000) Current cost of medical negligence in NHS Hospitals. British Medical Journal. 2000 Jun 10; 320:1567-1571.
9. Fenn, Gray and Rickman (2003) The economics of clinical negligence reform in England; 2003 Dec 14.
10. Medical Defence Union (2003) Making Amends: Reforming clinical negligence in the NHS; The MDU's response; 2003 Oct 16.
11. Medical Protection Society. MPS's response to: Making Amends-The Chief Medical Officer's proposals for reforming the clinical negligence system'; 2003 Oct.
12. NAO (2001) Handling clinical negligence claims in England. London: National Audit Office; 2001 May.
13. NHSLA (2003) Contribution Setting for CNST. Improving Clinical Practice Review. 2003 Autumn; (28): 14-16.
14. The NHSLA (2004a) Factsheet 1: Background Information. NHS; 2004a Apr.

15. The NHSLA (2004b) Factsheet 2: Financial Information. NHS; 2004b Apr.
16. The NHSLA (2004c) Factsheet 3: Information on Claims. NHS; 2004c Apr.
17. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Response to the report by the Chief Medical Officer: Making Amends: A consultation paper setting out proposals for reforming the approach to clinical negligence in the NHS [Web Page]. Accessed 2004 May 20. Available at: <http://www.rcog.org.uk/>.
18. The Law Society (2003) Making Amends: A consultation paper setting out proposals for reforming the approach to clinical negligence in the NHS: The Law Society Response. London: The Law Society; 2003 Oct.
19. The Legal Service Commission. Making Amends-Report of the Chief Medical Officer (CMO): Response of the Legal Service Commission.
20. The Royal College of Pathologists (2004) Making Amends: Doing better, costing money? [Web Page]. Accessed 2004 May 15. Available at: <http://www.rcpath.org>.
21. The Royal College of Surgeons of England. Making Amends-the CMO's proposals for reforming the approach to clinical negligence in the NHS: Response to the consultation document by The Royal College of Surgeons of England; 2003 Oct.
22. Towns David (2001) Clinical Cases by Specialty. NHSLA Journal. 2001(1):5-14.
23. Towse and Danzon (1999) Medical Negligence and The NHS: An Economic Analysis. Health Economics. 1999; 8:93-101.
24. WHO (1999) Health Care Systems in Transition: United Kingdom. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999.
25. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/387459.stm>
26. <http://www.telegraph.co.uk/health/3702222/Thousands-of-NHS-patients-suffer-avoidable-medical-errors-says-Healthcare-Commission.html>
27. http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_Protection_Society
28. http://www.the-mdu.com/topnav_125_0/index.asp
29. <http://www.mddus.com/mddus/about-us.aspx>
30. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/387459.stm>





ประเทศนิวซีแลนด์

New Zealand



ข้อมูลทั่วไป

ประเทศนิวซีแลนด์มีการปกครองแบบประชาธิปไตยที่มีการเลือกตั้ง โดยมีระบบรัฐสภาเดียว (สภานิติบัญญัติ) คณะรัฐบาลเป็นแบบรัฐบาลผสมจากหลายพรรค

จำนวนประชากรในปี ค.ศ.2006 ประมาณ 4.023.79 ล้านคน เกือบร้อยละ 80 สืบเชื้อสายมาจากอังกฤษและไอร์แลนด์ ประมาณร้อยละ 15 เป็นชาวเมารีซึ่งเป็นชนพื้นเมืองดั้งเดิม นอกจากนั้นยังมีกลุ่มที่อาศัยตามหมู่เกาะต่างๆ และผู้ที่มีเชื้อสายเอเชียอีกส่วนหนึ่งด้วย นิวซีแลนด์เป็นประเทศ ที่มีประชากรที่มีอายุน้อยมากกว่าประเทศทางยุโรปอื่นๆ (European Observatory on Health Care Systems 2002)

ประชาชนที่มีรายได้จะต้องจ่ายภาษีอัตราตามรายได้ ผู้ที่มีรายได้ 38,000 NZD แรก ต้องจ่ายภาษี 19.5 เซนต์ ต่อ 1 NZD สำหรับรายได้ตั้งแต่ 38,001-60,000 NZD ต่อมา จะต้องจ่ายภาษี 33 เซนต์ ต่อ 1 NZD และสำหรับรายได้ตั้งแต่ 60,001 ขึ้นไป ต้องหักภาษีจำนวน 39 เซนต์ ต่อ 1 NZD นอกจากนี้ ผู้ที่มีรายได้ต้องจ่ายภาษีร่วมในแผนการชดเชยอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation; ACC) ด้วย



ระบบบริการสุขภาพของประเทศ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีต้นตออยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health; MoH) นิวซีแลนด์เริ่มมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งแรกในปี 1980 โดยกระจายอำนาจการเงินและการบริหารจัดการให้กับคณะกรรมการสุขภาพ (Health Board) 12 แห่งทั่วประเทศ ต่อมาในปี 1990 รัฐบาลแห่งชาติได้จัดตั้งหน่วยจัดซื้อบริการระดับภูมิภาค regional purchasing authorities หรือ Health Funding Authorities (HFAs) 4 แห่ง ให้มีอำนาจในการจัดซื้อบริการ และมีตัวแทนที่ดูแลการจัดซื้อบริการสุขภาพในระดับอำเภอหรือ District Health Authorities (DHAs) จำนวน 23 แห่ง เป็นตัวแทนดำเนินการจัดหาบริการแก่ประชาชนในเขตพื้นที่ หลังจากนั้น ในช่วงปลายทศวรรษที่ 1990s รัฐบาลแห่งชาติได้ลดอำนาจของ DHAs ลง และรวมอำนาจการจัดซื้อเข้าสู่หน่วยงานกลาง เพื่อควบคุมระบบการเงินการคลังสุขภาพในประเทศโดยใช้กลไกการตลาดมาเป็นตัวจัดการระบบบริการสุขภาพด้วยการแยกผู้ซื้อ-ผู้ขายออกจากกัน

อย่างไรก็ตาม รัฐบาลพรรคแรงงานซึ่งเข้ามาบริหารประเทศในปี 1999 เห็นว่าระบบดังกล่าวไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะความไม่เท่าเทียมและความไม่เป็นธรรมกับชนกลุ่มน้อยได้ จึงเข้ามาบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพอีกครั้งหนึ่งด้วยการยกเลิก Health Funding Authority (HFA) และตั้ง District Health Board (DHBs) จำนวน 21 แห่ง ภายใต้ข้อบังคับตาม Health and Disability Act ปี 2000 เพื่อกระจายอำนาจในการบริหารจัดการด้านการเงินสู่ท้องถิ่น และให้จัดบริการสุขภาพส่วนหนึ่งด้วยนับเป็นการสิ้นสุดการแยกอำนาจผู้ซื้อ-ผู้ขายบริการ

รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยนิวซีแลนด์เพิ่มจากร้อยละ 5.2 ของ GDP โดยประมาณในปี 1987 เป็นร้อยละ 8.2 ในปี 1998 โดยที่การคลังสุขภาพหลักมาจากภาษีที่เหลือมาจากการจ่ายส่วนบุคคลและระบบประกันจากภาคเอกชน โดยที่ข้อมูลในปี 1998-1999 พบว่าร้อยละ 77.5 มาจากภาษี ร้อยละ 15.9 มาจากการจ่ายส่วนตัว (out of pocket) และที่เหลือร้อยละ 6.2 มาจากประกันเอกชน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพแพทย์และผู้ให้บริการด้านสุขภาพหลักๆ
ในประเทศนิวซีแลนด์ มีดังนี้ (Campbell 2004)

1. กระทรวงสุขภาพ

กระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health: MoH) เป็นหน่วยงานระดับชาติที่ทำหน้าที่
ดูแลนโยบาย การติดตามควบคุมประเมินงานด้านสุขภาพ และรับผิดชอบการเงิน
การคลังในการดูแลสุขภาพในภาพรวม

คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (District Health Board: DHBs) เป็นหน่วยงาน
ที่จัดตั้งขึ้นตาม Public Health and Disability Act 2000 มีทั้งหมด 21 แห่ง
รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของประชากรในเขต โดยอาจจะจัดให้มีการบริการเอง
หรือจัดซื้อจากผู้ให้บริการอื่นๆ สำหรับ DHB แห่งหนึ่งๆ จะมีโรงพยาบาลอย่างน้อย
1 แห่งในการให้บริการ สมาชิกของ DHB ประกอบด้วยกรรมการที่มาจากการ
เลือกตั้ง กับกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสุขภาพ

Privately own services
ซื้อบริการจากสถาน
พยาบาลเอกชน

3rd Sector services
ซื้อบริการของหน่วยงาน/
ภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

DHBs own service ใช้
สถานพยาบาลในสังกัด
ตนเองในแต่ละพื้นที่

2. หน่วยงาน/องค์กรวิชาชีพ และผู้ให้บริการอื่นๆ

- **แพทยสภาแห่งนิวซีแลนด์** (Medical Council of New Zealand) เป็นหน่วยงานตามกฎหมายที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพที่ลงทะเบียน แต่ไม่ได้มีหน้าที่โดยตรงในการควบคุมและลงโทษบุคลากรที่กระทำผิด
- **สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพและทุพพลภาพ** (The office of the Health and Disability Commissioner: HDC) มีหน้าที่ดูแลคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคในระบบบริการสุขภาพ ในบางครั้งผู้บริโภคสามารถร้องเรียนโดยตรงได้
- **องค์กรสุขภาพปฐมภูมิ** (Primary Health Organization: PHO) เป็นองค์กรที่ดั่งขึ้นใหม่ ได้รับงบประมาณจาก DHB ในการให้บริการประชาชน โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวที่มีการคำนวณจากสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม
- **สมาคมวิชาชีพอิสระ** (Independent Practice Association: IPA) เป็นองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร ดูแลการใช้งบประมาณในด้านเภสัชกรรมและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การควบคุมคุณภาพวิชาชีพและการศึกษาต่อเนื่อง

ระบบบริการสุขภาพ

นิวซีแลนด์ได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่มีหลักประกันทางสังคมถ้วนหน้าที่ให้ความคุ้มครองทุกคนครอบคลุมแบบเบ็ดเสร็จ แพทย์หรือผู้ให้บริการอิสระจะให้บริการปฐมภูมิทั่วๆ ไป ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้จากผู้ให้บริการอิสระที่สามารถเลือกได้ โดยจะจ่ายค่าบริการตามรายบริการ (fee-for-service) โดยรัฐจะออกค่าใช้จ่ายให้ส่วนหนึ่ง สำหรับผู้มีรายได้น้อย รัฐจะออกบัตรสงเคราะห์ให้

ผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐจะให้บริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการในโรงพยาบาลของรัฐจะให้บริการฟรีทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่ในกรณีการให้บริการเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องจ่ายร่วมในเพดานสูงสุดที่ 15 เหรียญนิวซีแลนด์ต่อรายการ ยกเว้นยาสำหรับเด็กต่ำกว่า 6 ขวบ สำหรับโรงพยาบาลเอกชนให้บริการเฉพาะทาง เช่น ศัลยกรรมและการดูแลในระยะยาว ผู้ให้บริการเฉพาะทางมีคลินิกให้บริการส่วนตัว และแพทย์ส่วนใหญ่ก็ยังทำงานในภาครัฐด้วยเช่นกัน (European Observatory on Health Care Systems 2002)

ในกรณีที่ต้องจ่ายยา ผู้รับบริการจะต้องร่วมจ่ายในอัตราที่กำหนดไว้ หากเป็นผู้มีรายได้น้อยจะได้รับบัตรสงเคราะห์จากรัฐบาล ผู้ให้บริการสามารถเรียกเก็บจากรัฐได้ โดยรัฐจะจ่ายตามจริง (pay as you go) สองในสามของแพทย์ที่ให้บริการทั่วไปในระดับปฐมภูมิจะรวมกลุ่มกันให้บริการ มีการก่อตั้งสมาคมผู้ให้บริการอิสระ (Independent Practitioner Association: IPA) เพื่อบริหารจัดการงบประมาณที่มาจากภาครัฐสำหรับบริการด้านเภสัชกรรมและการตรวจวินิจฉัย และร้อยละ 80 ของผู้ให้บริการในประเทศนิวซีแลนด์เป็นสมาชิกขององค์กรวิชาชีพหรือ IPA องค์กรใดองค์กรหนึ่ง (European Observatory on Health Care Systems 2002)

การจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการ

- **แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลภาครัฐ** จะได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน กลุ่มแพทย์จะต่อรองค่าตอบแทนกับตัวจ้างเอง แพทย์ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานส่วนตัวด้วย
- **แพทย์ในภาคเอกชน** จะได้รับค่าตอบแทนตามการบริการ (Fee-for-services)
- **แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป** ได้รับค่าตอบแทนจากหลายแหล่ง ร้อยละ 85 รับค่าตอบแทนจากการสนับสนุนของรัฐบาลตามรายการบริการ (Fee-for-services) อีกร้อยละ 15 รับเงินเหมาจ่ายเป็นรายหัวประชากร (Capitation fees) โดยภาครัฐมีความตั้งใจจะให้บริการประชาชนอย่างครอบคลุม อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ จะมีการเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการ (patient fees) ด้วย ปัจจุบันมีความพยายามที่จะให้มีระบบการจ่ายเงินในระบบการบริการปฐมภูมิเป็นแบบรายหัวประชากรมากขึ้น



ระบบการชดเชยการบาดเจ็บส่วนบุคคล : ร่มใหญ่ของระบบชดเชยการบาดเจ็บและ เสียหายจากบริการทางการแพทย์

ประเทศนิวซีแลนด์ได้นำระบบ No-fault มาใช้ตั้งแต่ปี 1900 โดยได้รับแนวคิดจากประเทศเยอรมัน โดยนำมาใช้กับการชดเชยการบาดเจ็บจากการทำงานให้กับคนงานหรือพนักงานเป็นอันดับแรก ระบบการชดเชยการบาดเจ็บนี้ต่อมาได้กลายเป็นร่มใหญ่ของระบบชดเชยความเสียหายจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งแบ่งไว้เป็น 7 แผนงาน โดยมีองค์กร Accident Compensation Corporation (ACC) ที่ตั้งขึ้นตามข้อบังคับในพระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Act) ในปี 1974 ดูแลทั้งระบบ

ในส่วนของแผนงานการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ เป็น 1 ใน 7 แผนงานชดเชยของ ACC โดยมีฝ่าย/แผนกที่เรียกว่า Medical Misadventure Unit (MMU) เป็นหน่วยงานใน ACC ดูแลรับผิดชอบ

พัฒนาการของระบบการชดเชยการบาดเจ็บส่วนบุคคล

การชดเชยการบาดเจ็บแบบไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด ถือว่าเป็นการให้ชดเชยแบบเบ็ดเสร็จ โดยไม่จำเป็นต้องพิสูจน์สาเหตุของการบาดเจ็บ ซึ่งในระยะแรกๆ ยังไม่มีคำจำกัดความที่ชัดเจนในหลายๆ ประเด็น (Studdert; Thomas; Zbar; Newhouse; Weiler; Bayuk, and Brennan 1997) (Corkill 2002) อย่างไรก็ตาม ระบบการชดเชยดังกล่าวมีความเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ ดังนี้

1. Accident Compensation Act 1974

ประเทศนิวซีแลนด์ได้นำระบบ No-fault มาใช้ตั้งแต่ปี 1900 ภายใต้ข้อบังคับใน Worker Compensation Act โดยจ่ายค่าชดเชยเป็นรายสัปดาห์ ถ้าเสียชีวิตจะจ่ายให้ผู้ที่อยู่ในความดูแล โดยนายจ้างจะเป็นผู้ทำประกันให้คนงาน ผลประโยชน์ที่ได้รับจะไม่มากนักและจ่ายเป็นระยะเวลา 6 ปีเท่านั้น นอกจากนี้กฎหมายยังไม่ครอบคลุมผู้ที่ไม่มีงานทำและผู้ได้รับอุบัติเหตุจากรถ ต่อมาปี 1928 มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการประกันอุบัติเหตุยานพาหนะ (Motor Vehicle Insurance Act) เพิ่มเติม โดยบริษัทประกันภัยจะเป็นผู้รับผิดชอบการใช้จ่ายในการชดเชยดังกล่าว (ACC 2004b)

ในปี 1967 มีการจัดตั้ง Royal Commission ขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการจ่ายเงินชดเชย คนงานที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ ที่ประชุมได้สรุปเป็นรายงาน Woodhouse Report ขึ้น และเสนอให้มีการใช้ระบบ No-fault ในการชดเชยการบาดเจ็บของบุคคล (personal injury) ที่ครอบคลุมกว้างมากขึ้น ภายใต้การคุ้มครองดังกล่าว ลูกจ้างจะไม่สามารถปฏิเสธสิทธิ ในการฟ้องร้องนายจ้างในกรณีการบาดเจ็บ จนกระทั่งปี 1972 คณะรัฐมนตรีได้ผ่านร่าง พระราชบัญญัติ Accident Compensation Act และมีการแก้ไขเพิ่มเติมเป็นระยะ จนเนื้อหาในพระราชบัญญัตินี้มีความครอบคลุมมากขึ้น ในปี 1974 โครงการดังกล่าวจึง ประกาศใช้อย่างเป็นทางการ พร้อมกับมีการจัดตั้ง Accident Compensation Corporation (ACC) ขึ้น ให้มีอำนาจหน้าที่ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว

ในระยะแรก กฎหมายประกอบไปด้วย 3 แผนหลัก ได้แก่ **หนึ่ง** แผนสำหรับผู้มีรายได้ เก็บเงินสมทบจากนายจ้างส่วนหนึ่งร่วมกับการหักภาษี ณ ที่จ่ายจากผู้มีรายได้อีกส่วนหนึ่ง และการจ่ายโดยผู้ที่มีกิจการส่วนตัว **สอง** แผนอุบัติเหตุจากยานพาหนะ การเก็บเงินสมทบ จากเจ้าของรถและผู้ขับขี่ และ **สาม** แผนที่ให้ความคุ้มครองอื่นๆ ได้รับเงินสมทบจาก รัฐบาล ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการชดเชยได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ การฟื้นฟู ค่าเดินทางในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เงินชดเชยรายได้ โดยจ่ายหลังจาก วันที่ 7 หลังจากอุบัติเหตุเป็นต้นไปในอัตราร้อยละ 80 ของรายได้ต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีเงินก้อนสำหรับชดเชยในกรณีเสียหายหรือพิการถาวรแต่มีการจำกัดเพดานสูงสุดเอาไว้ รวมทั้งค่าทำศพและเงินก้อนชดเชยสำหรับคู่สมรสและบุตรในรายได้เสียชีวิต

กล่าวได้ว่า แนวคิดการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลในนิวซีแลนด์ได้เริ่ม ใน Accidental Compensation Act ปี 1974 เป็นการให้การชดเชยแก่ **"การบาดเจ็บของ บุคคลที่เกิดจากอุบัติเหตุ"** (personal injury by accident) โดยถือว่าการบาดเจ็บจากการ รักษาทางการแพทย์เป็นอุบัติเหตุ หลังจากที่มีการประกาศใช้ไปได้ระยะหนึ่ง จึงมีการเพิ่ม ประเด็นเรื่อง **"Medical or surgical misadventure"** และรวม **"medical, surgical dental, or first aid misadventure"** ลงไปในกฎหมายเพิ่มเติม แต่ยังไม่มีความจำกัดความที่ ชัดเจน การพิจารณาว่ากรณีใดเข้าข่ายที่จะได้รับชดเชยหรือไม่ยังขึ้นอยู่กับการพิจารณา ของคณะกรรมการของ ACC, Accidental Compensation Appeal Authority, และการ ตีความของศาล ต่อมาในปี 1976 มีการขยายความครอบคลุมของ medical misadventure ให้หมายรวมถึง **"medical error"** และ **"medical mishap"** ด้วย (Corkill 2002)

2. Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act 1992

ในปี 1979 โครงการเริ่มประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย โดยปลายปี 1980 พบรายจ่ายเพิ่มประมาณร้อยละ 60 ต่อปี จึงมีการทบทวนและเปลี่ยนแปลงรายละเอียดหลายประการ จนในที่สุดมีการรวมสามแผนงานหลักเป็นแผนงานเดียว โดยที่มาของเงินยังมีที่มาจากสามแหล่งเหมือนเดิม และมีการกำหนดเพดานในการจ่ายชดเชย

ปี 1986 มีการทบทวนอีกครั้ง โดยคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย และสรุปเป็นรายงานในปี 1987 รัฐบาลได้มีมติให้มีการทบทวนและมีรายงานออกมา ในปี 1988 เสนอการเปลี่ยนแปลงหลายประการ จนนำไปสู่การแก้ไขเพิ่มเติมในปี 1989 โดยขยายการคุ้มครองของแผนการชดเชยให้รวมความเจ็บป่วยและโรค (sickness or disease) จนกระทั่งปี 1990 รัฐบาลแห่งชาติเข้ามามีอำนาจและให้มีการทบทวนขึ้นอีกครั้ง สหพันธ์ผู้จ้างงานและที่ประชุมนักธุรกิจไม่ต้องการให้นายจ้างต้องจ่ายสมทบในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุที่ไม่ใช่สาเหตุจากการทำงานอีกต่อไป นอกจากนั้นยังมีการเสนอให้ลดค่าใช้จ่าย โดยการเปิดโอกาสให้ทางเลือกกับการประกันเอกชนมากขึ้นและมีการแข่งขันระหว่างการประกันภาครัฐและภาคเอกชน

ก่อนการปฏิรูปในปี 1992 แผนการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล ยังถือเป็นการบาดเจ็บส่วนบุคคลที่รวมอยู่กับการบาดเจ็บอื่นๆ ไม่ได้แยกออกมาชัดเจน การทบทวนรายงานในปี 1990 จนถึงปี 1991 เสนอให้มีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในเอกสารชื่อ ACC-a fairer scheme ในปี 1992 จึงเกิด Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act ขึ้น โดยแยกเป็นบัญชีรายจ่ายเป็นหลายประเภท มีบัญชีสำหรับการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลเป็นบัญชีหนึ่งแยกออกมา และจัดตั้ง Medical Misadventure Unit (MMU) ขึ้นมาเป็นหน่วยงานที่ดูแลกรณีการชดเชยในกรณีการบาดเจ็บจากความผิดพลาดทางการแพทย์โดยตรง (ACC 2004b) รวมทั้งให้คำจำกัดความของ medical error และ medical mishap ที่ชัดเจนขึ้น โดยที่ medical error หมายถึง **ความผิดพลาดของบุคลากรทางสุขภาพที่ลงทะเบียนในการหาวิธีการรักษา และทักษะที่สมเหตุผลที่ถูกคาดหวังในสถานการณ์นั้นๆ และ medical mishap หมายถึง ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโดยบุคลากรสุขภาพที่ลงทะเบียนและเป็นผลข้างเคียงที่มีโอกาสเกิดได้น้อยมาก (ไม่เกินร้อยละ 1) และเป็นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นรุนแรง (เสียชีวิต พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน หรือมีการบาดเจ็บต่อเนื่องมากกว่า 28 วัน) (Corkill 2002)** นอกจากนี้ยังมีการแก้ปัญหาด้านการเงินการคลังโดยการจำกัดจำนวนเงินที่ชดเชย การลดเพดานจำนวนเงินที่ชดเชย และลดอัตราการสนับสนุนจากภาค

รัฐแก่ผู้ให้บริการปฐมนิลงจากการจ่ายตามจริง มาเป็นการจ่ายในวงเงินที่จำกัด (Flood 2000) การปฏิรูปที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นการแก้ปัญหาการจ่ายที่เพิ่มขึ้นในระยะแรก

3. Accident Insurance Act 1998

ต่อมาในปี 1998 รัฐบาลได้เปลี่ยนแปลงรายละเอียดบางประการ จากแนวคิดที่ต้องการให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ และเพื่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยงานมีระบบการป้องกันอุบัติเหตุและส่งเสริมความปลอดภัยในที่ทำงาน จึงเกิดพระราชบัญญัติ Accident Insurance Act มาแทนที่ Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act เดิม โดยอนุญาตให้ประกันภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการให้ประกันการบาดเจ็บจากการทำงานเพื่อให้เกิดการแข่งขัน ทั้งนี้การบาดเจ็บจากการทำงานจะอยู่ในความรับผิดชอบของบริษัทประกันเอกชน เริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ปี 1999 แต่ในปี 2000 ACC กลับมาเป็นผู้รับผิดชอบการให้ประกันการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงานอีกครั้งหนึ่ง

4. Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002

จนกระทั่ง ปี 2001 รัฐบาลได้เสนอ Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act และมีผลบังคับใช้ในปี 2002 โดยเนื้อหาหลักๆ ยังคงเหมือนเดิม แต่จะให้ความสำคัญกับการป้องกันการบาดเจ็บเป็นหลัก รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ และการให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลข่าวสารความผิดพลาดที่ต้องมีการเปิดเผยแก่หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยถือเป็นหน้าที่ตามกฎหมายที่ ACC จะต้องส่งข้อมูลความผิดพลาดดังกล่าวแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วย เพื่อควบคุมการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาต่อไป นอกจากนี้ยังมีการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือแบบเงินก้อนขึ้นใหม่สำหรับการบาดเจ็บหรือสูญเสียถาวร(New Zealand Parliamentary Council Office 2004)

ระบบชดเชยการบาดเจ็บส่วนบุคคลในภาพรวมในปัจจุบัน

ขอบเขตการชดเชยแบบเบ็ดเสร็จ

ประเทศนิวซีแลนด์ถือได้ว่าเป็นประเทศหนึ่งที่ไม่กี่ประเทศ และเป็นประเทศแรกๆ ที่นำระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ผิด (No fault compensation) มาใช้สำหรับการชดเชยในกรณีการบาดเจ็บส่วนบุคคลที่ถือได้ว่าครอบคลุมหลักประกันทางสังคมแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive no-fault compensation schemes) โดยครอบคลุมค่าชดเชยทั้งการดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จำเป็นระหว่างที่มีการบาดเจ็บอีกด้วย การบาดเจ็บส่วนบุคคลที่ให้การคุ้มครองได้แก่ การเสียชีวิต การบาดเจ็บทางกาย การบาดเจ็บทางจิตใจที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการบาดเจ็บทางร่างกาย ความเสียหายต่องาน ทัศนคติหรือประวัติด้านชีวิต แผนการชดเชยดังกล่าวครอบคลุมประชากรชาวนิวซีแลนด์ทุกคนทั้งที่อาศัยอยู่ในประเทศและเดินทางอยู่ที่ใดๆ ก็ตาม รวมทั้งผู้ที่พักอาศัยในประเทศเป็นการชั่วคราว (ACC 2002b)

องค์กรจัดการและการเงินการคลังของระบบชดเชยการบาดเจ็บ

หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลกรณีการบาดเจ็บและความเจ็บป่วยอย่างครอบคลุมในประเทศนิวซีแลนด์ ได้แก่ Accident Compensation Corporation (ACC) ที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Act) ในปี 1974

การบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ ที่เรียกว่า Medical Misadventure Scheme เป็นหนึ่งใน 7 แผนงาน ซึ่งอยู่ภายในความรับผิดชอบของ Accident Compensation Corporation (ACC) โดยมี Medical Misadventure Unit (MMU) เป็นหน่วยงานใน ACC ดูแลรับผิดชอบแผนงานการชดเชยกรณีการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์

ประชาชนนิวซีแลนด์ทุกคนจะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนสำหรับการดำเนินงานโดยผ่านระบบภาษี เช่น ภาษีเงินได้ (pay as you earn) ภาษีสินค้าและบริการ และผ่านแผนการประกันอุบัติเหตุ (Accident Insurance scheme) ซึ่งเป็นการประกันภาคบังคับประมาณร้อยละ 4.5 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดเป็นค่าใช้จ่ายจากระบบการชดเชยดังกล่าว การชดเชยโดย ACC เป็นการประกันจากภาครัฐ ส่วนการประกันสุขภาพภาคเอกชนเป็นแบบสมัครใจ และไม่มีการควบคุม ถือเป็นการคุ้มครองเสริมจากที่ให้โดยรัฐ (ACC 2003d; Campbell 2004)

ที่มาของงบประมาณที่ ACC ใช้ดำเนินการมาจากหลายแหล่ง ผู้มีรายได้ต้องจ่าย เบี้ยประกันเพื่อการคุ้มครองจาก ACC ส่วนผู้ไม่มีรายได้ รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายให้ตามจริง (pay-as-you-go) รัฐบาลเป็นผู้กำหนดจำนวนเบี้ยประกันจากการคำนวณและปรึกษา จากสาธารณะ จากการปรับปรุงการเก็บเงินสมทบในปัจจุบัน พบว่าสองปีที่ผ่านมาเบี้ย ประกันลดลงประมาณ 500 ล้านดอลลาร์นิวซีแลนด์ (ACC 2004b)

แผนงานทั้งหมดของ ACC มีทั้งหมด 7 ประเภท ตามแหล่งที่มาของเงินและการใช้จ่าย ดังนี้ (ACC 2004c)

1. **บัญชีนายจ้าง** (Employer's Account) เก็บเบี้ยประกันจาก นายจ้าง เป็นบัญชีที่นำไปใช้ในการจ่ายค่าชดเชยในกรณีที่เกิดการ บาดเจ็บจากการทำงาน จำนวนเงินที่เก็บคำนวณตามประเภทของธุรกิจ (Flood 2000)
2. **บัญชีกิจการส่วนตัว** (Self Employ's Account) เก็บเงินสมทบ จากผู้ที่ประกอบกิจการส่วนตัว นำมาใช้ในการชดเชยการบาดเจ็บจาก การทำงานสำหรับผู้ที่มีกิจการส่วนตัว
3. **บัญชีผู้มีรายได้** (Earner's Account) มาจากการหักรายได้ของ ผู้มีรายได้ทั้งหมด สำหรับการจ่ายค่าชดเชยในการบาดเจ็บที่ไม่ได้เกิด จากการการทำงานสำหรับผู้ที่มีรายได้
4. **บัญชีผู้ที่ไม่มียาได้** (Non-earner's Account) มาจากเงิน สมทบจากรัฐบาล ใช้ในกรณีการชดเชยสำหรับผู้ที่ไม่มียาได้ เช่นผู้ที่ไม่ มีงานทำ นักเรียน ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ เป็นต้น
5. **บัญชียานพาหนะ** มีเงินสมทบที่เก็บจากภาษีน้ำมันของผู้ขับขี่ หรือเจ้าของรถ และจากใบอนุญาตขับขี่ สำหรับชดเชยการบาดเจ็บที่ เกิดจากยานพาหนะ
6. **บัญชีอุบัติเหตุทางการแพทย์** เป็นเงินสมทบที่มาจากบัญชีผู้มี รายได้และเงินสมทบจากรัฐบาล(บัญชีผู้ไม่มีรายได้) รวมกัน
7. **บัญชีอื่น ๆ** เป็นเงินที่หักจากบัญชีนายจ้างและบัญชีผู้มีกิจการ ส่วนตัวรวมกัน ใช้สำหรับการชดเชยในกรณีที่ไม่เข้าข่ายการชดเชยตาม บัญชีข้างต้น

สำหรับผู้ที่มีรายได้ จะต้องจ่ายภาษีสมทบ ACC ในอัตราคงที่ ในปี 2001-2002 มีการเรียกเก็บ 1.10 NZD ต่อรายได้ 100 NZD (1.1%) ปี 2002-2004 เก็บในอัตรา 1.20 NZD ต่อ 100 NZD (1.2%) และมีการหักเงินสมทบอีกจำนวนหนึ่งถ้ารายได้ถึงเพดานที่กำหนด (Inland Revenue 2004)

ระบบการชดเชยความเสียหาย จากบริการทางการแพทย์ (Medical misadventure scheme)

ลักษณะสำคัญของระบบชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ของนิวซีแลนด์ มีดังนี้

ใช้งบประมาณจากภาษี ยังไม่มีการเรียกเก็บจากผู้ให้บริการ

งบประมาณสำหรับแผนงานการชดเชยกรณีความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Misadventure Scheme) มาจากส่วนหนึ่งของภาษีผู้มีรายได้ และภาษีผู้ไม่มีรายได้ที่ได้เงินสมทบจากรัฐบาล

