

การชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์

ความรับผิดชอบเปรียบเทียบกรณีประเทศไทยกับอังกฤษ

Compensation for damages from using public health services

without proving liability in Thai-English comparison

พรเทพ อ่อนรัตน์^{1*} บุญชนะ ยี่สารพัฒน์² และสุชชาติ เลิศวุฒิรักษ์¹

Pornthap Aonrat^{1*}, Boonchana Yeesarapat², and Sukchart Lertwuthirak¹

Received: 20 January 2022

Revised: 29 March 2022

Accepted: 2 April 2022

บทคัดย่อ

งานวิจัยเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์คือ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบกรณีประเทศไทย-อังกฤษ เนื่องจากแต่เดิมประเทศอังกฤษใช้การฟ้องร้องทางศาลเป็นช่องทางหลักของผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายที่จะใช้เป็นช่องทางในการเรียกร้องการชดเชยเช่นเดียวกับประเทศไทย เพื่อดูข้อเด่นข้อด้อยนำมาปรับใช้กับการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบของไทยจึงมีการศึกษาเปรียบเทียบการสร้างกลไกในการจัดการรับมือกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการสาธารณสุขเพื่อเป็นแนวทางในการตรา แก้ไข กฎหมายที่เกี่ยวข้องการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบที่เกิดจากการใช้บริการสาธารณสุข โดยผู้เขียนบทความได้กำหนดประเด็นเปรียบเทียบการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบไทย-อังกฤษ ดังนี้ 1) แนวคิดและหลักการบริการสาธารณสุข 2) กลไกการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุข และ3) ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ

¹ ดร. นักวิชาการอิสระ

¹ Dr., Independent Scholar

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² Assistant Professor, Dr., Faculty of Law, Rajabhat Maha Sarakham University

* Corresponding e-mail: porntap3200@gmail.com

คำสำคัญ: การชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด ความเสียหาย บริการสาธารณสุข

Abstract

The objective of this research was to study compensation for damages from using public health services without proving liability in Thai-English comparison. Previously, the patients in England who got damages would use the litigation as a main channel to claim from compensation the same as in Thailand. In order to consider strengths and weaknesses and adopt to compensation for damages from using public health services without proving liability in Thailand, the comparison of building mechanisms to deal with the impacts of using public health services will be investigated as a guideline for enacting and amending laws related to compensation for damages from using public health services without proving liability. The author specifies the issues of compensation for damages from using public health services without proving liability in Thai- English comparison as follows: 1) The concept and principles of public health Services, 2) The mechanisms of compensation for damages from using public health services; and 3) The compensation system for damages without proving liability.

Keyword: compensation without proving liability, damages, public health services

บทนำ

ปัจจุบันในหลายประเทศได้มีการนำระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No – fault compensation system) มาใช้ เพื่อยุติความเสียหายอันเกิดจากการใช้บริการสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้โดยเหตุที่ระบบการเยียวยาความเสียหายโดยใช้กลไกทางศาลนั้น ยังมีข้อบกพร่องทั้งในส่วนของการค่าใช้จ่าย และระยะเวลาการดำเนินคดีที่ยืดเยื้อ การชดเชยความเสียหายเบื้องต้นที่เกิดจากการใช้บริการสาธารณสุขไม่ทันต่อเหตุการณ์ปัจจุบันเพื่อแก้ไขความเสียหาย

อย่างเร่งด่วน นิวซีแลนด์เป็นประเทศแรกที่ได้นำระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (ลันตา อุตมะโกคิน, 2554, 59) นำมาชดเชยความเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุข ระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดได้ขยายไปยังประเทศในภูมิภาคอื่น ๆ เช่น สวีเดน นอร์เวย์และเดนมาร์ก อังกฤษ โดยแต่ละประเทศ ดังกล่าวได้มีวิธีการชดเชยค่าเสียหายที่อาจแตกต่างกันไปบ้างตามระบบสาธารณสุข ระบบสวัสดิการ สังคม ตลอดจนลักษณะทางสังคมของประเทศนั้น ๆ สำหรับประเทศไทย มี

แนวความคิดที่จะนำระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบมาใช้ดังที่ปรากฏในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 มาตรา 41 บทบัญญัติที่ว่า “ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการโดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร” แสดงให้เห็นถึงการนำระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ (No – fault compensation system) มาใช้ในกฎหมายไทยเป็นครั้งแรกเพื่อเยียวยาความเสียหายที่ผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยได้รับความเสียหายที่เกิดจากการใช้บริการสาธารณสุข

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การวิจัยเอกสารและการวิจัยภาคสนาม การวิจัยภาคสนามดำเนินการโดยใช้การสนทนากลุ่มระดมสมอง ประชากรประกอบด้วยประชากรสัมภาษณ์ เป็นตัวแทนจากกลุ่มประชาชนที่ใช้บริการแล้วได้รับความเสียหายจากการใช้บริการจากการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาต่างที่เกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุข

ผลการวิจัย

ประเทศไทย

1. แนวคิดและหลักการบริการสาธารณสุข

ประเทศไทยได้มีการรับรองสิทธิในการรับบริการทางสาธารณสุข ซึ่งได้กำหนดให้การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยได้มีการบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ถือเป็นการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของไทยเป็นครั้งแรก และได้มีการบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 51 จนกระทั่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 บัญญัติไว้ใน “มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข

ทำให้ประชาชนชาวไทยสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นและประกอบกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ของประเทศได้รับการพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับในระดับสากล แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ใช้บริการสาธารณสุขได้รับความเสียหายจากบริการนั้น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 บัญญัติไว้ใน “มาตรา 61 รัฐต้องจัดให้มีมาตรการหรือกลไกที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ ของผู้บริโภคด้านต่างๆ ไม่ว่า

จะเป็นด้านการรู้ข้อมูลที่เป็นจริง ด้านความปลอดภัย ด้านความเป็นธรรม ในการทำสัญญา หรือด้านอื่นใด อันเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภค” การฟ้องร้องผู้ให้บริการทั้งทางแพ่งและทางอาญาเป็นคดีความขึ้นสู่ศาลเป็นกลไกหนึ่งในการเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการสาธารณสุข ในแต่ละปีมีการฟ้องคดีขึ้นสู่ศาลเป็นจำนวนมาก เนื่องด้วยวิธีการรักษาพยาบาลที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง ทำให้โอกาสที่จะมีความผิดพลาดในการดูแลรักษาพยาบาลเกิดมากขึ้น ซึ่งที่ผ่านมาเมื่อเกิดความผิดพลาดหรือความเสียหาย ผู้เสียหายก็จะดำเนินการเพื่อขอรับค่าชดเชยจากผู้ให้บริการสาธารณสุข

2. กลไกการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุข

ประเทศไทยมีกลไกการชดเชยความเสียหาย โดยการใช้การฟ้องร้องทางแพ่งในการชดเชยความเสียหายที่ผ่านมานอกเหนือจากนี้มีการดำเนินคดีอาญาและคดีปกครองเพื่อคุ้มครองสิทธิในชีวิต ร่างกาย และจิตใจ ผู้เสียหายก็มักจะนำคดีไปฟ้องต่อศาลเป็นคดีแพ่งหรือคดีละเมิดเพื่อให้ได้รับการเยียวยาความเสียหาย โดยการฟ้องร้องทางศาลถือเป็นช่องทางหลักของผู้เสียหายในการเรียกร้องค่าชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุข นอกเหนือจากการไกล่เกลี่ย ประนีประนอม โดยจากสถิติการฟ้องร้องทางการแพทย์ย้อนหลัง 20 ปี (2539 - 31 ตุลาคม 2560) พบว่ามีการฟ้องร้องคดีฟ้องแพ่ง จำนวน 287 คดี คดีผู้บริโภค จำนวน 168 คดี คดีปกครอง 3 คดี รวมเป็น 499 คดี ทนายแพทย์ที่ฟ้องรวมประมาณ 3,192 ล้านบาท จากคดีทั้งหมดที่ฟ้องร้อง มีคดีที่ศาล

ตัดสินถึงที่สุดแล้ว 66 คดี กระทั่ง 164 คดี (อิทธิพลสูงแข็ง,ออนไลน์,2019) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการฟ้องร้องทางศาลจะสามารถแก้ปัญหาความขัดแย้ง และสามารถ ลงโทษผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่ประมาทเลินเล่อได้แต่กระบวนการต่อสู้ทางศาลก็อาจสร้างภาระ ให้แก่ผู้เสียหายหลายประการ ทั้งในเรื่องของภาระค่าใช้จ่ายระยะเวลาการดำเนินคดีที่ยาวนาน ตลอดจน ความยากลำบากในการพิสูจน์พยานหลักฐานเพื่อหาสาเหตุของความเสียหายหรือเพื่อยืนยันความ ผิดพลาดของผู้ให้บริการ ดังนั้น เพื่อแก้ไขสภาพปัญหาดังกล่าว ในปีพ.ศ. 2551 จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ซึ่งกฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดให้ผู้บริโภคหรือโจทก์สามารถฟ้องคดีต่อศาลด้วยวาทะ และแม้ไม่มีทนายความก็สามารถดำเนินคดีได้โดยจะมีเจ้าหน้าที่ของศาล เป็นผู้ช่วยเหลือรวมทั้งยังได้มีการนำระบบไต่สวนมาใช้ทำให้ศาลมีอำนาจในการแสวงหาพยานหลักฐาน ได้เองและนอกจากนี้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ยังได้บัญญัติไว้อย่างชัดเจนว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และให้บริการแก่ผู้บริโภคมีภาระการพิสูจน์ถึงข้อเท็จจริงที่อยู่ใน ความรู้เห็นของผู้ประกอบธุรกิจโดยเฉพาะอันเป็นการช่วยเหลือให้ผู้เสียหายสามารถเข้าถึงกระบวนการ ยุติธรรมได้สะดวกขึ้น แต่กระนั้นก็ตามเป็นที่ทราบกันดีว่าการต่อสู้ตามกระบวนการทางศาลนั้นต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ซึ่งอาจทำให้ค่าชดเชยที่ควรจะได้รับนั้นกลายเป็นค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ต้องเข้าไปในการดำเนินคดี เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าทนายความ

3. ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด

ผู้เสียหายที่ได้รับความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขจะได้รับการได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ได้นำระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No – fault compensation system) มาใช้ในประเทศไทยเป็นครั้งแรก โดยได้กำหนดให้จัดตั้ง “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุน และส่งเสริมการจัดการบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 39) ตลอดจนได้กำหนดให้กันเงินส่วนหนึ่งไว้เพื่อเป็น “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” ให้แก่ผู้รับบริการซึ่งได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของผู้ให้บริการสาธารณสุข แม้ว่าจะหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหา ผู้กระทำผิดได้แล้ว แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41) อย่างไรก็ตามระบบการชดเชยตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวนี้จะให้การชดเชยแต่เฉพาะผู้เสียหายที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือผู้เสียหายที่มีบัตรทองเท่านั้นซึ่งมีอยู่ประมาณ 48.26 ล้านคน ของประชากรไทยทั้งสาธารณสุข ชน 45 คติ แพ้ 21 คติ และมีการถอนฟ้องด้วยการไกล่เกลี่ยได้จบในชั้นศาล (ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา, 2019) ซึ่งปัจจุบันมีประชากรประมาณ

66.56 - 67.2 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กระทรวงแรงงาน, 2563) โดยไม่คุ้มครองครอบคลุมไปถึงผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม ตลอดจนข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น

ประเทศอังกฤษ

1. แนวคิดและหลักการบริการสาธารณสุข

อังกฤษระบบการดูแลสุขภาพของประเทศอังกฤษอยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรสำนักงานการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service- NHS) ซึ่งเป็นองค์กรของรัฐภายใต้ ระบบดังกล่าวคนอังกฤษสามารถใช้บริการสุขภาพได้ฟรีโดยใช้เงินภาษีจากรัฐ NHS กำเนิดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1948 และขยายใหญ่โตจนเป็นระบบสุขภาพที่รัฐเป็นดูแลที่ใหญ่ที่สุดในโลกและเป็นระบบที่ถือว่ามีประสิทธิภาพ มีความครอบคลุมและเอื้ออาทรมาก ที่สุดระบบหนึ่งของโลก NHS เกิดขึ้นจากปรัชญาว่าบริการดูแลสุขภาพควรมีให้กับทุกคนโดยไม่จำกัดฐานะ หรือรายได้บริการสุขภาพที่มีให้ภายใต้ระบบนี้โดยส่วนใหญ่เป็นบริการฟรี (ยกเว้นยาบางชนิดบริการทันตกรรมและจักษุ) ปัจจุบันครอบคลุมประชากรประมาณ 60 ล้านคนทั้งในอังกฤษ ไอร์แลนด์เหนือ สกอตแลนด์ และเวลส์ให้บริการครอบคลุมตั้งแต่บริการ การฝากครรภ์ การรักษาโรคทุกชนิด การผ่าตัด อุบัติเหตุและภาวะฉุกเฉินจนถึงการดูแล ในภาวะสุดท้ายของชีวิต การคลังของ NHS จ่ายด้วยเงินที่มาจากภาษีของประเทศส่วนระบบบริการใน ไอร์แลนด์เหนือ สกอตแลนด์ และเวลส์ แม้จะมีความต่างจากระบบใหญ่เล็กน้อยแต่โดย หลักการทั้งหมดเป็นระบบเดียวกันปัจจุบัน NHS มีเจ้าหน้าที่ทำงานกว่า

