

ปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย
จากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิทธิพร ชันทรพร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปริทัศน์ พนมยงค์
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

พ.ศ. 2556

**Problems regarding preliminary assistant reimbursement in case that the
beneficiaries are subjected to damage caused by any health services
according to national health security law**

Sittiporn Khanthaporn

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Laws

Department of Law

Pridi Banomyong Faculty of Law, Dhurakij Pundit University

2013

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความอนุเคราะห์จาก รองศาสตราจารย์ พินิจ ทิพย์มณี ที่ได้ให้ความเมตตาารับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยท่าน ได้สละเวลาอันมีค่าในการชี้แนะ ให้ความรู้ คำแนะนำ และช่วยตรวจแก้ไขเนื้อหาวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี จนทำให้การเขียนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณท่าน ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ ศรีธรรมรักษ์ ที่กรุณาารับเป็น ประธานกรรมการ รองศาสตราจารย์ ไพฑูรย์ คงสมบูรณ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา) วิเชียรชม ที่รับเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านอาจารย์ทุกๆ ท่านได้สละเวลาอันมีค่าทำการ ตรวจพิจารณา พร้อมทั้งให้ความรู้ คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณครอบครัวที่ให้โอกาสในการศึกษา และคอยสนับสนุนในทุกเรื่อง และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา อันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นอย่างมาก

นอกจากนี้ ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ ท่านผู้แต่งตำรา บทความ วิทยานิพนธ์ต่างๆ งานวิจัยต่างๆ ที่ผู้เขียนนำมาศึกษาค้นคว้า ตลอดจนทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในการเขียน วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ผู้เขียนขอขอบความดีนี้ ให้แก่บุคคลทุกท่านที่กล่าวมาข้างต้น หากมีข้อผิดพลาดหรือบกพร่องประการใด ผู้เขียนขอน้อมรับ ไว้แต่เพียงผู้เดียว

สิทธิพร ชันธพร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ฅ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ซ
บทที่	
1. บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	3
1.3 สมมติฐานของการศึกษา.....	4
1.4 ขอบเขตของการศึกษา.....	4
1.5 วิธีดำเนินการศึกษา.....	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
2. แนวคิด ประวัติความเป็นมา วิวัฒนาการ และรูปแบบระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย	6
2.1 ความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพ	6
2.2 ระบบประกันสุขภาพ.....	7
2.3 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	10
2.4 การลดความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข.....	12
2.5 การลดความเสียหายจากการบริการสาธารณสุขโดยไม่มุ่งลดโทษตัวบุคคลและไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ	15
2.6 สิทธิผู้ป่วย	17
2.7 ประวัติความเป็นมาของระบบประกันสุขภาพของไทย	18
2.8 วิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย	25
2.8.1 ช่วงก่อนรัฐให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนก่อนปี พ.ศ. 2400-2497	25
2.8.2 ช่วงรัฐให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชนช่วงปี พ.ศ. 2506-2525	26

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2.8.3	ช่วงรัฐและประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อลดความเสี่ยง ภาระทางการเงินจากการรักษาพยาบาล ช่วงปี พ.ศ. 2526-2544..... 27
2.8.4	ช่วงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะเปลี่ยนผ่าน ช่วงวันที่ 1 เมษายน 2544-19 พฤศจิกายน 2545 29
2.9	รูปแบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย..... 31
2.9.1	ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่สังคม ควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล..... 31
2.9.2	ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง หรือ พนักงานของรัฐ และรัฐวิสาหกิจ 33
2.9.3	ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ 35
2.9.4	ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ 39
3.	มาตรการในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย จากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ..... 46
3.1	การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการ รักษาพยาบาลตามกฎหมายไทย..... 46
3.1.1	กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 46
3.1.2	หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณี ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล..... 56
3.1.3	การพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น 59
3.1.4	การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น 65
3.1.5	การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตาม ร่างกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการ สาธารณสุข 66
3.2	การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมาย ต่างประเทศ..... 82
3.2.1	ประเทศในระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law)..... 82
3.2.2	ประเทศในระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (Civil Law) 95

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4. ปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	106
4.1 ปัญหาเกี่ยวกับนิยามความหมายของคำว่า “ความเสียหาย”.....	108
4.2 ปัญหาเกี่ยวกับองค์ประกอบของผู้ทำหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น	113
4.3 ปัญหาเกี่ยวกับการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ.....	118
4.4 ปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น	121
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ	129
5.1 บทสรุป.....	129
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	135
บรรณานุกรม	139
ภาคผนวก	146
ประวัติผู้เขียน	182

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 การกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น	65
3.2 เปรียบเทียบร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหาย จากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.	80
4.1 จำนวนอุทธรณ์ที่ยื่นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและ มาตรฐานบริการสาธารณสุข	122

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ชื่อผู้เขียน	สิทธิพร ชันธพร
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ พินิจ ทิพย์มณี
สาขาวิชา	นิติศาสตร์
ปีการศึกษา	2555

บทคัดย่อ

เจตนารมณ์ของกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ การจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพโดยทั่วถึง แต่อย่างไรก็ดี การให้บริการสาธารณสุขนั้นเป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและร่างกายของมนุษย์ จึงมีโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดขึ้นได้ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสียหายทั้งที่หลีกเลี่ยงได้และไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้น จึงได้มีการกำหนดให้มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลไว้ในมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลได้รับการเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมและรวดเร็ว โดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิดหรือหาผู้กระทำความผิด ทั้งยังเป็นการลดปริมาณการฟ้องร้องกันระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขกับผู้รับบริการสาธารณสุขอีกด้วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากบทบัญญัติดังกล่าวได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานานแล้ว ประกอบกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เป็นเหตุให้หลักเกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามบทบัญญัตินี้ข้างต้น ไม่ครอบคลุมความเสียหายที่ผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับ และไม่สอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบัน

จากการศึกษากฎหมายของต่างประเทศจะเห็นได้ว่า มีการคิดค้นระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคลและไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ แก่ไขปัญหาความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งระบบดังกล่าว ไม่ใช่ระบบที่สร้างขึ้นเพื่อปกป้องผู้ให้บริการสาธารณสุขที่กระทำความผิด แต่สร้างขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขให้ได้รับการชดเชยความเสียหายอย่างรวดเร็ว และทันทั่วถึง อีกทั้งยังเป็นระบบที่มุ่งชดเชยความเสียหายไม่ใช่หาตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษ

โดยมีวัตถุประสงค์ที่ต้องการจะลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขกับผู้รับบริการสาธารณสุข และสอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบัน

ดังนั้น ผู้เขียนจึงเห็นควรศึกษากฎหมายของไทยเปรียบเทียบกับกรณีชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามร่างกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขและกฎหมายว่าด้วยการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทย ให้ครอบคลุมความเสียหายที่ผู้รับบริการได้รับอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม และเป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายต่อไป

Thesis Title	Problems regarding preliminary assistant reimbursement in case that the beneficiaries are subjected to damage caused by any health services according to national health security law
Author	Sittiporn Khanthaporn
Thesis Advisor	Associate Prof. Pinit Tipmanee
Department	Law
Academic Year	2012

ABSTRACT

The purpose of the national security law is to systemizing health services essential to health and livelihood of people, in order for the people to thoroughly receive the necessary health services with standard and efficiency. Nevertheless, the health services are concerning human life and physical condition. Thus, it is possible for mistakes to happen which could cause damage, both avoidable and unavoidable. Therefore, the preliminary assistant reimbursement for the beneficiaries who are subjected to damage caused by any health services is determined in section 41 of the National Health Security Act B.E.2545 which has the intention to compensate beneficiaries who are subjected to damage fairly and speedily. Furthermore, it also reduces the number of lawsuits between the beneficiaries and the health service providers. However, since the aforementioned provision has been enforced for a long period of time and the society has been changing rapidly, thus the criterions for the consideration of preliminary assistant reimbursement provided in such provision are not cover the damage that the beneficiaries receive and inconsistent with the current society.

By studying the foreign law, it can be seen that the health services compensation system of “No-Fault or No-Blame Liability Compensation” has been invented in order to resolve the problems of mistakes arise out of health services. This system has been invented not to protect the health service providers who have done some mistakes but rather to readily and promptly compensate the reimbursement of damage to the beneficiaries. Moreover, this system gives emphasis to the damage compensation, not to bringing the wrongdoer out for punishment for the

purpose of reducing conflicts between the beneficiaries and the health service providers and also corresponds to the present society.

Therefore, the author has agreed to study the laws of Thailand comparing to the health services compensation according to the drafts of laws on patient injury protection and the foreign laws on compensation of health services to be the guideline for the revision of the Thai laws on preliminary assistant reimbursement in case that the beneficiaries are subjected to damage caused by any health services according to national security law in order to appropriately and fairly cover damage that the beneficiaries receive and to follow the purpose of the law.

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 51 ได้กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ มาตรา 80 ยังได้กำหนดให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ รัฐจึงได้ดำเนินการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชน ให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรที่ทำหน้าที่ในการกำกับดูแล ซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั่วทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน

ในปัจจุบันประชาชนชาวไทยได้รับความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลจากรัฐ โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มๆ หลายกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ กลุ่มผู้ได้รับการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมและกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน และกลุ่มผู้ได้รับการรักษาพยาบาลของผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นต้น จากระบบการให้ความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลของรัฐที่มีการแบ่งเป็นกลุ่มๆ ดังกล่าวข้างต้นนั้น ทำให้การบริหารจัดการด้านสาธารณสุขของประเทศเป็นไปอย่างกระจัดกระจายและเกิดความซ้ำซ้อนกันในการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล และการเบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ นอกจากนี้ ยังทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งในประเทศไม่มีสิทธิใดๆ ในการได้รับความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล ทำให้กลุ่มบุคคลดังกล่าวประสบปัญหาในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ซึ่งจากการที่ประชากรของประเทศยังขาดหลักประกันด้านสุขภาพหรือมีหลักประกันสุขภาพที่ไม่เพียงพอนี้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการจัดการระบบการบริการสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลจึงได้มีการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นมา เพื่อรวมการบริหารจัดการด้านการรักษาพยาบาลตามกฎหมายต่างๆ ที่มีอยู่อย่างกระจัดกระจายเข้าไว้ด้วยกัน

และดำเนินการบริหารจัดการโดยหน่วยงานเพียงหน่วยงานเดียว ทั้งนี้ เพื่อเป็นการลดรายจ่ายโดยรวมด้านสาธารณสุขของประเทศมิให้มีการจัดการที่ซ้ำซ้อน และเพื่อให้การบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนเป็นไปอย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยรัฐจะให้ความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่และผู้รับบริการจะเสียค่าใช้จ่ายเพียงจำนวนน้อย และในส่วนของผู้ยากไร้จะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับในหลายประเทศว่าสามารถคุ้มครองความเสี่ยงซึ่งเกิดจากภาระค่ารักษาพยาบาล และสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้ โดยมีหลักการว่าสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ สำหรับในประเทศไทยนั้นแนวคิดเรื่องการคุ้มครองความเสี่ยงจากค่ารักษาพยาบาลมีมานานแล้ว แต่ปรากฏเป็นรูปร่างขึ้นเมื่อได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งพระราชบัญญัตินี้มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 โดยเหตุผลในการประกาศใช้กึ่งเพื่อจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชน และเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพโดยทั่วถึง

สิทธิต่างๆ ที่ประชาชนจะได้รับตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วย สิทธิที่จะได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็น มีคุณภาพและได้มาตรฐาน สิทธิในการได้รับการคุ้มครองและได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข และสิทธิในการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันในด้านต่างๆ เช่น การจัดระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ หรือท้องถิ่นของตนเอง มีส่วนร่วมในการตรวจตราคุณภาพบริการ มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย เป็นต้น