แม้ว่าตามพระราชบัญญัติ IPRC ที่ประกาศใช้ในปี 1992 อนุญาตให้เรียกเก็บเงินสมทบจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ทั้งรายบุคคลหรือองค์กรได้ แต่ในปัจจุบันยังไม่มี การเรียกเก็บจากผู้ให้บริการ (ACC 2003d) แม้ว่าจะมีผู้เสนอให้เรียกเก็บด้วยเหตุผลว่า การเรียกเก็บเงินสมทบจากผู้ให้บริการจะทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อการให้บริการมากขึ้น สร้างแรงจูงใจในการให้บริการที่มีคุณภาพและระมัดระวังมากขึ้น แต่สำหรับในประเทศนิวซีแลนด์ยังไม่มีข้อมูลมาสนับสนุนส่วนนี้ นอกจากนี้ยังพบข้อโต้แย้งว่า การสร้างแรงจูงใจในการให้บริการอย่างมีคุณภาพด้วยการเรียกเก็บเงินสมทบดังกล่าวไม่มีผลมากนัก แต่ตรงกันข้าม อาจจะทำให้เกิดความกลัวต่อความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจนทำให้เกิด defensive medicine มากขึ้น ผลกระทบที่อาจตามมาคือ แพทย์หรือผู้ให้บริการจะไม่ต้องให้การรักษาที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่มมากขึ้น ทำให้โอกาสการรับบริการของประชาชนลดลง หรือไม่เช่นนั้น ก็จะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายภาคสาธารณะเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งเงินสมทบจากผู้ให้บริการอาจมีจำนวนที่ไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับค่าบริหารจัดการที่ใช้ในการเรียกเก็บ และผลกระทบอื่นๆ (Cabinet Social Development Committee 2003b)

แหล่งเงินงบประมาณของ Medical Misadventure Unit (MMU) ในปี 2002

ร้อยละ 55 ของค่าใช้จ่ายของระบบการชดเชยความเสียหาย
ทางการแพทย์มาจากการเก็บจากภาคจ้างงาน หรือนายจ้าง

ร้อยละ 45 มาจากเงินสมทบจาก
รัฐบาล

เกณฑ์ในการร้องขอการชดเชยกรณีการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์

พระราชบัญญัติ Injury Prevention, Rehabilitation, and Compensation (IPRC) ปี 2001 กำหนดให้ผู้ที่สามารถร้องขอการชดเชยได้จะต้องมีการบาดเจ็บที่เข้าข่ายอุบัติเหตุทางการแพทย์ หรือ **"Medical Misadventure"** โดยพระราชบัญญัติ IPRC กำหนดให้:-

- **Medical Misadventure** หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากขั้นตอนการได้รับการรักษาหรือขั้นตอนการแสวงหาการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน ไว้กับ ACC หรือจากคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพที่ขึ้นทะเบียนไว้กับ ACC และจะต้องเป็นการบาดเจ็บที่เกิดจากความผิดพลาดที่เข้าข่าย 2 ประการนี้ คือ

- (1) Medical Error และ

- (2) Medical Mishap

- **Medical Error** หมายถึง เหตุที่เกิดจากกรณีที่บุคลากรทางสุขภาพที่มีใบประกอบวิชาชีพ ผิดพลาดในการให้การรักษามาตรฐานหรือขาดทักษะที่สมควรจะมีในการทำรักษานั้นๆ

- **Medical Mishap** หมายถึง ผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรักษาอย่างเหมาะสมของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีใบประกอบวิชาชีพ โดยเป็นผลที่ปกติเกิดได้ยากแต่รุนแรง (เช่น เสียชีวิต แพ้รักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน หรือมีการบาดเจ็บต่อเนื่องมากกว่า 28 วัน)

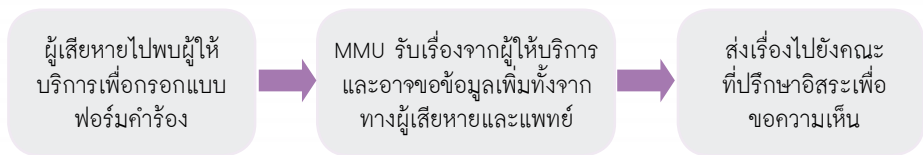
นอกจากนี้ ความผิดพลาดในระบบขององค์กร (Organizational Error) ใน IPRC Act ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของ Medical Error ด้วย

ส่วนกรณีการบาดเจ็บไม่ได้มีสาเหตุจากการให้บริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยยังสามารถร้องขอการชดเชยจากส่วนอื่นๆ ได้จากแผนการชดเชยอื่นๆ ในระบบการชดเชยจากการบาดเจ็บส่วนบุคคล (ACC 2002b)

กระบวนการในการขอรับความช่วยเหลือ

การส่งเรื่องร้องขอรับการชดเชยจาก ACC จะต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรผู้ให้บริการเป็นสิ่งสำคัญ โดยผู้ให้บริการมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนแรก โดยที่ผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บจะต้องไปพบผู้ให้การรักษาเพื่อกรอกคำร้อง และผู้ให้บริการดังกล่าวจะเป็นผู้ส่งคำร้องไปยัง MMU ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ ACC ที่รับผิดชอบแผนการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ หลังจากนั้น MMU อาจจะขอข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ให้บริการเช่น บันทึกการรักษา และอาจจะขอข้อมูลอื่นๆจากผู้รับบริการด้วย และส่งต่อไปยังคณะที่ปรึกษาอิสระเพื่อขอความเห็น (ACC 2004a)

กระบวนการขอรับการชดเชยโดยทั่วไป



ในกรณีที่เป็เหตุซับซ้อน หรือเกรงว่าจะเกิดความผิดพลาดในกระบวนการพิจารณาข้อร้องเรียนจะถูกส่งต่อไปให้คณะกรรมการที่ปรึกษาที่เป็นกลไกต่างหากอีกชุดหนึ่ง ซึ่งอาจจะประกอบไปด้วยทนายความ ตัวแทนผู้ให้บริการ และตัวแทนผู้รับบริการ (ACC 2003d)

นอกจากนี้ ในขณะที่เรื่องร้องขออยู่ในระหว่างการพิจารณา ผู้เสียหายสามารถเขียนคำร้องขอรับความช่วยเหลืออื่นๆ ได้ (เช่น การชดเชยในกรณีที่ไม่สามารถทำงานได้ในระหว่างการบาดเจ็บ) หรือการชดเชยตามสิทธิอื่นๆ แต่ต้องมีใบรับรองแพทย์มายืนยัน นอกจากนั้น เมื่อไรก็ตามที่การร้องขอรับการชดเชยสิ้นสุดและได้รับการพิจารณาให้ได้รับการชดเชยกรณีการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical misadventure Scheme) ได้ เงินช่วยเหลือในระหว่างการรอการพิจารณาที่เคยรับนั้น อาจจะถูกเรียกคืนได้ ถ้ามีความขัดข้องกับการชดเชยตามแผนการชดเชยความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์คำร้องขอรับการชดเชยที่ได้รับการพิจารณาแล้วว่าเข้าเกณฑ์ที่กำหนดจะถูกส่งไปยังสาขาของ ACC ที่อยู่ใกล้ผู้ร้องขอมากที่สุด (ACC 2004a)

การร้องขอรับการชดเชย ปัจจุบันยังไม่มีมาตรการจำกัดเวลาของการร้องเรียน ทำให้มีปัญหบางกรณีเรื่องร้องเรียนไม่จบเป็นระยะเวลา 20 ปี (ACC 2003d)



ผลการดำเนินงานของแผนการลดความเสี่ยง จากบริการทางการแพทย์ของ ACC

ในภาพรวมการร้องขอรับการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ทั้งหมด ตั้งแต่ปี 1992 ถึงปี 2002 มีประมาณ 20,000 ราย และได้รับการชดเชยประมาณร้อยละ 40 โดยที่การรักษาทางศัลยกรรมทั่วไปจะมีการร้องขอการชดเชยมากที่สุด รองลงมาเป็น สาขานรีเวชศาสตร์ ออร์โธปิดิก ทันตกรรม สูติศาสตร์ และหัตถกรรมทั่วไป คำร้องที่ต้อง จ่ายเงินชดเชยมากที่สุดเป็นการรักษาด้านสูติศาสตร์ รองลงมาเป็นศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมหัวใจ และนรีเวชศาสตร์ (ACC 2003b) กลุ่มอายุที่มีการยื่นคำร้องและได้รับการ ชดเชยมากที่สุด คือ กลุ่ม 25-34 ปี, 35-44 ปี, 45-44 ปี, 65 ปี, 55-64 ปี, 15-24 ปี, 0-4 ปี และ 5-14ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ประมาณร้อยละ 64) แต่จำนวน เงินที่ชดเชยจะสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 0-4 ปี (ACC 2003c)

กรณีที่ได้รับการชดเชยประมาณร้อยละ 15 เป็นการชดเชยที่เข้าข่าย Medical Error อีกร้อยละ 85 เข้าข่าย Medical Mishap (ACC 2002a; ACC 2003c)

จำนวนคำร้องเพิ่มขึ้นเป็นช่วงๆ

หลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติ IPRC ในปี 1992 ข้อมูลจากปี 1993-2002 พบว่า มีคำร้องที่ยื่นเข้ามายัง ACC เพิ่มขึ้นในช่วงปี 1993-995 หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงตั้งแต่ ปี 1996-1999 และมาเพิ่มขึ้นอีกครั้งหนึ่งจากปี 2000 เป็นต้นมา แม้ว่าจะไม่ทราบสาเหตุ ที่แน่ชัด แต่คาดการณ์ว่าการที่สิทธิในการร้องขอการชดเชยถูกนำเสนอในสื่อ ทำให้ประชาชน รับรู้สิทธิมากขึ้น (ACC 2003c)

การร้องเรียนทางวินัยเพิ่มขึ้น

ผลกระทบหนึ่งคือ ตั้งแต่เริ่มประกาศใช้ระบบการชดเชยแบบไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด ในปี 1974 นั้น ในนิวซีแลนด์มีเรื่องร้องเรียนเรื่องวินัยแพทย์เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามยัง ไม่มีข้อมูลที่ชี้ชัดว่าเป็นผลมาจากระบบการชดเชยดังกล่าวหรือไม่ (Collins 1993) การ ศึกษาในปี 1987 (Gibbs 1987) พบว่าการร้องเรียนเพิ่มมากขึ้น และสาขาที่มีโอกาสเสี่ยงที่ จะได้รับเรื่องร้องเรียนมากที่สุดคือ วิสัญญีแพทย์

มาตรฐานวิชาชีพไม่ต่ำลง

การนำระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดมาใช้ นั้น สาเหตุหนึ่งเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากกระบวนการการชดเชยในระบบกฎหมายที่ต้องพึ่งพาศาล แต่ในทางกลับกัน ยังมีผู้ที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่งให้ข้อสังเกตว่า ระบบการชดเชยที่ไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดดังกล่าวอาจจะทำให้ผู้ให้บริการขาดการระมัดระวัง และขาดแรงจูงใจในการพัฒนาบริการที่มีคุณภาพ เพราะไม่มีความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียน และอาจจะทำให้การร้องเรียนสูงขึ้นได้เช่นกัน

ประเด็นดังกล่าวมีข้อมูลเปรียบเทียบจากงานหลายชิ้นว่าสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงในกรณีดังกล่าวคือ การให้บริการที่ต่ำกว่ามาตรฐาน (Gaine 2003; Studdert and Brennan 2001) แต่จากการศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นที่ใช้ระบบกฎหมาย (tort system) เป็นหลักนั้น อัตราการเกิดความผิดพลาดจากการรักษาไม่แตกต่างกัน (Davis; Lay-Yee; Briant, and Scott 2003) หรืออีกนัยหนึ่งระบบการชดเชยดังกล่าวไม่น่าจะทำให้มาตรฐานการรักษาแตกต่างจากผู้ให้บริการในสภาพแวดล้อมที่ต้องระมัดระวังความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้องตามกฎหมายแต่อย่างใด

การบันทึกรายงานความผิดพลาดด้วยความตั้งใจเพิ่มขึ้น

ในนิวซีแลนด์มีกระบวนการในการป้องกันความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์ โดยการให้ความสำคัญกับการบันทึกความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปใช้ในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อไป และยังมีแนวโน้มว่าแพทย์ผู้ให้บริการมีความตั้งใจที่จะบันทึกรายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในบันทึกทางการแพทย์มากขึ้น (Davis; Lay-Yee; Scott; Briant, and Schug 2003)

นอกจากนี้แพทย์ผู้ให้บริการเองก็ไม่ต้องการที่จะยับยั้งการร้องขอการชดเชยดังกล่าว เพราะทั้งแพทย์และผู้ป่วยได้รับประโยชน์ ผู้ป่วยได้รับการชดเชยมากกว่าที่ได้รับจากระบบกฎหมาย และแพทย์จะไม่ถูกฟ้องร้อง (Danzon 1994) ในขณะที่นักวิชาการส่วนหนึ่งเห็นว่าบรรยากาศของการไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดนั้น ทำให้ผู้ให้บริการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความสบายใจมากยิ่งขึ้น ไม่ต้องกลัวว่าจะกระทบถึงชื่อเสียง และความเชื่อถือจากสาธารณะ รวมทั้งการที่ไม่ต้องจ่ายค่าชดเชยด้วยตัวเอง จากการศึกษาทบทวนในนิวซีแลนด์ชี้ให้เห็นว่าในสถานการณ์ที่มีการชดเชยแบบไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดนั้น แพทย์ผู้ให้บริการมีแนวโน้มที่จะบันทึกรายงานความผิดพลาดทางการแพทย์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากขึ้น (Davis and others 2003)



ACC กับการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน

ในต้นปี 2002 รัฐบาลได้ตั้งคณะทำงานเพื่อทบทวนรายงานระบบการชดเชยจากความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Misadventure) คณะทำงานดังกล่าวได้จัดทำสรุปรายงานเพื่อขอความเห็นจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งโดยการจัดประชุมและการติดต่อทางอินเทอร์เน็ต

คณะทำงานดังกล่าวได้สรุปประเด็นปัญหาของระบบการชดเชยหลายประการด้วยกัน (Cabinet Social Development Committee 2002; ACC 2003a; Cabinet Social Development Committee 2003a; Cabinet Social Development Committee 2003b) ได้แก่

ปัญหาเกี่ยวกับจำกัดความของความครอบคลุม

การที่ความครอบคลุมในการจ่ายเงินชดเชยจะต้องเข้าเกณฑ์ medical error หรือ medical mishap ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องบางส่วนเห็นว่าเกิดความไม่ยุติธรรมขึ้นในภาพรวมที่ ACC ดูแลทั้งหมด เช่น ในกรณีของอุบัติเหตุที่จะพิจารณาว่าเข้าเกณฑ์ medical error หรือไม่นั้น ต้องอาศัยการพิสูจน์ตรวจสอบ ในขณะที่อุบัติเหตุอื่นๆ ไม่ต้องมีการตรวจสอบความผิดพลาด หรือในกรณีของการพิจารณาตามเกณฑ์ medical mishap นั้น ยังมีขีดจำกัดของการจ่ายเงินชดเชย ผู้รับบริการที่เกิดบาดเจ็บจากบริการทางการแพทย์โดยตรงที่มีโอกาสเกิดได้สูงและมีการบาดเจ็บรุนแรง หรือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงและโอกาสเกิดขึ้นค่านั้น ไม่สามารถร้องขอการชดเชยได้ เป็นต้น ในขณะที่การบาดเจ็บในกรณีอื่นๆ ไม่มีเกณฑ์จำกัดการพิจารณาจ่ายค่าชดเชย เป็นต้น

หรือในกรณีของผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์จากผู้ให้บริการที่มีการลงทะเบียนที่จะต้องร้องขอการชดเชยจากแผนงาน Medical Misadventure ในขณะที่ผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บจากการรับบริการทางการแพทย์ที่เกิดจากผู้ให้บริการที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับ ACC จะต้องร้องขอการชดเชยจากแผนงานอื่นๆ โดยไม่จำเป็นต้องมีการพิสูจน์ว่าโอกาสเกิดน้อยหรือไม่ หรือมีความรุนแรงหรือไม่ ทำให้การร้องขอการชดเชยในกรณีหลังนี้มีข้อจำกัดน้อยกว่า โอกาสที่จะได้รับการชดเชยก็สูงกว่า

อีกประการหนึ่งบุคลากรที่ให้บริการเองรู้สึกว่าการที่ ACC มีการตรวจสอบเพื่อหาข้อบกพร่อง เช่นในกรณีของการพิสูจน์เกณฑ์ Medical Error นั้น อาจจะทำให้เกิดการคุกคามต่อวิชาชีพ เนื่องจากรายงานความผิดพลาดดังกล่าวจะมีการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทยสภา เป็นต้น จะส่งผลต่อการควบคุมและการลงโทษทางวิชาชีพได้

การตอบสนองของระบบต่อความต้องการของผู้เสียหายยังไม่ดีพอ

ตัวอย่างเช่น การอธิบายความผิดพลาดแก่ผู้รับบริการล่าช้า เนื่องจากความซับซ้อนของกระบวนการ หรือการที่ผู้ให้บริการไม่เต็มใจที่จะเข้าร่วมในการอธิบายความผิดพลาดที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ

หรือปัญหาเกี่ยวกับการลงชื่อในใบยินยอมรับการรักษาที่ผู้รับบริการคิดว่าไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในกระบวนการรักษา ทำให้ต้องลงชื่อในใบยินยอม ซึ่งถ้าหากรับรู้รายละเอียดมากขึ้นอาจจะไม่ยินยอมในการรักษาก็ได้ ในกรณีนี้ผู้รับบริการคิดว่าควรจะมีร้องขอรับการชดเชยได้

อีกประการหนึ่ง ได้แก่ การที่บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระบวนการร้องขอการชดเชยไม่ชัดเจน ประชาชนทั่วไปไม่ทราบรายละเอียดที่ชัดเจน เช่น ไม่รู้ว่าจะติดต่อหน่วยงานต่างๆ อย่างไร หรือติดต่อได้ที่ไหน หรือการส่งต่อคำร้องขอจากผู้ให้บริการไม่เหมาะสม เป็นต้น

การเชื่อมโยงบทบาทของ ACC กับหน่วยงานอื่นๆ

ที่เกี่ยวข้องมีผลต่อความร่วมมือของแพทย์

การที่ ACC มีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องรายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้นให้หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทราบ ทำให้แพทย์และผู้ให้บริการไม่ค่อยเต็มใจที่จะเข้าร่วมให้รายละเอียดต่อ ACC เนื่องจากเกรงว่าจะมีผลต่อการควบคุมหรือลงโทษทางวิชาชีพ

กระบวนการการเสนอเรื่องร้องขอการชดเชยของ ACC ยังล่าช้า

ผู้รับบริการคิดว่ากระบวนการในการพิจารณายังมีความล่าช้า โดยเฉพาะในขั้นตอนของการตรวจสอบ โดยความล่าช้าที่เกิดขึ้นอาจจะส่งผลกระทบต่อเวลาที่จะได้รับการชดเชย เช่น อาจจะทำให้ได้รับเงินชดเชยช้า หรืออาจจะทำให้มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาฟื้นฟู ในช่วงเวลาที่ยังพิจารณาไม่เสร็จสิ้น หรือการใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาร่วมพิจารณาทำให้มีความล่าช้าเกิดขึ้น หรือความเห็นขัดแย้งจากวิชาชีพที่เกี่ยวกับการพิจารณาว่าเป็นความผิดพลาดหรือไม่อาจจะทำให้ผู้เสียหายไม่ได้รับการชดเชย หรืออาจจะล่าช้าไปอีก ทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้ร้องขอ เป็นต้น

นอกจากนี้การไม่ระบุระยะเวลาที่แน่นอนอย่างเป็นทางการในการยื่นคำร้อง ทำให้ยุ่งยากต่อการจัดการ เช่น การขอรายละเอียดจากผู้ให้บริการกรณีที่เกิดเหตุการณ์มานาน ทำให้เกิดปัญหาความถูกต้องหรือขาดรายละเอียดที่จำเป็นรายงานในปี 2003 สรุปสาเหตุที่จำเป็นจะต้องปรับปรุงระบบในปัจจุบันได้แก่ (ACC 2003a)

1. ความไม่ชัดเจนของคำจำกัดความ medical mishap (rare/severe) มีการพิจารณาตามความเห็นของกรรมการแต่ละคน ทำให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่มีความรุนแรงคล้ายคลึงกัน แต่ความเสี่ยงที่จะเกิดไม่เท่ากันอาจจะไม่ได้รับการชดเชยอย่างเป็นธรรมได้

2. เกณฑ์ Medical Error ยังต้องอาศัยการพิสูจน์ถูกผิด ทำให้เกิดผลกระทบต่อทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น การพิสูจน์ถูกผิดจะทำให้มีการมองแยกเป็นส่วนๆ เป็นแต่ละกรณี ไม่มองในภาพรวม มีบรรยากาศการตำหนิตายแทนที่จะแก้ปัญหาร่วมกัน กระบวนการชดเชยจะช้ามากขึ้นเนื่องจากต้องรอการพิสูจน์ อีกทั้งบทบาทของหน่วยงานไม่ชัดเจน ค่าใช้จ่ายในการพิสูจน์สูงขึ้น

3. ขั้นตอนของกระบวนการพิจารณาชดเชยในกรณี medical misadventure ยังล่าช้า เนื่องจากยังคงมีการพิจารณาว่าเข้าตามเกณฑ์หรือไม่ ในขณะที่การชดเชยในกรณีการบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ มีขั้นตอนที่รวดเร็วกว่า ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมและไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในภาพรวม

4. ความไม่ชัดเจนในบทบาทของหน่วยงานต่างๆ ในระบบสุขภาพ สร้างความสับสนแก่ประชาชน

รายงานดังกล่าวได้เสนอทางเลือกในการปรับปรุง เพื่อขอความเห็นจากคณะกรรมการ และผู้ที่เกี่ยวข้องในประมาณกลางปี 2003 โดยประเด็นหลักของข้อเสนอคือ การลดความสำคัญของเกณฑ์ Medical Error และเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การพิจารณา Medical Mishap โดยปรับปรุงกระบวนการใช้สิทธิเรียกร้องใหม่ (Cabinet Social Development Committee 2002; ACC 2003a; Cabinet Social Development Committee 2003a) ทางเลือกดังกล่าวได้แก่

1. คงแนวทางกฎหมายเดิมไว้ แต่ปรับคำจำกัดความของการครอบคลุมการบาดเจ็บทั้ง medical error medical mishap โดยเปลี่ยนจากการใช้เกณฑ์ rarity ไปเป็นการประเมินความเสี่ยงเป็นรายบุคคลที่เรียกว่า "endurable rule" โดยการพิจารณาสภาพของผู้ป่วยกับธรรมชาติของการรักษา
2. คุ้มครองการบาดเจ็บที่สามารถป้องกันได้
3. คุ้มครองการบาดเจ็บที่ไม่ได้เจตนาในกระบวนการการรักษา

นอกจากนี้ยังมีการเสนอประเด็นย่อย เช่น การจำกัดระยะเวลาในการร้องขอการชดเชย ระบบการนำเสนอข้อมูลความผิดพลาด และชื่อที่เหมาะสมของแผนงานการชดเชยดังกล่าวด้วย

การปฏิรูป ACC ในปี 2004

จากการประชุมของผู้ที่เกี่ยวข้อง และการขอความคิดเห็นจากองค์กรและสมาชิก ACC ได้สรุปเป็นรายงานปลายปี 2003 (ACC 2003e) และรายงานฉบับสมบูรณ์ ต้นปี 2004 (ACC and DoL 2004) นำไปสู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงระบบการชดเชยความผิดพลาดทางการแพทย์หลักๆ ดังนี้ (New Zealand Government 2004)

ประการแรก คือ การเปลี่ยนชื่อของแผนการชดเชยจาก **"Medical Misadventure"** ไปเป็น **"Treatment Injury"** ด้วยเหตุผลว่าชื่อเดิมยังมีความคลุมเครืออยู่ ให้ความหมายไม่ชัดเจนแก่ผู้รับบริการ การเปลี่ยนมาใช้ **"Treatment Injury"** มาเป็นชื่อแผนงานทำให้ประชาชนเข้าใจได้ง่าย รวมทั้งสามารถสื่อถึงปรัชญาหลักของการชดเชยการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในการรักษาทางการแพทย์ได้มากขึ้น

ประการที่สอง การลดความจำเป็นในการพิสูจน์ความผิดพลาดในกรณี Medical Error ลง และลดการให้ความสำคัญกับการพิจารณาความรุนแรง (severe) และโอกาสในการเกิดความผิดพลาด (rarity) จากที่เกณฑ์ medical mishap เดิมได้กำหนดไว้

ประการที่สาม การส่งต่อข่าวสารจาก ACC ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดย ACC ไม่จำเป็นจะต้องส่งข้อมูลความผิดพลาดไปยังทุกๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่จะต้องส่งข้อมูลที่จำเป็นไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกรณีที่จะเกิดอันตรายต่อสาธารณะเท่านั้น

นอกจากนี้แม้ว่าการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์บางประการที่ไม่เข้าข่ายการร้องขอรับการชดเชย แต่สำหรับการบาดเจ็บเล็กน้อยบางประเภทก็สามารถร้องขอรับการชดเชยได้ ถ้าเข้าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้คาดว่าจะสามารถเสนอกฎหมายเข้าสู่คณะรัฐมนตรีในกลางปี และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2005 เป็นต้นไป และข้อเสนอสำหรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้รับการตอบรับจากองค์กรวิชาชีพแพทย์ส่วนหนึ่งในนิวซีแลนด์ ด้วย (NZMA 2004)

สรุปบทเรียนจากนิวซีแลนด์

เมื่อพิจารณาแนวคิดหลักของการชดเชยความเสียหายที่นิวซีแลนด์นำมาใช้ตั้งแต่ตอนต้นตามรายงาน Woodhouse นั้น การให้การชดเชยครอบคลุมแบบเบ็ดเสร็จกับผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุและไม่เกิดความล่าเอียงขึ้นนั้น อาจจะเป็นประเด็นที่ยังเป็นคำถามอยู่ เนื่องจากการศึกษาคำร้องทั้งหมดนั้น กรณีการร้องขอรับการชดเชยที่ผ่านการพิจารณามีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้น นอกจากนี้สัดส่วนในแต่ละกลุ่มที่ได้รับการชดเชยเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ เพศ และสาขาที่เข้ารับการรักษายังมีความแตกต่างกัน (Davis; Lay-Yee; Fitzjohn; Hider; Briant, and Schug 2002)

เมื่อมองในภาพรวม จะเห็นว่าการนำระบบการชดเชยดังกล่าวมาใช้้นั้น จากระยะเริ่มต้นเป็นแนวคิดของการชดเชยที่ไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดอย่างสมบูรณ์ การชดเชยไม่จำเป็นต้องมีกระบวนการบริหารจัดการมากนักทำให้ค่าใช้จ่ายในส่วนการบริหารจัดการลดลง ผู้ที่ร้องขอการชดเชยจะได้รับการตอบสนองเร็วขึ้น อย่างไรก็ตามก่อนหน้านี้ภาระค่าใช้จ่ายของ ACC ตกอยู่กับงบประมาณสุขภาพรวม เนื่องจากการไม่มีการแยกแยะบัญชีที่เห็นชัดเจน โดยที่ก่อนหน้าการปฏิรูปนั้น ค่าใช้จ่ายในกรณีชดเชยจากความผิดพลาดทางการแพทย์ซ่อนอยู่ในบัญชีอื่นๆ (บัญชีผู้มีรายได้และผู้ไม่มีรายได้) ทำให้ ACC ขาดข้อมูลในการประเมินหลังจากมีการปฏิรูปในปี 1992 ทำให้เห็นภาพรายจ่ายได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการที่ลดลงจึงอาจจะไม่ได้บอถึงประสิทธิภาพ แต่กลับบอให้เห็นถึงการควบคุมที่น้อยลง แต่จากการปฏิรูปทำให้เกิดบัญชีใหม่ขึ้นมา ทำให้เกิดการปรับโดยมีการนำเกณฑ์ในการพิจารณามาใช้ สามารถลดการใช้จ่ายลง แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีกรกล่าวถึงความรับผิดชอบของวิชาชีพเท่าไรนัก (ACC 2003c;Danzon 1994)

บทเรียนที่ได้จากประสบการณ์ของนิวซีแลนด์นั้น เหมาะแก่การนำไปปรับปรุงมากกว่าการเลียนแบบทั้งหมด เนื่องจากปรัชญาเบื้องต้นของการชดเชยมีความต้องการที่จะให้ครอบคลุมมากที่สุด แต่จากรายจ่ายที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้จำเป็นต้องมีการปฏิรูปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นระยะๆ จนถึงปี 2002 จึงดูเหมือนว่าส่วนหนึ่งนิวซีแลนด์ได้หันกลับมายอมรับระบบที่คล้ายๆ กับระบบที่ต้องพิสูจน์ถูกผิดด้วยกฎหมายดั้งเดิม เนื่องจากยังต้องมีการนำเกณฑ์มาใช้ในการพิจารณา ไม่ว่าจะเป็นเกณฑ์ medical error หรือ medical mishap ที่ต้องพิจารณาโอกาสในการเกิด (rarity) และเกณฑ์ความรุนแรง (severity) ร่วมด้วย เพียงแต่ยังกังวลสิทธิในการฟ้องร้องไว้คงเดิมเท่านั้น (Flood 2000; Danzon 1994)

1. ACC (2002) Overview of Accepted Medical Error Claims; 2002a Mar (ACC Background Paper).
2. ACC Medical Misadventure and Its Wider Context: A report prepared for Review of Medical Misadventure Steering Group (2002b)
3. Review of ACC Medical Misadventure: Consultation Document: ACC; 2003a.
4. Medical Misadventure claimant profile; 2003b Feb(ACC Background Paper).
5. A comprehensive study of the cost of accepted medical misadventure claims; 2003c Mar(ACC Background Paper).
6. Comparison of International Schemes that Compensate for Medical Injury; 2003d Aug(ACC Background Paper).
7. Review of ACC Medical Misadventure: Feedback Document; 2003e Nov 11.
8. ACC. Medical Misadventure Claim [Web Page]. Accessed 2004a Apr 10. Available at: <http://www.acc.co.nz/claimscare/making-a-claim/medical-misadventure/index.html>.
9. ACC. History of ACC in New Zealand [Web Page]. Accessed 2004b Apr 20. Available at: <http://www.acc.co.nz/about-acc/history-of-acc/index.html>.
10. ACC. How ACC Is Funded [Web Page]. Accessed 2004c Apr 20. Available at: <http://www.acc.co.nz/about-acc/acc-funding/default.html>.
11. ACC and DoL. Review of ACC Medical Misadventure – Feedback from Key Stakeholder: Litmus; 2004 Jan <http://www.acc.co.nz>.
12. Cabinet Social Development Committee. Medical Misadventure: Progress of Review: ACC; 2002.
13. Medical Misadventure Review: Consulting on Options and Related Issues: ACC; 2003a.
14. Medical Misadventure Review: Funding The Medical misadventure Account: ACC; 2003b.
15. Campbell, John. The Organization of medical services in New Zealand.
16. Cole's Medical practice in New Zealand 2004. Wellington: Medical Council of New Zealand; 2004; pp. 13-30.
17. Collins (1993) The impact of no-fault compensation on the regulation of medical practice in New Zealand. Med Law. 1993; 12(1-2):61-9.