1,700,000 คน (เป็นแพทย์ในโรงพยาบาลราว 120,000 คน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 40,000 คน โรงพยาบาลราว 400,000 คน และเจ้าหน้าที่รถฉุกเฉิน 25,000 คน) จึงเป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด และให้ บริการประชาชนราว 51 ล้านคน NHS ให้บริการกับผู้ป่วยจำนวนมากในทุก ๆ หนึ่งนาทียจะมีผู้ป่วยใช้บริการ 463 คนหรือ 1 ล้านคนในทุก ๆ 36 ชั่วโมงและทุกสัปดาห์จะมีผู้ป่วยรับบริการด้านทันตกรรม 700,000 คนอีก 3,000 คนได้รับการผ่าตัดหัวใจสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน โดยเฉลี่ยแล้วรักษาผู้ป่วยสัปดาห์ละ 140 คน ปัจจุบัน NHS ได้รับงบประมาณปีละกว่าแสนล้านปอนด์ (ปี2008/2009) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย ปีละ 4% เมื่อเทียบกับ 60 ปีที่ผ่านมาราว 60% ของงบประมาณทั้งหมดเป็นเงินเดือน บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่งบประมาณของ NHS มาจากภาษีโดยตรงประมาณว่าประชาชนของ สหราชอาณาจักรแต่ละคนต้องจ่ายเงินให้กับระบบสุขภาพราวปีละ 1,980 ปอนด์ในเชิงโครงสร้างการบริหาร NHS อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) ที่มีรัฐมนตรีเป็นผู้กำกับกระทรวงสาธารณสุขควบคุมดูแล หน่วยงานที่เรียกว่า Strategic Health Authorities-SHA ซึ่งมีทั้งหมด 10 แห่ง และมีหน้าที่กำกับดูแลกิจกรรมการบริการทั้งหมดภายใต้ NHS ขณะที่ในไอร์แลนด์เหนือ สกอตแลนด์ และเวลส์ จะมีการแยกการบริหารออกไปต่างหากการดำเนินงานของ NHS จะบริหารจัดการด้วยกลไกที่เป็นองค์กรอิสระ (self-governing trust) ที่อยู่ในระดับภาคหรือท้องถิ่นในเชิงหลักการ NHS จะแบ่งเป็นสองส่วนครอบคลุมทั้งบริการสุขภาพปฐมภูมิและทุติยภูมิโดยมีองค์กรที่ทำ

หน้าที่ดูแลการให้บริการภายใต้ระบบของ NHS จะมีกลไกการทำงานอยู่สองแบบ คือ ทำหน้าที่ผู้ซื้อและผู้ขายบริการ (purchaser/provider roles) กลไกแรกเรียกว่า Commissioning trusts มีหน้าที่ประเมินความต้องการของท้องถิ่นเจรจาต่อรองกับผู้ขายบริการเพื่อจัดหาบริการสุขภาพ ตามความต้องการของท้องถิ่นขณะที่กลไกที่สอง คือ Provider trusts ซึ่งเป็นส่วนงานของ NHS ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพเอง Commissioning trusts จะทำหน้าที่เจรจาต่อรองกับกับหน่วยงานที่มีบทบาทด้านการบริการที่อาจเป็นหน่วยของ NHS หรือสถานบริการเอกชนในปัจจุบัน Commissioning trusts ที่มีบทบาทสำคัญที่สุด คือ Primary Care Trust-PCT ที่ดูแลงบประมาณของ NHS ถึง 80%โดยทำหน้าที่ดูแลการให้บริการปฐมภูมิและเป็นผู้ซื้อบริการทุติยภูมิ ปัจจุบัน PCT ดูแลแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปราว 37,000 คนและทันตแพทย์อีก 21,000 คนบริการสุขภาพที่ซื้อโดย Commissioning Trusts เหล่านี้ คือ บริการทางการแพทย์ (โดยแพทย์ที่ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เอกชนที่ทำสัญญาโดยตรงกับ NHS) พยาบาลชุมชน คลินิกท้องถิ่นและบริการสุขภาพจิตบริการสุขภาพสำหรับคนส่วนมากเป็นบริการในหน่วย บริการปฐมภูมิอย่างไรก็ดี การซื้อบริการอาจซื้อจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่สามารถ ทำงานตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของท้องถิ่นขนาดเล็กการบริการสุขภาพในระดับ ปฐมภูมิให้บริการโดยผู้ให้บริการที่เป็นคู่สัญญาอิสระกับ NHS หลายประเภท เช่น แพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป ทันตแพทย์ เภสัชกรร้านยาและจักษุแพทย์ สำหรับบริการทุติยภูมิของ NHS อาจเป็นบริการที่เกินจากบริการปฐมภูมิหรือเป็นบริการการแพทย์

ฉุกเฉินซึ่งผู้ให้บริการอาจเป็นของ NHS หรือเป็นของภาคเอกชน (แต่บริการส่วนมากให้โดยสถานบริการที่เป็นหน่วยงานของ NHS)