แม้ว่าเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คือ การจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพโดยทั่วถึงแต่อย่างไรก็ดี การให้บริการสาธารณสุขนั้นเป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและร่างกายของมนุษย์ จึงมีโอกาที่จะเกิดความผิดพลาดขึ้นได้ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสียหายทั้งที่หลีกเลี่ยงได้และไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ประกอบกับการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำให้ประชาชนเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขได้ง่ายขึ้น แต่จำนวนแพทย์และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขยังมีเท่าเดิม ทำให้ภาระงานของแพทย์และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งนำไปสู่โอกาสที่จะก่อให้เกิดความผิดพลาดและสร้างความเสียหายได้มากขึ้นตามไปด้วย ดังนั้น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงได้กำหนดให้มีการจ่ายเงิน

ช่วยเหลือเบื้องต้น แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลไว้ด้วย โดยบัญญัติเรื่องการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลไว้ในมาตรา 41 เพื่อเป็นการเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุข โดยต้องการให้ผู้รับบริการได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบหรือหาผู้กระทำผิด ถึงแม้ว่ากระบวนการช่วยเหลือผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น จะเป็นการช่วยเหลือผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลบนหลักการของความสมานฉันท์เป็นมาตรการเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของผู้รับบริการ โดยต้องการให้ความช่วยเหลือด้วยความรวดเร็วและทันทั่วถึง โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบหรือหาผู้กระทำผิดก็ตาม แต่ก็ยังมีปัญหาที่จะต้องได้รับการแก้ไขเพื่อให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย ประกอบกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในส่วนที่เกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานานแล้วทำให้บทบัญญัติในเรื่องดังกล่าวขาดความรัดกุมและไม่สอดคล้องกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป

ดังนั้น ผู้เขียนจึงเห็นว่าควรที่จะต้องมีการศึกษาปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาในเรื่องการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายของไทยกับร่างกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขและกฎหมายว่าด้วยการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของต่างประเทศทั้งประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law) และประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (Civil Law) เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของไทย ให้ครอบคลุมความเสียหายที่ผู้รับบริการได้รับอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม และเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายในเรื่องนี้ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาแนวคิด ประวัติความเป็นมา วิวัฒนาการ และระบบหลักประกันสุขภาพของไทย
2. เพื่อศึกษามาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายของไทยและกฎหมายของต่างประเทศ

3. เพื่อศึกษาปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาของกฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.3 สมมติฐานของการศึกษา

การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น เป็นการช่วยเหลือผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลบนหลักการของความสมานฉันท์ ต้องการลดปริมาณการฟ้องร้องกันระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขกับผู้รับบริการสาธารณสุข และเพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ผู้รับบริการ โดยให้ความช่วยเหลือด้วยความรวดเร็ว เป็นธรรม และทันทั่วที่โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดหรือหาผู้กระทำผิด แต่เนื่องจากกฎหมายดังกล่าวได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานานแล้ว ทำให้หลักเกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลขาดความรัดกุม ไม่เหมาะสม ไม่ครอบคลุมความเสียหายที่ผู้รับบริการได้รับ และไม่สอดคล้องกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป นำไปสู่ปัญหาความไม่เป็นธรรมและการฟ้องร้องดำเนินคดีในศาล จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายของไทย เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายต่อไป

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มุ่งศึกษาการดำเนินการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ ทั้งประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law) และประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (Civil Law) เพื่อประโยชน์ในการนำมาเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์และเสนอแนะแนวทางการพัฒนากระบวนการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.5 วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเอกสาร โดยศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลจากหนังสือตำรา กฎหมาย บทความ วารสาร งานวิจัย บทบัญญัติของกฎหมาย เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งของ ประเทศไทยและต่างประเทศ เว็บไซต์ต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์โดยอาศัยหลักเกณฑ์และแนวทางที่เหมาะสมต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปทางกฎหมาย

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงแนวคิด ประวัติความเป็นมา วิวัฒนาการ และระบบหลักประกันสุขภาพของ ประเทศไทย
2. ทำให้ทราบถึงมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายของไทยและกฎหมายของต่างประเทศ
3. ทำให้ทราบถึงปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ทำให้ทราบถึงแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทที่ 2

แนวคิด ประวัติความเป็นมา วิวัฒนาการ และรูปแบบระบบประกันสุขภาพของ ประเทศไทย

ก่อนที่จะทำการศึกษากฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายของไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ และวิเคราะห์เปรียบเทียบปัญหาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น มีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด ประวัติความเป็นมา วิวัฒนาการ และรูปแบบระบบประกันสุขภาพของไทยก่อน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพ¹

ความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพ จัดว่าเป็นความเสมอภาคในโอกาส และเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนต้องได้รับบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ ในฐานะเป็นพลเมืองของประเทศ และการมีสุขภาพดีถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ความเสมอภาคจึงเป็นหลักการพื้นฐานอันสำคัญยิ่งของสังคมที่มีระบอบการเมืองการปกครองแบบประชาธิปไตย เป็นหลักการที่ทุกรัฐบาลพยายามทำให้เกิดขึ้นในประเทศของตน เพื่อให้ประชาชนมีความเท่าเทียมกันในทุกๆ ด้าน และไม่ถูกเลือกปฏิบัติ

หลักความเสมอภาคเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ในเชิงสังคมวิทยาเห็นว่าการก่อให้เกิดความเสมอภาคทางสังคม คือ การสร้างความเป็นธรรมแก่ประชาชน โดยแนวคิดความเป็นธรรม สามารถแบ่งได้ 2 แนวคิด ได้แก่

1. แนวคิดเสรีนิยม แนวคิดนี้จะปฏิเสธความเท่าเทียมกันของทุกคน จะยอมรับก็เพียงมาตรฐานขั้นต่ำเท่านั้น ส่วนที่เกินจากนั้นให้เป็นสิทธิและเสรีภาพของแต่ละคนจะไขว่คว้าตามความสามารถ เชื่อในการตัดสินใจของแต่ละคนว่าจะสามารถเลือกสิ่งที่ดีที่สุดที่ตนเองต้องการ การ

¹ ภราดร ดังยางหาวย. (2548). ความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. หน้า 11-14.

ทำให้เกิดความเป็นธรรม คือ การให้เสรีภาพแก่ทุกคนในการเลือกจึงจะเรียกว่าเกิดความเป็นธรรม กลไกตลาดที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพนั้นจะทำให้เกิดความเป็นธรรมได้ด้วย เพราะทุกคนเลือกได้ด้วยตนเอง

2. แนวคิดความเท่าเทียมกัน เห็นว่าทุกคนควรมีความเท่าเทียมกันในทุกๆ ด้าน เริ่มตั้งแต่การมีโอกาสที่เท่าเทียมกัน รวมทั้งควรได้รับสวัสดิการการดูแลจากสังคมอย่างเท่าเทียมกัน และท้ายที่สุด คือ การมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน ผู้ที่เชื่อแนวคิดความเท่าเทียมจะปฏิเสธกลไกการตลาด เพราะเห็นว่าหากอสังกตลาด คนที่มีข้อมูลมากกว่าก็จะใช้โอกาสที่มีมากกว่าสร้างประโยชน์ให้กับตนเอง และกลุ่มนักคิดนี้จะให้ความสำคัญกับสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ควรเท่าเทียมกันด้านโอกาส (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544)

เมื่อพิจารณาจากแนวคิดความเป็นธรรมทั้งสองแนวคิดนี้ ในการบริการสุขภาพจึงเลือกแนวคิดความเท่าเทียมกันมากกว่าแนวคิดเสรีนิยม เพราะบริการสุขภาพส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้กลไกตลาดมาเป็นกลไกหลักในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนได้ โดยที่ส่วนใหญ่จะมองว่าควรเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่จะได้รับโอกาสใช้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพจากการบริการของรัฐ โดยไม่มีปัจจัยด้านต่างๆ มาเป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการสุขภาพนั้น และไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะไขว่คว้าของแต่ละคน การสร้างความเสมอภาคเป็นการสร้างความเป็นธรรมด้วย ตามความหมายของความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพ อีกทั้ง ยังมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งสอดคล้องกับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ

2.2 ระบบประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพเป็นลักษณะหนึ่งของระบบประกันสุขภาพ และอาจพิจารณาได้จากหลายมุมมอง เช่น อาจมองว่าการประกันสุขภาพเป็นธุรกิจประเภทหนึ่ง อาจมองว่าเป็นเครื่องมือสำหรับลดภาระในการชำระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ เป็นกลไกในการกระจายความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของปัจเจกชนไปสู่คนหมู่มาก หรืออาจมองว่าเป็นสวัสดิการประเภทหนึ่งของรัฐที่พึงจัดให้มีเพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชน

การประกันสุขภาพเป็นการนำความเสี่ยงของแต่ละคนมารวมกันเป็นของกลุ่ม (Risk Pooling) แล้วกระจายให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแบกรับเฉลี่ยกันไป ซึ่งจะช่วยลดภาระความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายจำนวนมากของแต่ละคนให้อยู่ในระดับที่ไม่มากนักและมีความแน่นอนเสมือนเป็นการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่ไม่แน่นอนของแต่ละคนไปสู่ค่าใช้จ่ายจำนวนน้อยๆ แต่

คงที่² โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ ให้ประชาชนทั้งประเทศได้รับการทางด้านสุขภาพอนามัยที่มีคุณภาพ โดยมีการกระจายความคุ้มครองให้มีการประกันสุขภาพออกไปอย่างกว้างขวางทั่วถึงและพอเพียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ที่ยังไม่ได้รับการสุขภาพอนามัย เนื่องจากไม่มีความสามารถช่วยเหลือตัวเองให้ได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัย³ และการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพนั้นเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ระบบประกันสุขภาพจึงควรให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน (Universal Coverage) เป็นมาตรฐานเดียวกันอย่างเท่าเทียม หรืออย่างน้อยในระดับหนึ่งเป็นพื้นฐานเพื่อให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตด้วยความมั่นใจว่า เมื่อเขามีปัญหาทางสุขภาพไม่ว่าจะเป็นเรื่องความเจ็บป่วยหรือไม่ก็ตาม เขาจะสามารถเข้ารับบริการทางสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาทางสุขภาพนั้น โดยไม่ต้องแบกรับภาระทางการเงิน⁴ โดยในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพนั้นต้องคำนึงถึง

1. เสรีภาพของประชาชน ให้ประชาชนทุกคนได้รับการประกันสุขภาพ แต่ไม่ควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกรับบริการประกันสุขภาพรูปแบบต่างๆ ตามสมควรด้วยตนเอง
2. ความเป็นธรรมระหว่างกลุ่มผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ซึ่งหมายถึง การคุ้มครองโอกาสในการเข้าถึงบริการและคุณภาพของบริการ ควรจะได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน
3. ประสิทธิภาพของการจัดระบบประกันสุขภาพ ควรมีประสิทธิภาพทั้งในเชิงเศรษฐกิจและเชิงบริหาร คือ ในเชิงเศรษฐกิจควรจะเป็นระบบที่มีค่าใช้จ่ายต่ำที่สุดและต้องสามารถบังเกิดผลอย่างเต็มที่ และครอบคลุมเป้าหมายด้านสุขภาพอนามัยของประเทศเชิงบริหาร ควรหลีกเลี่ยงการเป็นระบบบริหารขนาดใหญ่ และซับซ้อน
4. ความเป็นไปได้ของระบบประกันสุขภาพ หมายถึง ความเป็นไปได้ทั้งในเชิงเศรษฐกิจและในเชิงนโยบายการบริหารโดยไม่ต้องเป็นภาระแก่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด ตลอดจนไม่เป็นภาระแก่ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ⁵

² วิจิตร ระวิวังศ์, ชาย ชีระสุต, ประวิ อ่ำพันธ์, ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล, ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, สุริยันต์ สุวรรณราช และคณะ. (2543). โครงการวิจัยเรื่องลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ. หน้า 25.

³ อัญชลี หอมหวาน. (2552). การพัฒนากระบวนการช่วยเหลือผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. หน้า 9.

⁴ ธาณิณี ปากาสิทธิ์. (2546). การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข. หน้า 10.

⁵ อัญชลี หอมหวาน. เล่มเดิม. หน้า 9-10.