18. Corkill, Bruce (2000) Medical Misadventure- Development of The Statutory Concept, and Its Place in The Current Medico-Legal Environment. Wellington: ACC; 2002 Feb.
19. Danzon, and Patricia (1994) Tort Reform: The Case of Medical Malpractice. Oxford Review of Economic Policy. 1994 Mar; 10(1):84-99.
20. Davis, et al (2003) A. Preventable in-hospital medical injury under the "no fault" system in New Zealand. Qual Saf Health Care. 2003; 12:251-256.
21. Davis et al (2002) Compensation for medical injury in New Zealand: does "no-fault" increase the level of claims making and reduce social and clinical selectivity? J Health Polit Policy Law. 2002 Oct; 27(5): 833-54.
22. Davis et al (2003) Acknowledgement of "no fault" medical injury: review of patients' hospital records in New Zealand. BMJ. 2003 Jan 11; 326(7380):79-80.
23. European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition (HIT Summary): New Zealand. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2002 <http://www.observatory.dk>.
24. Flood, Colleen M. New Zealand's No-Fault Accident Compensation Scheme: Paradise or Panacea? Health Law Review. 2000; 8(3).
25. Gaine (2003) No-fault compensation systems. BMJ. 2003 May 10; 326(7397):997-998. Notes: ProCite field [38]: <http://bmj.com>
26. Gibbs (1987) No fault compensation for personal injury in New Zealand: some implications for anaesthetists. Br J Anaesth. 1987 Jul; 59(7):865-9.
27. Inland Revenue. Income Tax Rate [Web Page]. Accessed 2004 Sep 20. Available at: <http://www.ird.govt.nz/itaxsalaryandwage/incometaxrates.html>.
28. New Zealand Government. Treatment injury to replace ACC medical misadventure [Web Page]. Accessed 2004 Jun 11. Available at: <http://www.beehive.govt.nz/ViewDocument.cfm?DocumentID=19168>.
29. New Zealand Parliamentary Council Office. Statutes of New Zealand [Web Page]. Accessed 2004 Dec. Available at: <http://www.legislation.co.nz/>.
30. NZMA. NZMA welcomes medical misadventure changes [Web Page]. 2004 Mar 16; Accessed 2004 Jun 10. Available at: [http://www.nzma.org.nz/news/Press Release/16 March 2004.html](http://www.nzma.org.nz/news/Press%20Release/16%20March%202004.html).
31. Studdert and Brennan (2001) No-fault compensation for medical injuries: the prospect for error prevention. JAMA. 2001 Jul 11; 286(2):217-23.
32. Studdert et al (1997) Can the United States Afford a "No-fault" System of Compensation for Medical Injury? Law and Contemporary Problems. 1997; 60(2):1-34.

3

ประเทศออสเตรเลีย

Australia



ข้อมูลทั่วไป

ประเทศออสเตรเลียมีขนาดใหญ่เป็นอันดับ 6 ของโลก มีเนื้อที่ทั้งหมด 7,686,850 ตารางกิโลเมตร พื้นที่ 1 ใน 3 เป็นทะเลทราย ปี ค.ศ. 2005 มีประชากรราว 20.3 ล้านคน และมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยประมาณร้อยละ 1 ต่อปี ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในเมือง กว่าร้อยละ 70 อยู่ในเมืองใกล้ชายฝั่ง ส่วนใหญ่เป็นผู้อพยพหรือลูกหลานผู้อพยพ (คนพื้นเมืองมีเพียงร้อยละ 2.4) รายได้เฉลี่ยต่อประชากรประมาณ 10,693 เหรียญต่อปี (2005) ออสเตรเลียมีระบบการปกครองเป็นระบบสหพันธรัฐ มีทั้งหมด 6 รัฐ แต่ละรัฐมีอำนาจเต็มที่ในการปกครอง โดยมีสมเด็จพระราชินีแห่งเครือจักรภพ เป็นประมุขของประเทศ (Culture grams world edition, 2002) ชาวออสเตรเลีย มีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ต่ำกว่าชาวอเมริกันและแคนาดา โดยมีค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวประมาณ 2,532 เหรียญ ในปี ค.ศ. 2001 (WHO, 2003)

บริบทระบบบริการสุขภาพของประเทศ

ประเทศออสเตรเลียได้รับการยอมรับว่า มีระบบบริการสุขภาพที่ดีในอันดับต้นๆ ของโลก สะท้อนด้วยดัชนีทางด้านสุขภาพ ในหลายๆ ด้าน เช่น

- ประชากรออสเตรเลีย มีอายุคาดเฉลี่ยติดอันดับ 5 ประเทศแรกของโลกที่มีประชากรอายุยืนยาวที่สุด (ในปี 2002-2204 อายุคาดเฉลี่ยของผู้หญิงและผู้ชายออสเตรเลียคือ 83 ปีและ 78 ปี ตามลำดับ โดยประมาณ 1 ใน 3 หรือร้อยละ 31 ของชาวออสเตรเลียตายเมื่ออายุ 85 ปีขึ้นไป)
- ผลการสำรวจในปี 2004-2005 พบว่า ร้อยละ 56 ของผู้ใหญ่ และเยาวชนออสเตรเลีย ประเมินว่าตนเองมีสภาวะสุขภาพที่ดีเยี่ยมหรือดีมาก เพิ่มขึ้นจากผลการสำรวจก่อนหน้านี้ อัตราการตายของโรคหลอดเลือดหัวใจ มะเร็ง การฆ่าตัวตาย และอุบัติเหตุ ของคนออสเตรเลียลดลง แม้ว่ามะเร็งยังคงเป็นสาเหตุการตายสำคัญของประชากรวัย 45-64 ปี และปัญหาสุขภาพจิตยังคงคุกคามคนออสเตรเลีย ทุก 1 ใน 5 คน
- สุขภาพของประชากรตามกลุ่ม เพศ วัย และเชื้อชนต่าง ๆ คีขึ้น (อัตราการตายของทารกลดลง สุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนคีขึ้น) ยกเว้นในกลุ่มชนพื้นเมืองและชาวชนบทในพื้นที่ห่างไกล ที่ยังมีดัชนีสุขภาพแตกต่างและสะท้อนความเหลื่อมล้ำจากคนออสเตรเลียผิวขาว (The Commonwealth Fund, 2010)

ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของออสเตรเลีย (ในปี 2003-2004) มีมูลค่าราว 78,600 ล้านดอลลาร์ หรือร้อยละ 9.7 ของ GDP ด้วยอัตราเพิ่มร้อยละ 5.5 ต่อปี โดยประมาณ 2 ใน 3 หรือ ร้อยละ 68 เป็นรายจ่ายโดยรัฐ

ระบบบริการสุขภาพของออสเตรเลีย เป็นระบบผสมระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยมีระบบหลักก็คือ Medicare ที่เป็นระบบประกันที่ดำเนินการและจ่ายโดยรัฐ บริการทางการแพทย์และยาจะต้องจ่าย (subsidized) โดยรัฐมีระบบบริการภาคเอกชน ที่จ่ายด้วยระบบประกันเอกชนเป็นส่วนสนับสนุน

ระบบบริการสุขภาพออสเตรเลีย คู่มือฉบับนี้จัดทำโดยหลายหน่วยงานและองค์กรแพทย์ในออสเตรเลียอยู่ในภาคเอกชนและได้รับค่าบริการตามการรักษา (fee-for-service) โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จะเป็นด่านหน้าก่อนเข้าสู่บริการเฉพาะทาง สองในสามของโรงพยาบาลเป็นของรัฐ ที่เหลือดำเนินการโดยเอกชน แพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาครัฐอาจได้เงินเดือน พร้อมๆ กับมีรายได้จากการรักษาคนไข้ในโรงพยาบาลเอกชน หรืออาจจะทำงานกินเงินเดือนในภาคเอกชนแต่มีรายได้เพิ่มจากการดูแลคนไข้ที่เป็นของโรงพยาบาลรัฐ

ในภาพรวม ระบบบริการสุขภาพของออสเตรเลีย อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ Australian Health Minister's Advisory Council- AHMAC ที่ประกอบด้วยหัวหน้าส่วนงานสาธารณสุขจากรัฐบาลกลาง ท้องถิ่น และเขตปกครองพิเศษ ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเชิงนโยบายและการบริหารจัดการแก่รัฐมนตรีและกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานระดับชาติ ที่ตั้งโดย AHMAC ที่ดูแลรับผิดชอบระบบสุขภาพของประเทศคือ

1. **National Health Priorities Action Council** ทำหน้าที่กำกับดูแลภาพรวมของระบบบริการสุขภาพทั้งหมด
2. **Australian Safety and Quality Commission in Health Care** ดูแลเรื่องการพัฒนาและการยกระดับความปลอดภัยและคุณภาพบริการ โดยเน้นที่การป้องกันและลดผลกระทบของความผิดพลาดทางการแพทย์
3. **National Public Health Partnership** เป็นองค์กรวางแผนและประสานงานด้านการพัฒนาสุขภาพและระบบบริการทั้งหมด
4. **National Health Information Group- NHIG** ทำหน้าที่ประสานและกำกับดูแล การทำงานของ National Health Information Agreement

ประมาณร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพของออสเตรเลียจ่ายโดยรัฐบาล โดย 2 ใน 3 จ่ายโดยรัฐบาลกลาง ที่เหลืออีก 1 ใน 3 จ่ายโดยรัฐบาลท้องถิ่นและเขตปกครองพิเศษ รายจ่ายหลักของรัฐบาลกลางคือ การสนับสนุนแผนงาน Medicare และ Pharmaceutical Benefits Scheme รัฐบาลจ่ายเงินสนับสนุนแผนงานทั้งสอง เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการการรักษาจากแพทย์ จากผู้เชี่ยวชาญตรวจวัดสายตา (Optometrists) และจากการใช้ยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ ได้ฟรีหรือมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด แผนงานทั้งสองยังทำงานร่วมกับแผนงานด้านสวัสดิการสังคมอื่นๆ ในการให้ความช่วยเหลือกลุ่มประชากรอื่นๆ เช่น

ผู้ว่างงาน ผู้พิการ นอกจากนี้ ประเทศออสเตรเลีย ยังมีแผนงานสำหรับประชากรกลุ่ม เป้าหมายเฉพาะเช่น ทหาร ทหารผ่านศึกและบุตร เป็นต้น (Shimmel,1964)

Medicare เป็นระบบประกันสุขภาพ เริ่มดำเนินการครั้งแรกเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 1984 บริหารจัดการโดยองค์กรที่มีชื่อว่า Medicare Australia (จากชื่อเดิม Health Insurance Commission) ภายใต้แผนงาน Medicare ผู้ป่วยจะได้รับบริการฟรีหรือร่วมจ่ายบางส่วน ครอบคลุมการรักษาโดยแพทย์ optometrists พยาบาลที่ให้การรักษานามของแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป และบริการอื่นๆ บางอย่าง เช่น ทันตแพทย์และผู้ให้บริการอื่นๆ ที่ร่วมอยู่ในแผนงาน

คนออสเตรเลียที่อาศัยอยู่ในประเทศที่เป็นพลเมืองของออสเตรเลีย ผู้ที่ได้รับวีซ่าถาวร หรือเป็นพลเมืองของนิวซีแลนด์ทุกคน มีสิทธิได้รับบริการตามแผนงาน Medicare ยกเว้น นักการทูตประเทศอื่นและครอบครัว ผู้ที่เข้ามาพำนักในประเทศออสเตรเลียชั่วคราว (ยกเว้นกรณีมีข้อตกลงระหว่างประเทศร่วมกัน) บริการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นบริการ ฟรี โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งที่เป็นบริการทั่วไปและบริการเฉพาะทาง ขณะที่ ค่ายาจะถูกช่วยจ่าย (subsidized) โดยรัฐ นอกจากนี้รัฐบาลยังช่วยจ่าย บริการทางการแพทย์บางอย่างที่อยู่ในรายการของ Medical Benefits Schedules และยาที่อยู่ใน รายการ Pharmaceutical Benefit Schedule

ในภาพรวม ร้อยละ 68 ของรายได้ Medicare มีแหล่งเงินมาจากภาษีทั่วไป ภาษีรายได้ ภาษีภาคบังคับ (คนออสเตรเลียจ่ายเงินให้กับ Medicare โดยตรง ผ่านภาษีที่หักร้อยละ 1.5 จากรายได้ หรือ Medicare Levy) ส่วนที่เหลือมาจากการประกันภาคเอกชนและ เงินที่ผู้ป่วยจ่ายเองร้อยละ 32 (Jane Hall, 1999) โรงพยาบาล 2 ใน 3 เป็นโรงพยาบาล ของรัฐบาล (Australian Institute of Health and Welfare, 2002) โดยได้รับเงิน สนับสนุนจากรัฐและเขตการปกครอง แต่ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับเงินทุนของรัฐบาลกลาง รัฐบาล กลางจะดูแลใน 2 ด้านสำคัญ คือ ด้านการรักษาพยาบาลและด้านเภสัชกรรม รัฐบาลกลาง สามารถเปลี่ยนแปลงการจัดการด้านการเงินของรัฐ/เขตการปกครอง กำกับกับการประกัน ภาคเอกชน และให้การสนับสนุนโดยตรงกับหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ การพัฒนา ประสานงานของโครงการต่างๆ ตามความเร่งด่วน นอกจากนี้ยังให้การสนับสนุนด้านการ เงินสำหรับรายการยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วย (Jane Hall, 1999) ภาคเอกชนให้ บริการแบบคิดค่าบริการธรรมเนียมตามรายครั้งของการใช้บริการ (fee for service) (Australian Institute of Health and Welfare, 2002)

การประกันสุขภาพภาคเอกชน มีบทบาทเป็นทางเลือกเสริมความคุ้มครองที่ได้จาก Medicare ซึ่งจะให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมค่าห้องและค่าบริการทางการแพทย์ ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน เรียกว่า การประกันค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล (Hospital Insurance) การประกันลักษณะนี้มีไว้เพื่อให้อยู่แข่งกับ Medicare การคุ้มครองบริการทันตกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมทั้งบริการอื่นๆ เรียกว่า การประกันข้างเคียง (Ancillary insurance) ซึ่งมีไว้สำหรับบริการที่ไม่ครอบคลุมโดย Medicare (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุกัลยา คงสวัสดิ์, 2544)

ระบบประกันภาคเอกชน มีประมาณร้อยละ 7.6 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด โดยร้อยละ 30 ของเบี้ยของระบบประกันเอกชนดังกล่าว จ่ายโดยรัฐบาลด้วยระบบการคืนกลับภาษี (rebate) ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี 1999 (สัดส่วนการคืนกลับภาษีดังกล่าวเพิ่มเป็นร้อยละ 35 สำหรับผู้มีอายุ 65-69 ปี และร้อยละ 40 สำหรับผู้มีอายุ 70 ปีและมากกว่านั้น ในกลางปี 2009 ชาวออสเตรเลีย ถึงร้อยละ 44.6 มีประกันการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน

รายจ่ายตรงของครัวเรือน (Out-of-pocket) คิดเป็นร้อยละ 16.8 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด

ชาวออสเตรเลียมีสิทธิเลือกรักษาจากโรงพยาบาลของรัฐโดยไม่ต้องมีค่าใช้จ่าย แต่บริษัทเอกชนที่รับประกันภัยจะให้การคุ้มครองสำหรับประชาชนที่มีความต้องการที่จะเลือกรูปแบบของการรักษาเอง และอาจจะได้รับสวัสดิการอื่นๆ ที่เพิ่มมากขึ้นกว่าที่กำหนดไว้ ค่าใช้จ่ายโดยรวมที่บริษัทประกันคุ้มครอง จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ค่าทำศพ สวัสดิการที่ให้เมื่อยามเจ็บป่วย และกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Australian Institute of Health and Welfare, 2002) รูปแบบของการประกันมีอยู่ด้วยกัน 4 รูปแบบ คือ

1. การประกันตัวเอง
2. การประกันคู่สมรส
3. การประกันเฉพาะผู้ปกครอง
4. การประกันคู่สมรสและเด็ก

ปัญหาการบาดเจ็บและเสียหายจากการ ใช้บริการทางการแพทย์ในออสเตรเลีย

รายงานความเสียหายจากการใช้บริการทางการแพทย์ในออสเตรเลีย ไม่ค่อยมีปรากฏมากนัก แม้ว่าจะมีการรับรู้ถึงปัญหากันมานานพอสมควร ในปี 1964 Shimmel รายงานตัวเลขการบาดเจ็บจากการให้บริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งว่ามีประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โดยร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเหล่านั้น เป็นการบาดเจ็บรุนแรงหรือเสียชีวิต (Shimmel, 1964)

รายงานอีกชิ้นหนึ่ง คีพิมพ์ในวารสาร Medical Journal of Australia ในปี 1995 ระบุว่า ผลจากการศึกษาข้อมูลการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยกว่า 14,000 ครั้งใน 28 โรงพยาบาลของรัฐ New South Wales และ South Australia พบว่า ประมาณร้อยละ 16 ของการเข้ารับการรักษาทันทีหมดดังกล่าว เกี่ยวข้องกับผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Events) ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ในจำนวนนั้นร้อยละ 51 เป็นผลข้างเคียงที่ป้องกันได้ ในด้านความรุนแรงพบว่า ร้อยละ 77.1 หายจากผลข้างเคียงภายใน 12 เดือน ร้อยละ 13.7 เกิดความพิการถาวร และร้อยละ 4.9 เสียชีวิต (Wilson et al 1995)

ข้อมูลในปี 2004 ประมาณว่า จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากความผิดพลาดทางการแพทย์อาจสูงถึงประมาณ 18,000 คน/ปี และเกิดความพิการถาวรประมาณ 17,000 คน/ปี โดยประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเหล่านั้นเกิดจากความผิดพลาดที่สามารถป้องกันได้ ขณะที่ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ได้แก่ ปัญหาการสื่อสารที่ไม่ตรงกัน ปัญหาข้อมูลล่าช้า และปัญหาข้อมูลขัดแย้งกัน (Fiona, 2004)

การจัดการกับปัญหาความเสียหายทางการแพทย์

ออสเตรเลียจัดการกับความเสียหายที่เกิดจากการใช้บริการทางการแพทย์ โดยใช้ระบบการประกันทางการแพทย์ (Medical Liability) ที่อยู่ภายใต้กรอบของการฟ้องศาล มีการปฏิรูปและพัฒนาระบบการชดเชยในหลายลักษณะ ขณะที่ระบบการชดเชยโดยไม่มีพิสูจน์ถูกผิด ถูกนำมาใช้กับการชดเชยความเสียหายจากอุบัติเหตุโดยเฉพาะกรณีอุบัติเหตุทางรถยนต์ในหลายรัฐมานานพอสมควร

วิกฤติของการจัดการระบบความรับผิดชอบกับปัญหาทุรเวชปฏิบัติ (Medical malpractice liability) ได้กลายเป็นประเด็นเชิงนโยบายสำคัญในออสเตรเลียเช่นเดียวกับในหลายประเทศ ในรัฐ New South Wales ของออสเตรเลีย บริษัทที่รับประกันการฟ้องร้องเกี่ยวกับทุรเวชปฏิบัติเกิดวิกฤติทางการเงิน ในเดือนมีนาคม 2001 บริษัท HH Insurance Group ซึ่งเป็นบริษัทประกันใหญ่เป็นอันดับสองของออสเตรเลีย และเป็นบริษัทที่รับประกันให้กับองค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลด้านกฎหมายให้แพทย์ด้วยกัน (Doctor's medical defense organization) จำนวนมาก ต้องถูกคัดสินให้อยู่ในสภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงินที่ต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ (Provisional liquidation) เหตุการณ์เช่นเดียวกันเกิดกับองค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลด้านกฎหมายให้กับแพทย์ใน New South Wales โดยในปี 2002 มีการรายงานว่า เบี้ยประกันทางการแพทย์ในรัฐนี้ เพิ่มขึ้นเท่าตัว ในช่วงปี 2002-2003 เมื่อเทียบกับช่วงปี 1997-1998 (Kessler, Summerton and Graham 2006)

หลักการการชดเชยให้กับผู้ป่วย และการจ่ายเพื่อชื้อประกันโดยแพทย์

ในเชิงโครงสร้าง ระบบการชดเชยความเสียหายของออสเตรเลียใช้ระบบการฟ้องศาล เพียงแต่มีการใช้กลไกของการประกันทางการแพทย์มาเป็นขั้นตอนก่อนถึงการใช้กลไกการตัดสินของศาล

การประกันทางการแพทย์

การทำประกันทางการแพทย์ เป็นระบบหนึ่งที่ใช้ในออสเตรเลียคล้ายกับประเทศอื่นๆ แพทย์สภาของออสเตรเลียได้สนับสนุนให้สมาชิกซึ่งเป็นแพทย์เห็นความสำคัญของเงินชดเชยค่าเสียหายทางการแพทย์ โดยให้เหตุผลสนับสนุนต่างๆ มากมาย อาทิ เช่น

- การเพิ่มขึ้นของการฟ้องร้องทางการแพทย์
- การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง
- การเพิ่มขึ้นของจำนวนเงินที่ต้องชดเชย
- ความจำเป็น/ความต้องการเงินทุนสำหรับความเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้น (แต่ยังไม่มีรายงาน)
- การขาดแคลนสิ่งกระตุ้นในการค้นหาหนทางที่จะแก้ไข

โดยทั่วไปแพทย์ที่มีประกันภัยสำหรับการให้การรักษา จะสามารถจ่ายเงินชดเชยแก่ผู้ป่วยกรณีที่มีความผิดพลาดทางการแพทย์ได้ทันที อย่างไรก็ตาม แพทย์สภาของออสเตรเลียไม่ได้บังคับว่าจะต้องมีการซื้อประกันทางการแพทย์ แต่จะขึ้นอยู่กับการต้องการในแต่ละรัฐ (Australian Medical Association; AMA, 2001)

แพทย์สภาของออสเตรเลียเสนอแนวทางในการจ่ายเงินชดเชย โดยเห็นว่าควรจ่ายโดยตรงและเป็นงวด (Direct payment mechanism/ structured settlement/ periodic payment) แทนที่จะจ่ายให้เป็นเงินก้อนครั้งเดียว (lump sum) เพราะการจ่ายเป็นเงินก้อนนั้น ถ้าหากขาดการจัดการที่ดี เงินจะสูญหายอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังมีข้อดีของการจ่ายเป็นแบบเป็นงวด คือ การจ่ายเงินให้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทุกเดือน

สามารถสร้างความรู้สึกลดภัยในชีวิตของคนที่ตกเป็นเหยื่อของความผิดพลาดในการรักษาได้ และโดยทั่วไปผู้ป่วยเหล่านั้นก็มิได้มีชีวิตที่ยืนยาว เฉกเช่นดังบุคคลทั่วไป (Australian Medical Association; AMA, 2001)

เกณฑ์การพิจารณาขดแยกความเสียหาย

การจ่ายเงินชดเชยจะอยู่บนพื้นฐาน "ความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้" (Fault-based system and avoidable injuries) และ "ความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดที่ไม่ได้เกิดจากความผิดของฝ่ายใด" รวมถึง "ความเสียหายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และไม่มีใครผิด" (No-fault-based system and unavoidable injuries)

กระบวนการพิจารณา

1. กรณีที่เป็นเหตุซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และไม่ใช้ความผิดของฝ่ายใด ขั้นตอนแรกของกระบวนการจะเริ่มจากการตกลงร่วมกันของทั้งสองฝ่าย ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2. ในกรณีที่าคาว่าเป็นความผิดพลาดของผู้ให้บริการ

- ผู้เสียหายสามารถยื่นเรื่องไปยังองค์กรตัวแทนวิชาชีพของผู้ให้บริการนั้นเพื่อผ่านกระบวนการ Medical tribunal ที่ประกอบด้วยผู้พิพากษา ตัวแทนผู้ให้บริการ และตัวแทนผู้บริโภค
- คำตัดสินของ Medical tribunal จะลงโทษผู้ให้บริการ แต่ไม่สามารถบังคับให้มีการจ่ายเงินชดเชยความเสียหายได้
- หากว่าเรื่องยังไม่ยุติและผู้เสียหายยังคงต้องการที่จะได้เงินชดเชย จะต้องดำเนินการต่อไป โดยส่งเรื่องต่อไปยังหน่วยรับเรื่องร้องเรียน (complaints body)
- complaints body จะทำหน้าที่ในการไกล่เกลี่ยให้ทั้งสองฝ่ายตกลงกันให้ได้
- ในกรณีที่ไม่สามารถตกลงกันได้เรื่องจะถูกส่งไปที่ศาล เพื่อทำการตัดสิน

แต่ก่อนจะถึงศาล มีหน่วยงานที่ดูแลเรื่องนี้โดยตรงคือ Medical Defense Organization (MDO) เป็นหน่วยงานที่รับประกันความเสี่ยงให้กับผู้ให้บริการ ถ้าพิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ให้บริการผิดจริง MDO ก็จะจ่ายเงินค่าชดเชยให้ทันที โดยส่วนใหญ่แล้วเรื่องจะจบลงที่ MDO (www.hsri.or.th)

ทางเลือกในการจัดการความเสียหาย

ในภาพรวม หากเกิดความเสียหาย ขั้นตอนในระบบการเรียกร้องการชดเชยอาจทำได้หลายวิธี คือ

วิธีที่ 1 การตกลงร่วมกัน

ใช้ในกรณีที่ไม่ได้เกิดจากความผิดของฝ่ายใด เช่น ผลข้างเคียงจากยา

รูปแบบการชดเชยที่ผู้รับบริการจะได้รับ ได้แก่

- คำอธิบายที่ชัดเจนจากผู้ให้บริการว่าเกิดจากสาเหตุใด
- ค่าขอโทษ
- ผู้ให้บริการยินยอมที่จะให้การรักษาเพิ่มเติม โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย
- ผู้ให้บริการยื่นข้อเสนอจ่ายเงินชดเชยความเสียหาย

ถ้าเลือกวิธีนี้ ผู้เสียหายควรปรึกษากับนักกฎหมายเพื่อขอความเห็น ว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ ซึ่งสามารถเลี่ยงได้ แต่เป็นความผิดพลาดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กรณีผู้ให้บริการยินยอมรับผิดชอบและให้ข้อเสนอที่จะจ่ายเงินชดเชยความเสียหาย หรือให้การรักษาเพิ่มเติมโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ผู้เสียหายจะปรึกษานักกฎหมายว่าจะยอมรับข้อเสนอหรือไม่ ถ้าไม่ทำอะไรต่อไป

วิธีที่ 2 การร้องเรียน ผ่านองค์กรวิชาชีพ (Registrations Board)	ถ้าผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่อาจเกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการ สามารถยื่นคำร้องต่อ Registrations Board ได้ เพื่อทำการสืบสวน ยกเว้นใน New South Wales การสืบสวนจะผ่าน Health Care Complaints Commission ก่อนที่จะไต่สวนโดย Medical Tribunal ซึ่งประกอบด้วย ผู้พิพากษา 1 คน ผู้ให้บริการ (specialist) ในสาขาที่ถูกฟ้อง 2 คน ตัวแทนที่ไม่ได้มาจากวิชาชีพ 1 คน ผู้รับบริการจะฟ้องเองหรือจะใช้ทนายฟ้องก็ได้ ในทุกองค์กรวิชาชีพ มีการทนายให้กับผู้ฟ้องร้องโดยไม่คิดค่าบริการ ผลจากการไต่สวนจากองค์กรวิชาชีพอาจเป็นได้ดังนี้ - กำหนดเงื่อนไขต่อผู้ถูกฟ้องร้อง ถ้าต้องการจะอยู่ในวิชาชีพต่อไป เช่น ต้องทำงานภายใต้ผู้เชี่ยวชาญวิชาชีพในสาขานั้นๆ ภายในช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ - สั่งเพิกถอนไม่ให้ปฏิบัติงานบริการที่ทำให้ผู้ฟ้องร้องได้รับความเสียหาย - ไม่อนุญาตให้ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่กำหนด หรือจนกว่าจะได้รับอนุญาต - เพิกถอนใบอนุญาตการปฏิบัติงาน หมายเหตุ : องค์กรวิชาชีพไม่สามารถบังคับให้มีการชดเชยค่าเสียหายในรูปของตัวเงินสำหรับการฟ้องร้องผ่านองค์กรวิชาชีพ
วิธีที่ 3 ฟ้องร้องผ่าน Complaints Authority	Health Complaints Authority ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ย ได้ผลลัพธ์ที่เกิดจากการยอมรับทั้ง 2 ฝ่าย
วิธีที่ 4 ฟ้องร้องผ่าน กระบวนการศาล	เป็นหนทางสุดท้ายเพราะว่ามีค่าใช้จ่ายสูง และใช้ระยะเวลานาน ผู้เสียหายที่ต้องการฟ้องร้องจะต้องปรึกษากับนักกฎหมายก่อนเพื่อดูว่ามีทางจะชนะมากน้อยแค่ไหน ถ้าผู้ฟ้องร้องไม่มีเงินจะมีผู้ช่วยเหลือด้านกฎหมาย (Legal Aid) เพื่อให้ความช่วยเหลือในกรณีที่มีแนวโน้มจะชนะ ถ้าชนะผู้ถูกฟ้องร้องต้องชดเชยและจ่ายเงินค่าใช้จ่ายทั้งหมด แต่ถ้าหากแพ้รัฐบาลจะต้องรับภาระทั้งหมด องค์กรอิสระที่รับประกันความเสียหายที่เกิดจากบริการทางการแพทย์ (Medical Defense Organization) ในทุกรัฐ ถ้าหากพิจารณาแล้วเห็นว่ามีโอกาสน้อยมากที่จะชนะมักจะยื่นความจำนงต่อผู้เสียหายเพื่อทำการไกล่เกลี่ย เพราะถ้าปล่อยให้เรื่องไปถึงศาลแล้วแพ้จะต้องชดเชยค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้น

กระบวนการ

การร้องขอรับการชดเชย จะกระทำก็ต่อเมื่อผู้ให้บริการมีความบกพร่อง ผิดพลาด หรือให้การรักษาที่ไม่สมเหตุสมผล ข้อร้องเรียนอาจจะพาดพิงถึงความล้มเหลวในด้านต่างๆ เช่น การรักษา การให้ข้อมูลการรักษา การให้ความยินยอม เป็นต้น กระบวนการร้องทุกข์ จะเริ่มต้นจาก คณะกรรมการพิจารณาเรื่องราวจะทบทวนเรื่องของทั้งฝ่ายผู้ให้บริการ และ ผู้รับบริการ/ผู้ร้องทุกข์ โดยคณะกรรมการจะปฏิบัติกับผู้ร้องทุกข์ 2 ขั้นตอนคือ

1. การจัดการอย่างไม่เป็นทางการ (Informal process)

1.1 การส่งเสริมการให้ความช่วยเหลือโดยตรง โดยติดต่อระหว่าง ผู้ร้องทุกข์กับผู้ให้บริการเพื่อแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน คณะกรรมการจะถามถึงความต้องการของผู้ร้องทุกข์ถึงสิ่งที่ต้องการ คณะกรรมการจะติดต่อประสานงานกับผู้ร้องทุกข์อย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งได้รับคำตอบที่เหมาะสมสำหรับทั้งสองฝ่าย

1.2 การประเมินข้อร้องเรียน จะประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.2.1 ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน ทั้งในส่วนของผู้ร้องทุกข์และผู้ให้บริการ

1.2.2 ทำการพิจารณาถึงความเป็นเหตุเป็นผลของบริการทางการแพทย์

ขั้นตอนของการประเมินข้อร้องเรียนประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม การเก็บข้อมูล การรับคำอธิบาย การให้คำอธิบาย การเสนอทางเลือกของขั้นตอนต่อไปในการแก้ไขปัญหา กรรมการจะสอบถามข้อมูลจากผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้ในการตัดสินใจ ภายในเวลา 60 วัน นับตั้งแต่รับข้อมูลร้องทุกข์ คณะกรรมการจะต้องเลือกดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- ยกเลิก ข้อร้องเรียน
- ส่งต่อ ข้อร้องเรียนสำหรับการไกล่เกลี่ยภายใต้ความยินยอมของฝ่ายต่างๆ
- ส่งต่อ ข้อร้องเรียนไปยังคณะกรรมการชุดใหญ่หรือองค์กรอื่นๆ
- สืบสวน ข้อร้องเรียน

2. การใช้อำนาจทางกฎหมาย

2.1 การใช้กระบวนการไกล่เกลี่ยตามกฎหมาย

ตามกฎหมายจะมีกระบวนการไกล่เกลี่ยก่อน ซึ่งมุ่งหวังที่จะให้ได้ข้อยุติที่เป็นประโยชน์กับทุกฝ่าย แต่หากกรณีที่ผ่านมากระบวนการไกล่เกลี่ยตามข้อ 1 แล้ว ไม่สามารถยุติปัญหาได้ ก็จะต้องเข้าสู่กระบวนการของคณะกรรมการฯ ซึ่งจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้

- 1) เป็นความสมัครใจของทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งตกลงใจร่วมกันในการเข้าสู่กระบวนการของคณะกรรมการ ทั้งสองฝ่ายยอมรับที่จะต่อรองและประสานกับในผลประโยชน์ของวิธีการแก้ปัญหา
- 2) ข้อมูลไม่สามารถถูกเปิดเผยให้กับฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด ไม่ว่าจะเป็นด้วยวัตถุประสงค์ใดๆ ก็ตาม และไม่สามารถถูกส่งเป็นหมายเรียกในชั้นศาลหรือเปิดเผยในที่สาธารณะได้