การดำเนินงานของ NHS ที่ผ่านมามีได้สร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนค่อนข้างมากโดยสะท้อนมาจากผลการสำรวจผู้ใช้บริการหลายครั้งและพบว่าหากจะมีการเปลี่ยนแปลง ระบบบริการสุขภาพของอังกฤษไปสู่ระบบตลาดเหมือนระบบของประเทศสหรัฐอเมริกา น่าจะถูกปฏิเสธจากประชาชนสำหรับบริการสุขภาพภาคเอกชนของอังกฤษนั้นมีขนาดเล็กและมีบทบาทน้อยกว่า NHS มากบริษัทเอกชนขนาดใหญ่บางแห่งที่สนับสนุนให้เกิดบริการภาคเอกชนขึ้นก็เพื่อ เป็นการประกันสุขภาพหรือเป็นสิทธิประโยชน์ให้กับลูกจ้างบทบาทของระบบบริการภาค เอกชน ส่วนใหญ่ คือ การรับการส่งต่อในกรณีของการให้บริการเฉพาะทางระบบสุขภาพของอังกฤษ มีการจัดทำธรรมนูญที่ระบุวัตถุประสงค์สิทธิและความรับผิดชอบของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องตลอดจนกำหนดหลักการหรือปรัชญาเพื่อเป็นแนวทาง กำกับการดำเนินงาน (Guiding principles) ไว้อย่างชัดเจน เช่น NHS จะให้บริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จเพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่มีขีดจำกัดในเรื่องอายุ เพศ เชื้อชาติ ความพิการ ศาสนา และโดยคำนึงถึงสิทธิความเป็นมนุษย์ของทุกคนประการสำคัญ ก็คือ กรณีที่มีการร้องเรียน (Complaints) หรือการขอรับการชดเชย NHS ถือว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่ ก) คำร้องเรียนเกี่ยวกับบริการของ NHS ของผู้ป่วยจะถูก จัดการอย่างมีประสิทธิภาพและสอบสวนอย่างเหมาะสม ข) จะรู้ผลของการสอบสวนข้อ

ร้องเรียน ค) จะนำข้อร้องเรียนยื่นต่อกลไกตรวจสอบอิสระ เช่น Health Service Ombudsman หากผลการพิจารณาคำร้องเรียนไม่เป็นที่พอใจ ง) จะยื่นคำร้องต่อคณะกรรมการยุติธรรมอื่น ๆ ถ้าหากเห็นว่าได้รับผลกระทบโดยตรงจากการกระทำหรือการ ตัดสินใจที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายของกลไกใด ๆ ของ NHS และจะได้รับการชดเชยเมื่อ ถูกทำให้ได้รับการบาดเจ็บเสียหายจากการรักษาที่บกพร่อง (negligence treatments) NHS ยังถือเป็นข้อผูกมัดว่าในระหว่างการดำเนินการยื่นข้อร้องเรียนถือเป็นสิทธิของ ผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติด้วยการเอื้อเฟื้อและสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเต็มที่รวมทั้งประกัน ว่าการร้องเรียนจะไม่มีผลกระทบทางลบต่อการได้รับการบริการสุขภาพในภายหลัง หากพบว่าเกิดความผิดพลาดขึ้นในการให้บริการ NHS ถือเป็นข้อสัญญาที่จะยอมรับข้อผิดพลาดจะมีการขอโทษผู้เสียหายการให้คำอธิบายถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและแก้ไขให้ถูกต้องโดยเร็วและอย่างมีประสิทธิภาพ NHS ยังถือเป็นข้อสัญญาว่า องค์กรจะถือเอาการร้องเรียนในความผิดพลาดเสียหาย เหล่านั้นเป็นการเรียนรู้และจะใช้ประโยชน์จากบทเรียนนั้นเพื่อการปรับปรุงคุณภาพของ บริการของ NHS ต่อไป

2. กลไกการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุข

อังกฤษได้มีการเยียวยาความเสียหายได้นิยามความเสียหายไว้ว่า “อันตรายแก่ชีวิตและร่างกายซึ่งมีวิธีการเยียวยาทาง” (Consumer Protection Act 1987, Section 5(1)) “เอควิตี” (Equitable

remedies are generally discretionary) ผู้เสียหายจะมีสิทธิได้รับการเยียวยาหากข้อเท็จจริงในคดีนั้นตรงตามหลักเกณฑ์ที่วางไว้เกี่ยวกับการเยียวยานั้น ๆ แม้ว่าทำให้การเยียวยานั้น ๆ อาจไม่เป็นธรรมกับอีกฝ่าย เมการีและเบเคอร์ (Megarry and Baker) (สุรัชดา ธีศรี, 2562) ได้อธิบายไว้ว่า หลักการพื้นฐานการเยียวยาของประเทศอังกฤษขึ้นอยู่กับดุลพินิจของศาล โดยจะพิจารณาด้วยเหตุผลต่าง ๆ ว่าผู้เสียหายนั้นจะได้รับการเยียวยาหรือไม่มีศาลจะเป็นผู้ใช้ดุลพินิจมีข้อพิจารณา คือ ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับการเยียวยา (Inadequacy of common law remedy) และผู้เสียหายเป็นผู้กระทำการขัดกับบทบัญญัติ (Maxims) ต่าง ๆ แม้มูลคดีเป็นเหตุของการร้องขอการเยียวยาทางเอควิตี ศาลก็สามารถปฏิเสธการเยียวยาด้วยหลักการที่ว่า การเยียวยาไม่ใช่เป็นเรื่องของสิทธิแต่เป็นเรื่องของดุลพินิจ และการเยียวยาทางเอควิตีเป็นการเยียวยาที่มีขอบเขตอำนาจต่อบุคคล (Remedy in Personam) โดยมีวิธีการเยียวยาทางเอควิตี 5 วิธีดังต่อไปนี้

2.1 การบังคับชำระหนี้โดยจำเพาะเจาะจง (Specific performance) มีลักษณะเป็นคำสั่งศาลเหนือบุคคล (in personam) หากบุคคลใดฝ่าฝืนไม่กระทำตามจะมีความผิดฐานละเมิดอำนาจศาล

2.2 คำสั่งของศาลให้ห้ามหรือหยุดการกระทำ (Injunction) คือคำสั่งห้ามของศาลต่อบุคคลใดหรือกลุ่มใดมิให้กระทำการอันใดอันหนึ่ง

2.3 การเลิกนิติกรรม (Rescission) คือการที่ผู้ทำนิติกรรมฝ่ายเดียวหรือคู่สัญญาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งบอกเลิกนิติกรรมนั้น โดยมุ่งให้ตนเองกลับสู่สถานะเดิมทำให้นิติกรรมนั้น ๆ หดผลไป

2.4 การแก้ไขข้อผิดพลาด (Rectification) คือวิธีการเยียวยาซึ่งให้อำนาจแก่ศาลในกรณีที่ศาลมีดุลพินิจเห็นสมควรสั่งให้มีการแก้ไขเอกสารของนิติกรรมต่าง ๆ ที่มีข้อผิดพลาดเพื่อให้เอกสารนั้นเป็นไปตามความตั้งใจของผู้ทำเอกสาร