5. ความเสี่ยงทางจริยธรรม (Moral Hazard) ทั้งในส่วนของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในส่วนของผู้รับบริการ ผู้มีประกันสุขภาพมักมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพมากกว่าในกรณีที่ไม่ มีประกันต่างๆ ที่ไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น สาเหตุมาจากการมี ประกันสุขภาพ ทำให้การค่าใช้จ่าย ณ จุดรับบริการมีน้อยหรือไม่มีเลย จึงมีการบริโภคบริการใน ปริมาณที่มากขึ้น นอกจากนี้ ผู้มีประกันสุขภาพยังอาจจะละเลยในการดูแลสุขภาพตนเองทำให้โอกาส เจ็บป่วยมีมากขึ้น ในด้านผู้ให้บริการก็อาจลดความถี่ถ้วนในการพิจารณาความจำเป็นของการตรวจ รักษาเนื่องจากไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลเอกชนที่แข่งขันกันด้านเครื่องมือพิเศษ ราคาแพง การใช้เครื่องมือเหล่านั้นทำให้ โรงพยาบาลได้เงินจากผู้ป่วยต่างๆ ที่อาจไม่จำเป็น ซึ่งเป็นการสูญเสียเปล่าทางเศรษฐกิจที่มีผลกระทบ ทางสังคม ปัญหาความเสี่ยงทางจริยธรรมนี้สามารถพบได้ในทุกระบบของการประกันสุขภาพ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

6. การรับความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Selection) หมายถึง การที่กองทุน ประกันต้องรับความเสี่ยงมากกว่าค่าเฉลี่ยของประชากร ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ซื้อประกันจ่ายเงินใน อัตราคงที่โดยการคำนวณจากค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายของประชากรทั้งกลุ่ม (Community Rating) โดย ไม่ได้ปรับตามความเสี่ยงของผู้ซื้อ (Experience Rating) จึงปรากฏว่า ผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเจ็บป่วย หรือเจ็บป่วยอยู่แล้วจะซื้อประกันสุขภาพ ในขณะที่ผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำจะไม่ซื้อประกันสุขภาพ เนื่องจากเบี้ยประกันแพงเกินไป เมื่อเทียบกับความเสี่ยงของตน (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

7. กลไกการเบิกจ่ายเงิน การเบิกจ่ายเงินที่ขาดความรัดกุมและมีการตรวจสอบน้อย ทำให้เกิดการไม่สุจริตขึ้นได้ ระบบประกันที่ใช้วิธีการเบิกจ่ายตามบริการที่ให้อจริง (Fee for Service) เช่น ระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการพบว่าสถานบริการเอกชนบางแห่งเปลี่ยน สถานะผู้ป่วยจากผู้ป่วยนอกที่เบิกไม่ได้ไปเป็นผู้ป่วยในเพื่อให้สามารถนำไปเบิกได้ ลูกจ้างที่ออก จากงานและยังมีสิทธิประกันสังคมอยู่มักย้ายกลับไปภูมิลำเนาเดิม แต่สำนักงานประกันสังคมก็ยัง จ่ายให้กับโรงพยาบาลคู่สัญญาต่อไป โดยไม่ได้มีการให้ผลประโยชน์กับคนงานที่ออกจากงานไป สถานบริการที่รับผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสังคมและบัตรสุขภาพอาจพยายามวินิจฉัยโรคให้เป็น โรคในกลุ่มที่มีการจ่ายเงินเพิ่มพิเศษ โดยจัดให้อยู่ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ที่ให้ได้รับเงิน มากขึ้น (เดล โคแนลสัน และคณะ, 2542)

8. คุณภาพของการให้บริการ การแข่งขันระหว่างสถานพยาบาลมีผลต่อคุณภาพของการ ให้บริการ ในประเทศไทยปัญหาเรื่องคุณภาพบริการเป็นเรื่องที่สำคัญมาก โรงพยาบาลเอกชนมีการ แข่งขันกันเพื่อให้บริการแก่ผู้ใช้สิทธิภายใต้ระบบประกันสังคม กระทรวงสาธารณสุขกำลังเร่ง ความต้องการพื้นฐานเพื่อให้เกิดโครงการประเมินและรับประกันคุณภาพสำหรับผู้ลงทะเบียนกับ

สถานบริการภายใต้โครงการประกันสังคม และโรงพยาบาลต่างก็พยายามปรับตัว เพื่อให้สอดคล้องกับการรับรองมาตรฐานในระบบ ISO 9000 (เคล โดแนลสัน และคณะ, 2542)

9. แรงจูงใจสำหรับสถานบริการและผู้รับบริการ ความแตกต่างในระบบการเงินการคลัง ทำให้สถานบริการมีแรงจูงใจที่แตกต่างกันในการให้บริการด้านสุขภาพ การจ่ายเงินตามบริการที่ให้อ้างอิง (Fee for Service) ในกรณีของสวัสดิการรักษายาของข้าราชการจะทำให้สถานบริการมีแรงจูงใจที่จะให้บริการมากขึ้น โดยเฉพาะบริการที่ได้ผลกำไร ในทางทฤษฎีการจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อหัว (Capitation) ในระบบประกันสังคมและบัตรสุขภาพจะกระตุ้นให้สถานบริการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ในพื้นที่ที่ไม่มีการแข่งขันจะพบว่าระบบเหมาจ่ายอาจนำไปสู่ระบบบริการที่มีคุณภาพต่ำลงหรือให้บริการน้อยลงได้เช่นเดียวกับระบบเหมาจ่ายรวมสำหรับผู้ป่วยในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายา (สปร.) ซึ่งมีเงินไม่เพียงพอ ก็อาจทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะให้บริการน้อยลงและลดคุณภาพของบริการ นอกจากนี้ การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายต่อหัวภายใต้ระบบประกันสังคมยังเป็นการส่งเสริมให้มีการรักษาในโรงพยาบาลแทนที่จะทำให้โรงพยาบาลมีความตระหนักถึงศักยภาพที่จะให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน (เคล โดแนลสัน และคณะ, 2542)⁶

2.3 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สุขภาพดีถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ดังนั้น ทุกคนควรมีโอกาสได้รับการบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเท่าเทียมกัน เพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนจะได้รับสิทธิขั้นอย่างทั่วถึง จึงจำเป็นที่รัฐต้องกำหนดแนวทางที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีอันเป็นเป้าหมายสูงสุด เรียกว่าการประกันสุขภาพแก่ประชาชน ดังนั้น การประกันสุขภาพจึงเป็นการให้หลักประกันในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนหรือผู้เอาประกัน โดยหลักของการประกันสุขภาพเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงสำหรับคนกลุ่มมาก เพื่อให้สมาชิกในครัวเรือนได้รับความคุ้มครอง สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย โดยไม่ต้องวิตกกังวลกับค่าใช้จ่าย (สิริเพ็ญ สุภกาญจน์ภูติ และคณะ, 2539)

ที่ผ่านมารูปแบบการประกันสุขภาพของประเทศไทยมีหลายระบบ แต่ละระบบมีความเป็นมาและการพัฒนาการที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความหลากหลายของสิทธิประโยชน์ในการรักษายา คุณภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพในแต่ละระบบ การเบิกจ่ายเงินชดเชยค่ารักษายา การอุดหนุนทางการเงินจากรัฐ แหล่งที่มาของงบประมาณ อย่างไรก็ตาม

⁶ วิจิตร ระวิวงศ์, ชาย ธีระสุด, ประวิ อ่ำพันธ์, ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล, ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, สุริยันต์ สุวรรณราช และคณะ. เล่มเดิม. หน้า 25-27.

ระบบที่หลากหลายดังกล่าว ยังคงให้เกิดปัญหาต่างๆ ที่มีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการแก้ไขอย่างเป็นระบบ แทนการแก้ไขเฉพาะจุดดังที่ผ่านมา ปัญหาสำคัญดังกล่าว ได้แก่ (สุกสิทธิพรพรรณารุ โณทัย, 2544)

1. การที่ประชาชนกว่า 10 ล้านคน เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากขาดหลักประกันสุขภาพ ทำให้ไม่ได้รับความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลและเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพซึ่งถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล

2. สิทธิประโยชน์ไม่เท่าเทียมกัน เช่นสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ ประกันสังคม และการประกันภาคเอกชน ให้สิทธิประโยชน์ในการเข้ารับรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน และการมีสิทธิอยู่ห้องพิเศษ สวัสดิการข้าราชการยังให้สิทธิเลือกสถานพยาบาลได้อย่างอิสระ เข้ารักษาได้โดยไม่ผ่านระบบส่งต่อ สวัสดิการประชาชนให้สิทธิประโยชน์ทางเลือกน้อยกว่า แต่ครอบคลุมการรักษาพยาบาลได้กว้างขวางพอสมควร เป็นต้น

3. อัตราการใช้บริการที่แตกต่างกัน การมีหลักประกันทำให้เกิดการใช้บริการที่มากเกินไปหรือในทางตรงข้ามผู้ที่ไม่มีหลักประกันจะเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ ผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล และบัตรสุขภาพ ใช้บริการน้อยกว่ากลุ่มอื่น โดยเฉพาะในสถานพยาบาลภาครัฐ ส่งผลให้งบประมาณด้านสุขภาพภาพรวมสูงขึ้นอย่างมาก

4. การคลังสุขภาพที่ไม่เท่าเทียม เป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมของสิทธิประโยชน์และอัตราการใช้บริการ ความแตกต่างของลักษณะการคลังระหว่างหลักประกันระบบต่างๆ แหล่งเงินงบประมาณ และงบประมาณค่าบริการที่จ่ายให้สถานพยาบาล

ปัญหาของระบบประกันสุขภาพที่กล่าวมานั้น เป็นเหตุให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้หารูปแบบการประกันสุขภาพระบบใหม่ ที่น่าจะสามารถแก้ไขปัญหาเชิงระบบได้และมีความยั่งยืน และในที่สุดก็ร่วมกันผลักดันระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าสำเร็จในปี พ.ศ. 2544 ภายใต้ชื่อ “โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยมีคำขวัญของโครงการ คือ “30 บาท รักษาทุกโรค” เริ่มดำเนินการครั้งแรก เมื่อ 1 เมษายน พ.ศ. 2544 โดยดำเนินการนำร่องในพื้นที่ 6 จังหวัด ได้แก่ พะเยา นครสวรรค์ ยโสธร ปทุมธานี สมุทรสาครและยะลา ขยายพื้นที่อีก 15 จังหวัด ในวันที่ 1 มิถุนายน 2544 และดำเนินงานทุกจังหวัดทั่วประเทศ ในวันที่ 1 ตุลาคม 2544 (ยกเว้นเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครชั้นใน ที่เริ่มดำเนินการเมื่อเดือน เมษายน 2545)⁷

การบริการสุขภาพก็มีการพัฒนาขึ้นเช่นเดียวกัน โดยปัจจุบันการบริการสุขภาพได้ให้ความสำคัญเชิงสังคมมากขึ้น และให้ความสำคัญกับสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์และชนชั้นทางสังคม โดยเห็นว่าเป็นสิทธิอันชอบธรรมของมนุษย์ทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

⁷ ภารดร ดังยางหาวย. เล่มเดิม. หน้า 20-21.