โดยทั่วไปปัญหาที่สามารถไกล่เกลี่ยได้มี 2 ประเภท คือ

- 1) กลุ่มที่ผู้เสียหายต้องการคำอธิบายว่าเกิดอะไรขึ้น และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ผู้เสียหายต้องการมีส่วนร่วมในการแบ่งปันความรู้สึกหรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมทั้งการได้รับรู้ถึงปัญหาที่ได้รับการแก้ไขแล้ว ต้องการทราบรายงานจากกรรมการต่างๆ มีรายงานว่าผู้ร้องทุกข์หลายรายกล่าวถึงวิธีการนี้ว่า สามารถลดความความเจ็บปวดที่พวกเขาประสบมาได้
- 2) กลุ่มที่เรียกร้องค่าเสียหาย ค่าชดเชย หรือการรักษา
ในขั้นตอนกระบวนการไกล่เกลี่ยนี้ คณะกรรมการจะแต่งตั้งผู้ไกล่เกลี่ยซึ่งจะทำหน้าที่ตัดสินด้วยความเป็นธรรม และเป็นอิสระจากองค์กรต่างๆ กระบวนการที่ถูกเลือกในการแก้ปัญหาข้อร้องเรียน และผลลัพธ์ที่ได้ จะเป็นไปตามความต้องการของทั้งสองฝ่ายที่เห็นพ้องต้องกัน กระบวนการต่างๆ ที่นำมาใช้มีดังต่อไปนี้
 - การประชุมอภิปราย ตัวต่อตัว
 - การเขียนจดหมาย
 - การอภิปรายทางไกล
 - การทบทวน บันทึกทางการแพทย์และรายงาน

- อ้างอิงแนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญ
 - การต่อรอง เรื่องการเปลี่ยนแปลง/ปรับปรุงหนทางต่างๆ
ในเรื่อง การปฏิบัติ นโยบาย และกระบวนการ
- โดยจะมีการจัดทำเอกสารซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันของทั้งสองฝ่ายไว้ เพื่อเป็นการแสดงถึงความสำเร็จของการเจรจาไกล่เกลี่ย

2.2 การส่งต่อคณะกรรมการหรือผู้มีอำนาจอื่นๆ

หากการเจรจาไกล่เกลี่ยอย่างไม่เป็นทางการไม่ประสบความสำเร็จ ข้อร้องเรียนจะถูกส่งต่อไปยังส่วนที่มีอำนาจเหมาะสม คณะกรรมการจะแจ้งข้อมูลไปยังคณะกรรมการอื่นๆ เพื่อจะทำงานร่วมกันในการหาหนทางที่เหมาะสมในการจัดการกับข้อร้องเรียน คณะกรรมการจะปรึกษาและส่งต่อข้อร้องเรียนอย่างเป็นลำดับซึ่งรวมส่วนต่างๆ เช่น คณะกรรมการของตำรวจ ผู้อำนวยการ อัยการ รัฐบาลท้องถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีกฎหมายกำหนด

2.3 การสืบสวนข้อร้องเรียนของคณะกรรมการ

เมื่อการแก้ปัญหาข้อร้องเรียนด้วยการเจรจาไกล่เกลี่ยและวิธีการอื่นๆ ไม่ประสบความสำเร็จ คณะกรรมการจะดำเนินการสืบสวนอย่างเป็นทางการ ทั้งนี้อยู่บนพื้นฐานของความยุติธรรม และความยืดหยุ่น โดยพิจารณาผลกระทบของเหตุการณ์ในแต่ละเหตุการณ์ โดยมีหลักการ 3 ข้อ ดังนี้

- 1) ความถูกต้องในการรับข่าวสารเกี่ยวกับข้อร้องเรียน ทั้งข่าวที่มีแนวคิดต่อต้านและที่ต้องการให้เรื่องราวดำเนินต่อไป
- 2) การรู้ความจริงเกี่ยวกับการตัดสินใจ
- 3) ความยุติธรรมและความเป็นอิสระ

คณะกรรมการจะเป็นอิสระจากรัฐบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าคณะกรรมการจะไม่มีส่วนได้เสียในการให้บริการทางสุขภาพ เมื่อการสืบสวนเสร็จสมบูรณ์รายงานจะถูกส่งไปยังผู้ร้องทุกข์ บุคคลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง แต่จะไม่มีคำวิจารณ์ในรายงาน คณะกรรมการจะให้ข้อเสนอแนะที่เป็นเหตุเป็นผลกับผู้ให้บริการ โดยข้อเสนอแนะจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ การทบทวนมุมมองหรือแนวคิดของโครงสร้างองค์กร และนโยบาย ผู้ให้บริการต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 45 วัน เจ้าหน้าที่ไกล่เกลี่ย/สืบสวน จะจัดการ

เกี่ยวกับการร้องเรียนดังต่อไปนี้ (www.nt.gov.au)

- ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์
- รับเรื่องราวจากผู้ให้บริการ
- ศึกษางานวิจัยจากแหล่งต่างๆ เช่น วารสารทางการแพทย์ อินเตอร์เน็ต
- รับคำแนะนำและความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ

คณะกรรมการโดยทั่วไปจะไม่มีความรู้ทางการแพทย์ และไม่มีหน้าที่ในการตัดสินความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่ใกล้เคียง/เจ้าหน้าที่สืบสวนมีอำนาจที่จะขอความช่วยเหลือและคำแนะนำจากบุคคลภายนอก ที่ทำหน้าที่คล้ายกับผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องร้องทุกข์ได้ ซึ่งบุคคลผู้นั้นเรียกว่า Professional Mentors

คณะกรรมการสามารถแต่งตั้งบุคคลที่เหมาะสมเป็นที่ปรึกษาได้ ถ้าต้องการเจ้าหน้าที่ใกล้เคียงก็สามารถหาบุคคลที่เหมาะสมและเต็มใจ เพื่อแต่งตั้งให้เป็น Mentor/advisor บุคคลนั้นจะไม่สามารถถูกแต่งตั้งเป็น Mentor ถ้าคณะกรรมการเห็นว่าไม่ได้มีความเชี่ยวชาญในด้านนั้น หน้าที่ของ Professional Mentors มีดังนี้

- ช่วยทบทวนคำร้องเบื้องต้น ช่วยค้นหาบุคคลที่เหมาะสมในการให้คำปรึกษาทางคลินิก และประเด็นทางด้านจริยธรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การรับรู้ผลข้างเคียง
- ทบทวนบันทึกทางการแพทย์และให้ความคิดเห็น
- ช่วยเจ้าหน้าที่ในการแปล บันทึกทางการแพทย์ เช่น คัดย่อ ผลทางห้องปฏิบัติการ
- ช่วยในการจำแนกปรากฏการณ์ทางคลินิก มาตรฐานทางคลินิก
- ช่วยในการแจกแจงคำถามเฉพาะสำหรับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือ peer reviewer ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง
- เขียนบรรยายเกี่ยวกับการรักษาโดยเฉพาะเน้นไปที่ประเด็นที่ร้องเรียนเข้ามา

หมายเหตุ : Professional Mentors ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบประเมินการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ใกล้เคียง

การโต้เถียงหรือการสืบสวน จะพิจารณาตัดสินมาตรฐานของการรักษาในเรื่องนั้นๆ ดังนั้นคณะกรรมการจึงต้องการความคิดเห็นหรือคำปรึกษามาจากผู้เชี่ยวชาญและ Peer reviewer

ที่ปรึกษาภายนอกจะได้รับข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกทางการแพทย์ รายงาน ข้อความร้องทุกข์ ผู้เชี่ยวชาญจะให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้การรักษา แต่จะไม่ได้รับสิทธิ์ในการออกความคิดเห็นของผลลัพธ์ที่ได้ ความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการจึงเป็นวัตถุวิสัย (objectivity) และอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลจริง ในขณะที่ทำการโต้เถียงหรือการสืบสวนอาจมีการร้องขอความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสามารถช่วยให้ทั้งสองฝ่ายตกลงใจร่วมกันได้ ในบางกรณี ผู้เชี่ยวชาญจะถูกร้องขอให้ความเห็นกรณีที่ต้องมีการแยกแยะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง การไม่มีความสามารถอย่างเต็มที่สมบูรณ์ (Incompetence) การบริการที่ไม่ได้มาตรฐาน การปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่ดี หรือความบกพร่องต่างๆ ซึ่งประเด็นที่กล่าวอ้างมานั้นเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อนและพบได้บ่อยครั้ง(www.nt.gov.au)

ผู้รับบริการ/ผู้ร้องทุกข์ จะเคลื่อนไหวไปยังขั้นตอนอย่างเป็นทางการ เมื่อไม่ได้รับการแก้ปัญหาที่สมเหตุสมผล จากรายงานพบว่า ร้อยละ 70-80 สามารถจัดการได้ในขั้นตอนของการจัดการอย่างไม่เป็นทางการ (Health and community service complaints commissions, www.nt.gov.au)



ความแตกต่างระหว่าง การไกล่เกลี่ยกับการฟ้องร้อง

การไกล่เกลี่ยเป็นกระบวนการของการแก้ปัญหาข้อร้องทุกข์โดยผ่านการอภิปรายการพูดคุย การต่อรองโดยปราศจากการฟ้องร้อง ทั้งสองฝ่ายถูกนำเข้ามาแก้ปัญหาพร้อมกันแต่ไม่จำเป็นต้องเป็นเวลาเดียวกัน การไกล่เกลี่ยจะอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อมั่นระหว่างสองฝ่าย และผู้ที่ทำหน้าที่ในการไกล่เกลี่ยที่เป็นกลาง คณะกรรมการมักพอใจและชอบวิธีการนี้ในการแก้ปัญหาข้อร้องทุกข์ ส่วนการฟ้องร้องเป็นกระบวนการในชั้นศาล การเรียกร้องจะมีผู้ป่วยเป็น เจ้าทุกข์ และผู้ให้บริการเป็นจำเลยและมีการตัดสินในชั้นศาล (www.nt.gov.au)

กระบวนการที่แตกต่างของการไกล่เกลี่ยกับการฟ้องร้อง คือ ความไม่เหมือนกันของการออกคำสั่งโดยแต่ละฝ่าย คณะกรรมการไกล่เกลี่ยมีหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาข้อร้องทุกข์และจะไม่ใช้วิธีการที่ต้องพึ่งทนายหรือตำรวจในการจัดการปัญหา บทบาทของเจ้าหน้าที่ไกล่เกลี่ยจะเกี่ยวข้องกับการอภิปรายประเด็นสำคัญและไม่เอนเอียงไปยังฝ่ายใด ความคิดเห็นจะเป็นสิ่งที่ช่วยแต่ละฝ่ายให้เข้าใจประเด็นนั้นๆ ชัดเจน การทำงานของเจ้าหน้าที่ไกล่เกลี่ยจะเป็นลักษณะของการขอความร่วมมือมากกว่าจะเป็นการกล่าวหาฝ่ายใดๆ ข้อมูลที่ได้ในกระบวนการไกล่เกลี่ยเป็นส่วนที่สำคัญที่สุด ซึ่งเป็นข้อมูลเอกสารที่นำมาเป็นตัวอย่างหรือนำมาอภิปราย แต่ทั้งนี้ไม่สามารถนำไปใช้ในงานอื่นๆ ได้ ทุกสิ่งทุกอย่างที่ดำเนินการจะถูกเก็บไว้้อย่างเป็นความลับ

(หมายเหตุ: กฎหมายระบุไว้ว่าสิ่งที่อภิปรายหรือเตรียมไว้สำหรับการไกล่เกลี่ยไม่สามารถถูกใช้ก่อนถึงศาลได้ ถ้าเจ้าหน้าที่ไกล่เกลี่ยไม่ยินยอม)

ประเด็นมาตรฐานของการรักษาและการชดเชย เจ้าหน้าที่ไกล่เกลี่ยจะเสนอทางเลือกที่ได้มาจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งทำหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ บันทึกทางการแพทย์และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ไกล่เกลี่ยจะทำหน้าที่เชื่อมโยงทั้งสองฝ่ายเข้าด้วยกัน ทั้งสองฝ่ายจะได้รับข้อมูลที่เป็นความคิดของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นหลักๆ (main concerns) และผลลัพธ์ที่เป็นที่ต้องการ (desired outcome) ขั้นตอนที่แตกต่างกันจากการฟ้องร้องคือ แต่ละฝ่ายจะค้นหาผู้เชี่ยวชาญอิสระเพื่อทำการตรวจหลักฐานต่างๆ ซ้ำอีกครั้ง การเจรจาไกล่เกลี่ยอาจจะจบเมื่อมีการตกลงร่วมกัน หรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งต้องการยกเลิก ผลลัพธ์จากการไกล่เกลี่ยเป็นความพยายามเจ้าหน้าที่ไกล่เกลี่ยในการช่วยให้ทั้งสองฝ่ายได้มีโอกาสค้นหาคำทางแก้ปัญหาที่เหมาะสม

การฟ้องร้องมีแนวโน้มที่จะยาวนานมากกว่า ค่าใช้จ่ายมากกว่า ความเสี่ยงสูง ในขอบเขตของการฟ้องร้อง จะมุ่งไปที่การแพ้ชนะ โดยเฉพาะการให้ผลประโยชน์ในรูปของเงิน ฝ่ายที่แพ้จะต้องเผชิญกับความยุ่งยากในการจ่ายเงินให้กับฝ่ายชนะ

ระหว่างกระบวนการไกล่เกลี่ย แต่ละฝ่ายจะถูกสนับสนุนเพื่อค้นหาความคิดเห็นเชิงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับรายงานของผู้เชี่ยวชาญก่อนที่จะมีการดำเนินงานใดๆ ในส่วนนี้เป็นส่วนที่สำคัญมากเพราะว่าการชดเชยอาจจะสามารถจ่ายได้ให้กับทั้ง 2 ฝ่าย

ข้อดีของการไกล่เกลี่ย (www.nt.gov.au)

การไกล่เกลี่ยคือการฟ้องร้อง ในหลายประเด็น สรุปได้ดังนี้

- ความสามารถของทั้งสองฝ่าย ในการประเมินข้อมูลทั้งหมดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่ง สามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจได้
- ให้บริการฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย
- ระยะเวลาและกระบวนการของการไกล่เกลี่ยจะเร็วกว่ากระบวนการในชั้นศาล
- ให้อำนาจกับแต่ละฝ่ายในการแก้ปัญหาข้อร้องเรียนโดยปราศจากอำนาจบุคคลภายนอก
- ส่งเสริมมิตรภาพของผู้เกี่ยวข้อง สนับสนุนให้มีการร้องทุกข์และ ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการจัดการและหนทางแก้ไขปัญหา
- การรักษาความลับ การให้ความมั่นใจในกระบวนการและข้อมูลที่ ถูกเก็บรักษาไว้
- การสื่อสาร แต่ละฝ่ายสามารถอภิปรายคำร้องเรียนและสามารถ รับรู้และเข้าใจในความคิดเห็นของแต่ละฝ่ายได้

รูปแบบการดำเนินงานในแต่ละรัฐ

การจัดการโดยทั่วไปในออสเตรเลียมีด้วยกันหลายอย่าง เช่น การไกล่เกลี่ย การสืบสวน และการปรึกษา กลไกการรับเรื่อง (Registration bodies) เป็นต้น รูปแบบที่เด่นๆ มีด้วยกัน 2 รูปแบบคือ

1. การไกล่เกลี่ย วิธีนี้มีขอบเขตที่ชัดเจน ระหว่างวิธีการแก้ปัญหา กับเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจเกี่ยวข้อง (relevant registration authorities)
2. Prosecutorial model เป็นรูปแบบที่ต้องใช้การดำเนินทางคดี ความ ซึ่งเน้นมาตรฐานการรักษาโดยมีคณะกรรมการทำหน้าที่ในการดูแลและสืบสวนคำร้องทุกข์เหตุการณ์รุนแรง ส่วนคำร้องทุกข์เรื่องที่ไม่รุนแรงจะทำการส่งต่อปัญหาไปยังคณะกรรมการชุด registration body รูปแบบนี้มีเฉพาะที่รัฐ New South Wales เท่านั้น

ในบางรัฐ ถ้าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของ Registration authority เรื่องจะถูกส่งต่อไปยัง relevant registration authorities เพื่อทำการไกล่เกลี่ยและเจรจาต่อรอง ซึ่งอาจจะทำให้ไม่ได้รับการชดเชยความเสียหาย และยังมีข้อจำกัดในการติดตามคำร้องทุกข์ การเข้าแทรกแซงระหว่างการค้าเนติการ บางรูปแบบให้คล้ายพินิจกับคณะกรรมการรับฟังเรื่องราวร้องทุกข์ (Health complaints commissioner) ในการกำหนดการกระทำที่มีความเหมาะสมที่สุด ในทางปฏิบัติจะอนุญาตให้มีทางเลือกของการไกล่เกลี่ยและการสืบสวน โดยคณะกรรมการ รัฐ New South Wales จะกำหนดสิ่งต่างๆ ไว้ว่า สิ่งใดที่ควรปฏิบัติ สิ่งใดที่ควรเก็บไว้เพื่อสืบสวน และสิ่งใดที่ควรดำเนินคดีก่อนที่จะถึง registration authorities คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพหรือองค์กรอื่นๆ ในบางรัฐมีอำนาจในการสืบสวนของตนเอง บางรัฐใช้อำนาจผ่านทางรัฐมนตรี

Western Australia

Western Australia Health Services Conciliation and Review Act 1995 กำหนดแนวทางและโอกาสในการเลือกปฏิบัติได้ว่า เมื่อไหร่ควรส่งต่อหรือไม่ส่งต่อคำร้องไปยังคณะกรรมการ Victoria Health Service Commissioner (HSC) จะทำงานภายใต้ Health Service Conciliation and Review Act 1987 ภายใต้กฎหมาย Tasmanian legislation

คณะกรรมการ Victorian HSC จะทำงานร่วมกันกับ Professional registration board ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการฟ้องร้องสมาชิกขององค์กรวิชาชีพ ในกรณีที่มีการปรึกษาคณะกรรมการแล้วเห็นว่าคณะกรรมการชุดใหญ่มีอำนาจในการแก้ปัญหา คณะกรรมการจะส่งต่อแนวทางนั้นไปยังคณะกรรมการชุดใหญ่ ถ้าเรื่องนั้นไม่เหมาะกับการไกล่เกลี่ย วรรคที่ 71 (1) จะให้คณะกรรมการใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจว่าจะทำการไกล่เกลี่ย สืบสวน หรือส่งต่อไปยังกรรมการชุดใหญ่ ถ้ากรรมการพิจารณาแล้วเห็นว่าสมควรที่จะได้รับการไกล่เกลี่ย กรรมการก็พยายามแก้ปัญหาด้วยวิธีนี้ แต่การตัดสินใจก็จะคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมด้วย

Queensland

ภายใต้ วรรคที่ 21 ของพระราชบัญญัติสิทธิสุขภาพหรือ Health Right Commission Act 1991 กำหนดไว้ว่า ถ้าคณะกรรมการพิจารณาเห็นว่าคำร้องนั้นไม่เหมาะสมสำหรับการไกล่เกลี่ย และควรต้องทำการสืบสวน กรรมการจะส่งต่อปัญหาไปยัง registration board อย่างไรก็ตาม ก่อนการส่งต่อคำร้อง กรรมการจะต้องปรึกษากรรมการชุดใหญ่ และต้องคำนึงว่าคณะกรรมการชุดใหญ่มีหน้าที่ในการสืบสวน ถ้าคณะกรรมการชุดใหญ่กับกรรมการมีความเห็นไม่ตรงกัน ปัญหาจะถูกส่งต่อไปยังรัฐมนตรีเพื่อทำการตัดสินใจ การยอมรับคำร้องของคณะกรรมการภายใต้วรรคที่ 71(1) มีดุลยพินิจในการตัดสินใจว่าจะทำการไกล่เกลี่ย สืบสวน หรือส่งต่อคำร้อง แต่ถ้าคณะกรรมการพิจารณาคำร้องสามารถแก้ปัญหาได้โดยการไกล่เกลี่ยภายใต้วรรคที่ 2 คณะกรรมการจะดำเนินการแก้ปัญหาด้วยวิธีนี้

The Australian Capital Territory

คณะกรรมการจะทำการประเมินคำร้องทุกข์ภายใต้ วรรคที่ 23 ของพระราชบัญญัติคำร้องการให้บริการทางสุขภาพและชุมชน 1993 และพิจารณาว่าการแก้ปัญหานั้นเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง กรรมการจะทำการส่งต่อคำร้องไปยังคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่ไม่เป็นเช่นนั้น กรรมการจะเลือกส่งต่อไปยังการไกล่เกลี่ย การสืบสวน หรือไม่ก็ไม่ว่าอะไรเลย ภายใต้วรรคที่ 28

Northern Territory

Northern Territory ทำงานภายใต้พระราชบัญญัติคำร้องการให้บริการทางสุขภาพ และชุมชน ปี 1998 คณะกรรมการสามารถทำการไกล่เกลี่ย ในขณะที่พวกเขาเป็น คณะกรรมการสืบสวน กฎหมายส่วนที่ 8 ระบุว่าต้องมีกระบวนการปรึกษา และการเจรจาต่อรองระหว่างกรรมการและ registration board เพื่อกำหนดว่าตัวแทนคนไหนมีความเหมาะสมในการจัดการปัญหาที่ถูกหยิบยกขึ้นมา วรคที่ 32 อนุญาตให้กรรมการ แยกคำร้อง ถ้ามีเหตุการณ์เกิดขึ้นมากกว่า 1 เหตุการณ์

คำร้องเรื่องของการปฏิบัติของแพทย์และการละเลยไม่เอาใจใส่ ที่ทำให้ต้องมีการ ชดเชยเกิดขึ้น กรรมการจะแยกคำร้องเรื่องการปฏิบัติของแพทย์ไปยังคณะกรรมการ ชุมชนใหญ่ก่อน ในขณะที่จะเก็บเรื่องการละเลยไม่เอาใจใส่เพื่อการไกล่เกลี่ย นอกจากนี้ ถ้าปรากฏการณ์ได้ถูกหยิบยกขึ้นมาในส่วนคำร้องที่คณะกรรมการตรวจแล้ว ในวรรคที่ 30(3) อนุญาตให้กรรมการจัดการกับเหตุการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับการฟ้องร้องได้ การให้คำนิยามของผู้ให้บริการ จะมีความหมายรวมถึงบุคคล หรือ สถาบัน

New South Wales

คณะกรรมการจะมีความแตกต่างจากรัฐอื่นๆ ภายใต้วรรคที่ 80 (1) (c) ในการทำ คำร้อง ที่พิจารณาเกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติงานของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ และ ในการดำเนินคดีคำฟ้องร้องเหล่านั้น คณะกรรมการจะได้รับอำนาจจาก Health Care Complaints Act 1993 คณะกรรมการจะต้องให้ข้อมูลกับคณะกรรมการชุดแพทย์และ แสดงเจตนาในการดำเนินงาน คณะกรรมการจะมีอำนาจทางกฎหมายในการตัดสินใจ ว่าการกระทำนั้นจะถูกสืบสวน คำร้องอาจจะถูกดำเนินก่อนที่คณะ Medical tribunal or Professional standard committee ขณะที่ Health Care Complaints Commission (HCCC) ทำการตรวจว่าจะดำเนินการอย่างไรกับคำร้อง และจะไม่อนุญาตให้มีการลงโทษ หรือมีการชดเชยค่าเสียหาย

ภายใต้ Health Care Complaints Act 1993 คำร้องจะส่งไปยัง registration authorities คณะกรรมการจะรับผิดชอบการประเมินคำร้องทั้งหมด และหลังจากการให้ คำปรึกษาแล้ว จะตัดสินใจว่า คำร้องจะถูกสืบสวนโดยกรรมการหรือโดยบุคคลที่ได้รับ แต่งตั้ง และในกรณีที่กำลังถกเถียงว่า ปัญหาควรส่งต่อไปยัง Registration authority หรือไม่ ถ้าเป็นคำร้องที่รุนแรงจะเก็บคำร้องนั้นไว้เพื่อทำการสืบสวน registration

authority ไม่ได้รับอนุญาตให้การกระทำใดๆ ในขณะที่ทำการสืบสวนโดยคณะกรรมการหรือ การไกล่เกลี่ยจาก Health Conciliation Registration body คณะกรรมการจะทำการสืบสวนคำร้องที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสำคัญของการรักษา ซึ่งจะให้เป็นพื้นฐานในการพิจารณา ปัญหาเล็กๆ น้อยๆ จะถูกส่งต่อไปยัง Registration authorities เพื่อทำการสืบสวน แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับคณะกรรมการของรัฐบาล คณะกรรมการพิจารณาความต้องการที่มีความเหมาะสม registration authorities ไม่ได้มีหน้าที่ในการทบทวนข้อกำหนดบุคคลอื่น แต่จะประเมินทางเลือกที่มีอยู่ เพื่อทำการไกล่เกลี่ย แก้ไขปัญหาหรือยกเลิกไป ภายใต้วรรคที่ 56 คณะกรรมการสามารถสืบสวนคำร้องที่เป็นเรื่องของการไกล่เกลี่ย เจ้าหน้าที่ไกล่เกลี่ยจะเสนอคำแนะนำ หรือข้อมูลใหม่ๆ ที่สามารถทำได้ที่จะทำให้คณะกรรมการส่งต่อไปเพื่อทำการสืบสวน ในกรณีที่คณะกรรมการหรือ registration authority ไม่เห็นด้วยว่าจะถูกสืบสวนแต่เห็นว่าควรจะถูกไกล่เกลี่ย เมื่อนั้นแต่ละฝ่ายจะเข้าไปให้ความยินยอม ซึ่งสามารถใช้ส่งต่อไปยัง health conciliation registry คณะกรรมการ NSW มีกลไกในการแก้ปัญหาหลายหนทาง เช่น

- ให้คำแนะนำถึงวิธีการแก้ปัญหาให้กับ patient support office ในช่วงแรกๆ ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในส่วนนี้จะเป็นส่วนที่ยุ่งยากที่สุด แต่ก็เป็นส่วนที่ประสบความสำเร็จมากด้วยเช่นกัน
- การปรึกษา สำหรับเหตุการณ์ใหญ่และซับซ้อน ซึ่งผู้ใช้บริการต้องการตัวกลางของระบบ และบ่อยครั้งที่อยู่ในระดับสูง เช่น ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร ผู้บริหารระดับสูง
- การส่งต่อสำหรับการไกล่เกลี่ยไปยัง conciliation registry จัดตั้งภายใต้ HCC Act
- HCCC มีดุลยพินิจในการจัดการกับคำร้องทุกข์ตามความเหมาะสม คณะกรรมการถูกบังคับให้ทำหน้าที่ปรึกษา กระบวนการเพื่อปรึกษาและในรายที่เห็นพ้องต้องกัน นำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในแต่ละขั้นตอนของการปรึกษาต้องการการประเมินผล การทบทวนแนวคิดที่เปลี่ยนแปลงไป และหลังจากการสืบสวนได้เสร็จสมบูรณ์แล้ว

South Australia

ในปี 2000 Health and Community Services Complaints Bill ถูกนำเข้าสู่สภา และใช้ Tasmanian legislation ปัจจุบันนี้ปัญหาบางอย่างได้ถูกส่งไปยัง South Australian Ombudsman เพื่อทำการสืบสวน แต่ว่า หน่วยที่ทำหน้าที่ดูแลเรื่องร้องเรียน สามารถทำได้เพียงส่วนรัฐบาล แต่ไม่ใช่ส่วนของเอกชน และส่วนที่ไม่ใช่ส่วนของรัฐบาล

1. Australian Institute of Health and Welfare. Australian's health 2002. Canberra, AIHW Cat. No. 25
2. Australian Medical Association (1995) A review of the Health Complaints Act call for public comment. 1995.
3. Australian Medical Association (2001) Patient compensation and medical professional indemnity. Australian Medical Association statement.2001
4. The Commonwealth Fund, (2010) International Profiles of Health Care Systems
5. Armstrong (2004) How safe are our hospital?.Australian Nursing Journal. April Vol. 11 No. 9 2004.
6. Health and Community Service complaints Commission. Chapter 3, the complaint process. Annual report 2000/2001. www.nt.gov.au
7. Health and Community Service complaints Commission. The complaint process. Annual report 2000/2001. www.nt.gov.au Hall (1999) Incremental Change in the Australian Health Care System. Health affairs. May/June 1999.
8. Kessler, Summerton and Graham (2006) Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA www.thelancet.com Vol 368 July 15, 2006
9. Shimmel (1964) The hazards of hospitalisation. Ann Intern Med 1964; 60: 100-101 อ้างใน Wilson et al. (1995) The Quality in Australian Health Care Study THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA Vol 163 6 November 1995
10. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ สุภัทลยา กงสวัสดิ์. (2544) ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงิน ค่าบริการสุขภาพ เพื่อความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ. รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพ และการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. 2544
11. รายงานการศึกษาประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศออสเตรเลียในประเด็น : การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบการฟ้องร้องเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นเนื่องจากการรับบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้บริโภค การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และข้อเสนอสำหรับประเทศไทย. www.hsri.or.th



4

ประเทศสวีเดน

Sweden



ข้อมูลทั่วไป

ประเทศสวีเดนมีการปกครองระบบรัฐสภาที่มีกษัตริย์เป็นประมุข แบ่งการปกครอง เป็นสามระดับคือ รัฐบาลระดับชาติ ระดับเขต มีทั้งหมด 21 เขต มีสภาเขต (county council) เป็นผู้ดูแล และระดับ เทศบาล (municipality) มีจำนวน 289 แห่ง ข้อมูลในปี 2009 มีจำนวน ประชากรประมาณ 9.48.9 ล้านคน อาศัยอยู่ในเขตเมืองถึงร้อยละ 84



ระบบบริการสุขภาพของประเทศ

ก่อนปี 1862 โรงพยาบาลจะดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล สำหรับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจะเป็นการให้บริการของแพทย์นอกโรงพยาบาล ต่อมาเมื่อมีการจัดตั้งสภาเขต (County Council) ขึ้นในปี 1862 สภาเขตได้เข้ามาดูแลระบบบริการสุขภาพ โดยเริ่มจากการให้บริการในโรงพยาบาลในปี 1928 สองปีต่อมาได้ขยายครอบคลุมการให้บริการสุขภาพอื่นๆ นอกเหนือจากการบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ต่อมา มีการประกาศใช้บังคับพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Act) ในปี 1946 ให้ความคุ้มครองประชาชนครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการปรึกษาแพทย์ ค่ายา และการชดเชยจากความเจ็บป่วย กฎหมายปี 1970 กำหนดให้สภาเขตเข้ามาดูแลการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วย ตั้งแต่ปี 1980 เป็นต้นมา ความรับผิดชอบในด้านสุขภาพของระดับเขตได้ขยายไปครอบคลุมการดูแลและวางแผนงานระบบสุขภาพทั้งหมด รวมทั้งการบริหารจัดการการเงินการคลังด้วยตัวเอง โดยมีการกระจายอำนาจให้แก่โรงพยาบาลและศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ (World Health Organisation 2002)

ในระดับเขต สภาเขตหรือ county council มีอำนาจหน้าที่ในการดูแลระบบบริการสุขภาพทั้งหมด ทั้งการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาลและการให้บริการปฐมภูมิ รวมถึงดูแลการให้บริการจากภาคเอกชนด้วย โดยมีหน่วยงานสุขภาพในระดับอำเภอ (health care district) ประกอบด้วยโรงพยาบาล อำเภอละ 1 แห่ง และหน่วยบริการด้านสุขภาพย่อยๆ ทั้งนี้ เขตทั้งหมดมีจำนวน 21 เขต จัดกลุ่มเป็น 6 เขตใหญ่ๆ ท้องถิ่นหรือเทศบาล (municipalities) มีบทบาทในการดูแลสวัสดิการและบริการสังคม เช่น การดูแลเด็ก การบริการสุขภาพในโรงเรียน การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่ได้รับสมรรถภาพ การดูแลผู้ป่วยทางจิต เป็นต้น (World Health Organisation 2002)

การคลังสุขภาพของสวีเดนมาจากสามแหล่ง ได้แก่ ระบบภาษีทั้งจากส่วนกลาง ระดับเขต และภาษีระดับท้องถิ่น จากระบบประกันสังคม และจากภาคเอกชน รายจ่ายส่วนใหญ่ของระบบบริการสุขภาพจะมาจากภาษี ประมาณร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพ (ข้อมูลปี 1999) ร้อยละ 8.4 ของ GDP เป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ข้อมูลปี 1998) และเป็นสัดส่วนจากภาคเอกชนร้อยละ 16.2 (World Health Organisation 2002)

ศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ (Primary health care center) จะให้บริการปฐมภูมิแก่ประชาชน โดยประชาชนมีสิทธิเลือกสถานบริการอย่างอิสระในเขตเดียวกัน นอกจากนี้ยัง

สามารถเลือกใช้บริการในศูนย์บริการปฐมภูมิหรือแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลก็ได้ แต่ถ้าข้ามเขตจะอยู่ภายใต้ระบบการส่งต่อ ในการรับบริการปฐมภูมิ ผู้รับบริการจะต้องร่วมจ่ายในอัตราหนึ่ง และจะมีเพดานสูงสุดที่ต้องจ่ายเป็นรายปีกำหนดโดยรัฐบาล ค่าใช้จ่ายที่มากกว่าวงเงินที่กำหนดจะได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล (deductible) โดยเขตเป็นผู้กำหนดระดับการร่วมจ่ายของบริการผู้ป่วยนอก แต่คณะรัฐมนตรีเป็นผู้กำหนดเพดานสูงสุดของการร่วมจ่ายร แพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะอยู่ในระบบการจ้างโดยภาครัฐ มีเพียงร้อยละ 5 ที่ปฏิบัติงานอิสระ (Adelman and Westerlund 2004)



ระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพ

สวีเดนมีระบบประกันสังคมที่ครอบคลุมทั้งความเจ็บป่วยและผู้ที่อยู่ในภาวะที่สูญเสียโอกาสต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่สูญเสียรายได้จากการเจ็บป่วย ผู้ที่อยู่ในภาวะฟุ้งฟิง หรือผู้ที่ต้องสูญเสียรายได้จากการที่ต้องดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะฟุ้งฟิง เป็นต้น (National Social Insurance Office 2003) งบประมาณในการประกันสุขภาพมาจากการเก็บสมทบจากนายจ้าง และจากระบบภาษีเงินได้ ประมาณร้อยละ 80 ของภาษีดังกล่าวนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนค่าบริการทางการแพทย์แก่ประชาชน ประชาชนสวีเดนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลสุขภาพจากรัฐ ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 6,000 เหยียญสวีเดน จะได้รับการชดเชยในกรณีการเจ็บป่วยทำให้สูญเสียรายได้ สำหรับผู้ที่ไม่มียาได้ จะมีกองทุนที่แยกบริหารจัดการออกมาต่างหาก (Swedish Institute 2004)

ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ผู้รับบริการต้องจ่ายค่าปรึกษาแพทย์ครั้งละ 60 ถึง 300 เหยียญสวีเดน แต่กำหนดว่าไม่เกิน 900 เหยียญต่อคนต่อปี ที่เหลือรัฐจะรับภาระแทนสำหรับค่ายา ผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายใน 900 เหยียญแรก แต่มีเพดานไม่เกินปีละ 1800 เหยียญ สำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายแต่ไม่เกินวันละ 80 เหยียญ เด็กและเยาวชนที่อายุไม่เกิน 20 ปี ได้รับการฟรี กรณีความเจ็บป่วยในภาคการจ้างงาน ถ้าเจ็บป่วยเกินวันที่ 2 นายจ้างเป็นผู้จ่ายในอัตราร้อยละ 80 ของรายได้รายสัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 2 ถึงวันที่ 21 หลังจากนั้นระบบประกันสังคมจะเป็นผู้รับผิดชอบ (Swedish Institute 2004)

การประกันเอกชนหรือการประกันด้วยความสมัครใจมีจำนวนน้อยมากในสวีเดน โดยส่วนใหญ่จะให้ประกันที่ครอบคลุมการบริการอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการให้บริการจากภาครัฐอยู่แล้ว (World Health Organisation 2002)



พัฒนาการของระบบการชดเชย ความเสียหายจากบริการทางการแพทย์

สวีเดนมีกองทุน 2 แบบ คือ กองทุนชดเชยความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และ กองทุนชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการใช้ยา

กองทุนชดเชยการบาดเจ็บหรือเสียหายจากการรักษา (Patient Compensation Insurance Fund: PCI)

ตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1970 สวีเดนมีระบบการประกันด้วยความสมัครใจในการชดเชยความเสียหายหรือการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่บาดเจ็บหรือติดเชื่อจากการรักษาทางการแพทย์จะได้รับการจ่ายค่าชดเชย ไม่ว่าจะเป็นความบกพร่องของผู้ให้บริการหรือไม่ก็ตาม ในช่วงปลายทศวรรษที่ 1970 ระบบการประกันด้วยความสมัครใจดังกล่าวได้ถูกยกเลิก ผู้ให้บริการสุขภาพมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องมีการประกันการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล และต้องให้การดูแลผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บดังกล่าวด้วย (Swedish Institute 2003) สวีเดนได้ออกพระราชบัญญัติหลายฉบับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Tort Liability Act ในปี 1972 Patient Damage Act และประกาศใช้ในชื่อ Patient Injury Act ในปี ค.ศ.1996 (Espersson 2000) ที่มาของระบบการชดเชยของสวีเดน จึงไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมากจากระบบกฎหมาย แต่เกิดจากการให้ความสำคัญกับความพอเพียงในการชดเชยมากกว่า (Cooper 1976) อีกทั้งยังได้ชื่อว่าเป็นระบบการชดเชยที่ครอบคลุมเบ็ดเสร็จที่ใหญ่ที่สุดในโลกด้วย (Studdert; Thomas; Zbar; Newhouse; Weiler; Bayuk, and Brennan 1997)

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับความเสียหายหรือการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล สวีเดนกำหนดให้ผู้ให้บริการมีหน้าที่รายงานรายละเอียดของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นไปยัง National Board of Health and Welfare (NBW) และถ้าพบว่าความผิดพลาดดังกล่าวมาจากผู้ให้บริการคนหนึ่งๆ ข้อมูลจะถูกส่งต่อไปยัง Medical Responsibility Board (MRB) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลและควบคุมวิชาชีพ โดยที่ MRB ทำหน้าที่ตัดสินลงโทษ แต่ไม่มีบทบาทในการพิจารณาจ่ายค่าชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นแต่อย่างไร กระบวนการชดเชยการบาดเจ็บเป็นหน้าที่ของระบบประกันผู้ป่วยที่แยกออกมาต่างหาก

พัฒนาการของระบบการชดเชยความผิดพลาดจากบริการทางการแพทย์

1. Tort Liability Act 1972

ในระหว่างทศวรรษที่ 1970 ฝ่ายกฎหมายและฝ่ายนโยบายของสวีเดนยกประเด็นปัญหาความเหมาะสมและพอเพียงของระบบการชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์ด้วยการฟ้องร้องตามกฎหมายการละเมิด (tort system) ขึ้นมาพิจารณา ประเด็นที่กล่าวถึงคือ การที่ผู้ป่วยมักจะขาดโอกาสในการเข้าถึงการร้องเรียนทางกฎหมาย และอุปสรรคด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้เสียหายในการร้องเรียน โดยก่อนหน้านี้นี้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติ Tort Damage Act เพื่อให้มีการรับผิดชอบต่อการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์อย่างจริงจัง ไม่ว่าจะเป็นจากความผิดพลาดหรือไม่ก็ตาม แต่ระบบการชดเชยดังกล่าวได้รับการปฏิเสธเนื่องจากเนื่องจากยากที่จะพิสูจน์ว่า ความบกพร่องดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการแพทย์หรือการรักษาทางการแพทย์หรือไม่ สาเหตุหนึ่งมาจากการขาดความรู้เฉพาะด้านการแพทย์ในขณะนั้น (Espersson 2000)

หลังปี 1971 เป็นต้นมา รัฐบาลให้ความสำคัญกับระบบการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์มากขึ้น เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้พัฒนาขึ้นเรื่อยๆ มีการนำวิธีการรักษาโรคแบบใหม่มาใช้ รวมทั้งมีการบริการเพิ่มมากขึ้น ประชาชนมีโอกาสดำเนินการฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้น ทำให้โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นด้วย แต่มีผู้ที่ได้รับการชดเชยจากความเสียหายดังกล่าวน้อยมาก (Espersson 2000) คณะกรรมการสหพันธ์เขต (Federation of County Council) ได้มีการประชุมกันในเดือนกุมภาพันธ์ ปี 1971 เพื่อพิจารณาเรื่องดังกล่าว จนกระทั่งในปี 1972 รัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติ Tort Liability Act กำหนดจำนวนเงินในการจ่ายค่าชดเชยความเสียหาย เช่น ในกรณีของการประกันสังคมหรือการชดเชยคนงาน เป็นต้น และใช้เป็นแนวทางในการชดเชยความเสียหายทางการแพทย์ด้วย สำหรับการจ่ายชดเชยจากประกันสังคม (Social insurance) แม้ว่าจะเป็นส่วนหนึ่งของการชดเชยทั้งหมดในภาพรวม แต่ก็มี การแยกจ่ายออกมาต่างหาก ไม่ว่าผลการพิจารณาเรื่องร้องขอจะเป็นอย่างไร การจ่ายชดเชยตามแผนประกันสังคมขึ้นอยู่กับความจำเป็นและความเหมาะสม (ACC 2003) กระนั้นก็ตาม การชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวยังไม่ชัดเจน ผู้ที่เกี่ยวข้องเองมีการกล่าวถึงประเด็นนี้เป็นระยะ แต่เนื่องจากข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บในกรณีนี้มีน้อยมาก (Espersson 2000) ปี 1974 เมื่อมีระบบ

ประกันสังคมเกิดขึ้น มีการช่วยเหลือครอบคลุมการบาดเจ็บและโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน ภายใต้ระบบนี้ลูกจ้างจะไม่สามารถฟ้องนายจ้างได้ แต่จะมีการจ่ายเงินชดเชยถ้าพบว่านายจ้างมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดการบาดเจ็บ หรืออีกนัยหนึ่ง เป็นการบาดเจ็บจากการทำงาน (World Bank 2002)

2. Swedish Patient Insurance Compensation Fund 1975

ในปี 1975 ผู้เสียหายที่ได้รับการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์มีเพียงประมาณ 10 รายต่อปี (Espersson 2000; Studdert and others 1997) ทำให้มีการนำประเด็นการชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์มาเป็นประเด็นพิจารณาในระดับนโยบายมากขึ้น ข้อเรียกร้องของคณะกรรมการสหพันธรัฐที่เริ่มมาก่อนหน้านี้เริ่มเป็นรูปเป็นร่างขึ้นมา ด้วยความสมัครใจของกลุ่มบริษัทประกันขนาดใหญ่ในสวีเดนสามบริษัท ได้แก่ Folksam, Skandia และ Trygg-Hansa (Espersson 2000) โดยร่วมกันคิดรูปแบบการให้ประกันขึ้นมาเป็นบริษัทประกันร่วมโดยมี FCC เป็นผู้ดูแล (ซึ่ง FCC เป็นเจ้าของและเป็นผู้ดูแลระบบการเงินของระบบสุขภาพในสวีเดนอยู่แล้ว) รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเสียหายในแผนการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์ ครอบคลุมไปถึงการบริการนอกสถานพยาบาลของรัฐ โดยเริ่มจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General practitioners; GPs) และการบริการที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐหรือสาธารณะ (Publicly funded services) (Espersson 2000; ACC 2003)

ภายใต้ระบบดังกล่าว จะมีระบบประกันที่ชดเชยจากการบาดเจ็บจากบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นเพื่อเสริมระบบเดิม เรียกว่า Patient Compensation Insurance (PCI) ในระยะแรกเป็นการประกันด้วยความสมัครใจ และให้การชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ว่าผู้ให้บริการผิดหรือไม่ กลุ่มครองการบาดเจ็บจากการรักษาที่เกิดจากโรงพยาบาลหรือคลินิกที่อยู่ในการดูแลของ County Council โดยครอบคลุมเฉพาะแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลของ county council เท่านั้น แต่ต่อมาขยายไปยังแพทย์ในภาคเอกชน ทันตแพทย์ และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ด้วย (Espersson 2000; Adelman and Westerlund 2004) พร้อมกันนี้ได้มีการจัดตั้ง กองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วย (Swedish Patient Insurance Compensation Fund; SPICF) เป็นแหล่งเงินสำหรับใช้จ่ายในการชดเชยดังกล่าว โดยจะมีผู้ดูแลรายเดียวในการจัดการกับการร้องเรียน ได้แก่ บริษัทชำนัญการที่อยู่ภายใต้การดูแลของผู้ให้ประกันเอกชนและผู้รับประกันร่วมที่กล่าวถึงข้างต้น

โดย SPICF เป็นหนึ่งในจำนวนกองทุนชดเชยที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะจำนวนหลายๆ กองทุน เช่น กองทุนชดเชยความเสียหายจากการใช้ยา กองทุนชดเชยอุบัติเหตุจากการกีฬา และ ยานพาหนะ (World Bank 2002;ACC 2003)

นอกจากนี้ ในปี 1978 รัฐบาลร่วมกับบริษัทผู้ผลิตยา ได้จัดตั้งกองทุนที่ดูแลด้านการชดเชยความเสียหายจากการใช้ยาขึ้น ชื่อ The Swedish Pharmaceutical Insurance Compensation Association Fund; SPICF ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากบริษัทผู้ผลิตยา วัตถุประสงค์คือ การชดเชยความเสียหายด้านการแพทย์ที่เกิดจากผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาอย่างถูกต้องเท่านั้น (ACC 2003; The Pharmaceutical Insurance in Sweden 2004) ส่วนการใช้ยาที่ผิดพลาดจากข้อบ่งชี้หรือไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดจะอยู่ในความคุ้มครองของ SPICF อยู่แล้ว

3. Patient Injury Act 1996

ในปี 1992 รัฐบาลมีการทบทวนระบบการชดเชยดังกล่าวและเสนอร่างกฎหมายใหม่เนื่องจากพบว่ายังมีผู้ให้บริการอีกจำนวนหนึ่ง (ประมาณร้อยละ 5) ที่ยังไม่เข้าร่วมในระบบประกันการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล ที่สำคัญคือ ระบบประกันดังกล่าวให้การคุ้มครองผู้ที่ได้รับความเสียหายจากผู้ให้บริการที่ไม่ได้มีประกันด้วย ทำให้ผู้ให้บริการที่มีประกันอยู่แล้วไม่เห็นด้วย และระบบดังกล่าวยังไม่กระตุ้นผู้ให้บริการที่เหลือนำมาประกัน นอกจากนี้ ในปี 1993 สวีเดนมีกฎหมายที่ส่งเสริมการแข่งขันในการลงทุนเกิดขึ้น การมีบริษัทร่วมเพียงบริษัทเดียวในการดูแลการใช้จ่ายจึงไม่สอดคล้องกับกฎหมายดังกล่าว ในปี 1994 จึงมีมติให้ยกเลิกบริษัทประกันร่วมที่มีก่อนหน้านี้ จัดตั้งบริษัทประกันร่วมของเขตมาแทนที่ (County Council Mutual Insurance Company; CCMIC) บริษัทประกันแห่งหนึ่งถอนตัวออกไป คณะกรรมการเขตมีการจัดตั้งหน่วยงานสำหรับดูแล CCMIC ร่วมกับบริษัทที่เหลืออีกสองบริษัท และตั้งคณะกรรมการที่ดูแลการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลขึ้น Personskadereglering AB; PSR ขณะเดียวกันนั้น ในปี 1987-1992 มีประเทศใกล้เคียงที่ใช้ระบบการชดเชยดังกล่าวด้วย ทำให้มีการศึกษาเปรียบเทียบมากขึ้น การทบทวนปรับปรุงโดยคณะกรรมการในครั้งนั้นได้รายงานเสนอให้มีกฎหมายที่แยกต่างหากจากกฎหมายละเมิดเดิม เพื่อควบคุมการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (World Bank 2002;Espersson 2000)

4. Patient Injury Act 1997

ปี 1997 มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติ Patient Injury Act โดยการชดเชยยังอ้างอิงจากระบบการประกันสมัครใจเดิม แต่เปลี่ยนให้ผู้ให้บริการทุกคนต้องมีประกันการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ด้วย ผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นเอกชนจะต้องซื้อประกันจากบริษัทประกันเอกชน การให้บริการแก่ผู้ที่ได้รับอันตรายจากการรักษาทางการแพทย์ เป็นหน้าที่ตามกฎหมายที่ผู้ให้บริการทุกคนต้องดูแลพื้นฐานโดยไม่มีการปฏิเสธ บริษัทประกันมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องให้การประกันอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บที่เกิดจากการรักษาทางการแพทย์ตามที่กำหนด

อย่างไรก็ตาม สำหรับการประกันจากภาคเอกชนนั้น คำจำกัดความของ **"การบาดเจ็บ"** ยังมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแผนการประกันที่เลือกใช้ มีการให้ความหมายของ **"การบาดเจ็บทางกาย"** กับ **"การบาดเจ็บทางจิตใจ"** โดยที่การบาดเจ็บทางจิตใจจะได้รับการชดเชยก็ต่อเมื่อมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทางกายเท่านั้น นอกจากนี้บริษัทประกันสามารถเสนอข้อตกลงอื่นๆ ในการเสนอสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ สำหรับการบาดเจ็บจากการรักษาโดยแพทย์หรือผู้ให้บริการที่ไม่ได้มีการประกัน จะมีการจ่ายค่าชดเชยจากสมาคมการประกันตนผู้ป่วย (Patient Insurance Association) โดยที่ผู้ให้ประกันทุกรายจะต้องเป็นสมาชิกสมาคมดังกล่าว (Espersson 2000) การชดเชยจะครอบคลุม การให้บริการสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลที่บ้าน การจ่ายค่าชดเชยรายสัปดาห์ ภายใต้ระเบียบการประกันสังคม (ACC 2003; Adelman and Westerlund 2004)

แหล่งที่มาของเงินในการชดเชย

เนื่องจากการให้บริการสุขภาพในระดับเขต ร้อยละ 95 อยู่ภายใต้การดูแลของสภาเขต หรืออยู่ในการดูแลของรัฐ ผู้ให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและศูนย์บริการปฐมภูมิได้รับเงินค่าจ้างจากเขต สภาเขตในฐานะนายจ้างจึงเป็นฝ่ายรับผิดชอบในการจ่ายเบี้ยประกันให้ผู้ให้บริการเหล่านี้

สำหรับผู้ให้บริการอิสระหรือภาคเอกชนซึ่งมีประมาณร้อยละ 5 ของผู้ให้บริการทั้งหมด จะต้องซื้อประกันจากบริษัทประกันเอกชนด้วยตนเอง โดยบริษัทประกันจะเป็นผู้คำนวณจำนวนเบี้ยประกันตามความเสี่ยงของสถานบริการแต่ละประเภท ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า แหล่งที่มาของเงินชดเชยส่วนใหญ่จึงมาจากภาษีในระดับเขตจากการเก็บภาษีเงินได้ และจ่ายให้แก่ CCMIC ตามสัดส่วนต่อหัวประชากรที่รับผิดชอบ (World Bank 2002; ACC 2003)

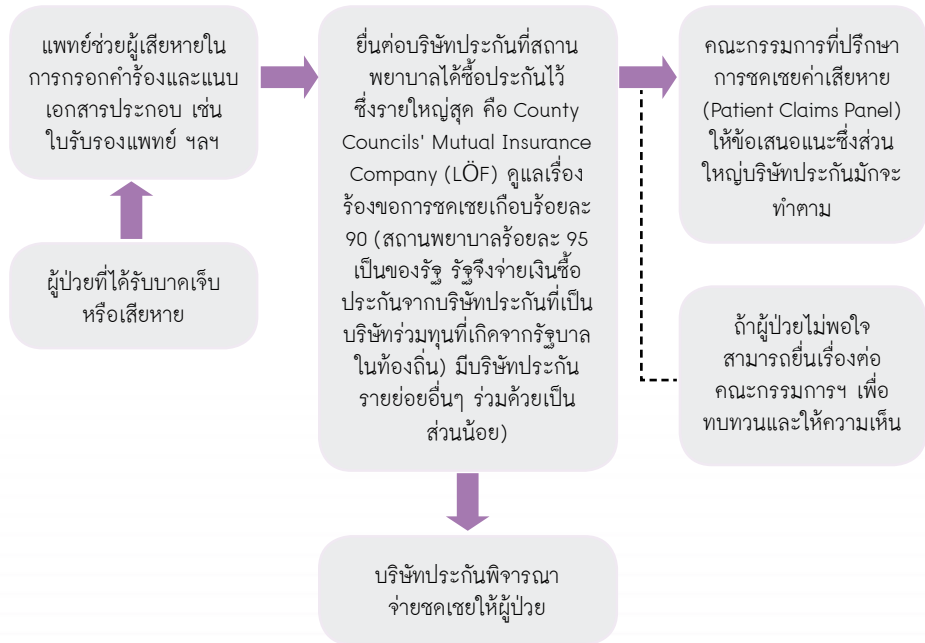
กระบวนการการร้องขอรับการชดเชย

ก่อนปี 1995 คำร้องของผู้เสียหายจะถูกส่งไปยังบริษัทประกันโดยตรง แต่ในปี 1995 หลังจากที่เข้าร่วมในสหภาพยุโรป อำนาจการจัดการระบบชดเชยได้เปลี่ยนไปเป็นส่งให้กับ County Council Mutual Insurance Company (ACC 2003; Studdert and Brennan 2001)

การเสนอเรื่องขอรับการชดเชยตามระบบในประเทศสวีเดน แพทย์ผู้ให้บริการหรือสถานบริการเป็นด่านแรกในการให้ความช่วยเหลือผู้เสียหาย มีการประชาสัมพันธ์ระบบของกองทุนการชดเชยที่เข้าถึงได้ง่ายและสะดวก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น สำนักงานประกันสังคม หรือบริษัทประกันร่วมของสภาเขต (CCMIC) ได้จัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์แผนงานการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ รายละเอียดสิทธิที่พึงมีพึงได้ รวมทั้งกระบวนการในการเสนอเรื่องร้องขอไว้สำหรับผู้รับบริการในทุกสถานบริการไม่ว่าจะเป็นในภาครัฐหรือเอกชน (Studdert and others 1997) ทั้งโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ และคลินิกทันตกรรม นอกจากนี้ผู้รับบริการสามารถขอรับแบบฟอร์มได้จากที่ทำการเขต หรือคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้ป่วย (Patient's Advisory Committee) หรือจากเว็บไซต์ของคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียน (Personskadereglering AB: PSR) (LOF 2003)

คำร้องของผู้เสียหายส่วนใหญ่จะต้องมีคำรับรองจากแพทย์ โรงพยาบาล ตัวแทนทางกฎหมายของผู้ป่วย หรือคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้ป่วย (ACC 2003) ผู้ร้องขอรับการชดเชยจะต้องส่งเรื่องไปที่ PSR โดยมีคณะกรรมการพิจารณา (Patient Claims Panel) ประกอบด้วยประธาน 1 คน และสมาชิกอื่นๆ อีก 6 คน มาจากตัวแทนของผู้รับบริการ 3 คน มาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 คน เป็นผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการประกันภัยการบาดเจ็บ 1 คน และเป็นผู้มีความรู้พิเศษในงานบริการสุขภาพอีก 1 คน คณะกรรมการมีวาระคราวละ 3 ปี (Espersson 2000) ข้อมูลล่าสุดพบว่า บริษัทประกันจะเป็นด้านแรกในการจัดการกับคำร้องขอรับการชดเชยของผู้ป่วย โดยหนึ่งในบริษัทประกันคือ County Councils' Mutual Insurance Company (LÖF) เป็นผู้รับผิดชอบคำร้องกว่าร้อยละ 90 ของคำร้องทั้งหมด ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจผลการพิจารณาของบริษัทประกัน ผู้ป่วยสามารถที่จะยื่นเรื่องขอรับการพิจารณาทบทวนจากคณะกรรมการที่เรียกว่า Patient Claim Panel โดยที่แม้ว่า คณะกรรมการทบทวนคำร้องฯ ดังกล่าวจะมีหน้าที่เป็นเพียงคณะกรรมการที่ปรึกษา แต่บริษัทประกันส่วนใหญ่จะทำตามมติของคณะกรรมการดังกล่าว (Espersson 2010)

ผังแสดงกระบวนการขอรับการชดเชย



กรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับผลการชดเชยของบริษัทประกันนั้น เรื่องจะถูกส่งไปยังคณะกรรมการที่ปรึกษา ซึ่งจะเป็นผู้พิจารณาให้ความเห็น การตัดสินใจจะใช้หลักฐานบันทึกทางการแพทย์และบันทึกรายงานอื่นๆ เป็นสำคัญ นอกเสียจากว่าจะมีข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นในการพิจารณาคด้วย เช่น สภาพแวดล้อมของการรักษา หรือการพยากรณ์โรค และอาจมีที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญการแพทย์เฉพาะด้าน หลังจากนั้นคณะกรรมการจะส่งผลพิจารณาไปยังผู้ป่วย ถ้าการร้องขอไม่ได้รับการชดเชยผู้เสียหายสามารถดำเนินการต่อในระดับศาลได้ (Espersson 2000; The Scottish Parliament 2001) ทั้งนี้ผู้ร้องขอจะต้องเสนอเรื่องขอรับการชดเชยภายใน 3 ปี หลังจากที่อยู่จะต้องรายงาน แต่ไม่เกิน 10 ปีหลังจากเกิดความเสียหาย และถ้าไม่พอใจในผลการพิจารณาของกรรมการ ผู้ร้องขอยังมีสิทธิที่จะส่งเรื่องร้องเรียนไปยัง Patient Claims Board ซึ่งเป็นคณะทำงานที่จัดตั้งโดยรัฐบาล และเป็นอิสระจากผู้ให้ประกัน นอกจากนี้ยัง สามารถนำเรื่องเสนอต่อศาลได้ภายใน 6 เดือน (Espersson 2000)

เกณฑ์ในการจ่ายค่าชดเชย

การบาดเจ็บที่เข้าข่ายการขอรับการชดเชยได้แก่ การเจ็บป่วยมากกว่า 30 วัน หรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 10 วัน หรือเสื่อมสมรรถภาพอย่างถาวร หรือเสียชีวิต คณะกรรมการจะพิจารณาว่าผู้ร้องขอมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่จะรับเงินช่วยเหลือหรือไม่ มากกว่าการพิสูจน์ว่าแพทย์ผิดหรือไม่

หลักการพิจารณาชดเชยหรือไม่

- **ประการแรก** การบาดเจ็บจะต้องเกี่ยวข้องกับการรักษาทางการแพทย์

- **ประการที่สอง** การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (ในกรณีที่มีการรักษาเป็นไปตามมาตรฐานแล้ว แม้ว่าการบาดเจ็บจะรุนแรง ก็ไม่ได้รับการชดเชย)

ประการที่สาม ถ้ามีทางเลือกอื่นในกระบวนการการรักษาแล้วสามารถหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บได้ โดยทั่วไปการบาดเจ็บที่เกิดหลังการรักษาจะ ไม่ค่อยได้รับการชดเชย (World Bank 2002)

- **ประเด็นที่เป็นสาระสำคัญ** คือ การชดเชยในความผิดพลาดบกพร่องที่หลีกเลี่ยงได้ (หลักคิดคือเพราะหลีกเลี่ยงได้แต่เกิดเสียหาย ดังนั้นจึงควรได้รับการชดเชย) โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา 6 ประเด็นหลัก (Espersson 2000)

1. การบาดเจ็บเกิดจากการรักษาทางการแพทย์ (Treatment injury) ไม่ว่าจะเป็นจากการตรวจ การรักษา หรือกระบวนการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การให้เลือด เป็นต้น โดยมีหลักการว่า ความผิดพลาดดังกล่าวสามารถหลีกเลี่ยงได้ถ้ามีทางเลือกอื่นในการรักษา เช่น การรักษาวิธีอื่น การใช้สถานพยาบาลอื่น หรือโดยเปรียบเทียบมาตรฐานการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในสาขานั้นๆ การประเมินไม่ขึ้นกับความสามารถหรือประสบการณ์ของผู้ให้การรักษา คนใดคนหนึ่งทำการรักษา ความน่าจะเป็นในการเกิด หรือความรุนแรงไม่นำมาเป็นข้อพิจารณาในการให้การชดเชยหรือไม่ หรือโดยหลักการคือการพิจารณาว่ามีทางเลือกอื่นในการให้บริการที่สามารถหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บได้หรือไม่นั่นเอง

2. การบาดเจ็บเกิดจากความบกพร่องของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ (Material-related injury)

3. การบาดเจ็บจากการวินิจฉัยที่ผิดพลาด (Diagnostic injury) เช่น การวินิจฉัยโรคผิด ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม หรือให้การรักษาล่าช้า เช่น การไม่ได้สังเกตอาการแสดง หรือการอธิบายอาการที่ผิดพลาดเมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

4. การบาดเจ็บจากการติดเชื้อในระหว่างการตรวจรักษา (Infection injury)

5. การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระหว่างกระบวนการการรักษา (Accident-related injury) เช่น อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นระหว่างการตรวจรักษา การดูแล การเคลื่อนย้าย เป็นต้น แต่กรณีการบาดเจ็บจากการใช้ชีวิตประจำวันจะไม่ได้รับการคุ้มครอง

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

การชดเชยไม่รวมในกรณีที่เป็นการรักษาเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งถ้าไม่มีการช่วยเหลือจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ หรือเป็นอันตรายร้ายแรง เช่น ในสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมทั้งไม่มีการชดเชยในกรณีการบาดเจ็บเล็กน้อย (minor injury) (The Scottish Parliament 2001) จำนวนเงินที่ชดเชยอ้างอิงจากกฎหมายเดิม (Tort damage Act 1972) อย่างไรก็ตาม มีที่แตกต่างออกไปคือมีการกำหนดเพดานสูงสุดในการจ่ายเงินชดเชย ในแต่ละกรณี (Espersson 2000)

Swedish Pharmaceutical Insurance Compensation Association Fund (SPICAF)

เป็นกองทุนที่ชดเชยความเสียหายของผู้ป่วยจากการใช้ยา ครอบคลุมความเสียหายจากพิษและผลกระทบทางร่างกายจากยา รวมการทดลองใช้ทางคลินิก แต่ไม่ครอบคลุมการใช้ยาที่ผิดพลาดซึ่งครอบคลุมโดย SPICF แล้ว หรือผลของยาที่ไม่อยู่ในการคาดการณ์ เช่น ยาปฏิชีวนะที่ไม่สามารถหยุดยั้งการติดเชื้อ หรือในกรณีที่มีความเสี่ยงสูงอยู่แล้ว เช่น สตรีที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดและเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) หลังจากการผ่าตัด ผลข้างเคียงของยาจะต้องเป็นอาการที่ไม่คาดคิดและไม่เคยปรากฏมาก่อน ซึ่งตามปกติแล้วจะปลอดภัย ผู้ร้องเรียนจะต้องร้องเรียนภายในสามปีหลังจากที่มีอาการ และมีสิทธิที่จะขอรับการทบทวนถ้าไม่พอใจในการพิจารณาแต่ต้องภายใน 6 เดือนหลังจากการพิจารณาแล้ว (World Bank 2002; Espersson 2000; Studdert and others 1997; ACC 2003)



ผลการดำเนินงานของระบบชดเชยฯ ของสวีเดน

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ามีทั้งมุมบวกและลบ ซึ่งมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

จำนวนผู้เสียหายได้รับการชดเชยเพิ่มขึ้นและเร็วขึ้น

เหตุผลในการนำระบบการชดเชยดังกล่าวมาใช้ในสวีเดนนั้น เพื่อแก้ปัญหาที่ผู้รับบริการหรือผู้เสียหายจากการบาดเจ็บที่มีสาเหตุมาจากการรักษาทางการแพทย์ ได้รับการชดเชยไม่พอเพียงและล่าช้า ระบบดังกล่าวจึงต้องการที่จะลดเวลาในการพิจารณาลงโดยมีเป้าหมายเพื่อให้กรณีการร้องเรียนส่วนใหญ่เสร็จสิ้นภายใน 6 เดือน และร้อยละ 95 เสร็จสิ้นภายใน 8 เดือน ในภาพรวมจากการทบทวนรายงานพบว่าการศึกษาใช้เวลาเร็วขึ้น (Adelman and Westerlund 2004) ร้อยละ 28 เสร็จภายใน 4 เดือน และร้อยละ 75 เสร็จสิ้นภายใน 8 เดือน (ACC 2003) และพบว่าผู้เสียหายมีโอกาสได้รับการชดเชยมากขึ้น กรณีที่ได้รับการชดเชยมีประมาณ 9,500 รายต่อปี ในจำนวนนี้ ร้อยละ 45 ที่ยื่นเรื่องร้องขอจะได้รับการชดเชย (มากกว่า 4,000 รายต่อปี) มีค่าใช้จ่ายชดเชยประมาณ 300 ล้านเหรียญสวีเดนต่อปี (World Bank 2002) แม้ว่ากฎหมายยอมให้มีการฟ้องร้องต่อในระบบศาล แต่พบว่าการฟ้องร้องต่อน้อยมาก (Adelman and Westerlund 2004; Danzon 1994) เหตุผลหนึ่งอาจเป็นเพราะว่าเงินตอบแทนจากศาลน้อยกว่าการชดเชยนี้ (Adelman and Westerlund 2004)