2.5 การให้ค่าเสียหายแทนการเยียวยาทางเอควิตี (Award of damages in lieu equitable remedies) คือการให้ค่าเสียหายแทนคำสั่งของศาลให้ห้ามหรือหยุดการกระทำหรือการให้เสียค่าปรับแทนการชำระหนี้โดยจำเพาะเจาะจง ผู้ที่มีสิทธิได้รับการเยียวยาเป็นค่าเสียหายทางเอควิตีแบบอื่น ๆ จะต้องเป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับการเยียวยาในแบบนั้น ๆ เสียก่อนศาลจึงสามารถใช้อำนาจพิจารณาให้การเยียวยาเป็นค่าเสียหายแทนได้ ผู้ที่ไม่มีสิทธิได้รับการเยียวยาใด ๆ มาตั้งแต่แรกจะมาร้องขอค่าเสียหายแทนกันไม่ได้ตามหลักการเยียวยาเอควิตี

แต่เดิมนั้นการฟ้องร้องทางศาลคือ ช่องทางหลักของผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายที่จะใช้ เป็นช่องทางในการเรียกร้องการชดเชยจึงมีการสร้างกลไกในการจัดการและรับมือกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกลไกหนึ่งที่ สำคัญ คือ National Health Service Litigation Authority-NHSLA ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ NHS ขณะที่อีกด้านหนึ่งเป็นกลไกของกลุ่มวิชาชีพที่มีรากฐานทางประวัติศาสตร์มายาวนานกว่า NHS ขณะที่ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดถูกนำมาพิจารณากันหลายครั้ง แต่ยังเป็นเพียงการขับเคลื่อนที่ไม่มีผลเป็นกลไกที่เป็นรูปธรรม National Health Service Litigation Authority-NHSLA จัดตั้งขึ้นในปี 1995 ในฐานะองค์กรอิสระเพื่อทำหน้าที่ได้ตอบและจัดการกับ การฟ้องร้องรัฐในกรณีความผิดพลาด

ทางการแพทย์โดยเป็นกลไกของ NHS ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการการฟ้องร้องอันเนื่องมาจากความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นกับแพทย์และหรือหน่วยงานของ NHS รวมทั้งมีหน้าที่พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานของ NHS NHSLA ยังมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการบริหารจัดการการฟ้องร้องที่ไม่เกี่ยวกับความผิดพลาดทางการแพทย์ (non-clinical liabilities) การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างผู้ซื้อบริการสุขภาพกับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ (Primary Care Trusts) การให้คำปรึกษาด้านข้อกฎหมายแก่ NHS และดูแลการจ่ายค่าชดเชยในนามของ NHS อีกด้วยพันธกิจสำคัญของ NHSLA คือ การบริหารจัดการกรณีการร้องเรียนหรือฟ้องร้องที่มีต่อ NHS ด้วยหลักการว่า "ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ ประชาชนเผชิญกับการร้องเรียนที่ไม่มีเหตุผลหรือไม่ชอบธรรมอย่างจริงจังตรงไปตรงมาหาข้อยุติกับข้อร้องเรียนที่ชอบธรรมอย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้มีมาตรการการป้องกันมากขึ้น" เป้าหมายของ NHSLA คือ จัดการข้อเรียกร้องให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ และส่งเสริมให้หน่วยงานภายใต้ NHS ให้คำอธิบายและกล่าวคำขอโทษต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผลการดำเนินงานของ NHSLA พบว่า มีการร้องเรียนเพียงร้อยละ 4 ที่ต้องจบลงที่ศาล

ในจำนวนนี้รวมการร้องเรียนที่มีการยอมความแต่ศาลต้องอนุมัติจำนวนหนึ่งด้วย NHSLA ทำหน้าที่บริหารแผนในการจัดการกับการฟ้องร้องกับหน่วยงานภายใต้ NHS ทั้งหมด 5 แผนงาน (Schemes) โดย 3 แผนงานแรก (The Clinical

Negligence Scheme for Trusts - CNST, The Existing Liabilities Scheme -ELS, 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 มีตัวแทนจากสำนักงานกฎหมายต่าง ๆ จำนวน 13 แห่งเป็นที่ปรึกษาในการพิจารณากรณีที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์และตัวแทนจำนวน 9 แห่งสำหรับกรณีที่ไม่ใช่ความผิดพลาดทางการแพทย์ (NHSLA 2004a; NHSLA 2004c) โดยมีการบริหารจัดการแผนงาน ดังนี้

แผนที่ 1 งบประมาณแผนการชดเชยความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์ (clinical negligence medical negligence) มีสามแผน คือ Existing Liability Scheme (ELS), Clinical Negligence Scheme for Trusts (CNST) และ EX-RHAs โดยที่ ELS และ EX-RHAs ได้รับ งบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลทั้งหมดและ CNST ใช้เงินที่เรียกเก็บจากสมาชิกที่เป็น คู่สัญญากับผู้ให้บริการ (Primary Care Trusts และ NHS Trusts) เงินสมทบ (Premium) ที่เก็บจากสมาชิกหรือ Trusts ต่าง ๆ ขึ้นกับประเภทความแตกต่างของ Trusts ในปี 1996-97 CNST จะเก็บเงินสมทบตั้งแต่ 2,000 ปอนด์ สำหรับ Trusts เล็ก ๆ ไปจนถึง 60,000 ปอนด์ สำหรับโรงพยาบาลใหญ่สังกัด NHS Trusts (Towse and Danzon 1999) การคำนวณอัตราการเก็บนั้นใช้การ

คำนวณตามความเสี่ยงและอัตราตามประสบการณ์ จากนั้นจึง พิจารณาส่งผลจากระดับการจัดการ ความเสี่ยงในแต่ละ Trusts ปี 2004-2005 มี ค่าใช้จ่ายโดยประมาณ 410 ล้านปอนด์ที่จะต้องเก็บ จาก trusts โดยการคำนวณจากประมาณการของ ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในแต่ละ Trusts แล้วเรียก เก็บ ตามอัตราเสี่ยงที่คำนวณได้สำหรับ Trusts ที่มีการบริหารจัดการความเสี่ยงได้ดีจะได้รับ อัตรา ส่วนลดของเงินที่จะเรียกเก็บโดยพิจารณาจากเกณฑ์ 2 ประการ ประการแรกคือ Risk Management Discount (RMDs) เป็นมาตรฐานที่ตั้งขึ้นสำหรับ ประเมิน Trusts มีการกำหนดมาตรฐาน 12 ข้อ (NAO 2001) และมีอัตราส่วนลดเป็น ร้อยละ 10 ร้อยละ 20 และร้อยละ 30 สำหรับ Trusts ที่ผ่าน มาตรฐานในระดับ 1 ระดับ 2 และระดับ 3 ตามลำดับ ประการที่สองใช้เกณฑ์อัตราตามประสบการณ์ (experience rating) มาเป็นตัวกำหนด (NHSLA, 2003)