มาตรฐานเท่าเทียมกัน การสร้างความเสมอภาคถือได้ว่าเป็นการสร้างความเป็นธรรมทางสังคมด้วย นั่นคือ การทำให้มาตรฐานเฉลี่ยของคนจนกับคนรวย ให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุดหรือแตกต่างกันน้อยที่สุด (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2539) ดังนั้น เป้าหมายของการบริการสุขภาพ คือ การให้โอกาสประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเท่าเทียมกัน⁸

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมาก จนอาจเรียกได้ว่าเป็นการปฏิรูประบบประกันสุขภาพของไทยครั้งสำคัญ ยุทธศาสตร์หลัก คือ การปฏิรูประบบงบประมาณ ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร (Capitation) แทนระบบเดิมที่จัดสรรตามขนาดสถานบริการ เพื่อเป็นการกระตุ้นและเสริมสร้างให้เกิดความเสมอภาค ในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนทั่วประเทศ⁹

2.4 การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข¹⁰

ความผิดพลาดในกระบวนการรักษาพยาบาลนั้น สามารถเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของคน เครื่องมือ หรือแม้แต่วิธีการทำงาน การที่จะระบุตัวคนผิดในบางกรณีเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ใช้เวลานาน และอาจไม่เป็นธรรมกับตัวบุคคลผู้ปฏิบัติงานที่บางครั้งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของปัจจัยแห่งความผิดพลาดเท่านั้น เนื่องจากความเสียหายที่เกิดจากความบกพร่อง (Medical Negligence) หรือความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) เป็นความเสียหายที่สามารถเกิดขึ้นได้ตามปกติ และเป็นธรรมชาติของวงการแพทย์ แม้แต่ในประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งมีระบบการแพทย์ที่ทันสมัยมาก ก็สามารถเกิดความเสียหายได้ เพราะหัตถการและการดูแลแต่ละอย่างมีความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดความเสียหายได้เสมอ เพียงแต่มักน้อยแตกต่างกันไป (กระทรวงสาธารณสุขและโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป, 2550) และจากรายงานเรื่อง “To Err is Human” (Institute of Medicine สหรัฐอเมริกา, 1999, อ้างถึงในกระทรวงสาธารณสุขและโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป 2550, หน้า 13) ระบุว่า ความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดจากความพลาดพลั้ง การละเลย และความบกพร่องของมนุษย์ภายในระบบการดูแลสุขภาพอันซับซ้อนที่ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อป้องกันความผิดพลาด ดังนั้น การกล่าวหาและลงโทษบุคคลว่าเป็น “ผู้กระทำผิด” นอกจากจะไม่ใช่การแก้ปัญหาอย่างตรงจุดแล้ว ยังบั่นทอนแรงจูงใจที่จะเรียนรู้จากความผิดพลาด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาไม่ให้เกิดเหตุการณ์เช่นนั้นซ้ำอีก ซึ่งสาเหตุของ

⁸ แหล่งเดิม. หน้า 1.

⁹ แหล่งเดิม. หน้า 5.

¹⁰ อัญชลี หอมหวาน. เล่มเดิม. หน้า 31-35.

ความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข อาจมีสาเหตุจากปัจจัยหลายด้าน อาทิ (กระทรวงสาธารณสุข, และ โครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป, 2550) เช่น

1. การประมาทเลินเล่อ (Ordinary Negligence) ของมนุษย์
2. ความบกพร่องของระบบการทำงาน หรือระบบการประสานงาน หรือระบบบริหารจัดการ

3. ความบกพร่องของเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ต่างๆ
4. ขีดจำกัดขององค์ความรู้ทางการแพทย์ในขณะนั้น
5. ขีดจำกัดของข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน รวมทั้งความเร่งด่วนต่างๆ

การศึกษาของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard University, 1984, อ้างถึงในกระทรวงสาธารณสุข, และ โครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป, 2550) ระบุว่า ความผิดพลาดจากการผ่าตัดประมาณครึ่งหนึ่งของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เกิดจากการให้ยา อุบัติเหตุทางการรักษา (Therapeutic Mishap) และการวินิจฉัยผิดพลาด

ความผิดพลาดจากการใช้ยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นสิ่งที่พบบ่อยและป้องกันได้ โดยร้อยละ 25 เป็นความผิดพลาดในการสั่งยา ร้อยละ 26 เป็นความผิดพลาดจากการควบคุมดูแลมักพบในการใช้ยาบรรเทาปวด ยาปฏิชีวนะ ยาระงับประสาท ยาเคมีบำบัด ยาจำพวกแสดงฤทธิ์ต่อหัวใจหรือหลอดเลือด และยาหรือสารด้านการจับตัวเป็นลิ่ม

ความผิดพลาดจากผู้ให้บริการ มีทั้งความผิดพลาดจากการไม่ทำหน้าที่ ได้แก่ วินิจฉัยโรคผิดพลาด ประเมินอาการล่าช้า หรือไม่ได้ส่งจ่ายยาในเวลาที่เหมาะสม และความผิดพลาดจากการทำหน้าที่ ได้แก่ สั่งยาให้คนไข้ผิดคน ผิดเวลา เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุข และ โครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป (2550) ได้อธิบายถึงสาเหตุที่ต้องมีระบบการชดเชยแก่ผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

1. ความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมีเพิ่มมากขึ้นทั้งที่หลีกเลี่ยงได้ (Avoidable) และหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Unavoidable)

2. ขาดกลไกช่วยเหลือผู้เสียหายให้ได้รับการชดเชยอย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ กลไกช่วยเหลือผู้เสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขในปัจจุบันมีหลายกลไก แต่ละกลไกมีข้อจำกัดและทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้เสียหายได้อย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ

3. การใช้กลไกทางศาลมีข้อจำกัด เนื่องจากการพิสูจน์สาเหตุของความเสียหายทำได้ยาก เพราะไม่สามารถหาหลักฐาน หรือพยานที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันความผิดพลาดดังกล่าวได้ ทำให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยล่าช้า การต่อสู้ในกระบวนการทางศาลได้สร้างความเครียด ความ

ทุกซ์ทรมานแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงแพทย์และสถานพยาบาลที่ถูกฟ้องร้องด้วย และมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ผู้เสียหายจำนวนมากไม่ได้รับการช่วยเหลือเยียวยาทั้งที่เกิดความเสียหายขึ้น หรืออาจได้รับอย่างไม่เป็นธรรมในกรณีที่มีการเจรจาไกล่เกลี่ยยอมชดเชยกันเอง โดยเฉพาะผู้เสียหายที่เป็นคนยากจนการศึกษาน้อย ซึ่งไม่มีอำนาจต่อรอง ผู้ประกอบวิชาชีพมีแนวโน้มที่จะปกปิดข้อมูลที่น่าอับอายสาเหตุของความผิดพลาด เพราะอาจส่งผลกระทบต่อการประกอบวิชาชีพของตนเอง ขณะเดียวกันผู้ที่ตั้งใจปฏิบัติงานแต่เกิดความผิดพลาดบกพร่องขึ้น อาจสูญเสียขวัญกำลังใจและกระทบต่อการประกอบวิชาชีพในระยะยาวได้ ซึ่งจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการของเอแบคโพล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549) พบว่า บุคลากรร้อยละ 60.4 มีความวิตกกังวลในระดับมากถึงมากที่สุดในประเด็นเกี่ยวกับการร้องเรียนจากผู้ป่วย และร้อยละ 12 คิดว่าประเด็นการร้องเรียนจากผู้ป่วยและประชาชนเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคลากรลาออกจากราชการ เกิดการเผชิญหน้าระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพกับผู้เสียหาย เกิดความแปลกแยกไม่ไว้วางใจ

การเน้นแก้ปัญหาด้วยการฟ้องร้องส่งผลต่อค่าใช้จ่ายโดยรวมของระบบสุขภาพ เพราะจะทำให้เกิดแนวโน้มการทำเวชปฏิบัติแบบปกป้องตนเอง (Defensive Medicine) ผู้ประกอบวิชาชีพจะสั่งการตรวจวินิจฉัยและการรักษามากเกินความจำเป็น เพื่อป้องกันการฟ้องร้องที่อาจเกิดขึ้น มีการซื้อประกันความผิดพลาดทางการแพทย์ (Malpractice Insurance) ในที่สุดผู้ป่วยต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งหมด และไม่มีการเชื่อมโยงไปสู่กระบวนการพัฒนาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)

กลไกการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยภาพรวม ได้แก่¹¹

1. กลไกการชดเชยความเสียหายโดยการฟ้องร้องศาลตามหลักกฎหมายทั่วไปว่าด้วยการละเมิด และใช้กลไกการชดเชยที่ไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดในปัญหาพิเศษเฉพาะเรื่อง

แนวคิด คือ ศาลสามารถใช้หลักกฎหมายทั่วไปว่าด้วยละเมิดเป็นกลไกในการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับความเสียหายจากบริการสุขภาพได้อย่างมั่นคงและสอดคล้องกับหลักการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ ในขณะที่กลไกการชดเชยความเสียหายก่อนศาลโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด สามารถแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นกับชีวิต ร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้เสียหายได้ตรงตามสภาพของปัญหาพิเศษเฉพาะเรื่องแก่ผู้เสียหายเฉพาะกลุ่มได้

2. กลไกการชดเชยความเสียหายก่อนศาลและการฟ้องร้องศาล

¹¹ มหาวิทยาลัยนเรศวร. (2549). ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ. หน้า 17-41.

แนวคิด คือ กลไกการชดเชยความเสียหายก่อนถึงชั้นศาล โดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด สามารถอำนวยความสะดวกในการแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นกับชีวิต ร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้เสียหายได้รวดเร็วกว่าการใช้กลไกทางศาลเพียงอย่างเดียว

3. กลไกการชดเชยความเสียหายแบบเต็มรูปโดยไม่มีการฟ้องร้องศาล

แนวคิด คือ กลไกการชดเชยความเสียหายแบบเต็มรูปโดยไม่ต้องการพิสูจน์ถูกผิด สามารถอำนวยความสะดวกในการแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นกับชีวิต ร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้เสียหายได้อย่างครอบคลุมกว้างขวางและรวดเร็วกว่าการใช้กลไกทางศาล

โดยสรุป กลไกให้ความช่วยเหลือผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขในปัจจุบันของไทยมีหลายกลไก ซึ่งแต่ละกลไกมีข้อจำกัดต่างๆ กัน (กระทรวงสาธารณสุข, และโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป, 2550) ประกอบด้วยการช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เน้นการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น การเรียกร้องค่าเสียหายตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด พ.ศ. 2539 สำหรับความเสียหายที่เกิดจากสถานพยาบาลของรัฐ การฟ้องร้องค่าเสียหายผ่านกลไกทางศาลสถิตยุติธรรม (ฟ้องศาลแพ่ง)

นอกจากกลไกทางการที่กล่าวข้างต้น ยังมีกลไกอื่นๆ ที่ไม่เป็นทางการ เช่น การไกล่เกลี่ยประนีประนอมระหว่างสถานพยาบาลกับผู้ป่วยหรือญาติ โดยมีการจ่ายเงินช่วยเหลือจำนวนหนึ่ง ซึ่งไม่มีหลักประกันว่าผู้เสียหายจะได้รับการช่วยเหลือหรือชดเชยที่เป็นธรรมหรือไม่ โดยเฉพาะผู้เสียหายที่มีอำนาจต่อรองน้อยอาจไม่ได้รับความเป็นธรรมในระบบนี้ได้

2.5 การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคลและไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No-Fault or No Blame Liability Compensation)¹²

ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด ไม่ใช่ระบบที่มีเพื่อการปกป้อง บุคลากรในวิชาชีพที่กระทำผิดพลาด หรือบกพร่อง หรือประมาทเลินเล่อ หรือไร้ความสามารถ หรือกลบเกลื่อนปัญหา เป้าหมายสำคัญของระบบนี้ คือ การชดเชยความเสียหาย มิใช่ควบคุมหรือกำกับ หรือลงโทษบุคลากรที่กระทำผิดพลาด ซึ่งเป็นหน้าที่ของกลไกอื่นที่มีอยู่แล้ว ระบบนี้มีไว้ระบบที่ปิดกั้นกระบวนการฟ้องร้องทางกฎหมายอื่น (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2548)

¹² อัญชลี หอมหวาน. เล่มเดิม. หน้า 35-36.

หลักการสำคัญของระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคล และไม่พิสูจน์ความผิด กระทรวงสาธารณสุข และโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป (2550) อธิบายว่า

1. ชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบและหาคนผิด หลักการที่เป็นหัวใจของระบบนี้ คือ การช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบและใครเป็นคนผิด (No-Fault Liability Compensation) เป็นระบบที่มุ่ง “ชดเชยความเสียหาย” ไม่ใช่มุ่งหาตัวผู้กระทำผิดมาลงโทษ

2. ชดเชยอย่างรวดเร็วเพื่อช่วยเหลือเยียวยาอย่างทันที่ที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมานจากโรคหรือความเจ็บป่วยอยู่แล้ว จึงเข้ารับบริการสาธารณสุขเมื่อต้องประสบกับโชคร้ายซ้ำสอง คือ เข้ารับบริการแล้วเกิดความเสียหายหรือความสูญเสียขึ้น ความทุกข์ความเดือดร้อนย่อมเพิ่มขึ้นอย่างทวีคูณ จึงจำเป็นต้องมีกลไกโอนอุ้มดูแลอย่างทันที่ เพื่อเยียวยาความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น

3. ชดเชยอย่างเป็นธรรมเพื่อจูงใจให้ใช้กลไกนี้แทนการฟ้องร้องต่อศาล ประเภทและจำนวนเงินที่จะได้รับการชดเชยจากระบบนี้ ต้องเทียบเคียงได้กับการชดเชยที่ได้รับจากการฟ้องร้องต่อศาล แต่กระบวนการรวดเร็วและไม่มีการค่าใช้จ่ายต่อผู้ร้อง เพื่อจูงใจให้ผู้เสียหายเข้าสู่ระบบนี้ แทนการฟ้องร้องต่อศาล

4. มุ่งแก้ไขปัญหาและป้องกันการเกิดปัญหาในระยะยาว มุ่งเน้นแก้ไขปัญหามิใช่แก้ข้อกล่าวหา โดยมองและวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบมิใช่ปัญหาเชิงบุคคล เปลี่ยนจากวัฒนธรรมการกล่าวโทษ (Culture of Blame) ไปสู่วัฒนธรรมการสร้างความปลอดภัย (Culture of Safety) และเปลี่ยนวัฒนธรรมการปกปิดปัญหาเป็นการเผชิญปัญหาโดยตรงไปตรงมาและเรียนรู้จากปัญหาเพื่อนำไปสู่การแก้ไข

5. มุ่งเน้นช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายเป็นหลัก

โดยสรุป ในการรับบริการสาธารณสุขมีโอกาสเกิดความเสียหายจากการรับบริการขึ้นได้ ความเสียหายที่เกิดขึ้นมีทั้งที่สามารถหลีกเลี่ยงได้และหลีกเลี่ยงไม่ได้ กลไกในการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมีหลายกลไก ซึ่งแต่ละกลไกมีข้อจำกัดต่างๆ กัน สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาศึกษาถึงการพัฒนาระบบช่วยเหลือผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งมีหลักการในการช่วยเหลือ คือ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น และเป็นการช่วยเหลือโดยไม่พิสูจน์ความรับผิดชอบและหาคนผิด

2.6 สิทธิผู้ป่วย

ในปัจจุบันการแพทย์ได้พัฒนาไปพร้อมกับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีขั้นตอนการรักษาที่ซับซ้อนจึงมีผลต่อการตรวจวินิจฉัย ซึ่งก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียในเวลาเดียวกัน ประกอบกับระบบการแพทย์ในปัจจุบันมุ่งเน้นผลิตแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางมากขึ้น¹³ แม้ว่าที่ผ่านมาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเกื้อกูล มีน้ำใจ และไว้วางใจซึ่งกันและกัน แต่ความสลับซับซ้อนทางสังคมและกระแสของวัฒนธรรมทางธุรกิจได้เพิ่มขยายความขัดแย้งทางจริยธรรมมากขึ้น (ดารافر คงจา, 2541) ดังนั้น องค์การวิชาชีพด้านสุขภาพ 5 องค์การ คือ แพทยสภา สภากายภาพบำบัด สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ ได้เล็งเห็นประโยชน์ที่จะรวมสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยตลอดจนธรรมเนียมปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีไทย จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วยขึ้น เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 เพื่อให้รู้ทั่วกันทั้งประชาชน ผู้ป่วย และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งรวมทั้งแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และผู้ประกอบโรคศิลป์ สาขาต่างๆ โดยมุ่งหวังที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจอันดี ลดความขัดแย้งและนำไปสู่ความไว้วางใจอันเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การรักษาพยาบาลที่ดี ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ จะทำให้ประชาชนที่ป่วยรับรู้ว่ามีสิทธิและสามารถที่จะสื่อกับผู้ที่จะให้บริการได้อย่างถูกต้องและผู้ให้บริการเองก็มีสิทธิและควรให้บริการอย่างเป็นธรรมด้วย (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2541)

คำประกาศสิทธิผู้ป่วยทั้ง 10 ประการ มีกฎหมายรัฐธรรมนูญ กฎหมายแพ่ง กฎหมายอาญา และกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภครองรับอยู่ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2541, และดารافر คงจา, 2541)

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการพยาบาลจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

¹³ ธารินี ปกาสิตธี. เล่มเดิม. หน้า 32.

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย สิทธิส่วนบุคคลที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับเจ็บป่วยนี้ ถือเป็นสิทธิของผู้ป่วย ถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่ได้รับการรองรับมาตั้งแต่คำสาบานของฮิปโปเครติส (Hippocratis) และประเภทต่างๆ ก็ได้รับการรับรองสิทธินี้

8. ผู้มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนเอง ที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลอื่น

10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กยังไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือทางจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

สรุปได้ว่า ในคำประกาศสิทธิผู้ป่วย เป็นการรวบรวมสิทธิขั้นพื้นฐานที่เป็นที่ยอมรับทั่วไป เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ยึดถือปฏิบัติกับผู้ป่วยและญาติ และใช้เป็นกรอบในการให้ความคุ้มครองและรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการสาธารณสุขต่อไป¹⁴

2.7 ประวัติความเป็นมาของระบบประกันสุขภาพของไทย

ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยนั้น เริ่มต้นจากการดูแลช่วยเหลือกันเองในครอบครัว ในรูปแบบของการสงเคราะห์ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม โดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านหรือการแพทย์แผนไทยเป็นรากฐาน ต่อมาการแพทย์แผนตะวันตกในนามการแพทย์สมัยใหม่หรือการแพทย์แผนปัจจุบัน เริ่มเข้ามามีบทบาทในสังคมไทย¹⁵ นับแต่นั้นประเทศไทยก็ได้มีการ

¹⁴ อัญชลี หอมหวาน. เล่มเดิม. หน้า 39-40.

¹⁵ พิระ ดันติเสรณี. (2544). รายงานการศึกษาลับสมบูรณการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข: ข้อเสนอสำหรับประเทศไทย. หน้า 20.

เปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขจากแบบพื้นบ้านมาสู่ระบบสาธารณสุขสมัยใหม่แบบตะวันตก ต่อมารัฐจึงได้มีการออกกฎหมายฉบับแรกขึ้นมา เพื่อควบคุมระบบสาธารณสุขของไทย คือ พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 โดยมีวัตถุประสงค์ว่า “โดยที่การประกอบโรคศิลป์ย่อมมี ผลิตผลอันสำคัญแก่สวัสดิภาพของประชาชน โดยที่ ณ การบัดนี้ในกรุงสยามยังไม่มีระเบียบบังคับ ควบคุมการประกอบกิจเช่นนี้ ปล่อยให้มหาชนปราศจากความคุ้มครองจากอันตรายอันเกิดแก่การ ประกอบกิจแห่งผู้ที่ไร้ความรู้และมีได้ฝึกหัด และโดยที่ทรงพระราชดำริเห็นสมควรควบคุมวาง ระเบียบบังคับ และเลื่อนฐานะแห่งการเป็นผู้ประกอบโรคศิลป์ให้สูงขึ้น จึงทรงพระกรุณา โปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัตินี้ไว้”¹⁶ โดยที่พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 นี้ได้ใช้ บังคับจนถึงปี พ.ศ. 2479 ก็ถูกยกเลิกไป โดยพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลป์ พ.ศ. 2479¹⁷

หลังจากนั้นประเทศไทยก็ให้ความสำคัญกับการพัฒนางานด้านสาธารณสุข โดยเห็นว่า มนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ หลายประการ ซึ่งการมี สุขภาพที่ดีจะเป็นส่วนที่สำคัญซึ่งเป็นพื้นฐานในอันที่จะทำให้องค์ประกอบอื่นๆ เช่น การศึกษา การประกอบอาชีพ สภาพความเป็นอยู่ และความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ฯลฯ ของมนุษย์มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีตามไปด้วย จากเหตุผลนี้ทำให้ประเทศไทยยอมรับในหลักการที่ว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้า” เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนชาวไทยทุกคนที่ควรจะได้รับ อันเป็นเป้าหมายการพัฒนาทาง สังคมโดยรวม และเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของประเทศ ดังนั้น นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 เป็นต้นมา ประเทศไทยจึงได้พยายามทำทุกวิถีทางที่จะให้บรรลุเป้าหมาย ดังกล่าว โดยการทุ่มเทงบประมาณจำนวนมากเพื่อการพัฒนาและสร้างสถานบริการสุขภาพของ ภาครัฐเพิ่มขึ้น และในขณะเดียวกันก็มีการเปิดสถานบริการของภาคเอกชนมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมี การจัดหาเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ และเครื่องมือแพทย์ที่มีความก้าวหน้าและทันสมัยมาใช้ในการ บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อให้เกิดความสะดวกสบาย และได้ประสิทธิภาพในการ รักษาพยาบาล แต่จากการนี้ก็มีผลทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายเพื่อการสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศ มากขึ้นด้วย โดยมีผลกระทบถึงค่าใช้จ่ายของประชาชนเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ซึ่งไม่สามารถ คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ว่าจะเจ็บป่วยรุนแรงเพียงใด ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่ เพียงพอหรือบางรายไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้และไม่ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ดังนั้น การมีหลักประกันสุขภาพที่ดีจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง แม้แต่องค์การอนามัยโลกก็ได้รับ

¹⁶ พันธ สิมะเสถียร และคณะ. (2538). *สิทธิมนุษยชน: รัฐกับสาธารณสุขในสังคมไทย*. หน้า 5-6.

¹⁷ ประกาศ กงชุม. (2545). *ปัญหาทางกฎหมายในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545: ศึกษาเฉพาะกรณีมาตรา 9 มาตรา 10 มาตรา 11 และมาตรา 45 (2) (3)*. หน้า 5.

ไว้ว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่นำไปสู่เป้าหมายแห่งความเป็นธรรม (Equity) ทางด้านสุขภาพ และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ (Efficiency) ของระบบสาธารณสุขควบคู่กันไปด้วย (WHO, 1999)¹⁸

ต่อมาจึงได้มีการกำหนดเป็นแนวนโยบายแห่งรัฐเกี่ยวกับการสาธารณสุขไว้ในรัฐธรรมนูญตั้งแต่ปี พ.ศ. 2489 ตลอดมาจนถึงรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2521 โดยถือเป็นหน้าที่ของ รัฐที่พึงส่งเสริมงานด้านสาธารณสุข สำหรับการปราบปรามและป้องกันโรคระบาด รัฐพึงทำให้ประชาชนโดยไม่คิดถึงมูลค่า ต่อมาเมื่อมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2534 ซึ่งได้แก้ไขเพิ่มเติมปี พ.ศ. 2538 รัฐธรรมนูญฉบับนี้ นอกจากได้กำหนดแนวนโยบายแห่งรัฐเกี่ยวกับการสาธารณสุขดังที่เคยมีมาแล้ว ยังได้กำหนดแนวทางขึ้นใหม่ โดยถือว่าการบริการทางด้านสาธารณสุขนั้นนอกจากจะเป็นเรื่องที่รัฐพึงถือปฏิบัติแล้ว ยังถือว่าเป็นสิทธิของประชาชนที่จะได้รับการบริการในส่วนนี้ แม้ในรัฐธรรมนูญจะเขียนไว้ครอบคลุมการบริการทางด้านสาธารณสุขครบทุกด้านแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่มีกฎหมายฉบับรองลงไปเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร การปฏิบัติงานจึงยังไม่ค่อยเป็นรูปธรรมตามที่รัฐธรรมนูญกำหนดไว้¹⁹ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ที่มีเนื้อหาสาระสำคัญเน้นการส่งเสริมความเป็นธรรมในสังคมและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนในด้านต่างๆ รวมทั้งความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ จึงได้มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 วรรคแรกว่า “บุคคลมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยมีสิทธิในการรับการรักษายาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ...” และในมาตรา 82 ระบุว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุข ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงกัน” ดังนั้นระบบการประกันสุขภาพระบบใหม่ที่จะเกิดขึ้นจะต้องเป็นระบบที่มีความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวด้วย กล่าวคือ ต้องมีการบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่คนไทยทุกคนต้องได้รับอย่างเท่าเทียมกัน และในวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2544 รัฐบาลจึงได้เริ่มดำเนินโครงการประกันสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าว ภายใต้ชื่อโครงการว่า “โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หรือที่รู้จักกันว่า “โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค” และได้มีการเริ่มดำเนินการนำร่องในบางจังหวัดและขยายโครงการไปทั่วประเทศใน

¹⁸ เสาวณีย์ เข้มพุดชา. (2547). การประเมินผลการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ตามนโยบายรัฐบาล. หน้า 1.