นอกจากนี้จำนวนของผู้ที่ยื่นเรื่องขอรับการชดเชยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลจากปี 1975-1985 พบว่าจำนวนการร้องขอการชดเชยเพิ่มจาก 682 ราย เป็น 5,000 รายโดยประมาณในปี 1985 และลดลงมาอยู่ที่ประมาณ 3,000 รายต่อปีในปี 1986-1991 สำหรับในปี 1992 มีกรณีการร้องขอการชดเชยมากกว่า 5000 ราย ในจำนวนที่เสนอเรื่องร้องขอระหว่าง ปี 1975-1986 นั้น ประมาณร้อยละ 55 ได้รับการชดเชย ในปี 1992 มีการร้องขอรับการชดเชยโดยเฉลี่ยประมาณ 21 รายต่อแพทย์ 100 คน (Espersson 2000)

ผู้ให้บริการให้ความร่วมมือดี เพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

ประเด็นที่สำคัญของระบบการชดเชยดังกล่าวในสวีเดนคือ การแยกระบบการชดเชย ออกจากระบบการควบคุมผู้ประกอบการวิชาชีพ โดยที่ระบบการควบคุมวิชาชีพเป็นหน้าที่ของหน่วยงานเช่น Health and Medical Care Liability Board หรือ National Board of Health Welfare แต่ระบบการชดเชยเป็นหน้าที่ของบริษัทประกันร่วมของสภาเขต (CCMIC) การควบคุมวิชาชีพจึงมีบทบาทแยกออกมาจากระบบประกันดังกล่าว และเชื่อว่าจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากขึ้น (Espersson 2000)

นอกจากนี้แพทย์หรือผู้ให้บริการในสวีเดนมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล เกี่ยวกับสาเหตุของความผิดพลาดมากขึ้น เพราะระบบการชดเชยไม่ใช่ความพยายามที่จะ พิสูจน์ความถูกต้องของผู้ให้บริการ อีกทั้งการที่ข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ เช่น Medical Responsibility Board(MRB) กับ PCI ไม่มีการส่งต่อกันนั้น ทำให้ผู้ให้บริการไม่รู้สึกรู้ว่าถูกคุกคามจากการลงโทษ อาจกล่าวได้ว่าการแยกระบบการชดเชยออกจากระบบการควบคุมทางวิชาชีพ เป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้แพทย์ผู้ให้บริการมีความร่วมมือ ในการให้ข้อมูลข่าวสารมากขึ้น (World Bank 2002) แพทย์ตระหนักในความสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการการเสนอเรื่องร้องขอรับการชดเชยของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากการรักษา และถือเป็นหน้าที่อีกประการหนึ่งที่จะต้องปฏิบัติตามนอกเหนือจากการให้การรักษาดังตามปกติ (Studdert and Brennan 2001) เป็นที่น่าสังเกตว่าในกรณีที่เกิดความผิดพลาดที่ ส่วนเรื่องเข้ารับการพิจารณานั้น ร้อยละ 60-80 เป็นการส่งเรื่องที่มีผู้ให้บริการเป็นคน รายงานหรืออย่างน้อยเป็นผู้ที่มีส่วนช่วยผู้เสียหายในการเขียนเรื่องเสนอเพื่อขอรับการชดเชย (Espersson 2000)

ลดการฟ้องศาล

ระบบการชดเชยที่ไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดดังกล่าวในสวีเดน ในสายตานักกฎหมายอเมริกัน เชื่อกันว่าจะนำไปสู่การฟ้องร้องในศาลมากขึ้น แต่นักกฎหมายสวีเดนไม่เห็นด้วยกับแนวคิดดังกล่าว เนื่องจากเชื่อว่ามุมมองระหว่างชาวอเมริกันกับชาวสวีเดนต่อระบบการแพทย์ และแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิ หรือการขอรับการชดเชยมีความแตกต่างกัน (Adelman and Westerlund 2004)

ถูกมองว่าเป็นระบบ “ช่วยแพทย์”

อย่างไรก็ตาม มุมมองจากผู้รับบริการส่วนหนึ่งยังไม่พอใจในหลายๆ ประเด็น เช่น การขอข้อมูลการรักษาจากสถานบริการในกรณีที่ต้องการไปประกอบการเขียนคำร้องอาจะ ไม่ได้รับความร่วมมือจากสถานบริการมากนัก เมื่อมีการร้องเรียนไปยังคณะกรรมการ ผู้ป่วยของสภาเขต คณะกรรมการมักจะปกป้องผู้ให้บริการมากกว่าผู้ป่วย หรือแม้แต่ การส่งข้อมูลการรักษาเข้าสู่คณะกรรมการ HSN (Health and Health Care Board) เป็นการนำข้อมูลที่เป็นความลับ ทำให้ผู้เสียหายไม่อยากส่งเรื่องร้องเรียน คณะกรรมการ เองก็ไม่มีบทบาทในการเตือนแพทย์ผู้ให้บริการมากนัก การรับเรื่องร้องเรียนมักจะไม่มีการ บันทึกชื่อผู้ให้บริการลงในรายงาน อีกทั้งในกระบวนการการควบคุมการเกิดอุบัติเหตุ ทางการแพทย์ ผู้ให้บริการจะได้รับการคาดหวังว่าต้องเป็นผู้รายงานความผิดพลาดต่อ แผนกสุขภาพของกระทรวงสุขภาพ แต่ในความเป็นจริงมีการรายงานเป็นบางครั้งเท่านั้น ผู้ให้บริการจะรายงานก็ต่อเมื่อเห็นว่าเป็นเรื่องร้ายแรงที่คิดว่าเสี่ยงต่อการร้องเรียนจาก ผู้ป่วย (Swedish Eye: A Description of Day-to-Day Life in Sweden As Seen by Foreigner 2004)

บริษัทประกันหวังผลกำไร

นอกจากนี้ผู้รับบริการยังเห็นว่า แม้ว่า PSR จะเป็นบริษัทร่วมทุนที่เกิดจากรัฐบาลใน ท้องถิ่นเองก็ตาม แต่บริษัทดังกล่าวก็ยังเป็นหน่วยงานที่หวังผลกำไร การร่วมทุน ประกอบด้วยสัดส่วนของ CCMIC ร้อยละ 30 เป็นสัดส่วนของบริษัท Folksam ร้อยละ 35 และบริษัท Skandia ร้อยละ 35 ในทางปฏิบัติบริษัทดังกล่าวดำเนินงานโดย Skandia เป็น หลัก และมีแนวโน้มว่าบริษัทประกันดังกล่าวพยายามจ่ายน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในส่วน ของผู้ให้บริการเองก็มีแนวโน้มปฏิเสธความเกี่ยวข้องระหว่างการบาดเจ็บกับการรักษา ทางการแพทย์ (Swedish Eye: A Description of Day-to-Day Life in Sweden As Seen by Foreigner 2004; Studdert and Brennan 2001)

สัดส่วนกรรมการที่รักษามีประชาชนเป็นเสียงข้างน้อย

อีกประเด็นหนึ่งที่ผู้รับบริการไม่พอใจได้แก่ การที่ผู้ชำนาญการพิเศษที่เป็นที่ปรึกษาตัดสินโดยถือตามบันทึกการรักษาที่เขียนโดยแพทย์ผู้ให้การรักษาเป็นสำคัญโดยไม่มีข้อมูลจากผู้รับบริการ และในมุมมองจากผู้รับบริการเห็นว่า องค์ประกอบของคณะกรรมการพิจารณา (Patient Damage Board) ที่มาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญในระบบประกันอุบัติเหตุ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญในงานด้านสาธารณสุข 1 คน และประธาน ล้วนแต่เป็นคนจากภาครัฐ ซึ่งมีทั้งหมด 4 คน แต่มีกรรมการที่เป็นตัวแทนจากผู้รับบริการเพียง 3 คนเท่านั้น ผู้รับบริการจึงมักจะเสียเปรียบ เมื่อพิจารณาข้อมูลในปี 1998 พบว่าเรื่องทั้งหมดที่คณะกรรมการรับไว้พิจารณา 792 รายนั้น ผู้เสียหายได้รับความพอใจหลังจากการพิจารณา 111 ราย อีก 681 ราย ผลการตัดสินเป็นผลดีแก่บริษัทประกัน เมื่อพิจารณาในประเด็นที่ว่าผู้เสียหายจะได้รับการจ่ายเงินชดเชยมากขึ้นจากระบบการชดเชยแบบนี้แล้วนั้น ระบบการชดเชยดังกล่าวของสวีเดนจ่ายแค่ร้อยละ 0.2 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ในขณะที่ในประเทศสหราชอาณาจักรจ่ายประมาณร้อยละ 10 ของรายจ่ายด้านสุขภาพ เป็นคั่น (Swedish Eye: A Description of Day-to-Day Life in Sweden As Seen by Foreigner 2004)

1. <http://www.lakemedelsforsakringen.se/html/eng/eng.php>.
2. Swedish Eye: A Description of day-to-day life in Sweden as seen by foreigner [Web Page]. Accessed 2004 Jul 25. Available at: <http://www.swedisheye.com/swe health serv.htm>.
3. ACC (2003) Comparison of International Schemes that Compensate for Medical Injury; 2003 Aug(ACC Background Paper).
4. Adelman, Hershburg and Westerlund (2004) The Swedish Patient Compensation System: A Viable Alternative to the U.S. Tort System? Bulletin of The American College of Surgeons. 2004; 89(1):25-30.
5. Cooper (1976) Sweden's no-fault patient-injury insurance. 1976 Jun 3; 294, (23): 1268-70.
6. Danzon and Patricia (1994) Tort Reform: The Case of Medical Malpractice. Oxford Review of Economic Policy. 1994 Mar; 10(1):84-99.
7. Espersson (2000) The Patient Injury Act: A Comment by Carl Espersson: The Swedish Patient Insurance Association; 2000 Aug.
8. The County Councils' Medical Malpractice Insurance Scheme: LOF; 2003 Mar.
9. National Social Insurance Office (2003) Social Insurance (brochure). 2003.
10. Studdert and Brennan (2001) No-fault compensation for medical injuries: the prospect for error prevention. JAMA. 2001 Jul 11; 286(2):217-23.
11. Studdert et al (1997) Can the United States Afford a "No-fault" System of Compensation for Medical Injury? Law and Contemporary Problems. 1997; 60(2):1-34.
12. Swedish Institute. Fact Sheets on Sweden: The Health Care System in Sweden [Web Page]. 2003 Sep; Accessed 2004 Jun 10. Available at: <http://www.si.se>.
13. Swedish Institute. Fact Sheets on Sweden: Social Insurance in Sweden [Web Page]. 2004 Jan; Accessed 2004 Jun 10. Available at: <http://www.si.se>.
14. The Scottish Parliament (2001) The Information Center. The Macfarlane Trust & No-fault Compensation; 2001 Sep.
15. World Bank (2002) Medical Malpractice Systems around the Globe: Examples from the US- tort liability system and the Sweden- no fault system; 2002.
16. World Health Organization (2002) Healthy Care System in Transition. Sweden. 2002(European Observatory on Health Care System).

S

ประเทศสหรัฐอเมริกา

The United State of America

MSOM ASR CDI HOSPITAL DONA MARIANA

HAIR FENRICH

F 60 13110

BOD: 10 Jun 1943

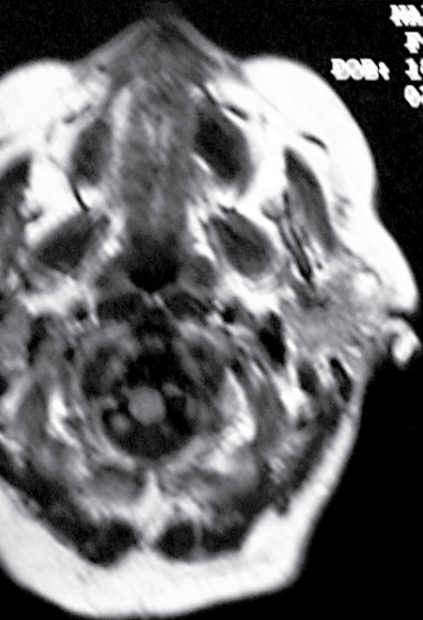
02 Jun 2004

10:46:51

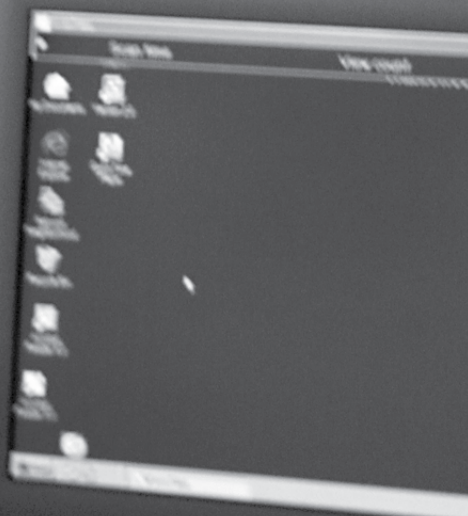
Mag = 1.0

FL:

ROT:



PEL W = 706 L = 353



ข้อมูลทั่วไป

สหรัฐอเมริกา เป็นประเทศที่มีขนาดใหญ่เป็นอันดับ 3 ของโลก มีเนื้อที่ทั้งหมด 9,624,090 ตารางกิโลเมตร มีประชากรประมาณ 291 ล้านคน (WHO, 2003) มีประธานาธิบดีเป็นประมุขสูงสุดของประเทศ ปกครองแบบสหพันธรัฐ ประกอบด้วย 52 รัฐ โดยมีรัฐบาลกลางเป็นสถาบันสูงสุด โดยจะรวมเอาอำนาจการปกครองระดับรัฐและระดับท้องถิ่นเข้าไว้ด้วยกัน การรักษาพยาบาลและการรักษากฎหมายเป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของรัฐบาลรัฐและ รัฐบาลท้องถิ่น รัฐบาลแต่ละระดับของสหรัฐอเมริกามีอำนาจในการปกครองตนเองค่อนข้างมาก แต่ละรัฐสามารถส่งมอบอำนาจบางอย่างไว้เฉพาะตน หากแนวทางของหน่วยงานปกครองมีความขัดแย้งกัน ศาลจะเป็นผู้ตัดสินชี้ขาด (สำนักข่าวสารอเมริกัน, 2534)

ระบบบริการสุขภาพในสหรัฐอเมริกา

ระบบบริการสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา แม้ในคํานึงหนึ่งจะได้ชื่อว่า เป็นระบบที่มีความทันสมัยที่สุดในโลก ด้วยความก้าวหน้าของวิชาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่ แต่อีกด้านหนึ่ง กลับถูกมองว่าเป็นระบบที่ขาดประสิทธิภาพ ไม่เป็นธรรม และแพงที่สุดในโลก

สหรัฐเป็นประเทศพัฒนาแล้วประเทศเดียวของโลก (ยกเว้นแอฟริกาใต้) ที่ไม่มีระบบประกันสุขภาพโดยรัฐ หรือไม่มีระบบบริการสุขภาพแห่งชาติที่ดำเนินการโดยรัฐบาลกลาง สถานพยาบาลในสหรัฐส่วนใหญ่เป็นของเอกชนและบริหารโดยเอกชน แม้ว่าจะไม่มีระบบประกันสุขภาพของรัฐเพื่อคนส่วนใหญ่ แต่อเมริกากลับมีค่าใช้จ่ายสุขภาพ (Health expenditure) สูงเป็นอันดับสามของโลก คนอเมริกันมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวมากกว่าคนในประเทศอื่น (ราว 2.26 พันล้านดอลลาร์ หรือ 7,439 ดอลลาร์ต่อคน ในปี 2007 และเพิ่มเป็นประมาณ 8,047 ดอลลาร์/คน ในปี 2009) และมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อ GDP ที่สูงกว่าเกือบทุกประเทศในโลก (16% of GDP ในปี 2006) พร้อมๆ กับที่มีคนอเมริกันเกือบ 50 ล้านคน ที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ

รายงานการสำรวจของ US Census Bureau ในปี 2008 พบว่า มีคนอเมริกันราวร้อยละ 15.3 หรือ 46.3 ล้านคนที่ไม่อยู่ภายใต้การคุ้มครองของระบบประกันสุขภาพใดๆ ขณะที่อีกประมาณร้อยละ 35 ที่มีประกันเพียงบางส่วน (<http://news.bbc.co.uk/2/hi/8160058.stm> Monday, 22 March 2010) และมีการคาดการณ์ว่าสัดส่วนผู้ที่มีหลักประกันดังกล่าวกำลังเพิ่มขึ้น

สำหรับประชาชนที่มีประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นการประกันโดยนายจ้าง (Employer-based) โดยคนอเมริกันราวร้อยละ 59.3 อยู่ภายใต้ระบบประกันที่จัดให้โดยนายจ้าง (ของตนเองหรือของสามี-ภรรยา หรือบิดา - มารดา) ในลักษณะของการประกันกลุ่มที่มีลูกจ้างร่วมจ่าย มีคนอเมริกันเพียงร้อยละ 9 ที่ทำประกันสุขภาพผ่านบริษัทประกันเอกชน(http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_the_United_States) อย่างไรก็ตาม สิ่งที่คนอเมริกันที่มีประกันสุขภาพกำลังเผชิญก็คือ การเพิ่มขึ้นอย่างมากของเบี้ยประกันที่ต้องจ่าย และเงินค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายจากกระเป๋าของตนเอง กรณีที่ไม่ถูกคุ้มครองโดยประกัน (<http://www.aflcio.org/issues/healthcare/whatswrong/>)

สำหรับหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลเรียกว่าโครงการ Medicaid (โครงการจัดบริการสุขภาพสำหรับคนจนและมีรายได้น้อย ดำเนินการโดยรัฐบาลกลางและรัฐต่างๆ) และ Medicare (ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุชาวอเมริกัน) ครอบคลุมประชากรร้อยละ 27.8 หรือ 83 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่คือ คนชรา ผู้พิการ เด็ก ทหารผ่านศึก และคนจน ขณะที่ระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ที่จัดให้กับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น TRICARE Children's Health Insurance และ Veterans Health Administration เป็นต้น

อย่างไรก็ดี แม้จะมีการใช้จ่ายที่สูงมาก แต่ระบบบริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกา กลับมีผลผลิตทางสุขภาพที่ด้อยกว่าหลายประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับระบบบริการสุขภาพในประเทศอุตสาหกรรมชั้นนำ เช่น ออสเตรเลีย เยอรมัน แคนาดา เนเธอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ และสหราชอาณาจักร ระบบบริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกา มีปัญหามากกว่าในหลายๆ ด้าน ทั้งในแง่การเข้าถึงบริการ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม (Karen Davis, Cathy Schoen, and Kristof Stremikis 2010) เมื่อพิจารณาจากตัวชี้วัดสำคัญทางสุขภาพ คือ อัตราการตายของทารก และอายุคาดเฉลี่ยของประชากร สุขภาพของชาวอเมริกันล้าหลังกว่าหลายประเทศทั้งๆ ที่มีการใช้จ่ายมากกว่า (อัตราการตายทารกของสหรัฐสูงกว่าของทุกประเทศอุตสาหกรรม อายุคาดเฉลี่ยของประชากรสหรัฐอยู่อันดับ 42 ของโลก และอยู่อันดับท้ายสุดในบรรดากลุ่มประเทศอุตสาหกรรม G5 ทั้งหมด)

COUNTRY	(OECD) Health Spending Per Capita in U.S. Dollars, 1998	(OECD) Health Spending as a Percent of GDP, 1998	(US Census) Infant Mortality Rate, 1998	(WHO) Disability- Adjusted Life Expectancy & Rank, 97/ 99	(WHO, Rank) Fairness of Financial Contributions, 1997	(WHO, Rank) Responsiveness of Health System, 1997	(WHO, Rank) Health System Overall Performance, 1997	(See Blendon) Percent Satisfied with Health System, 1998 & 2000
United States	<u>4,178</u>	<u>13.6</u>	7.2	70.0 (24)	54-55	<u>1</u>	37	40
Australia	2,043	8.5	5.2	73.2 (2)	26-29	12-13	32	N.A.
Canada	2,312	9.5	5.2	72.0 (12)	17-19	7-8	30	46
Denmark	2,133	8.3	5.2	69.4 (28)	3-5	4	34	<u>91</u>
Finland	1,502	6.9	3.9	70.5 (20)	8-11	19	31	81
France	2,077	9.6	4.6	73.1 (3)	26-29	16-17	1	65
Germany	2,424	10.6	4.9	70.4 (22)	6-7	5	25	58
Italy	1,783	8.4	6.1	72.7 (6)	45-47	22-23	2	20
Japan	1,822	7.6	4.0	<u>74.5 (1)</u>	8-11	6	10	N.A.
Luxembourg	2,215	5.9	5.1	71.1 (18)	<u>2</u>	3	16	67
Norway	2,425	8.9	4.0	71.7 (15)	8-11	7-8	11	N.A.
Sweden	1,746	8.4	<u>3.5</u>	73.0 (4)	12-15	10	23	58
Switzerland	2,794	10.4	4.7	72.5 (8)	38-40	2	20	N.A.
U.K.	1,461	6.7	5.9	71.7 (14)	8-11	26-27	18	57
OECD Median	1,783	8.2						

วิฤติของระบบบริการสุขภาพสหรัฐอเมริกา

แม้จะมีการใช้เงินมากที่สุด แต่ระบบบริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกาก็กลับมีปัญหามากที่สุด และต้องเผชิญกับวิกฤติของระบบบริการสุขภาพหลายด้าน ประชาชนจำนวนมากยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการ ความไม่เป็นธรรม ขาดประสิทธิภาพ และสร้างปัญหาความไม่พึงพอใจกับการใช้บริการจนโยงสู่ประเด็นร้อนทางการเมือง (University of Maine 2001; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 2002; Davis, Schoen, and Stremikis 2010) และทำให้เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ (Health care reform) กลายเป็นประเด็นรณรงค์ทางการเมืองของสหรัฐอเมริกามาหลายสมัย จวบจนในยุคประธานาธิบดี บารัค โอบามาในปัจจุบัน

ความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) ในระบบสุขภาพสหรัฐ

รายงานของ Institute of Medicine (IOM) ตีพิมพ์เมื่อเดือนกันยายน ปี 1999 เรื่อง To Err Is Human: Building a Safer Health Care System ไม่ใช่เป็นเพียงการเปิดเผยความจริงที่ซ่อนอยู่ภายใต้ภาพลักษณ์อันทันสมัยของระบบบริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกาว่าระบบดังกล่าวมิได้มีความปลอดภัยอย่างที่คิดเท่านั้น แต่ยังเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการถกเถียงและการเคลื่อนไหวในปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) ทั้งในระดับชาติและระดับโลกในระยะต่อมา

รายงานของ IOM ฉบับดังกล่าวเปิดเผยว่า ในแต่ละปีมีคนอเมริกันจำนวน 44,000-98,000 คน ต้องเสียชีวิตจากความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical errors) ที่สามารถป้องกันได้ เป็นจำนวนการตายที่มากกว่าการตายจากอุบัติเหตุ มะเร็งเต้านม และโรคเอดส์ และคิดเป็นมูลค่าการสูญเสียราว 17,000-29,000 ล้านดอลลาร์/ปี ในรายงานยังวิเคราะห์ว่า สาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการเกิดการระบาดของความผิดพลาดทางการแพทย์ (Epidemic of medical errors) อันเป็นผลมาจากระบบบริการสุขภาพที่ไม่มีระบบ (non-system) คัวยธรรมชาติของระบบบริการสุขภาพที่กระจุกกระจาย แยกส่วน เต็มไปด้วยผู้ให้บริการที่หลากหลาย (decentralized, fragmented, multiple providers in different settings)

บทสรุปและการวิเคราะห์หนึ่งที่น่าสนใจจากรายงานดังกล่าวก็คือ ความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ มิใช่เป็นผลของความประมาทเลินเล่อของปัจเจก หรือเป็นเพราะคนไม่รับผิดชอบ แต่เป็นผลจากระบบที่ผิดพลาด หรือเงื่อนไขกระบวนการการทำงาน ที่ทำให้คนทำงานเกิดความผิดพลาดหรือล้มเหลวที่จะป้องกันความผิดพลาดมิให้เกิดขึ้น (Institute of Medicine 1999 TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM)

แม้ที่จริงแล้ว รายงานของ IOM มิใช่รายงานฉบับแรกที่เปิดเผยเรื่องราวของปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์ในสหรัฐ มีรายงานก่อนหน้านี้หลายชิ้น โดยเฉพาะของ Harvard Medical Practice Study ในปี 1980 ที่รายงานว่า มีชาวนิวยอร์กเกือบ 7,000 คน ต้องเสียชีวิตจากความผิดพลาดทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในปี 1984 (Brennan, T., et al., "Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I", (1991) 324 NEJM 370 อ้างใน

Gilmour (2006) PATIENT SAFETY, MEDICAL ERROR AND TORT LAW: AN INTERNATIONAL COMPARISON ,York University)

อย่างไรก็ดี ภายหลังจากงานของ IOM ปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์ในสหรัฐยังไม่เปลี่ยนแปลง (Sara Bleich (2005) Medical Errors: Five Years After the IOM Report The Commonwealth Fund) แต่กลับปรากฏในรายงานต่างๆ มากมาย ทั้งที่เป็นข้อมูลระดับชาติ และระดับรัฐ (<http://www.savvypatienttoolkit.com/facts/stats>)

- การศึกษาชิ้นหนึ่งตีพิมพ์ในวารสาร JAMA เมื่อปี 2005 เปิดเผยว่า ร้อยละ 13.6 ของการรักษากับแพทย์ ผลการวินิจฉัยหรือเอกสาร สูญหาย ร้อยละ 44 ของผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และร้อยละ 59.5 ได้รับบริการช้าหรือบริการซ้ำซ้อน
- โพลล์สำรวจของ National Patient Safety Foundation พบ ร้อยละ 42 ของผู้ตอบเคยประสบกับความผิดพลาดทางการแพทย์ ด้วยตนเอง หรือญาติ/เพื่อน ในจำนวนนี้ ร้อยละ 32 ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพอย่างถาวร
- องค์กร Agency for Healthcare Research and Quality- AHQR อ้างผลการวิจัยว่า ความผิดพลาดทางการแพทย์ส่วนใหญ่ป้องกันได้ โดยพบว่า ร้อยละ 70 ของผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ที่ได้จากการวิเคราะห์รายงานทางการแพทย์จำนวน 1,133 ฉบับ เป็นสิ่งที่ป้องกันได้

การศึกษา (Follow up study) ของ IOM ในปี 2006 ยังพบว่า ความผิดพลาดทางการแพทย์ยังเป็นปัญหาสำคัญของคนอเมริกันอย่างน้อยปีละ 1.5 ล้านคน โดยในรายงานระบุว่า การเจ็บป่วยที่เกิดจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ราว 400,000 ครั้งต่อปี 800,000 ครั้งในสถานบริการที่ต้องพักรักษาเป็นเวลานาน และประมาณ 530,000 ครั้งในคลินิกผู้ป่วยนอกของ Medicare รายงานดังกล่าวประมาณค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียเพิ่มขึ้นเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวราว 887 ล้านดอลลาร์ ("Medication Errors Injure 1.5 Million People and Cost Billions of Dollars Annually". The National Academy of Science. 2006 อ้างใน http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_malpractice)

ผลการสำรวจที่ดำเนินการโดย Kaiser Family Foundation ร่วมกับ Agency for Health Care Research and Quality- AHRQ รายงานว่า คนอเมริกันมีความกังวลเรื่องความไม่ปลอดภัยของบริการทางการแพทย์มากกว่าความไม่ปลอดภัยของการเดินทางด้วยอากาศยาน

การฟ้องร้องทรวงเวชปฏิบัติ (Malpractice Claim)

แม้ความผิดพลาดทางการแพทย์ จะไม่ใช่สาเหตุเดียวของการฟ้องร้องของผู้ป่วยต่อกรณีทรวงเวชปฏิบัติ (Malpractice claim)¹ แต่ก็ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการฟ้องร้องโดยส่วนใหญ่ และการฟ้องร้องนี้เอง ที่ส่งผลเชื่อมโยงต่อเนื่องถึงปัญหาทางวิกฤติค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และวิกฤติของระบบประกันสุขภาพ (Medical liability crisis) ในสหรัฐ

การฟ้องร้องทรวงเวชปฏิบัติ เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน และถ่วงนานไปกับปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์ในระบบบริการสุขภาพของสหรัฐ ขณะเดียวกันก็มีสาเหตุมาจากระบบกฎหมาย และการประกอบธุรกิจการค้าความของกระบวนการฟ้องคดีละเมิดของสหรัฐเองด้วย

แม้จะพบว่า การฟ้องร้องฯ เรียกค่าชดเชยในสหรัฐ จะมีใช้เป็นปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์ทั้งหมด แต่ส่วนใหญ่หรือ ร้อยละ 63 ของการฟ้องร้องเกี่ยวข้องกับความผิดพลาดทางการแพทย์ และประมาณร้อยละ 73 ของกรณีฟ้องร้องลักษณะนี้ ถูกศาลตัดสินให้ได้รับการชดเชย (Studdert, D.M. et al (2006) Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation N Engl J Med 2006; 354:2024-2033 May 11, 2006)

การฟ้องทรวงเวชปฏิบัติเพื่อเรียกร้องการชดเชย เป็นวิกฤติของระบบบริการสุขภาพของสหรัฐ รายงานการสำรวจของวารสาร American Medical Association-AMA ในปี 2007-2008 กับแพทย์ 5,825 คนพบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของแพทย์ที่มีอายุเกิน 55 ปี ขึ้นไป เคยถูกฟ้องมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง โดยแม้ว่ากรณีการฟ้องเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะถูกถอนหรือจำหน่ายออก แต่ข้อมูลรายงานว่า แพทย์ส่วนใหญ่จะถูกฟ้องไม่ช่วงใดก็ช่วงหนึ่งของการอยู่ในอาชีพแพทย์ วารสารดังกล่าวยังสรุปว่า โดยเฉลี่ยจะมีการฟ้องร้องทรวงเวชปฏิบัติ 95 ครั้งกับแพทย์ 100 คน ที่กำลังให้บริการอยู่ (<http://abcnews.go.com/Health/HealthCare/malpractice-lawsuits-doctors-common-ama/story?id=11332146>)

อย่างไรก็ดี แม้ว่าข้อมูลจาก National Association of Insurance Commissioners จะเปิดเผยว่าสถิติการฟ้องร้องในช่วงปี 1995-2000 ไม่เพิ่มขึ้น แต่การฟ้องแพทย์ มีจำนวนสูงถึง 85,000-90,000 รายต่อปี (<http://www.medicalmalpractice.com/National-Medical-Malpractice-Facts.cfm>)

1 ทรวงเวชปฏิบัติ (Malpractice claim) คือ กรณีที่ผู้ให้บริการมีการละเลย ตั้งใจ หรือจงใจกระทำจนเกิดความผิดพลาดหรือให้บริการโดยไม่คำนึงถึงจริยธรรม ผิดไปจากหลักทางวิชาการ

ระบบสุขภาพแบบตลาดและระบบของกฎหมาย กับบริบทของวิกฤติการฟ้องร้อง

ปัญหาการฟ้องร้องทุรเวชปฏิบัติที่เกิดขึ้นมากมายในระบบสุขภาพสหรัฐ เกิดขึ้นด้วยเหตุผลมากมายและซับซ้อน อย่างไรก็ตาม บริบทในเรื่องระบบสุขภาพแบบตลาดและระบบกฎหมาย เป็นอีกสองบริบทที่มีความสำคัญมาก