แผนที่ 2 การจัดการกับการร้องขอการชดเชย ก่อนปี 2000 ELS จะรับผิดชอบคำร้องที่เกิด ก่อนวันที่ 1 เมษายน 1995 ที่ยังไม่สิ้นสุดอย่างไรก็ตามเมื่อการร้องเรียนสิ้นสุดลง Trusts จะต้อง รับผิดชอบรายจ่าย 10,000 ปอนด์ แรกส่วนที่เหลือ ELS จะเป็นผู้จ่ายแต่หลังจากปี 2000 เป็นต้นมา ELS เป็นผู้รับผิดชอบ ทั้งหมด (Towse and Danzon 1999, NAO 2001; Fenn; Gray, and Rickman 2003)) สำหรับการร้องขอชดเชยที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 1995 เป็นต้นมาจะอยู่ในความรับผิดชอบ ของ CNST ในกรณีนี้ Trusts จะต้องตกลงจำนวนเงิน เป็นเพดานสูงที่สุดกับ NHSLA และสามารถเลือก

จำนวนวงเงินโดยอิสระ (NAO, 2001) ชิดจำกัดวงเงิน ดังกล่าว แตกต่างกันในแต่ละ Trusts ขึ้นกับ องค์ประกอบต่าง ๆ ที่ผ่านมาจะอยู่ในช่วงประมาณ 10,000-500,000 ปอนด์ (NHSLA 2004c) ถ้าเป็น การร้องเรียนที่มีมูลค่าไม่เกินเพดานที่กำหนด Trusts จะเป็นผู้จ่ายเงินชดเชยทั้งหมดเมื่อมูลค่าของการ ร้องเรียนสูงกว่าเพดาน Trusts จะต้องจ่ายค่าชดเชย ทั้งหมดสำหรับการร้องเรียนที่เกิดขึ้นระหว่างปี 1995- 1998 ส่วนกรณีที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปี 1998 เป็นต้นมา (และ มีมูลค่าสูงกว่าเพดานที่กำหนด) Trusts จะต้อง จ่ายเงินชดเชยในวงเงินสูงสุดที่ตกลงกันได้และอีกร้อย ละ 20 ของส่วนเกิน ที่เหลือจากนั้น จะใช้งบประมาณ จาก CNST (Towse and Danzon 1999, NAO 2001, Fenn and others 2003) แต่มีการทบทวน พบว่า การบริหารจัดการกรณีที่มีมูลค่าต่ำโดย Trusts เองนั้นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการจะสูงมากทำให้ ไม่มีประสิทธิภาพหลังจากปี 2002 NHSLA จึงเข้ามา รับผิดชอบค่าใช้จ่ายและการบริหารจัดการทั้งหมด (NHSLA 2004c)

แผนที่ 3 ขั้นตอนการเรียกร้องขอการชดเชย มีกระบวนการร้องเรียนต่อ NHS 3 ขั้นตอนดังนี้

(1) Local Resolution ผู้ที่ได้รับ ความเสียหายจากการรักษาพยาบาลสามารถร้องเรียนด้วย วาจาในระดับสถานบริการหน่วยงานระดับต้นจะเป็น ผู้คลี่คลายเรื่องราว

(2) Management Resolution ถ้า การ ร้องเรียนไม่ได้รับการแก้ไข หรือคลี่คลายในระดับต้น ผู้เสียหายจะต้องเสนอเรื่องเป็นลายลักษณ์ อักษรต่อ Chief Executive เรื่องจะได้รับการจัดการภายใน 2 วันทำการและจะต้องมีการสอบสวนหาสาเหตุความ

ผิดพลาดและจะหาข้อสรุป ชี้แจงต่อผู้เสียหายภายใน 21 วัน

(3) Appeals ถ้าผู้เสียหายยังไม่พอใจจากการเสนอเรื่องในระดับ Management Resolution

จาก Chief Executive สามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 21 วันหลังจากที่รับเรื่องชี้แจงจาก Chief Executive ในกรณีนี้ NHSLA จะนำเรื่องเข้าสู่คณะกรรมการอิสระเพื่อพิจารณา เรื่องจะดำเนินการสิ้นสุดภายใน 21 วัน

(4) สิทธิที่ผู้เสียหายจะได้รับจากแผนการชดเชยสิทธิที่ผู้เสียหายจะได้รับ คือ การชดเชยการบาดเจ็บ (pain and suffering) การสูญเสียรายได้ และรายจ่ายในการดูแลที่ผ่านมารวมทั้งการสูญเสียรายได้และรายจ่ายในการดูแลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้นการจ่ายเงินชดเชยในกรณีการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์จะมีความซับซ้อนกว่าการบาดเจ็บกรณีอื่น ๆ เนื่องจากผู้ที่ได้รับความเสียหายจะมีการเจ็บป่วยมาก่อนแล้ว จึงเข้ารับการรักษากรณิดังกล่าว ในบางกรณีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาจำนวนเงินที่จะต้องจ่ายได้แก่ ค่าชดเชยการบาดเจ็บ ความเจ็บป่วยและการสูญเสียคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายในการดูแลประจำวัน 24 ชั่วโมง ค่าใช้จ่ายในการทำกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสุขภาพ ค่าดูแลบุตร ค่าการช่วยเหลืออื่น ๆ ในบ้านที่เกี่ยวข้อง ค่ารักษาพยาบาลต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายในการดูแลในอนาคต เครื่องมือ อุปกรณ์ช่วยในการดูแล ค่าชดเชยการสูญเสียรายได้ค่าเสียหายอื่น ๆ