¹⁹ ประภาส คงชุม. เล่มเดิม. หน้า 6.

วันที่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นต้นมา²⁰ ซึ่งวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนทุกคนนอกเหนือจากบุคคลที่มีสิทธิได้รับหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นที่มีอยู่แล้วเป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน อันเป็นการสร้างความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพและยังเป็นการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ที่รัฐมีภาระหน้าที่ที่จะต้องเข้าไปมีบทบาทในการจัดการเกี่ยวกับนโยบายดังกล่าวตามรูปแบบที่รัฐได้กำหนดขึ้นและเพื่อใช้เป็นสวัสดิการและเป็นหลักประกันด้านบริการทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน ทั้งนี้ เพื่อการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของประชาชนทุกคนที่มีอาการเจ็บป่วย ประสบอุบัติเหตุ หรือฉุกเฉิน ที่จะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าบริการทางการแพทย์อันใช้เป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นใหม่ และเป็นการสนองตอบต่อความจำเป็นของผู้ป่วยทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากความไม่แน่นอน (Uncertainty) ของการดำรงชีพ ซึ่งอาจมีผลถึงแก่ชีวิตของบุคคลนั้นๆ ได้ รวมตลอดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อบุคคลอื่นและสังคมอีกด้วย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงหมายความว่า สิทธิของประชาชนชาวไทยทุกคน (Entitlement) ที่จะได้รับบริการทางด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้ากัน ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่เขาจะได้รับสิทธินั้น²¹

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นสวัสดิการทางด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนเพื่อเป็นหลักประกันทางด้านสุขภาพ อันเป็นสิทธิตามกฎหมายและตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่ประชาชนทุกคนควรมีสิทธิที่จะได้รับโดยไม่ต้องมีการสมัครเข้าใช้บริการ และต้องมีสัดส่วนในการให้บริการที่เพียงพอทั่วถึงอย่างสมเหตุสมผล²² และเพื่อให้ประชาชนมีสิทธิเสมอกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน จึงได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ ซึ่งครอบคลุมความจำเป็นขั้นพื้นฐานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยได้กำหนดเป็นชุดสิทธิประโยชน์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า²³ ซึ่งผู้ที่มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะแรกนั้น คือ ประชาชนที่ไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และต่อมา

²⁰ ภาครตร ดังยางหาวย. (2548). เล่มเดิม. หน้า 3.

²¹ คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2544). *ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. หน้า 11.

²² จีรวัดณ์ ดังเจริญถาวร. (2552). *สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ : ศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา*. หน้า 56-57.

²³ ภาครตร ดังยางหาวย. หน้าเดิม.

จึงได้ยู่บการประกันสุขภาพตามโครงการสวัสดิการประชาชน และระบบบัตรสุขภาพภาครัฐ รวมเข้ากับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย ผู้ไม่สามารถขอรับสิทธิได้ คือ ผู้ที่ได้รับสวัสดิการจากรัฐอยู่แล้ว คือ ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และลูกจ้างที่อยู่ในระบบประกันสังคม บัตรที่กระทรวงสาธารณสุขออกให้เพื่อใช้แสดงสิทธิเรียกว่า “บัตรทอง” นอกจากนี้ ผู้มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังแบ่งเป็น 2 ประเภท

ประเภทแรก ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรให้การช่วยเหลือเกื้อกูล จะได้รับบัตรทองประเภท รหัสบัตรขึ้นต้นด้วย “ท” ซึ่งไม่ต้องร่วมจ่าย 30 บาท เมื่อรับบริการสุขภาพ

ประเภทที่สอง ได้แก่ ผู้ที่ไม่อยู่ในเงื่อนไขตามประเภทแรก จะได้รับบัตรทองประเภท ไม่มี “ท” และต้องร่วมจ่าย 30 บาท เมื่อรับบริการสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพที่สถานบริการที่กำหนด ผู้มีสิทธิบัตรทองต้องนำบัตรทองและบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ นำมาขึ้นต่อเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง²⁴

นอกจากนั้น ยังมีการปรับปรุงพัฒนาสถานบริการในพื้นที่ภูมิลำเนาให้มีประสิทธิภาพ และคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการได้โดยสะดวก และตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง²⁵ โดยจัดสถานบริการสุขภาพเป็นเครือข่ายการบริการประกอบด้วยหน่วยบริการ 3 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือสถานีอนามัยตามโครงสร้างเดิม มีหน้าที่ให้บริการขั้นพื้นฐาน เป็นหน่วยบริการที่ประชาชนเลือกขึ้นทะเบียนใช้สิทธิรับบริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย

ระดับที่ 2 หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ ได้แก่ การบริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชน มีหน้าที่หลักในการบริการผู้ป่วยใน และรับการส่งตัวผู้ป่วยจากหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

ระดับที่ 3 หน่วยบริการระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หน่วยงานหรือสถาบันที่ดูแลโรคเฉพาะทางและต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแลสุขภาพ

ในการบริการเพื่อให้ครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น หน่วยบริการที่ประชาชนขึ้นทะเบียนใช้สิทธิ หรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุม กรณีมีความจำเป็นหรือเกินขีดความสามารถของหน่วยบริการนั้น ต้องใช้ระบบส่งต่อไปตามลำดับขั้น ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยที่พยายามทำให้เกิดการใช้บริการตามขั้นตอนที่เครือข่ายบริการมีการตกลงร่วมกับประชาชน ประชาชนสามารถไปใช้บริการ

²⁴ แหล่งเดิม. หน้า 22.

²⁵ ภาคร ดั่งยางหาว. หน้าเดิม.

ได้ทั้งที่หน่วยบริการปฐมภูมิหลักและรอง ส่วนการใช้บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ควรผ่านระบบการส่งต่อ และกรณีที่ได้รับการยกเว้นที่ไม่ต้องใช้บริการตามขั้นตอน คือ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือกรณีที่ไม่ฉุกเฉินแต่มีการตกลงภายในเครือข่ายว่าจะดำเนินการเบื้องต้นอย่างไร²⁶

ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการเปลี่ยนแปลงระบบประกันสุขภาพครั้งใหญ่ โดยได้มีการออกกฎหมายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ขึ้นมา เพื่อจัดระบบประกันสุขภาพขึ้นใหม่ และทำให้ระบบประกันสุขภาพมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงตามที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองไว้ ระบบประกันสุขภาพจึงได้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข²⁷ และกำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ และมีเลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการของคณะกรรมการ²⁸ เพื่อการปฏิบัตินโยบายด้านนโยบายเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า²⁹ ภายใต้โครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเน้นให้มีการกระจายอำนาจการบริหารระบบงานไปยังหน่วยงานในระดับพื้นที่ (Local System Manager) คือ สำนักงานสาขาเขตให้มีครอบคลุมทั่วทั้งประเทศรวมทั้งสิ้น 13 แห่ง แบ่งเป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่อีก 12 แห่ง ซึ่งแต่ละเขตดูแลพื้นที่ประมาณ 3-5 จังหวัด โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดของแต่ละจังหวัดเป็นหน่วยงานสนับสนุนในการปฏิบัติการในด้านต่างๆ ให้แก่สำนักงานสาขาเขตพื้นที่ โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แต่ละจังหวัดเป็นรายเดือน และในระดับจังหวัดจะดำเนินการจัดสรรงบประมาณให้กับสถานพยาบาลในเครือข่ายโดยงบประมาณที่สถานพยาบาลจะได้รับ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับรูปแบบการบริการงบประมาณและการจัดสรรเงินแก่สถานพยาบาลที่จังหวัดเลือกซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 Inclusive Capitation เป็นการจัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวรวม โดยรวมงบสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกรับส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) และบริการผู้ป่วยใน (Inclusive Capitation) ให้หน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิที่รับขึ้นทะเบียนกรณีที่มีการส่งต่อ

²⁶ แหล่งเดิม. หน้า 23-24.

²⁷ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545. มาตรา 24.

²⁸ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545. มาตรา 13.

²⁹ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545. มาตรา 18.

ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น หน่วยคู่สัญญาบริการจะต้องจ่ายตามแต่กรณีที่มีค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เฉพาะนอกเขตจังหวัดให้เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง ในขณะที่การตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลในจังหวัด กรณีผู้ป่วยนอกให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการระดับจังหวัดกำหนด กรณีผู้ป่วยในจะตามจ่ายในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRG)

รูปแบบที่ 2 Exclusive Capitation เป็นการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกรบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) ให้หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Capitation for Ambulatory Care) ส่วนงบสำหรับบริการผู้ป่วยในให้บริหารที่จังหวัด โดยจ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG With Global Budget) ส่วนค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง การบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เฉพาะนอกเขตจังหวัดให้เบิกจ่ายจากสำนักงานประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง³⁰

จนกระทั่งปัจจุบัน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ก็ยังคงบัญญัติรับรองสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐไว้ในมาตรา 51 โดยบัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ นอกจากนี้ ในมาตรา 80 ยังได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

ดังนั้น นับแต่ประเทศไทยได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 รัฐจึงมีหน้าที่ที่จะต้องจัดให้ประชาชนทุกคนได้รับสิทธิในการรับบริการทางด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมอย่างเสมอกันและได้มาตรฐาน ส่วนผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และการบริการทางสาธารณสุขของรัฐนั้นต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์

อย่างไรก็ตาม ปัญหาการเจ็บไข้ได้ป่วยของประชาชนในสังคมไทยในปัจจุบัน นับว่ามีแนวโน้ม และมีปริมาณจำนวนผู้เจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ทั้งจากโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ โดยธรรมชาติหรือแม้กระทั่งโรคติดต่อร้ายแรง เช่น โรคเอดส์ หรือโรค

³⁰ จีรวัฒน์ ตั้งเจริญถาวร. เล่มเดิม. หน้า 57-59.

เรื่องต่างๆ อันถือได้ว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคอันสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ดังนั้น ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐในฐานะที่เป็นผู้ปกครอง และมีหน้าที่ที่จะต้องให้ความคุ้มครองต่อสิทธิของประชาชนภายในรัฐที่จะต้องจัดให้มีการให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ ภายใต้ความเสมอภาคเท่าเทียมกัน และมีสิทธิที่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างจริงจัง ซึ่งรัฐจะต้องดำเนินการตามหน้าที่ โดยผ่านระบบประกันสุขภาพของรัฐ³¹

2.8 วิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย³²

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมานับตั้งแต่อดีตจนถึงกลางปี พ.ศ. 2544 ระบบประกันสุขภาพสำหรับคนไทยมีหลายระบบ ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล แหล่งที่มาของการคลังสุขภาพ ระบบบริหารจัดการคุณภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ยังมีประชาชนชาวไทยกลุ่มหนึ่งที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพใดๆ ซึ่งหากเจ็บป่วยจะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย รวมถึงไม่สามารถเข้าถึงการบริการรักษาพยาบาลในบางกรณีได้ แต่หลังจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลใช้บังคับตั้งแต่ 19 พฤศจิกายน 2545 ทำให้คนไทยทุกคนได้รับสิทธิการประกันสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งถือเป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยการประกันสุขภาพของประเทศไทยสามารถสรุปได้ 4 ช่วง ดังนี้

2.8.1 ช่วงก่อนรัฐให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชน ก่อนปี พ.ศ. 2400-2497 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลโดยรัฐ เริ่มมีการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยมีวิวัฒนาการของระบบในช่วงนี้ ดังนี้

ก่อน พ.ศ. 2400-2449 สังคมไทยโบราณชาวบ้านดูแลรักษาสุขภาพด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน จนปลายสมัยกรุงศรีอยุธยาที่มีขจันนารีเริ่มนำการรักษาแบบตะวันตกมาเผยแพร่ในไทย มีลักษณะการให้บริการโดยไม่คิดค่ารักษาพยาบาล จนกระทั่งปี พ.ศ. 2449 มีการสร้างโรงพยาบาลศิริราชให้บริการการแพทย์แผนตะวันตก โดยประชาชนรับผิดชอบในการจ่ายค่ารักษาเอง หลังจากนั้นมีการสนับสนุนให้จัดตั้งสถานพยาบาลแบบตะวันตกมากขึ้น

พ.ศ. 2453 บริษัทต่างชาติเข้ามาเปิดให้บริการประกันสุขภาพ จึงเกิดกฎหมายควบคุมการประกันภัยภาคเอกชนเป็นครั้งแรก

³¹ แหล่งเดิม, หน้า 1-2.

³² สำนักงานนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2547). *กว่าจะเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. หน้า 1-12.

พ.ศ. 2488 รัฐบาลยกเว้นค่ารักษาพยาบาลแก่คนยากจน โดยให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ให้การรักษา

พ.ศ. 2497 เริ่มมีการผลักดันกฎหมายเกี่ยวกับการประกันสังคม (แต่ไม่ประสบความสำเร็จ) และมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติขนส่งทางบกคุ้มครองบุคคลที่ 3 บังคับใช้กับรถบรรทุกรับจ้าง

2.8.2 ช่วงรัฐให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชน³³ ช่วงปี พ.ศ. 2506-2525 โดยมีพัฒนาการที่สำคัญ คือ การออกระเบียบช่วยเหลือข้าราชการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล การประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันชีวิต และพระราชบัญญัติประกันวินาศภัย การจัดตั้งกองทุนเงินทดแทนเพื่อคุ้มครองการเจ็บป่วยจากการทำงาน และที่สำคัญ คือ รัฐบาลได้กำหนดให้มีนโยบายรักษาพยาบาลฟรีหรือสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อย นอกจากนี้ ยังได้มีการจัดตั้งบริษัทประกันสุขภาพเอกชนแห่งแรกในไทย โดยมีพัฒนาการในช่วงนี้ ดังนี้

พ.ศ. 2506 รัฐบาลออกระเบียบช่วยเหลือข้าราชการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

พ.ศ. 2510 ประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันชีวิต และพระราชบัญญัติประกันวินาศภัย

พ.ศ. 2516 จัดตั้งกองทุนเงินทดแทน เพื่อคุ้มครองการเจ็บป่วยจากการทำงาน

พ.ศ. 2518 เริ่มดำเนินโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณในหมวดเงินอุดหนุนทั่วไป

พ.ศ. 2521 จัดตั้งบริษัทประกันสุขภาพเอกชนแห่งแรกในไทย

พ.ศ. 2522 ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2522 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้สำหรับคนโสดต่ำกว่า 1,000 บาท ต่อเดือน และต่ำกว่า 2,000 บาท ต่อเดือน สำหรับครอบครัว โดยให้สถานพยาบาลเป็นผู้พิจารณา

พ.ศ. 2523 ประกาศราชกิจจานุเบกษาสำหรับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

พ.ศ. 2524 ปรับเกณฑ์รายได้ของคนโสดที่จะได้รับสิทธิการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลเป็น ต่ำกว่า 1,500 บาท ต่อเดือน ส่วนรายได้ครัววงศ์เดิม

พ.ศ. 2524 มีการประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2524 และเริ่มมีการออกบัตรสงเคราะห์เป็นรายครอบครัว บัตรมีอายุ 3 ปี โดยให้กรรมการหมู่บ้านเป็นผู้พิจารณา ระเบียบนี้ไม่มีการกำหนดชื่อสถานพยาบาลในบัตรประชาชน สามารถใช้บริการในสถานพยาบาลรัฐได้ทุกแห่ง งบประมาณที่ได้รับเปลี่ยนจากหมวดเงินอุดหนุนที่ทั่วไปเป็นหมวดเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ

³³ สรุปจาก “ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2545.

พ.ศ. 2525 งบประมาณการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้ใช้เฉพาะการซื้อยา กลุ่มที่ได้รับการสงเคราะห์ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าวเรียกว่าผู้ได้รับการสงเคราะห์ประเภท ก ขณะเดียวกันรัฐบาลได้จัดงบประมาณบางส่วนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีสิทธิรักษาฟรีและไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลในครั้งนั้นๆ ได้ โดยให้อยู่ในดุลยพินิจของหัวหน้าสถานพยาบาล เรียกผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ประเภทนี้ว่า ผู้ได้รับการสงเคราะห์ประเภท ข

2.8.3 ช่วงรัฐและประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินจากการรักษาพยาบาล³⁴ ช่วงปี พ.ศ. 2526-2544 ในช่วงนี้ได้เริ่มให้ประชาชนหรือชุมชนมีส่วนร่วมในการลดความเสี่ยงทางการเงินเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้กลไกการคลังในระดับชุมชน (กองทุนบัตรสุขภาพระดับหมู่บ้าน) ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นการซื้อบัตรสุขภาพในลักษณะครอบครัว มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม ซึ่งทำให้มีระบบการร่วมจ่ายทั้งจากผู้ใช้แรงงาน นายจ้าง และรัฐบาล ขณะเดียวกันโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลก็มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 โครงการได้ขยายผู้มีสิทธิให้ครอบคลุมเด็ก 0-12 ปี ผู้สูงอายุ คนพิการ ทหารผ่านศึก นักบวช รวมถึงกลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข และได้เปลี่ยนชื่อโครงการใหม่เป็น “โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)” และเปลี่ยนบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเป็นบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล โดยมีพัฒนาการตามลำดับ ดังนี้

พ.ศ. 2526 เริ่มโครงการบัตรสุขภาพ โดยใช้กลไกด้านการคลังสุขภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็กเป็นหลัก

พ.ศ. 2527 ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2524 และประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2527 โดยคงหลักเกณฑ์รายได้ตามเดิม แต่กำหนดให้ผู้มีสิทธิต้องไปรับบริการจากสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ในบัตร 2 แห่ง คือ สถานอนามัยและโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา

พ.ศ. 2527 โครงการบัตรสุขภาพระยะ 2 สนับสนุนการใช้บริการสำหรับทั้งครอบครัว

พ.ศ. 2530 ออกบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ครั้งที่ 3 โดยกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียว คือ สถานอนามัย หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา

พ.ศ. 2532 รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป

³⁴ แหล่งเดิม.

พ.ศ. 2533 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 บังคับใช้ครอบคลุมลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป

พ.ศ. 2534 ออกบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ครั้งที่ 4 และมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ พ.ศ. 2534 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

พ.ศ. 2534 โครงการบัตรสุขภาพพระยະที่ 3 ปรับรูปแบบหลักการดำเนินการโดยใช้หลักการประกันสุขภาพ

พ.ศ. 2535 รัฐบาลมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าในกลุ่มเด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี และคนพิการ นอกจากนี้ ยังได้มีการเพิ่มกลุ่มทหารผ่านศึกและครอบครัว รวมทั้งภิกษุสามเณรและผู้นำศาสนา

พ.ศ. 2536 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 บังคับใช้

พ.ศ. 2537 ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2527 และประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 มีการออกบัตรใหม่ (นับเป็นการออกบัตรรอบที่ 5) โดยเรียกชื่อว่า “บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล” (บัตร สปร.) กำหนดเกณฑ์รายได้ใหม่เป็นคนโสดรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ต่อเดือน และครอบครัวต่ำกว่า 2,800 บาท ต่อเดือน ยังคงกำหนดสถานพยาบาลในบัตรเพียงแห่งเดียวและออกบัตรเป็นรายครอบครัว มีนโยบายการให้บัตรประกันสุขภาพแก่ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว และมีการจัดสรรเงินงบประมาณให้ภายใต้โครงการนี้

พ.ศ. 2537 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ขยายการบังคับใช้ครอบคลุมลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คน ขึ้นไป

พ.ศ. 2539 ขยายการใช้จ่ายเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ สำหรับโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) จากที่จ่ายได้เฉพาะค่ายาและเวชภัณฑ์ เป็นค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ มีการตกลงกับกระทรวงการคลังให้สามารถจ่ายเป็นค่าตอบแทนล่วงหน้าได้

พ.ศ. 2541 ออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) รอบที่ 6 แต่เปลี่ยนจากบัตรครอบครัวเป็นบัตรบุคคล และกำหนดให้ต้องมีการขึ้นทะเบียนและออกบัตรโดยระบบคอมพิวเตอร์ในทุกกลุ่มเป้าหมาย ผู้มีสิทธิสามารถไปใช้บริการที่โรงพยาบาลในภูมิลำเนาได้โดยตรง โดยมีสถานอนามัยเป็นเครือข่าย มีการจัดการโดยคณะกรรมการระดับชาติและระดับจังหวัด จัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากรแต่ละจังหวัด นำระบบการชดเชยขั้นที่สอง (Reinsurance) มาใช้สำหรับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงด้วยการเบิกจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) และงบประมาณแบบ Global Budget

พ.ศ. 2541 ผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้มีการปรับปรุงการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ โดยใช้ระบบร่วมจ่าย กำหนดสิทธิประโยชน์ด้านยาและจำกัดการนอนรักษาตัวในห้องพักพิเศษ

พ.ศ. 2542 ปรับระบบบริหารจัดการงบประมาณโดยมีการประกันชั้นที่สอง (Reinsurance) สำหรับบริการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงของโครงการบัตรสุขภาพและโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) เพื่อชดเชยให้แก่โรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงและกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด โดยมีการกำหนดให้กันเงินร้อยละ 2.5 ของงบประมาณในแต่ละปีไว้ที่ส่วนกลาง

พ.ศ. 2542 ได้รับอนุมัติเงินกู้จากธนาคารโลกในโครงการลงทุนทางสังคม (Social Investment Project, SIP) เพื่อจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ในวงเงิน 27.8 ล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยที่รัฐบาลไทยต้องจัดเงินสมทบอีกร้อยละ 20 เพื่อจัดสวัสดิการให้แก่กลุ่มผู้ด้อยงาน (จากวิกฤตเศรษฐกิจ) ประมาณ 1.5 ล้านคน ระยะเวลาดำเนินงาน 28 เดือน (ซึ่งต่อมาได้มีการขยายโครงการเป็น 3 ปี คือ ระหว่างปีงบประมาณ 2542-2544) การดำเนินงานได้ทำข้อตกลงกับธนาคารโลก ในการที่จะนำเงินมาดำเนินงานให้กับกลุ่มเป้าหมายของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ในพื้นที่ 6 จังหวัดแทน จังหวัดที่ดำเนินงานประกอบด้วยพะเยา ยโสธร นครสวรรค์ สมุทรสาคร ปทุมธานี และยะลา

พ.ศ. 2543 ขยายระบบประกันสังคมไปสู่ผู้เกษียณอายุและเด็ก

พ.ศ. 2544 กองทุนประกันสังคมปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม โดยใช้หลักการจ่ายตามภาระเสี่ยงทางการเงิน (Risk Adjusted Capitation) สำหรับผู้ป่วยนอก ซึ่งมีภาระเสี่ยงสูง 8 โรค คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตับอักเสบเรื้อรังและตับแข็ง หัวใจล้มเหลว เส้นเลือดสมองตีบตัน มะเร็ง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง และโรคถุงลมโป่งพอง

2.8.4 ช่วงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะเปลี่ยนผ่าน³⁵ ช่วงวันที่ 1 เมษายน 2544-19 พฤศจิกายน 2545 โดยที่ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลภายใต้การนำของ ฯพณฯ พันตำรวจโท ดร.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แก่ประชาชนไทย ภายใต้ชื่อ “โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค” ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540³⁶ หมวดนโยบายพื้นฐานแห่ง

³⁵ สรุปจากรายงานผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทย ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544).

³⁶ ปัจจุบันเป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550.