ระบบบริการสุขภาพของสหรัฐ เป็นระบบที่มีค่าบริหารจัดการ (administrative cost) สูงกว่าทุกประเทศ โดยสูงถึงร้อยละ 31 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด ทำให้บริษัทประกันเข้ามามีบทบาทสำคัญในการใช้บริการของผู้ป่วย โดยการใช้บริการทุกครั้งต้องผ่านการตกลงค่าใช้จ่ายระหว่างสถานพยาบาลกับบริษัทที่รับประกัน ความขัดแย้งหรือความล่าช้าในการต่อรองหาข้อตกลง ทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่ายที่ผู้เอาประกันต้องจ่ายเพิ่ม หรือถูกปฏิเสธการให้บริการเพราะอยู่นอกการคุ้มครองของประกัน ทำให้เกิดปัญหาความไม่พึงพอใจต่อระบบบริการตามมา

บริบททางกฎหมายของสหรัฐ เอื้อให้การใช้การฟ้องร้องทางศาล เป็นหนทางในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในการใช้บริการ โดยเฉพาะเพื่อการชดเชยความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์ และเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ระบบสุขภาพของสหรัฐต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น มีการประมาณว่า ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้องคิดเป็นสัดส่วนราวร้อยละ 2 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพ (ในปี 2009 ค่าใช้จ่ายโดยตรงของการฟ้องร้องทางการแพทย์ เช่น เบี้ยประกัน ค่าชดเชย ค่าดำเนินการทางศาลและอื่นๆ มีมูลค่ารวมกันราวสามหมื่นห้าพันล้านดอลลาร์ - the council of state government 2010) ขณะที่ค่าใช้จ่ายจากการให้การรักษแบบป้องกันตนเอง (Defensive medicine) เพื่อปกป้องผู้รักษาจากการถูกฟ้องทำให้เกิดค่าใช้จ่ายอีกราวร้อยละ 8 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด

ภายใต้ระบบกฎหมายของสหรัฐ การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายแพทย์หรือโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายมาก เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการฟ้อง ทนายจะได้ค่าตอบแทนเป็นสัดส่วนของมูลค่าการชดเชยที่ผู้เสียหายได้รับหากชนะคดี แต่หากแพ้ ผู้ฟ้องไม่ต้องจ่ายค่าทนาย รวมทั้งระบบกฎหมายดังกล่าว ไม่มีการกำหนดให้ผู้แพคดีต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทางศาลทั้งหมดของผู้ชนะ (Schmidt 2010 Why Does Health Care In The U.S. Cost So Much? - Informatica Perspectives)

สหประชาชาติใช้ระบบกฎหมายเป็นกลไกการแก้ปัญหาค่าความขัดแย้งมากกว่าหลายประเทศ เป็นระบบที่มีธรรมเนียมอนุญาตให้ทนายรับค่าตอบแทนที่คิดเป็นสัดส่วนจากผลประโยชน์ที่ฝ่ายชนะได้ (contingency fees) ระบบดังกล่าวนิยมใช้คณะลูกขุนในการไต่สวน มีหลักเกณฑ์ในการประเมินความเสียหายที่เป็น non-economic damages ที่แตกต่างหลากหลาย ฯลฯ ทั้งหมดทำให้ระบบการฟ้องร้องทางการแพทย์สร้างปัญหาและผลกระทบมากมาย แต่ผลคำตัดสินมักทำให้ผู้ชนะได้รับการชดเชยด้วยเงินก้อนใหญ่ (ดูตารางข้างล่าง)

ตารางจำนวนเงินชดเชยสูงสุดที่ผู้เสียหายได้รับ

รัฐ (ปี)	เงินชดเชยสูงสุดที่ผู้เสียหายได้รับ (Maximum Awards)
Mississippi (1998)	\$100,000,000
Pennsylvania (1998)	\$100,000,000
New York (2002)	\$94,500,000
North Carolina (2001)	\$23,500,000
Kentucky (2002)	\$13,000,000
Nevada (1997)	\$6,000,000
Texas (2002)	\$4,400,000
Washington (1999)	\$3,790,000
Ohio (2002)	\$3,500,000
Arizona (1998)	\$3,000,000

ที่มา : Colin Gray 2010



ผลกระทบจากปัญหาความผิดพลาด ทางการแพทย์และการฟ้องศาล

ปัญหาค่าใช้จ่ายและความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของระบบบริการสุขภาพของ
สหรัฐ ถูกซ้ำเติมให้วิกฤติมากยิ่งขึ้น ด้วยปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์และการฟ้องร้อง

ปัญหาการฟ้องร้องมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ ทั้งทางตรงและทางอ้อม
ในภาพรวม ค่าใช้จ่ายที่เสียไปกับการฟ้องร้องแต่ละปีมีจำนวนมหาศาล กระทรวงสาธารณสุข
สหรัฐ (The U.S. Department of Health and Human Services) ประมาณว่า มีมูลค่าถึง
60,000-108,000 ล้านดอลลาร์ ขณะที่การศึกษาอื่นๆ ประมาณตัวเลขราว 55,600 ล้านดอลลาร์
หรือคิดเป็นร้อยละ 2.4 ของรายจ่ายสุขภาพของประเทศทั้งปี ในจำนวนนี้
ประมาณ 45,600 ล้านดอลลาร์ เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการมีเวชปฏิบัติแบบปกป้อง
ตนเองจากการถูกฟ้องของแพทย์ (Defensive medicine) (<http://www.businessweek.com/lifestyle/content/healthday/642781.html>) ขณะเดียวกัน ตัวเลขที่ประเมินโดย
สมาคมแพทย์อเมริกันรายงานว่า ค่าใช้จ่ายดังกล่าวอาจสูงถึงปีละ 84,000 ล้านดอลลาร์
จนถึงหนึ่ง 151,000 ล้านดอลลาร์ หรือประมาณร้อยละ 5-10 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด
(http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_malpractice)

เงินที่สูญเสียไปกับค่าใช้จ่ายในกระบวนการฟ้องร้อง ไม่เพียงทำให้สูญเสียทรัพยากร
ที่สามารถใช้เพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่เวชปฏิบัติ
แบบป้องกันตนเอง กลับทำให้ปัญหาความผิดพลาดเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากความเสี่ยง
จากการใช้ยา เครื่องมือ และเทคโนโลยีในการวินิจฉัยและรักษาที่เกินจำเป็น การศึกษา
หลายชิ้นบ่งบอกว่า การทำเวชปฏิบัติเพื่อปกป้องตนเองของแพทย์ได้กลายเป็นวิกฤติเงียบ
ในระบบ ที่เกี่ยวเนื่องอยู่กับปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ (American College of
Emergency Physician Medical Liability Crisis Fact Sheet) เช่น

- ในการสำรวจของ Massachusetts Medical Society survey ในปี 2008 พบว่าประมาณร้อยละ 80 ของแพทย์ที่ถูกสำรวจประมาณ 900 คน ยอมรับว่า ทำเวชปฏิบัติแบบป้องกันตนเอง พร้อมทั้งประมาณค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการสังเคราะห์พิเศษต่างๆ ประมาณ 281 ล้านดอลลาร์ และ ค่าใช้จ่ายจากการที่คนไข้ ถูกให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นอีกราว 11,000 ล้านดอลลาร์

- การศึกษาของ Harvard School of Public Health และ Colombia Law School กับแพทย์จากรัฐเพนซิลวาเนียจำนวน 824 คน ในปี 2005 พบว่าร้อยละ 93 ของแพทย์ยอมรับว่าทำเวชปฏิบัติแบบป้องกันตนเอง
- วารสารสมาคมแพทย์อเมริกัน รายงานว่าในปี 2005 ร้อยละ 92 ของแพทย์มีการทำเวชปฏิบัติแบบป้องกันตนเอง และมากกว่าร้อยละ 90 แจ้งว่ามีการส่งต่อคนไข้ไปยังแพทย์เฉพาะทางเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกฟ้อง ร้อยละ 42 ของแพทย์รายงานว่ามีจำกัดการรักษา โดยงดการให้บริการด้วยวิธีการที่อาจเสี่ยงต่อการถูกฟ้อง โดยเฉพาะการผ่าตัด

ผลกระทบอีกด้านหนึ่งของการฟ้องร้องคือ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการประกันทางการแพทย์ถีบทะยานขึ้น ด้วยเหตุจากการขึ้นเบี้ยประกันของบริษัทประกัน บทเรียนจากการตัดสินใจใหญ่ๆ ที่ผู้เสียหายได้รับเงินชดเชยแต่ละรายจำนวนมาก มีผลกระทบถึงระบบประกันทั้งระบบ ด้านหนึ่งคือ การผลักรถการขึ้นเบี้ยประกันสูงขึ้น แต่จำนวนไม่น้อยขาดทุน เลิกกิจการ หรือยกเลิกการให้ประกันกับแพทย์ที่มีความเสี่ยงที่จะถูกฟ้อง หรือในรัฐที่มีแนวโน้มที่หากถูกฟ้องจะต้องเสียค่าชดเชยด้วยเงินมหาศาล ซึ่งทั้งหมดก่อผลสะท้อนรุนแรงที่ตามมาคือ การขาดแคลนบริการสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจากแพทย์งดให้บริการ เพราะไม่สามารถจ่ายค่าประกัน หรือไม่สามารถหาบริษัทรับทำประกัน รวมทั้งการที่แพทย์จำนวนไม่น้อยย้ายไปยังรัฐอื่นที่มีโอกาสเสี่ยงจากปัญหาจากการฟ้องร้องน้อยกว่า

อันที่จริง สหรัฐอเมริกา เคยประสบกับวิกฤติของระบบประกันทางการแพทย์ครั้งใหญ่มาแล้ว 2 ครั้ง คือ ในทศวรรษที่ 1970s และ 1980s

ทศวรรษที่ 1970s เกิดวิกฤติของการไม่มีบริษัทรับประกัน (Crisis of availability) (William M. Sage The Forgotten Third: Liability Insurance And The Medical Malpractice Crisis HEALTH AFFAIRS-Volume 23, Number 4) การฟ้องร้องที่มากขึ้นและด้วยเงินชดเชยที่มากขึ้น ในท่ามกลางการหดตัวทางเศรษฐกิจหลังวิกฤติเศรษฐกิจน้ำมันของโลก ทำให้บริษัทประกันจำนวนมากถอนตัว เลิกกิจการ หลังจากนั้นได้มีความพยายามต่างๆ ในการจัดการปัญหาค่าใช้จ่าย การเรียกร้องค่าเสียหาย เช่น การปฏิรูป tort system การเพิ่มการตรวจวินิจฉัย การปรับปรุง peer review และเพิ่มการสื่อสารพูดคุยระหว่างแพทย์-ผู้ป่วย มีหลายๆ รัฐที่ประสบความสำเร็จในการปฏิรูป

ประมาณ 110,000 ดอลลาร์ เพื่อที่จะจบลงด้วยการไม่มีดอกเบี้ยอะไรตามมา ทั้งนี้เพราะว่าร้อยละ 60 ของการฟ้อง ยุติลงหรือถูกจำหน่ายก่อนการไต่สวน และที่มีการไต่สวน ผลการตัดสินมากกว่าร้อยละ 90 ลงเอยด้วยการไม่ชดเชย) (www.ama-assn.org/go/liability)

การฟ้องร้องมีใช้คำตอบ : เส้นทางสู่การปฏิรูประบบกฎหมายการฟ้องละเมิด

แม้ว่าการฟ้องร้องเกิดขึ้นมากมาย และด้วยต้นทุนทั้งทางการเงิน สังคม และสุขภาพของทุกฝ่ายอย่างมากมาย แต่ระบบการฟ้องร้องก็พบว่า มีใช้คำตอบในการแก้ปัญหา แม้ว่าจะมีชาวอเมริกันต้องบาดเจ็บ ล้มตายจากความผิดพลาดทางการแพทย์จำนวนมากในแต่ละปี แต่จำนวนผู้ที่เสียหายเหล่านั้น มีจำนวนน้อยมากที่สามารถฟ้องร้อง และน้อยมากที่สามารถฟ้องร้องและได้รับการชดเชย การศึกษาของ Harvard Medical Practice Study พบว่า ผู้เสียหายจากการความผิดพลาดทางการแพทย์ 8 คน มีเพียง 1 คนที่ยื่นฟ้อง และในคนที่ยื่นฟ้อง 16 คน มีเพียงคนเดียว ที่ถูกตัดสินให้ได้รับการชดเชย ซึ่งแสดงว่า ระบบการชดเชย โดยกระบวนการทางกฎหมายที่มีอยู่ ไม่เพียงไม่ตอบโจทยให้กับผู้เสียหายที่ยื่นฟ้อง แต่ยังสร้างความไม่เป็นธรรมให้กับผู้ที่ได้รับความเสียหายอีกจำนวนมาก ที่ไม่สามารถมีโอกาใช้กลไกเหล่านี้

การปฏิรูประบบการฟ้องร้องและการประกันทางการแพทย์

การฟ้องร้องเรียกค่าชดเชยตามกฎหมายละเมิด (Tort Law) และการประกันทางการแพทย์ (Medical liability) มีความเชื่อมโยงกัน วิถีคิดต่างๆ ที่เกิดขึ้นข้างต้น ทำให้หลายฝ่ายมองไปที่การปฏิรูปเชิงระบบ ทั้งที่ผ่านการปฏิรูประบบการฟ้องร้อง (Tort reform) และการปฏิรูปการประกันทางการแพทย์ (Medical Liability Reform) โดยทั้งหมดมีเป้าหมายหลักคือ การลดค่าใช้จ่ายและผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นจากกระบวนการฟ้องร้องและการชดเชย รัฐต่างๆ ในอเมริกาต่างดำเนินหนทางทั้งที่แตกต่างและคล้ายกัน แต่ที่ร่วมกันอย่างหนึ่งคือ การกำหนดให้มีเพดาน (caps) ของค่าเสียหายที่มีใช้ทางเศรษฐกิจ

(noneconomic damages หรือความเสียหายที่เป็นความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานที่ยากต่อการวัดที่เป็นรูปธรรม) ที่ผู้ถูกฟ้องจะต้องจ่ายให้กับผู้ฟ้องที่ชนะคดี โดยประมาณครึ่งหนึ่งของรัฐทั้งหลาย กำหนดค่าชดเชยดังกล่าวให้อยู่ในช่วงประมาณ 250,000-1,000,000 ดอลลาร์ ข้อมูลจาก Robert Wood Johnson Foundation (อ้างใน The Council of State Government 2010) รายงานว่า ทางเลือกอื่นๆ ที่รัฐต่างๆ ใช้ในกระบวนการปฏิรูประบบการฟ้องร้องมีอีกหลายประการ เช่น

- การกำหนดเพดานวงเงินชดเชยความเสียหาย (Caps on damages)
- กำหนดให้ผู้ถูกฟ้องร่วมจ่ายเฉพาะในความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง (Joint liability/fair share rule)
- การกำหนดขอบเขตหรือจำกัดระยะเวลาที่ผู้เสียหายจะมีสิทธิฟ้อง (Statutes of limitation)
- จำกัดส่วนแบ่งรายได้ของฝ่ายกฎหมาย เมื่อชนะคดี (Attorney contingency fees limited)
- การกำหนดให้มีการร่วมจ่าย (Collateral-source rule) โดยเปิดโอกาสให้ผู้ถูกฟ้องสามารถนำจำนวนเงินที่ต้องจ่ายให้ผู้ฟ้อง ไปหักลดจากเงินที่ต้องจ่ายส่วนอื่น เช่น ค่าประกัน หรือใช้เป็นข้อประกอบในการพิจารณาคดี
- การเปิดโอกาสให้ผู้ที่ต้องจ่ายให้กับผู้เสียหายที่ชนะคดี จ่ายเป็นงวด แทนจ่ายเป็นก้อน (Periodic payment)
- การให้มีขั้นตอนการพิจารณาก่อนกระบวนการทางศาล (Pretrial screening panel)

อย่างไรก็ดี แนวทางในการปฏิรูประบบการฟ้องร้องและการประกันการแพทย์ที่เป็นต้นแบบสำคัญในประสบการณ์ของสหรัฐคือ กฎหมาย Medical Injury Compensation Reform Act- MICRA ของรัฐแคลิฟอร์เนีย ที่เชื่อกันว่าเป็นตัวอย่างที่สมบูรณ์แบบที่รัฐบาลกลาง ควรนำไปใช้เพื่อการปฏิรูปกฎหมายการฟ้องร้องทางการแพทย์

MICRA เป็นกฎหมายที่ออกมาในช่วงวิกฤติของระบบการประกันทางการแพทย์ ในปี 1975 ในขณะที่แพทย์ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ต้องเผชิญกับเบี้ยประกันที่ถีบทะยานขึ้น พร้อมๆ กับการไม่มีบริษัทรับประกัน ภายใต้อกฎหมายฉบับนี้ มีการจำกัดวงเงินการชดเชยความเสียหายที่เป็น non-economic damages ให้ไม่เกิน 250,000 ดอลลาร์ และลดการเรียกค่าบริการว่าความของทนายให้เหลือไม่เกิน 40% ของวงเงินชดเชยที่ผู้เสียหายได้รับ



ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดในสหรัฐอเมริกา

โดยบริบททางการเมือง ระบบกฎหมาย และระบบบริการสุขภาพของสหรัฐ ทางเลือกในการออกจากวิกฤติของความเสียหาย และการประกันทางการแพทย์ ส่วนใหญ่ยังผูกอยู่กับการปฏิรูประบบการฟ้องร้องมากกว่าการหาทางเลือกอื่น เช่น ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด

อันที่จริง ระบบการชดเชยความเสียหาย โดยไม่พิสูจน์ถูกผิด มีการนำไปใช้ในหลายรัฐของอเมริกา แต่เฉพาะในการชดเชยความเสียหายจากรถยนต์ โดยเริ่มจากรัฐแมธซัสเซตส์ ในต้นทศวรรษที่ 1970s คิดตามด้วยอีก 16 รัฐ ต่อมา ปัจจุบันกฎหมายดังกล่าวถูกยกเลิกไป 4 รัฐ จึงยังคงมีการใช้ใน 12 รัฐเท่านั้น (North Dakota Legislative Council staff for the Transportation Committee (2004))

ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดกับความเสียหายจากการใช้บริการทางการแพทย์ของสหรัฐอเมริกา มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมครั้งแรก ในปลายทศวรรษที่ 1980 ด้วยโครงการชดเชยความพิการทางสมองอันเนื่องมาจากการคลอด (Birth-related neurological impairments) ของรัฐเวอร์จิเนียและรัฐฟลอริดา โดยใช้ตัวแบบจากกองทุนชดเชยแรงงาน (Workers' compensation model) ระบบทั้งสองเป็นระบบการชดเชยแบบจำกัด (limited scheme) ที่ต่างจากประเทศอื่น

การใช้ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดในเวอร์จิเนีย เกิดขึ้นในกรอบของความพยายามที่จะปฏิรูปกฎหมายการฟ้องร้อง บนพื้นฐานของการเผชิญกับวิกฤติของระบบประกันทางการแพทย์ เช่นเดียวกับที่เกิดในรัฐอื่นๆ เจตนาของการออกกฎหมายคือ การนำเอากรณีความเสียหายจากการคลอดที่แพงและยาก ออกจากการพิจารณาในระบบศาล เพื่อนำมาชดเชยในกรอบมาตรฐานของการชดเชยแบบไม่พิสูจน์ถูกผิด ลักษณะของการออกแบบของกฎหมายคล้ายๆ กับการกำหนดเพดานการชดเชยในระบบกฎหมายละเมิด เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่เกิดในกระบวนการทางศาล และเพื่อให้สามารถให้การชดเชยกับกรณีความเสียหายจำนวนมากหรือครอบคลุมมากขึ้น ทั้งหมดก็คือ เพื่อยังให้มีการประกันความเสียหาย แต่มุ่งลดผลกระทบเชิงลบจากกระบวนการฟ้องร้องทางศาลที่เกิดขึ้น ในระบบการฟ้องร้องปกติ เพื่อให้คนจนในเมืองชั้นในและคนชนบทรอบนอก สามารถได้รับการช่วยเหลือได้

ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดของรัฐเวอร์จิเนียและฟลอริดา มีชื่อเรียกว่า Birth-related Neurological Injury Compensation Act รัฐเวอร์จิเนียประกาศใช้กฎหมายดังกล่าวนี้ในปี 1987 มีผลชดเชยความเสียหายจากการคลอดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ปี 1988 เป็นต้นมา ขณะที่รัฐฟลอริดา ประกาศใช้กฎหมายแบบเดียวกันในปีถัดมา โดยล้อตามกฎหมายของรัฐเวอร์จิเนียเกือบทั้งหมด สาเหตุสำคัญของการประกาศใช้กฎหมายดังกล่าวของรัฐเวอร์จิเนีย เกิดจากวิกฤติที่บริษัทประกันไม่ยอมรับประกันแพทย์ที่ทำหน้าที่ทำคลอด ขณะที่ของรัฐฟลอริดา แรงผลักดันกฎหมายก็คือความกังวลในปัญหาของระบบการประกัน แม้จะไม่ชัดเจนเท่ากรณีของรัฐเวอร์จิเนีย โครงสร้างและรูปแบบการดำเนินงานของโครงการดังกล่าวในรัฐทั้งสอง มีความคล้ายคลึงกันค่อนข้างมาก ส่วนหนึ่งเพราะผู้บริหารของทั้งสองโครงการมีการปรึกษาหารือกันตลอด

กลไกการบริหาร (operations and governance) กฎหมายของทั้งสองรัฐ มีลักษณะที่เทียบได้กับกฎหมายการชดเชยแรงงาน (Worker's Compensation) โดยให้อำนาจการตัดสินใจสูงสุดกับคณะกรรมการชดเชยแรงงาน (Worker's Compensation Commission) ผู้ที่ต้องการขอรับการชดเชย (Claimants) จะต้องยื่นเรื่องต่อคณะกรรมการฯ ซึ่งมีอำนาจเต็มในการพิจารณาตัดสินอนุมัติหรือปฏิเสธการให้การชดเชย ในรัฐฟลอริดา หากมีกรณีที่ผู้ขอรับการชดเชย มีความไม่พึงพอใจในขั้นตอนต่างๆ ของการทำงานของคณะกรรมการฯ จะมีการส่งกรณีดังกล่าวไปอยู่ภายใต้การตัดสินของแผนกที่เรียกว่า Division of Administrative Hearings- DOAH

ในการบริหารโครงการ ทั้งสองรัฐใช้หน่วยงานอิสระที่อยู่นอกกระบวนราชการปกติ (public entities outside conventional state department structure) ซึ่งไม่ใช่บริษัทประกันเอกชน หน่วยงานดังกล่าวของรัฐเวอร์จิเนียมีชื่อเรียกว่า Birth-related Neurological Injury Compensation Program ซึ่งเรียกกันติดปากทั่วไปว่า BIF ย่อมาจากคำว่า Birth Injury Fund ขณะที่ของรัฐฟลอริดามีชื่อเรียกว่า Florida Birth-related Neurological Injury Compensation Association หรือ NICA

BIF ของรัฐเวอร์จิเนีย บริหารโดยคณะกรรมการจำนวน 7 คน ที่ทำงานโดยไม่มีเงินเดือนและแต่งตั้งโดยผู้ว่าการรัฐ 4 ใน 7 เป็นตัวแทนของแพทย์ผู้ให้บริการและผู้รับประกันที่เกี่ยวข้อง ที่เหลืออีกสามคนเป็นตัวแทนจากภาคประชาชนทั่วไป สำหรับ NICA ของรัฐฟลอริดา มีคณะกรรมการบริหารทั้งสิ้น 5 คน เป็นภาคประชาชนเพียง 1 คน ทั้งหมดได้รับการแต่งตั้งโดยคณะกรรมการที่เรียกว่า Insurance Commissioner

บทบาทของคณะกรรมการบริหารในทั้งสองชุดแตกต่างกัน คณะกรรมการบริหารของ NICA ทำหน้าที่คล้ายคณะกรรมการบริหารบริษัท คูแลนโยบายในภาพรวม ขณะที่ของ BIF จะทำหน้าที่พิจารณาคำขอชดเชยเกือบทุกกรณี (แต่จำนวนคำขอที่เข้ามาสู่คณะกรรมการ BIF น้อยกว่าของ NICA มาก) การบริหารจัดการกับงานประจำของทั้งสองโครงการ ทำโดยเจ้าหน้าที่ ของ BIF มี 1 คน ขณะที่ NICA มีหลายคนกว่า สำนักงานของทั้งสองโครงการใช้การเช่าสถานที่ของเอกชน

การตื่นนอนจากวิกฤติของ ระบบสุขภาพอเมริกันในยุคโอบามา

การหาทางออกจากวิกฤติของระบบสุขภาพทั้งหลายที่กล่าวมาของประเศสหรัฐ มิใช่สิ่งที่เกิดขึ้นได้ง่าย บริบททางการเมือง เศรษฐกิจ กฎหมาย สังคม การแพทย์ และวิชาชีพ ฯลฯ ล้วนเป็นไปด้วยความเห็นที่แตกต่าง และซ้อนทับด้วยผลประโยชน์ทางการเมือง เพราะฉะนั้นจึงไม่่ง่ายที่จะเดินไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งอย่างเป็นเอกภาพ อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี แม้ทางออกเชิงนโยบายในปัจจุบันจะมีชื่อเรียกว่า การปฏิรูประบบสุขภาพ (Health Care Reform) แต่โดยสาระส่วนหนึ่งก็คือ การทำให้ระบบสุขภาพของประเศสหรัฐ มีค่าใช้จ่ายลดลง มีประสิทธิภาพและเป็นธรรมมากขึ้น รวมทั้งจัดการกับวิกฤติความผิดพลาดทางการแพทย์และการประกันทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น

เมื่อวันที่ 23 มีนาคม ปี 2010 ที่ผ่านมามี รัฐบาลของประธานาธิบดี บารัค โอบามา ได้ ออกกฎหมายสำคัญฉบับหนึ่ง ชื่อ Affordable Care Act ที่มีเป้าหมายเพื่อการปฏิรูประบบการประกันสุขภาพ โดยให้บริษัทประกันถูกควบคุมมากขึ้น ลดค่าใช้จ่ายสุขภาพ เพิ่มความครอบคลุมและยกระดับคุณภาพบริการสำหรับคนอเมริกัน โดยจะมีการทุ่มงบประมาณกว่า 900,000 ล้านดอลลาร์ ในช่วง 10 ปีข้างหน้า เพื่อขยายระบบบริการสุขภาพครอบคลุมชาวอเมริกัน อีกราว 32 ล้านคน (<http://news.bbc.co.uk/2/hi/8579322.stm>)

แม้ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด จะถูกดำเนินการในขอบเขตที่จำกัด เฉพาะบางปัญหาและบางรัฐ แต่การถกเถียงในเรื่องทางเลือกนี้ สำหรับสังคมอเมริกัน ก็ยังคงมีอยู่ แต่ยังไม่อาจเป็นกระแสหลัก ด้วยบริบทเชิงโครงสร้างอันซับซ้อนดังที่กล่าวมา (Jill Horwitz and Troyen A. Brennan NO-FAULT COMPENSATION FOR MEDICAL INJURY: A CASE HEALTH AFFAIRS | Winter 1995 STUDY; Gaskins The Fate of No-Fault in America (2003))

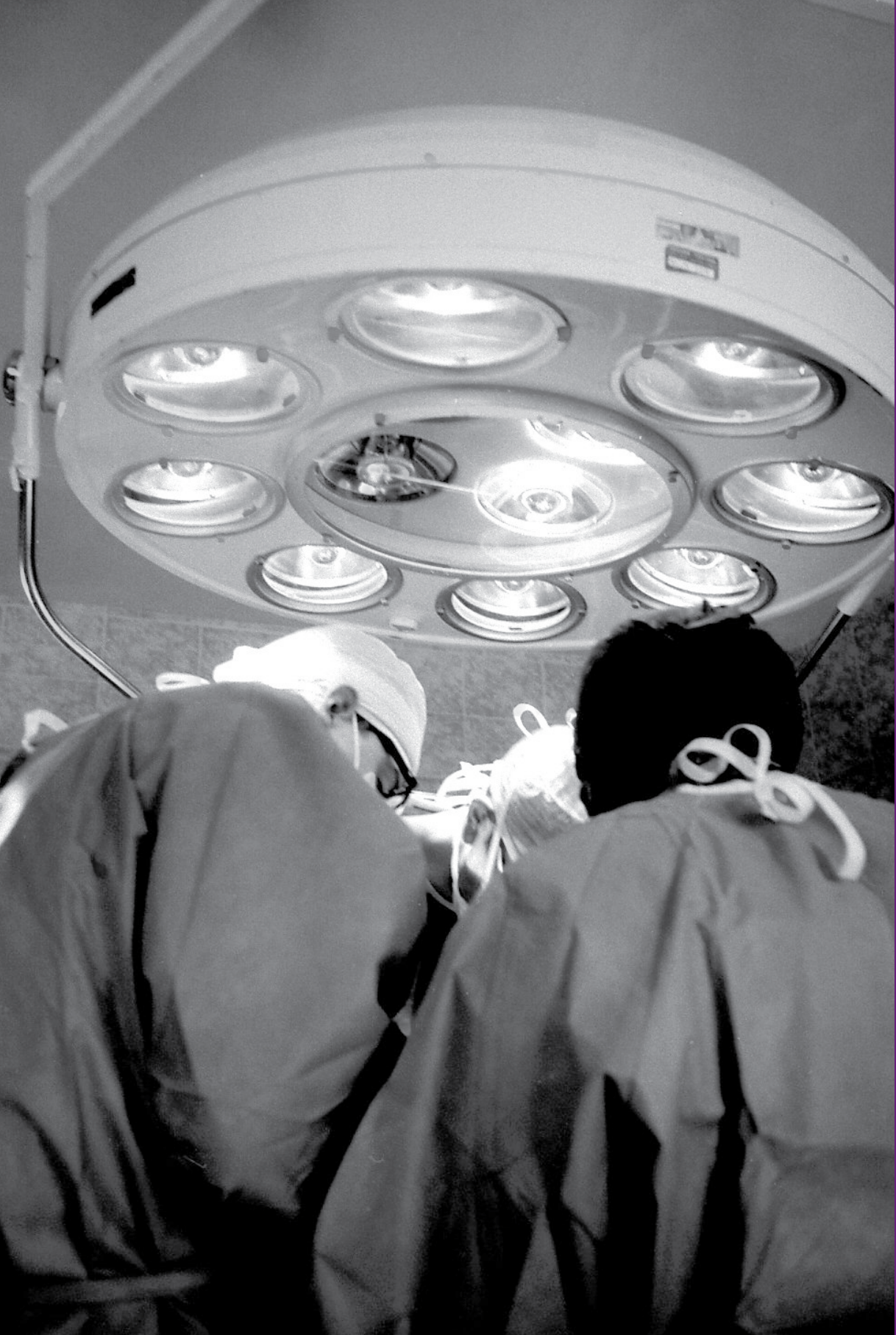
1. ACC background paper (2003) Comparison of international schemes that compensation for medical injury
2. Albert et al (1991) House officers learn from their mistakes?. JAMA. April, 1991 vol. 265 no.16 p2089-2094.
3. American Medical Association March, 2004. <http://www.AMA.com>
4. Fault and Enterprise Liability (1995) The view from Utah. 122(6) March 1995. p 462-463
5. Federick et al (1989) Standard of care and Anesthesia liability. JAMA. March, 1989 vol 261 no. 11 p1599-1603.
6. Horwitz and Brennan. (1995) No-fault compensation for medical injury: A case study. Health Affairs. 1995 p164-177
7. Josep (2003) Reforming Health insurance: Realistic Options And Hard Choices. Health Affairs-Web exclusive. 2003
8. RAND institute for civil justice. Changing the medical malpractice dispute process. www.rand.org
Weingarnt et al (2003) Epidemiology of medical error. BMJ, 320, 18 March 2003. p 774-7
9. Stephen (2003). The practice of uncertainty: voices of physicians and patients in medical malpractice claims. Social Sciences & Medicine. 2000, (51), 1135-8.
10. Gallagher et al (2003) Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA. 2003, Feb, vol. 289 no.8, p1000-1007.
11. Brennan, Sox, and Burstin (2004) Relation between negligent adverse events and the outcome of medical malpractice litigation. The New England Journal of Medicine. 335, 26, 2004. p 1963-7
12. Gaine (2003) No fault compensation systems, Experience elsewhere suggests it time for the UK introduce a pilot scheme. BMJ. 326, May 2003. p 997-8.
13. World Health Organization. Statistics. www.who.int
14. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์ (2544) ระบบประกันสุขภาพ ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544
15. http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_the_United_States
16. <http://www.aflcio.org/issues/healthcare/whatswrong/>
17. Davis, Schoen, and Stremikis (2010) How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally The Commonwealth Fund