(5) ผลการดำเนินงาน

(5.1) จำนวนกรณีการร้องขอรับการชดเชยใน

ภาพรวมช่วงปลายทศวรรษ 1970 มีการร้องขอค่าชดเชยทั้งหมดประมาณ 700 รายต่อปี รวมทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร หลังจากนั้นในช่วงปีค.ศ. 1983-1987 กรณีการร้องขอค่าชดเชยเพิ่มขึ้นประมาณสองเท่า แต่ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากกว่าสองเท่า (DoH,2003) ต่อมาข้อมูลจากปี 1990 ถึงปี 1998 พบมีการร้องขอค่าชดเชยเพิ่มขึ้นประมาณ ร้อยละ 72 (NAO 2001) ระหว่างปี ค.ศ.1996-2003 กรณีการร้องขอค่าชดเชยที่เกิดขึ้น NHSLA เพิ่มขึ้นประมาณ 15 เท่า (DoH,2003) ในปี 2001-2002 มีการร้องขอค่าชดเชยจำนวน 7,054 รายเพิ่มขึ้นเป็น 7,798 รายในปีถัดมา (2002-2003) (NHSLA 2004c) จากข้อมูลของ DoH ในปี 2003 มีการร้องขอค่าชดเชยประมาณ 6,797 รายต่อปี (DoH,2003) ล่าสุดในช่วงปี 2003-04 NHSLA ได้รับเรื่องร้องขอค่าชดเชยที่เป็นความผิดพลาด ทางกายภาพบำบัดทั้งหมด 6,251 รายและในเดือนมีนาคม 2004 มีเรื่องที่กำลังดำเนินการ ทั้งสิ้นจำนวน 19,706 รายโดยเฉลี่ยกรณีการร้องขอค่าชดเชยสิ้นสุดภายใน 1.36 ปี(NHSLA 2004c) จำนวนการร้องขอค่าชดเชยจากความผิดพลาดที่เกิดในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ร้อยละ 7 ต่อปี (Fenn; Diacon; Gray; Hodges,and Rickman 2000) และการร้องเรียน ต่อผู้ให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไปมีประมาณ 300-400 รายต่อปี (DoH, 2003) การร้องเรียน ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาล คือ การตายและการเจ็บปวดที่ไม่จำเป็นส่วนสาเหตุของการ ร้องเรียนในสถานบริการปฐมภูมิคือการวินิจฉัย

ผิดพลาดและการจ่ายยาผิด (The Royal College of Pathologists 2004) NHSLA มีการรวบรวมรายงานและจัดทำวารสารเผยแพร่เพื่อประกอบการปรับปรุงระบบบริการให้มีประสิทธิภาพขึ้นในวารสารดังกล่าวได้รวมถึงกรณีการร้องเรียนที่เกิดขึ้น และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานแก่บุคลากรในสถานบริการด้วย (Towns, 2001)

(5.2) ค่าใช้จ่ายในการร้องขอค่าชดเชยจากรายงานของ NHSLA พบว่า รายงานการชดเชยกรณีความผิดพลาดทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากปี 1996-1997 มีรายจ่ายประมาณ 6 ล้านปอนด์ และเพิ่มสูงสุดในปี 2000-2001 เป็นเกือบ 900 ล้านปอนด์ หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงมาอยู่ที่ประมาณ 400 ล้านปอนด์ในปี 2003-2004 (NHSLA 2004b) โดยที่รายจ่ายทั้งค่าชดเชยและค่าบริหารจัดการทางกฎหมายในแผนการชดเชยความผิดพลาดทางคลินิก สูงถึง 446.2 ล้านปอนด์ในปี 2002-2003 และลดลงเป็น 422.5 ล้านปอนด์ในปี 2003-2004 คาดว่ารายจ่ายทั้งหมดรวมกรณีที่ไม่มียารายงานมีประมาณ 7.78 พันล้านปอนด์ สำหรับกรณีการ ร้องเรียนจากความผิดพลาดทางการแพทย์ (NHSLA 2004c) ร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายในแผนงานเกิดจากการบาดเจ็บทางสมอง จากกรณีร้องขอ ค่าชดเชยร้อยละ 26 ซึ่งเป็นสาขาที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด (NAO 2001) ร้อยละ 60-70 ของการร้องขอค่าชดเชยจะสิ้นสุดในการดำเนินการระยะแรก (Local Resolution) จากการพูดคุยกับที่ปรึกษาทางกฎหมายและจากข้อมูลบันทึกทางการแพทย์ สำหรับรายที่มีการดำเนินการต่อเนื่องนั้นร้อยละ 95 สิ้นสุดโดยการดำเนินการของ NHSLA โดยไม่ต้องเข้าสู่ระบบกฎหมาย สำหรับในรายที่เข้าสู่

ระบบกฎหมายและได้รับการชดเชย ร้อยละ 78 (DoH, 2003) ข้อมูลจาก NHSLA พบว่าในปี 1995 ร้อยละ 35 ยุติโดยผู้ร้องเอง ร้อยละ 43 ยุตินอกศาล และร้อยละ 1.5 สิ้นสุดในศาลโดยผู้ร้องเรียนได้รับเงินชดเชยร้อยละ 0.5 สิ้นสุดในศาลโดย NHS เป็นผู้ชนะคดีและร้อยละ 20 ยังอยู่ระหว่างการดำเนินการ (NHSLA 2004c) ส่วนข้อมูลล่าสุดในปี 2004 โดยรายงานของ NHSLA นั้นพบว่ามีกรณียุติเรื่องร้องเรียนโดยเข้าสู่คณะกรรมการพิจารณา (Management Resolution) มากกว่าร้อยละ 40 ถัดมาเป็นการยุติโดยผู้เสียหายเองประมาณร้อยละ 30 และต้องเข้าสู่ระบบศาลประมาณร้อยละ 2 เท่านั้น (Dott, 2003)

3. ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ

การชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ผิดในอังกฤษเริ่มเป็นประเด็นพิจารณาในทางสาธารณะด้วยเหตุที่ผลกระทบเชิงลบของการใช้กลไกการฟ้องศาลปรากฏชัดและเป็น ที่วิตกมากขึ้น มีการถกเถียงกันว่าระบบการฟ้องศาลมีข้อดีในการแก้ปัญหาความขัดแย้งโดยเฉพาะการลงโทษบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีการกระทำที่ประมาทเลินเล่อจนทำให้เกิดการบาดเจ็บเสียหายกับผู้ป่วยในทางทฤษฎีแล้วการฟ้องศาลจึงเป็นการปกป้องผู้ป่วยอย่างไรก็ตามพบว่าระบบการฟ้องศาลมีข้อบกพร่องอย่างมากไม่ว่าจะเป็นกระบวนการ การที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมากใช้เวลานานและเงินชดเชยที่ได้รับไม่คุ้ม (ข้อมูลจาก National Consumer Council พบว่า โดยเฉลี่ย 85% ของเงินชดเชยที่ผู้เสียหายได้รับหมด ไปกับค่าใช้จ่ายกระบวนการฟ้องร้อง) ฯลฯ เป็นต้น

ข้อบกพร่องของระบบการฟ้องศาลที่เป็นที่วิพากษ์วิจารณ์มากขึ้นนี้เองเป็นส่วนหนึ่งของการนำไปสู่การพิจารณาหาทางเลือกในการใช้ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดในปี 1973 รัฐบาลอังกฤษได้แต่งตั้งคณะกรรมการมาธิการ ชื่อ Royal Commission on Civil Liability and Compensation for Personal Injury หรือ The Pearson Commission คณะกรรมการดังกล่าวใช้เวลา 5 ปี ในการศึกษาปัญหาและมีข้อเสนอแนะหลายประการ หนึ่งในนั้นคือการไม่เห็นด้วยกับการยกเลิกการใช้ระบบศาลในการตัดสินให้การชดเชย ผู้ป่วยที่เสียหาย คณะกรรมการดังกล่าว ยังเสนอว่ากรณีของเด็กที่บาดเจ็บหรือพิการอย่างรุนแรงควรได้รับการชดเชยโดยไม่ต้องคำนึงว่าความพิการนั้นมาจากความผิดพลาดของใคร ข้อเสนอแนะที่ถือว่าเป็นการเคลื่อนไหวที่นำไปสู่ทิศทางของการแสวงหาทางออกโดยระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิด ซึ่งแม้ว่าข้อเสนอของคณะกรรมการชุดนี้ จะไม่ เห็นด้วยกับการใช้ระบบนี้กับการชดเชยความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์ แต่ก็มองเห็นคุณค่าประโยชน์ และได้เสนอแนะให้รัฐบาลอังกฤษศึกษาประสบการณ์ของระบบชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิดในประเทศสวีเดนและนิวซีแลนด์เพื่อนำบทเรียนมาปรับใช้ ประมาณ 10 ปีต่อมา สมาคมแพทย์แห่งอังกฤษ (British Medical Association) ประกาศให้ การสนับสนุนแนวคิดนี้และในเดือนธันวาคม 1999

รัฐบาลอังกฤษโดยคณะกรรมการที่ชื่อ Health Select Committee ได้แสดงความสนใจกับการใช้ระบบการชดเชยความเสียหายแบบนี้ โดยเรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุข มีการศึกษาทบทวนและจัดพิมพ์ เผยแพร่ข้อมูลในเรื่องนี้ในปี 1999 ในการประชุมของสมาคมแพทย์อังกฤษที่เมืองเบลฟาสต์ได้มีรายงานว่าทั้งผู้ป่วยที่เป็นเหยื่อของความเสียหายและแพทย์ และระบบดังกล่าวได้นำมาใช้เฉพาะการจ่ายเงินช่วยเหลือความเสียหายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์

การอภิปรายและข้อสรุป

ปัจจุบันประเทศไทยยังคงมีปัญหาการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขถึงแม้จะมีการนำระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No – fault compensation system) มาใช้ในกฎหมายไทยแต่การเยียวยาในกรณีต่างๆยังไม่ครอบคลุมและมีข้อจำกัดในการพิจารณาเงินชดเชยให้แก่ผู้เสียหายที่เกิดจากการใช้บริการสาธารณสุขบทความนี้ จึงทำการศึกษาและเปรียบเทียบการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดไทย-อังกฤษ ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ การชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ
เปรียบเทียบไทย-อังกฤษ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ไทย	อังกฤษ
1.แนวคิดและหลักการบริการสาธารณสุข	✓	✓
1.1 การจัดบริการสาธารณสุขเป็นหน้าที่ของรัฐ	✓	✓
- รับบริการสาธารณสุขฟรี	✓	✓
1.2 องค์กรรับผิดชอบในการจัดบริการสาธารณสุข	✓	✓
- สำนักงานการสาธารณสุขแห่งชาติ/กระทรวงสาธารณสุข	✓	✓
2.กลไกการชดเชยความเสียหายเบื้องต้นจากการใช้บริการสาธารณสุข	✓	✓
2.1 ฟ้องศาลแพ่ง	✓	✓
2.2 ฟ้องศาลอาญา	✓	✓
2.3 ฟ้องศาลปกครอง	✓	✗
3.ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ	✓	✓
3.1 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	✓	✗
3.2 นำไปใช้ในการชดเชยความเสียหายในกรณีอื่น	✓	✓
- การชดเชยการบาดเจ็บในโรงงาน (Industrial Injuries Scheme)	✗	✓
- การชดเชยการบาดเจ็บจากอาชญากรรม (Criminal Injuries Compensation Scheme)	✗	✓
- การชดเชยกรณีประสบภัยจากรถ	✓	✗

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบเปรียบเทียบไทย-อังกฤษจะเห็นว่าประเทศไทยได้ให้ความสำคัญในการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขโดยนาระบบดังกล่าวทำให้ผู้ที่ได้รับความเสียหายได้รับการชดเชยในระดับหนึ่งแต่ความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุขยังมีข้อจำกัดบทความนี้ผู้เขียนจึง

ทำการศึกษาเปรียบเทียบการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบไทย-อังกฤษ เพื่อจะได้นำระบบดังกล่าวไปปรับปรุงกฎหมายให้ครอบคลุมเหมาะสมกับกรณีความเสียหายที่เกิดขึ้น เช่น การชดเชยจากการรักษาผิดพลาดจากภาวะโรคระบาด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- ลันตา อุดมะโกนิน. (2554). ระบบชดเชยความเสียหาย จากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด: การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของไทย. *จุลนิติ*, 8(3), 59-65.
- ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ภักดี, จิราพรชมศรี, และจเร วิชชาไทย (2553). ประสบการณ์ต่างแดน: ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- สุรัชดา ธีศรี.(2562). *เอควิตี้ หลักแห่งความยุติธรรมในกฎหมายอังกฤษ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา. (2019). *การจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2563 สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข (สธ.)* จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/07/17366>
- อิทธิพล สูงแข็ง. (2019). *บรรยายพิเศษเรื่องการบริหารจัดการความขัดแย้งในหน่วยบริการในการประชุมพัฒนาศักยภาพศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ ซึ่งจัดโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น*. จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/01/16725>
- Antos, J.R. (2003). Reforming health insurance: realistic options and hard choices. *Health affairs*, 8(1), 212-215.
- Gallagher, T.H., Waterman, A.D., Ebers, A.G., Fraser, V.J., & Levinson, W. (2003). Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA*, 289(8), 1001-1007.
- Gaine, W.J. (2003). No fault compensation systems, Experience elsewhere suggests it time for the UK introduce a pilot scheme. *BMJ*, 326, 997.
- Gilmour, J.M. (2006). *Patient Safety, Medical Error and Tort Law: An International Comparison*. Canada: York University.
- Horwitz, J., & Brennan, T.A. (1995). No-fault compensation for medical injury: A case study *Health Affairs*, 14(4), 164-179.