18. Bureau of Labor Education, University of Maine (2001) The U.S. Health Care System: Best in the World, or just Most Expensive?
19. U.S. Department of Health and Human Services (2002) Special Update on Medical Liability Crisis
20. Institute of Medicine (1999) To Err is Human: Building a Safer Health System
21. Brennan, T., et al., (1991) "Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I", 324 NEJM 370 อ้างใน Gilmour (2006) Patient Safety, Medical Error And Tort Law: An International Comparison York University
22. Bleich (2005) Medical Errors: Five Years After the IOM Report The Commonwealth Fund
23. <http://www.savvypatienttoolkit.com/facts/stats>
24. The National Academy of Science (2006) อ้างใน http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_malpractice
25. Studdert, D.M. et al (2006) Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation N Engl J Med 2006; 354:2024-2033 May 11, 2006
26. <http://www.medicalmalpractice.com/National-Medical-Malpractice-Facts.cfm>
27. Schmidt (2010) Why Does Health Care In The U.S. Cost So Much? — Informatica Perspectives)
28. Gray (2010) The Medical Liability Crisis Gatton Student Research Publication Vol 2 No 3 Gatton College of Business & Economics, University of Kentucky
29. <http://www.businessweek.com/lifestyle/content/healthday/642781.html>
30. http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_malpractice
American College of Emergency Physician (Medical Liability Crisis Fact Sheet <http://www.acep.org/pressroom.aspx?id=25924>
31. Sage (2004) The Forgotten Third: Liability Insurance And The Medical Malpractice Crisis HEALTH AFFAIRS-Volume 23, Number 4)
32. <http://www.orthosupersite.com/view.aspx?rid=2952>
33. www.ama-assn.org/go/liability
34. The Council of State Government (2010) Medical Malpractice Tort Reform
35. Horwitz and Brennan (2003) NO-FAULT COMPENSATION FOR MEDICAL INJURY: A CASE HEALTH AFFAIRS | Winter 1995 STUDY
36. Gaskins (2003) The Fate of No-Fault in America 34 VUWLR

6

ประเทศแคนาดา

Canada



ข้อมูลทั่วไป

ประเทศแคนาดามีขนาดใหญ่เป็นอันดับ 2 ของโลกรองจากประเทศรัสเซีย มีเนื้อที่ทั้งหมด 3,851,788 ตารางกิโลเมตร มีระบบการปกครองแบบสหพันธรัฐคล้ายกับประเทศสหรัฐอเมริกา รัฐบาลมีอำนาจในการพิจารณา และการตัดสินใจเรื่องราวต่างๆ เช่น การประกันสุขภาพ การธนาคาร การค้า การป้องกันประเทศ เป็นต้น เมือง Quebec เป็นเมืองที่ใหญ่ที่สุดในแคนาดา (1,217,294 ตารางกิโลเมตร) จำนวนประชาชนในเมืองนี้ มีมากถึง 7.24 ล้านคน ส่วนใหญ่พูดภาษาฝรั่งเศส ประเทศแคนาดามีจำนวนประชากรทั้งสิ้นประมาณ 31.59 ล้านคน ใช้ภาษาอังกฤษ และภาษาฝรั่งเศส เป็นภาษาราชการ (Culture grams world edition, 2002)

ระบบบริการสุขภาพ

แคนาดา ได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่มีระบบบริการสุขภาพดีที่สุดในโลกประเทศหนึ่ง ด้วยการมีระบบการประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐ ประสานเชื่อมโยงกันทั้งระดับรัฐ และระดับชาติ ที่เรียกว่า medicare เป็นระบบประกันสุขภาพระดับชาติ (national public health insurance) ที่ทำให้ชาวแคนาดาสามารถใช้บริการฟรีจากโรงพยาบาลและสถานบริการทางการแพทย์ ระบบบริการของแคนาดาได้รับเงินสนับสนุนโดยรัฐ แต่บริหารแบบเอกชน (Publicly financed but privately run) ประกอบด้วย 10 ระบบ 5 หลักการ (Ten systems five principles คือ comprehensiveness, universality, portability, accessibility and public administration) มีลักษณะสำคัญคือ เป็นระบบที่บริหารโดยท้องถิ่น แพทย์มีอิสระในการให้บริการ และประชาชนมีสิทธิที่จะเลือกบริการ (local control, doctor autonomy and consumer choice) รัฐบาลท้องถิ่นของทั้ง 10 รัฐ เป็นผู้จัดบริการ และมีความรับผิดชอบตามรัฐธรรมนูญในการวางแผน จัดงบประมาณ ประเมินผลการจัดบริการ คำนวณอัตราเงินเคื่อนของบุคลากรทางการแพทย์ และอัตราค่าตอบแทนของแพทย์ ทำให้บริการทางการแพทย์ของแต่ละรัฐมีความแตกต่างกันบ้าง แต่ก็ไม่มาก โดยความแตกต่างส่วนใหญ่เป็นเรื่องขอบเขตการครอบคลุมของบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพที่เกินไปจากระบบพื้นฐาน (เช่น บริการด้านจิตเวช ทันตกรรม ไคโรแพคติก และยาบางประเภท)

ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของชาวแคนาดาอยู่ในเกณฑ์ดีมาก โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาจาก อายุ การดำเนินชีวิต และการใช้ระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ จึงถือได้ว่าชาวแคนาดา คือ ประชาชนที่มีสุขภาพที่ดีที่สุดในโลก (www.hc-sc.gc.ca) คิดว่าชาวอเมริกันมากกว่ามี ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ต่ำกว่าชาวอเมริกันมาก โดยมีค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัว ปี 2001 ประมาณ \$ 2,792 คิดเป็นร้อยละ 9.5 ของ GDP ในปี 2001 (WHO, 2003)

แพทย์ผู้ให้บริการในแคนาดาส่วนมากอยู่ในภาคเอกชน แต่รับเงินเดือนจากรัฐผ่านทางงบประมาณของรัฐบาลท้องถิ่น โรงพยาบาลของแคนาดาส่วนใหญ่ เป็นโรงพยาบาลแบบ เอกชนไม่แสวงกำไร (private non-profit organizations) ที่มีโครงสร้างการบริหารและ ธรรมนูญของตนเอง ส่วนใหญ่มีการควบคุมด้วยกรรมการจากท้องถิ่น (Community board or trustee) และได้รับงบประมาณสนับสนุนเป็นค่าดำเนินการแบบเหมาจ่ายจากรัฐ

ระบบในการดูแลปัญหาความผิดพลาด ทางการแพทย์และความปลอดภัยของผู้ป่วย

สถานการณ์ของปัญหาการบาดเจ็บทางการแพทย์ (Medical Injury) ที่เกิดจากผลอัน ไม่พึงประสงค์จากการรักษาพยาบาลของแคนาดาไม่แตกต่างจากประเทศอื่น จากจำนวน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกือบ 2.5 ล้านครั้ง ในปี 2000 มีการคาดการณ์ว่า ประมาณ 185,000 ครั้ง เป็นการเข้ารับรักษาคับยเหตุที่เกี่ยวกับผลอันไม่พึงประสงค์ และ เกือบ 70,000 ครั้ง เป็นการเข้ารับรักษาคับยเหตุที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งตัวเลขดังกล่าว หมายความว่า การบาดเจ็บอันเนื่องมาจากผลที่ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ เป็นสาเหตุที่คร่าชีวิตผู้ป่วยในแคนาดามากกว่าสาเหตุจากมะเร็งเต้านม อุบัติเหตุทาง รถยนต์/การเดินทาง และการติดเชื้อเอชไอวี รวมกัน (Gilmour 2006)

อย่างไรก็ดี แม้ว่าสถิติการบาดเจ็บจากผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ในการรับบริการที่ สามารถป้องกันได้จะมีอยู่ไม่น้อย แต่จำนวนแพทย์ที่ถูกฟ้องร้องกลับมีน้อยมาก ข้อมูล เกี่ยวกับกรณีพิพาททางการแพทย์ มักใช้เวลาโดยเฉลี่ย 3-4 ปี เกือบทั้งหมดยุติ จำหน่าย ออก ยกเลิก หรือทิ้งเรื่องไว้ไม่มีการดำเนินการต่อ

รายงานขององค์กรที่เรียกว่า Canadian Medical Protective Association หรือ CMPA ซึ่งทำการวิเคราะห์กรณีพิพาทหรือการร้องเรียนบริการทางการแพทย์ในปี 2004 พบว่า ร้อยละ 92 ของกรณีทั้งหมด สามารถหาข้อยุติได้ก่อนเข้าสู่กระบวนการทางศาล โดยจำนวนนี้ ร้อยละ 32 ยุติเรื่องด้วยการชดเชยกับผู้เสียหาย อีกร้อยละ 60 ผู้ร้องเรียนถอนเรื่องหรือทิ้งเรื่องไม่ดำเนินการต่อ กรณีพิพาทที่เหลืออีกร้อยละ 8 ของกรณีพิพาททั้งหมดหรือ 104 ราย มีการเดินเรื่องต่อจนถึงชั้นศาล จำนวนนี้ส่วนใหญ่คือ 86 ราย ศาลตัดสินให้แพทย์ชนะ ขณะที่อีก 18 ราย ศาลตัดสินให้ชดเชยค่าเสียหายกับผู้ฟ้อง ซึ่งแบบแผนดังกล่าว เหมือนกับแบบแผนของช่วงเวลา 5 ปีก่อนหน้า (2000-2004) ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า มีความเป็นไปได้สูงมากที่ตัวเลขการเกิดความเสียหายจะสูงกว่าตัวเลขการร้องเรียน และมากกว่าจำนวนผู้ที่ได้รับการชดเชยมาก

การจัดการกับปัญหาความผิดพลาดเสียหายจากการใช้บริการทางการแพทย์และผลกระทบที่เกิดขึ้นของแคนาดา โดยพื้นฐานยังเป็นระบบที่เปิดโอกาสให้ผู้เสียหายฟ้องร้องทางศาล แต่ควบคู่และผสมผสานไปกับการสร้างกลไกลดผลกระทบจากการฟ้องร้อง การส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย และการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิดแบบเฉพาะส่วน (limited scheme)

ระบบการฟ้องร้องทางศาล

การฟ้องร้องทางศาล ยังเป็นระบบพื้นฐานในการจัดการกับปัญหาความเสียหายของผู้ป่วยจากการผิดพลาดทางการแพทย์ แต่ด้วยเงื่อนไขเชิงบริบทของระบบกฎหมาย ระบบบริการสุขภาพ และกลไกด้านสุขภาพอื่นๆ จึงทำให้แตกต่างจากหลายประเทศ

นับตั้งแต่ประเทศแคนาดาใช้ระบบทางกฎหมายมาจัดการกับความผิดพลาดทางการแพทย์ ในช่วงปี 1940-1950 พบว่าสถิติการฟ้องร้องไม่มากนัก แต่เพิ่มสูงขึ้นมากในปี 1971-1989 จำนวนเงินชดเชยโดยเฉลี่ยในปี 1971 ประมาณ 8,000 เหรียญแคนาดา ต่อปี และในปี 1989 เพิ่มสูงขึ้นเป็น 150,640 เหรียญแคนาดา (Peter et. al., 1991) การฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ บริการทางการแพทย์ และอัตราเงินเฟ้อ จำนวนเงินที่จ่ายชดเชยในประเทศแคนาดามีจำนวนน้อยกว่าในสหรัฐอเมริกา โดยเป็นการจ่ายในลักษณะของเงินก้อน (Lump sum) และจ่ายชดเชยครอบคลุมถึงความสูญเสียในอนาคต ซึ่งแบ่งเป็น 4 ลักษณะคือ

- ค่าเสียหายพิเศษ
- การเสียโอกาสด้านรายได้และสวัสดิการในอนาคต
- ค่าใช้จ่ายในการรักษา
- การสูญเสียที่ไม่ใช่ทางเศรษฐกิจ

จากสถิติพบว่า การชดเชยด้วยจำนวนเงินในระดับต่ำมีเป็นจำนวนมาก ขณะที่การชดเชยด้วยจำนวนเงินในระดับสูงมีจำนวนน้อย เงินส่วนใหญ่ถูกใช้เป็นค่าบริหารจัดการระบบ จึงเหลือสำหรับการชดเชยให้ผู้เสียหายจริงๆ น้อยมาก ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการจำกัดเวลาการชดเชยอยู่ที่ 3-10 ปี หลังจากที่ได้ทราบความเสียหาย แต่ในแคนาดาจำกัดระยะเวลาการชดเชยไว้เพียง 1-2 ปี นับตั้งแต่ได้รับทราบความเสียหาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละรัฐ

ระบบประกันสุขภาพในประเทศแคนาดาเมื่อเทียบกับของสหรัฐ จะมีหลักการพื้นฐานทางกฎหมายที่คล้ายกัน แต่ก็มีจุดที่แตกต่างกัน สำคัญๆ หลายอย่าง ระบบของแคนาดาใช้ผู้พิพากษาเป็นผู้ตัดสินโดยไม่ใช้คณะลูกขุน ไม่นิยมการจ่ายค่าตอบแทนให้กับนักกฎหมาย กรณีชนะคำตัดสิน (Contingency fee) ในแคนาดา ผู้แพคดีต้องจ่ายค่าทนายให้กับผู้ชนะ และมีการกำหนดเพดานการชดเชยสำหรับความเสียหายที่เป็น non-economic damage

ตามคำตัดสินของศาลสูงตั้งแต่ปี 1978 ภาพรวมทั้งหมดทำให้มีแพทย์ในแคนาดาเพียง 1 ใน 5 ที่ถูกฟ้องร้องเกี่ยวกับการกระทำผิดทางการแพทย์ เมื่อเทียบกับแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา

ระบบการประกันการฟ้องร้องของแพทย์

องค์กร Canadian Medical Protective Association (CMPA) ยังทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือ หากเกิดกรณีการฟ้องร้องให้กับแพทย์ CMPA ก่อตั้งขึ้นตั้งแต่ปี 1901 ปัจจุบันมีสมาชิกที่เป็นแพทย์ซึ่งทำงานอยู่ทั่วประเทศประมาณ 78,500 คน CMPA เป็นองค์กรที่อยู่ได้ด้วย การสนับสนุนของสมาชิก (Mutual Defense Organization) มีพันธกิจหลัก คือ การให้ความช่วยเหลือทางกฎหมาย และการให้การศึกษ การบริหารจัดการความเสี่ยงแก่สมาชิก (Medico-legal assistance and education)

แพทย์เกือบทั้งหมดในแคนาดาจะเป็นสมาชิกของ CMPA ซึ่งแม้จะไม่ใช่องค์กรที่ทำหน้าที่ประกันโดยตรง แต่ก็ทำหน้าที่ให้ความคุ้มครองกรณีเกิดการฟ้องร้อง และเป็นตัวแทนทางกฎหมายให้กับสมาชิก รวมทั้งให้คำปรึกษาเรื่องข้อกฎหมายและกระบวนการทางกฎหมายอื่นๆ องค์กรไม่มีการกำหนดเพดานเงินช่วยเหลือให้กับสมาชิก แต่ก็ไม่มีข้อกฎหมายใดที่บังคับให้ CMPA ต้องให้ความช่วยเหลือในทุกกรณี

CMPA ดำเนินการช่วยเหลือที่มาจากสมาชิก ค่าสมาชิกจะแตกต่างกันชัดเจนตามสาขา ความเชี่ยวชาญและภูมิภาค แต่ไม่ใช่ตามโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการฟ้องร้อง แพทย์ในรัฐออนตาริโอจ่ายค่าสมาชิกสูงสุด ขณะที่แพทย์ในรัฐควิเบคจ่ายต่ำสุด รัฐอื่นๆ ที่เหลืออยู่ระหว่างกลางคือ ตั้งแต่ 622 ดอลลาร์ต่อปีสำหรับพยาธิแพทย์ จนถึง 20,651 ดอลลาร์ต่อปีสำหรับสูติแพทย์

ค่าสมาชิกของแพทย์แคนาดาส่วนใหญ่ จะจ่ายผ่านระบบประกันโดยรัฐบาลท้องถิ่น (โดยรวมอยู่ในค่าบริการแต่ละครั้งที่แพทย์ให้บริการ หรือ fee-for-service basis) ขณะที่แพทย์ที่เหลือนั้นจะจ่ายโดยคลินิกหรือสถานบริการที่ทำงานแบบรายหัว โดยเฉลี่ยแพทย์จะจ่ายค่าสมาชิกของ CMPA ตั้งแต่ 0.4% - 9.2% ของเงินเดือนที่ได้รับ

นอกจากแหล่งเงินทุนของ CMPA ที่ได้จากการเก็บค่าสมาชิกรายปีแล้ว CMPA ยังนำเงินส่วนนี้ไปลงทุนในธุรกิจต่างๆ ทำให้มีเงินสำรองเผื่อไว้เป็นแหล่งเงินทุนในอนาคตสำหรับการชดเชยค่าเสียหายในการฟ้องร้อง CMPA ให้การสนับสนุนอย่างไม่มีข้อจำกัด และมีการจ้างทนายในองค์กรเพื่อทำหน้าที่ปกป้องแพทย์ที่เป็นสมาชิก

สถิติการช่วยเหลือทางค่านกฎหมายให้กับสมาชิกของ CMPA ที่ปรากฏตามรายงาน ปี 2009 พบว่า อัตราการฟ้องร้องแพทย์ ที่เป็นสมาชิกของ CMPA ในรอบ 10 ปีก่อนหน้า (พิจารณาจากจำนวนการฟ้องร้องต่อจำนวนแพทย์ 1,000 คน) ลดลงตามลำดับ แม้ว่า จำนวนกรณีจะไม่แตกต่างกันมากนัก

THE YEAR IN NUMBERS

NATIONAL STATISTICS

	2005	2006	2007	2008	2009
Membership	68,679	71,164	73,271	75,833	78,527
New files opened	16,671	16,560	16,613	16,934	17,833
Files closed	26,464	17,624	17,234	16,975	17,662
New Case Problem Types	18,952	19,809	19,673	20,321	21,299
Legal actions (Civil)	904	917	928	884	891
Threats (Civil)	613	576	536	516	586
College (licensing body) matters	2,169	2,489	2,784	2,830	3,219
Hospital matters	899	922	999	1,027	1,055
Patient-related advice enquiries	7,644	7,812	7,501	7,814	8,216
Miscellaneous advice enquiries	4,994	4,424	4,358	4,132	4,121
Refer to Counsel enquiries	843	1,279	998	1,084	1,150
Incorporation matters	577	1,086	1,263	1,443	1,344
Other matters*	309	304	306	591	717
Legal actions (Civil) resolved	1,275	1,151	982	1,003	942
Trial outcome — judgment for plaintiff	38	21	25	13	19
Trial outcome — judgment for physician	97	81	70	75	82
Settled	386	385	312	341	319
Dismissed/discontinued/abandoned	754	664	575	574	522
Threats (Civil) settled	49	44	37	30	44

ที่มา CMPA Annual Report 2009

แพทย์ในแคนาดาได้รับค่าตอบแทนการให้บริการตามจำนวนรายการที่ให้บริการ (fee for service basis) ซึ่งอัตราของค่าบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพของประเทศ กำหนดโดยการตกลงกันระหว่างสมาคมแพทย์ในแต่ละรัฐ (provincial medical associations) กับรัฐบาลท้องถิ่นนั้นๆ (provincial governments) อัตราค่าบริการที่กำหนด นอกจากจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายอื่นๆ แล้ว ยังครอบคลุมค่าตอบแทนแพทย์ และ เงินที่แพทย์ต้องจ่ายเพื่อเป็นการประกันการรับผิดชอบด้วย (โดยทั่วไปคือ เงินที่แพทย์จ่ายให้กับ CMPA) อย่างไรก็ตาม ค่าสมาชิก CMPA ของแพทย์หากมีการเพิ่มขึ้น ไม่สามารถผลักไปอยู่ในค่าบริการในระบบประกันได้ ตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1980 เป็นต้นมา รัฐบาลท้องถิ่นและ

สมาคมแพทย์ได้มีข้อตกลงร่วมกันที่จะให้ระบบเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมดหรือบางส่วน ของเงินที่แพทย์ต้องจ่ายให้กับ CMPA หรือเงินที่แพทย์ต้องจ่ายเป็นเบี้ยประกันการฟ้องร้องอื่นๆ ที่คล้ายกัน (medical liability insurance premiums) โดยในทางปฏิบัติ แม้จำนวนเงินที่สนับสนุนแพทย์ดังกล่าวแตกต่างกันไปตามรัฐ แต่จำนวนเงินที่รัฐบาลต้องจ่ายให้กับแพทย์ เมื่อพิจารณาในภาพรวม และโดยสัดส่วนในเบี้ยที่แพทย์ต้องจ่ายให้กับ CMPA นับว่ามากพอสมควร

สำหรับการประกันของโรงพยาบาลจะต่างจากของแพทย์ โดยมีรูปแบบคล้ายกับการทำประกันทั่วไป สถานบริการส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกของ Health Insurance Reciprocal of Canada (HIROC) ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงหากำไรและมีสมาชิกเป็นเจ้าของ HIROC ตั้งขึ้นในปี 1987 โดยอัตราเบี้ยประกันที่สถานบริการต้องจ่าย จะมีการคิดคำนวณต่างจากของแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่จะพิจารณาจากโอกาสเสี่ยงในการเกิดความเสียหาย



การส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย

(Patient safety movements)

ความสนใจเรื่องความผิดพลาดทางการแพทย์และความปลอดภัยของผู้ป่วย ตลอดจนผลกระทบต่างๆ เกิดขึ้นอย่างจริงจังในแคนาดา หลังการตีพิมพ์รายงานของสถาบันสุขภาพแห่งชาติแห่งอเมริกา เรื่อง To Err is Human ในปี 1999 และรายงานของ National Steering Committee on Patient Safety's ในปี 2002 เรื่อง **"Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care"** ทั้งหมดทำให้เกิดการเคลื่อนไหวทั้งทางด้านการวิชาการและสื่อสาธารณะในระยะเวลาต่อมา

ความตื่นตัวดังกล่าว ทำให้รัฐบาลแคนาดาจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติที่ชื่อว่า The National Steering Committee on Patient Safety ขึ้นในเดือนกันยายนปี 2002 ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าว ได้ออกรายงาน เรื่อง **"Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care"** มีสาระสำคัญคือ การส่งเสริมให้ใช้แนวคิดเชิงระบบในการทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น และหาทางออกของความบกพร่องเชิงระบบ (systemic factors) คือ หาเหตุพื้นฐานของปัญหาผลที่ไม่พึงประสงค์ ความผิดพลาดทางการแพทย์ส่วนใหญ่ เป็นเหตุที่ทำให้ต้องสนับสนุนการมีระบบรายงานปัญหาความเสียหายดังกล่าวที่ไม่ต้องพิสูจน์ผิด

ผลจากรายงานข้างต้น ในปีต่อมา รัฐบาลแคนาดาจึงจัดตั้งสถาบันชื่อ Canadian Patient Safety Institute หรือ CPSI ขึ้นในเดือนธันวาคมปี 2003 โดยมีพันธกิจในการส่งเสริมให้เกิดระบบสุขภาพที่ปลอดภัยมากขึ้นให้กับชาวแคนาดา

การใช้แนวคิดเชิงระบบในการจัดการกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยของแคนาดา อยู่บนฐานคิดว่า **"แพทย์แต่ละคนมีใช้จำเลย ที่จะต้องถูกดำเนินหรือถูกลงโทษ"** เพราะบุคลากรเหล่านั้นล้วนต้องทำงานอยู่ในบริบทและสิ่งแวดล้อมการทำงานที่ซับซ้อน ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่เป็นปัญหาของระบบ ดังนั้นเป้าหมายของการแก้ปัญหาจึงควรอยู่ที่การปรับปรุงระบบ เพื่อให้ความเสียหายมีโอกาสเกิดขึ้นน้อยลง แนวคิดเชิงระบบดังกล่าวตระหนักว่า การวิเคราะห์ความเสียหายทางการแพทย์ ไม่อาจจำกัดการมองสิ่งที่เกิดขึ้นในส่วนปลายสุดของระบบบริการ (sharp end) ที่ซึ่งผู้ให้บริการต้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือต้องทำงานร่วมกัน แต่ต้องรวมเอาการพิจารณาบทบาท

ระบบใหญ่ที่อยู่อีกปลายหนึ่งของปรากฏการณ์ (blunt or remote end) เช่น ผู้ถือระเบียบ กฎเกณฑ์ ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย และกลไกที่ดูแลสนับสนุนเทคโนโลยี เครื่องไม้ เครื่องมือต่างๆ ซึ่งเป็นตัวกำหนดเงื่อนไข และบริบทแวดล้อมในการทำงานของคนทำงาน ของปลายอีกด้านหนึ่งของระบบ

สถาบันความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งแคนาดา (Canadian Patient Safety Institute- CPSI) มีฐานะเป็นบรรษัทอิสระ ไม่แสวงกำไร มีพันธกิจหลักเพื่อผลักดันให้เกิด ระบบสุขภาพที่ปลอดภัยมากขึ้น และอำนวยความสะดวกความร่วมมือระหว่างรัฐบาลกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ บทบาทของ CPSI คือ การประสานและให้คำปรึกษา แต่ไม่มีอำนาจ บังคับทางกฎหมายใดๆ ในบรรดาบทบาทหน้าที่ของ CPSI ที่เกี่ยวกับระบบการรับผิดชอบ ทางการแพทย์ คือ

หนึ่ง การติดตามตรวจสอบระบบการฟ้องร้องและผลที่เกิดกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ประสานกับรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่น และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ ในการแก้ไข ปรับเปลี่ยนระบบตามที่เหมาะสม

สอง พัฒนาระบบกฎหมายที่จะ ก. ทำให้เกิดการปกป้องข้อมูลที่ใช้ในศาล ข. พัฒนาสู่ระบบประกันที่ไม่พิสูจน์ความผิด ค. ทำให้การ รายงานผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ในการให้บริการ เป็นหน้าที่ตามกฎหมาย

สาม พัฒนาและส่งเสริมให้เกิดแนวทางเชิงนโยบายระดับชาติ (national policy guidelines) ในการเปิดเผย/รายงาน ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ในกรณีที่มีความผิดพลาดเกิดขึ้น

ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด

แม้ว่าข้อมูลความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์ในแคนาดา จะไม่ต่างจากหลายประเทศ แต่ระบบการแก้ปัญหาหลัก ยังเป็นการฟ้องร้องทางศาล ที่ดำรงอยู่ควบคู่ไปกับนโยบายและมาตรการเพื่อการสร้างเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย ระบบประกันทางการแพทย์ โดยมีกลไกการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดที่ครอบคลุมเพียงบางส่วน (Limited no-fault compensation) เป็นส่วนหนึ่ง

ในปี 1990 มีรายงานฉบับหนึ่งชื่อ Prichard Report ที่วิเคราะห์วิกฤติของความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์ในปลายทศวรรษที่ 1980 รายงานดังกล่าวเสนอให้มีทางเลือกในการชดเชยให้กับผู้ที่เสียหายจากความผิดพลาดที่ป้องกันได้จากการรักษา โดยที่ยังคงเปิดให้มีระบบการฟ้องร้องได้ ในรายงานดังกล่าวได้ชี้ว่า ระบบการฟ้องร้องไม่อาจเยียวยาปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะมีผู้เสียหายที่ฟ้องร้องส่วนน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 10) ที่ได้รับการตัดสินให้ได้รับการชดเชยก็ตาม แต่ด้วยบรรยากาศทางการเมืองและบริบทของระบบบริการอื่นๆ (การมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบการเงินการคลังสุขภาพที่รัฐเป็นผู้จ่ายทั้งหมด และการบรรจุข้อตกลงระหว่างรัฐบาลท้องถิ่นกับสมาคมแพทย์ ที่ให้รัฐท้องถิ่นเป็นผู้จ่ายค่าประกันความเสียหายทางการแพทย์ให้กับแพทย์และบทบาของ CMPA) ทำให้ข้อเสนอดังกล่าวไม่ได้รับการขานรับเท่าที่ควร

อย่างไรก็ดี ในแคนาดาได้มีนำเอาระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดในบางกรณี มาใช้ทั้งในระดับรัฐบาลกลางและระดับรัฐ

ในระดับรัฐบาลกลาง มีการสร้างระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบี ซี ที่เกิดจากการให้เลือด โดยเป็นการทำตามข้อเสนอของคณะกรรมการไต่สวนที่มีชื่อเรียกว่า Commission of Inquiry on the Blood System

การชดเชยกรณีนี้ เกิดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการล้มละลายทางการเงินขององค์การกาชาดของแคนาดา (Canadian Red Cross Society) ที่ต้องรับผิดชอบในการรับและจ่ายเลือดที่มีการติดเชื้อ รวมทั้งเนื่องจากผลการสอบสวนกรณีดังกล่าวระบุว่า รัฐบาลต้องมีส่วนรับผิดชอบกับปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากไม่มีระบบการติดตาม คุณลักษณะภาพ การรับและให้เลือดที่ดีพอ

ในระดับรัฐบาลท้องถิ่น รัฐควิเบก มีระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ ถูกผิด ให้กับผู้ที่ได้รับความเสียหายรุนแรงและถาวรจากการได้รับวัคซีนที่เกิดขึ้นหลัง ปี 1986 การเกิดระบบการชดเชยดังกล่าวเกิดขึ้นภายหลังจากเกิดกรณีคำตัดสินของศาลสูง ที่ปฏิเสธการชดเชยให้กับเด็กผู้หญิงคนหนึ่ง ที่ฟองแพทย์ผู้ผลิตวัคซีน และผู้บริหารของรัฐ หลังจากที่เธอเกิดความพิการทางสมองอย่างรุนแรงภายหลังการรับวัคซีน ในคำพิพากษาของศาลระบุว่า แม้ว่าผู้บริหารรัฐจะไม่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมายต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น แต่การชดเชยความเสียหายก็จำเป็นจะเป็นมาตรการที่เหมาะสมในการช่วยบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้น แม้จะไม่ใช่เป็นคำสั่งของศาลให้ต้องถือปฏิบัติก็ตาม

ผู้บริหารรัฐควิเบก ได้ดำเนินการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดกับกรณีดังกล่าว กระนั้นก็ดี ระบบการชดเชยดังกล่าวเป็นระบบที่ใช้ว่าผู้เสียหายจะได้รับการชดเชยโดยง่าย เนื่องจากมีกฎเกณฑ์ที่ค่อนข้างเข้มงวด โดยเฉพาะการต้องพิสูจน์ความเชื่อมโยงระหว่างการได้รับวัคซีนกับความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยพบว่า ในช่วง 15 ปีหลังการดำเนินงาน มีผู้เสียหายเพียง 20 ราย จาก 117 ราย ที่ได้รับการชดเชยจากระบบดังกล่าว



ระบบการจัดการปัญหาความเสียหายและผิดพลาดทางการแพทย์ของประเทศแคนาดา แม้ระบบหลักจะเป็นการให้ผู้เสียหายฟ้องศาล แต่มีลักษณะเฉพาะหลายอย่างที่แตกต่างกันจากประเทศอื่น โดยเฉพาะบริบทของระบบสุขภาพที่เป็นระบบประกัน รับผิดชอบโดยรัฐบาลกลางแต่บริหารโดยท้องถิ่น การมีกลไกส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย และกลไกการดูแลวิชาชีพแพทย์เพื่อลดปัญหาและผลกระทบจากการฟ้องร้อง ที่ทำงานอย่างใกล้ชิดกับรัฐบาลท้องถิ่น โดยมีกลไกการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด ดำเนินการอยู่ในบางรัฐหรือบางปัญหา ประการสำคัญคือ บริบทของระบบกฎหมายที่แตกต่างอย่างมากเมื่อเทียบกับหลายประเทศ (โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา) ซึ่งนับว่าเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจ

1. Canada. Culture Grams world edition 2002.
2. Canadian Medical Protective Association- CMPA (2009) Annual Report 2009
3. Hubbard.(2000) Culpability and compensation on Canada Health Care : Much Ado About No-fault? McGill Journal of Medicine. 2000. 5. p 111-116
4. Gilmour (2006) Patient Safety, Medical Error and Tort Law: An International Comparison Osgoode Hall Law School, York University Toronto/Ontario Canada
5. Nicole J. Kutlesa. The case for a vaccine-related injury compensation scheme in Canada. 2004.
6. Peter C. Coyte, PhD., Donald N. Dewees. PhD., and Michael J. Trebilcock, LL.M. Medical malpractice- the Canadian experience. The New England Journal of Medicine. 321(2) p89-93.
7. www.cmpa-acpm.ca
8. www.cspo.on.ca
9. www.hc-sc.gc.ca