รัฐ มาตรา 52³⁷ ความว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกัน ในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย...” และสอดคล้องกับแนวคิด วัตถุประสงค์ และเป้าหมาย ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ที่กำหนดให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคช่วงแรกดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข จนมีการออกกฎหมายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงมีการตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการต่อเนื่องจนปัจจุบัน โดยมีพัฒนาการ ดังนี้

เมษายน 2544 เริ่มดำเนินการ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้นโยบายรัฐบาลที่ชื่อว่า “โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค” ระยะที่ 1 โดยดำเนินการนำร่องในพื้นที่ 6 จังหวัด ประกอบด้วย ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ ชัยนาท พะเยา และยะลา ครอบคลุมประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ จำนวน 1.39 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 37.37 ของประชากรใน 6 จังหวัด โดยสถานพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการเป็นสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

มิถุนายน 2544 ขยายพื้นที่ดำเนินการ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2 ไปอีก 15 จังหวัด ประกอบด้วย นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส ครอบคลุมประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ 4.9 ล้านคน หรือร้อยละ 35 ของประชากรทั้งหมดใน 15 จังหวัด

ตุลาคม 2544 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 3 ได้ขยายพื้นที่ดำเนินการ ครอบคลุมทั้งประเทศ และบางเขตของกรุงเทพมหานคร (13 เขต) กลุ่มเป้าหมายได้รวมผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลทั้งหมด การทยอยดำเนินการในพื้นที่กรุงเทพฯ เนื่องจากระบบมีความซับซ้อนมากกว่าพื้นที่อื่นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมมากกว่า

พฤศจิกายน 2544 มีการเสนอ (ร่าง) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าสู่พิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร โดยได้ผ่านความเห็นชอบมีการแปรญัตติของคณะกรรมการการวิสามัญ

เมษายน 2545 การดำเนินงานในกรุงเทพฯ มีการขยายพื้นที่ดำเนินการอีกเป็นระยะๆ จนครอบคลุมทั่วประเทศ ทำให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2545 เป็นต้นมา

³⁷ ปัจจุบันเป็นมาตรา 51.

เมษายน 2545 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ขยายการบังคับใช้ครอบคลุม การจ้างงานที่มีลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป

เมษายน 2545 ระบบสวัสดิการข้าราชการ มีการปรับระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยในภายใต้เพดานงบประมาณ โดยใช้เกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs)

พฤษภาคม 2545 ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎรด้วยมติเอกฉันท์ และเสนอต่อวุฒิสภาเพื่อพิจารณา

พฤษภาคม 2545 ยุติการขายบัตรสุขภาพโดยบัตรเดิมสามารถใช้ได้จนกว่าหมดอายุ

19 พฤศจิกายน 2545 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผล บังคับใช้เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 และตามกฎหมายนี้มีการจัดตั้ง “สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปช.)” เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน บริการสาธารณสุขเป็นองค์กรกำหนดนโยบาย

2.9 รูปแบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย³⁸

ระบบประกันสุขภาพเป็นกลไกที่ทำหน้าที่หลัก 2 ประการ คือ ทำให้เกิดการเข้าถึง ระบบบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิผลเมื่อจำเป็น และป้องกันความเสียหายที่เกิดขึ้นจากความ เสี่ยงทางการเงินในการรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่แพง ในที่นี้ระบบประกันสุขภาพมิได้จำกัดเพียง ระบบที่แต่ละคนได้จ่ายเงินเพื่อเอาประกัน (Contributory Scheme) แต่หมายรวมถึงระบบสวัสดิการ ที่พึ่งพาแหล่งเงินทุนในระบบภาษีอีกด้วย ในการประกันสุขภาพของประเทศไทยนั้นมีอยู่ด้วยกัน หลายระบบที่แตกต่างกัน แต่จุดประสงค์คล้ายๆ กันไม่แตกต่างกันนัก โดยประเทศไทยได้จัดระบบ ประกันสุขภาพเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้³⁹

2.9.1 ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่สังคมควรให้ความ ช่วยเหลือเกื้อกูล

ระบบนี้เป็นการให้สิทธิทางการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้ที่ไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ หรือผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล ได้แก่ คนยากจน ผู้สูงอายุ คนพิการ เด็กในวัยประถมศึกษา นอกจากนี้ ยังได้ขยายความคุ้มครองไปยังนักบวช ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุข และคนในครอบครัว เพื่อเป็นการตอบแทนแก่ความช่วยเหลือที่มีต่อสังคม

³⁸ ประภาส คงชุม. เล่มเดิม. หน้า 9-48.

³⁹ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2544). ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศ. หน้า 33-40.

ในประเทศไทยนั้นได้มีการจัดตั้งโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เพื่อจัดเป็นรัฐสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้มีรายได้น้อยและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 โดยเริ่มต้นจากการให้สถานพยาบาลของทางราชการให้การสงเคราะห์และให้หัวหน้าสถานพยาบาลของทางราชการให้ความสงเคราะห์ และให้หัวหน้าสถานพยาบาลพิจารณาคัดเลือกผู้ควรอยู่ในข่ายได้รับการสงเคราะห์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2524 รัฐบาลได้กำหนดให้มีการออกบัตรแก่ผู้ควรได้รับการสงเคราะห์เพื่อเป็นหลักฐานในการขอรับบริการ โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ได้รับการสงเคราะห์ไว้ว่าต้องเป็นคนโสดบรรลุนิติภาวะและมีฐานะเป็นบุคคลในครอบครัว และมีรายได้น้อยไม่เกินเดือนละ 1,500 บาท ยกเว้นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์หรือสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างอื่นแล้ว บัตรสงเคราะห์มีอายุ 3 ปี ผู้มีบัตรสงเคราะห์มีสิทธิไปขอรับบริการรักษาพยาบาลฟรีจากสถานพยาบาลของทางราชการและของกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ ผู้มีบัตรจะต้องเลือกและระบุไว้ในบัตร และจะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลเท่านั้น ยกเว้นเฉพาะกรณีพิเศษที่ระบุอนุญาตไว้เป็นอย่างอื่น⁴⁰ การรักษาพยาบาลฟรีในโครงการนี้รวมถึงค่าตรวจโรคธรรมดาทางห้องทดลอง และค่าเลือด ค่าน้ำเกลือ ค่าออกซิเจน ค่าอาหาร ค่าผ่าตัด ค่าทำคลอด ค่าทำหัตถ์ ค่าบริการในการวางแผนครอบครัว ค่าอุดฟัน ค่าถอนฟัน ค่าใช้เครื่องมือพิเศษ ค่าชันสูตรโรค ค่ายา ค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิกเป็นฐานและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของผู้ป่วยใน

ภายใต้หลักการดังกล่าว ถ้าจะถือว่าโครงการระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยนี้เป็นรูปแบบหนึ่งของการประกันสุขภาพ โดยที่รัฐกำหนดเป้าหมายประชากรให้ประกันเป็นการเฉพาะก็น่าจะถูกต้อง⁴¹ ปี พ.ศ. 2526 ซึ่งเป็นปีผู้สูงอายุสากลมีการจัดแยกประเภทผู้สูงอายุที่มารับบริการอย่างน้อย 4 ประเภท ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่จ่ายค่ารักษาพยาบาล ผู้สูงอายุที่เบิกได้จากสวัสดิการข้าราชการ ผู้สูงอายุที่ถือบัตรรายได้น้อย และผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยรายได้น้อย จนกระทั่งปี พ.ศ. 2535 รัฐบาลจึงประกาศนโยบายรักษาพยาบาลผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ปี พ.ศ. 2536 นโยบายครอบคลุมผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือแก่ลูกชายไปสู่เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้พิการและผู้สูงอายุในศาสนาในปี พ.ศ. 2537 โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยจึงเปลี่ยนชื่อเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ครอบคลุมกลุ่มผู้ที่สมควรช่วยเหลือแก่ลูกทั้งหมด 6 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้มีรายได้น้อย (2) ผู้สูงอายุ (3) เด็กอายุ 0-12 ปี (4) ทหารผ่านศึก (5) ผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชน และ (6) ผู้พิการ โดยใช้คำว่า “สปร.” เพื่อหมายถึงโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมเป้าหมายทั้งหมด

⁴⁰ เทียนฉาย กิระนันท์. (2529). แนวคิดเรื่องการประกันสุขภาพในประเทศไทย. หน้า 9-10.

⁴¹ สุกสิทธิ์ พรหมนารุโณทัย. (2544). ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. หน้า 69-70.

2.9.2 ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง หรือพนักงานของรัฐ และรัฐวิสาหกิจ

ระบบนี้ได้แบ่งระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง หรือพนักงานของรัฐ และรัฐวิสาหกิจ ออกเป็น 2 ระบบ ได้แก่

2.9.2.1 ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme-CSMBS) เป็นสวัสดิการความคุ้มครองทางสุขภาพที่รัฐบาลให้แก่ข้าราชการตลอดจนสมาชิกในครอบครัว อันได้แก่ คู่สมรส บิดามารดา และบุตร ที่อายุไม่เกิน 20 ปี อย่างไรก็ตาม ตัวเลขที่แน่ชัดของผู้มีสิทธิตามระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการนั้นยังไม่ชัดเจน เนื่องจากยังไม่มีการทำทะเบียนผู้มีสิทธิไว้ ในปัจจุบันระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการอยู่ภายใต้การจัดการของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง⁴² และสวัสดิการนี้รัฐยังรวมทั้งลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ ทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด และทหารผ่านศึกนอกประจำการ สวัสดิการที่ให้นี้มีขอบเขตที่กำหนดไว้ตามกฎหมาย เช่น ในปัจจุบันหากเป็นผู้ป่วยนอกจะเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เฉพาะกรณีที่ได้รับบริการของรัฐเท่านั้น ถ้าเป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาลของรัฐจะมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามที่จ่ายจริง ยกเว้นค่ารับรองและค่าอาหาร จะต้องไม่เกินวันละ 150 บาท แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาลเอกชน ค่ารักษาพยาบาลที่จะเบิกได้จะเป็นเพียงครึ่งหนึ่งของที่จ่ายจริง และต้องไม่เกินวงเงินที่กำหนดไว้ เช่น 3,000 บาท สำหรับระยะเวลาภายใน 30 วัน เป็นต้น

ปัจจุบันค่าใช้จ่ายของระบบนี้เพิ่มสูงขึ้น ทำให้รัฐบาลให้ความสนใจที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบ ในปี พ.ศ. 2541 กรมบัญชีกลางได้นำมาตรการหลายประการมาใช้เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายที่ โดยได้รับการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีมาปฏิบัติ มาตรการเหล่านี้ถือเป็นมาตรการในระยะสั้น ซึ่งประกอบด้วยมาตรการที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. ให้มีสิทธิเบิกค่ายาได้เฉพาะยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติที่คณะกรรมการแห่งชาติด้านยากำหนด เว้นแต่กรณีที่ผู้เจ็บป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้คณะกรรมการแพทย์ที่ผู้อำนวยการสถานพยาบาลแต่งตั้งเป็นผู้วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองให้เพื่อประกอบการเบิกจ่าย

2. ยกเว้นการเบิกค่าบริการซึ่งเป็นค่าธรรมเนียมพิเศษที่สถานพยาบาลเรียกเก็บเพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทนพิเศษแก่แพทย์ผู้ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ให้ผู้มีสิทธิรับผิดชอบจ่ายค่าบริการดังกล่าวเอง

⁴² สุชาติ กิระนนท์. (2531). การประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในหน่วยงานของรัฐและรัฐวิสาหกิจ. หน้า 7-12.

3. จำกัดสิทธิการเบิกค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าห้องพิเศษ ตามจำนวนวันนอน

2.9.2.2 ระบบสวัสดิการด้านการรักษาสำหรับพนักงานรัฐวิสาหกิจ⁴³ โดยหน่วยงานรัฐวิสาหกิจได้จัดให้กับพนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยมีหลักการและวิธีการคล้ายคลึงกับสวัสดิการที่ทางราชการจัดให้กับข้าราชการและลูกจ้างประจำค่อนข้างมาก กล่าวคือ ผู้มีสิทธิรับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในหน่วยงานรัฐวิสาหกิจโดยทั่วไป ได้แก่ พนักงานหรือผู้ปฏิบัติงานเป็นประจำในหน่วยงานนั้นและบุคคลในครอบครัว แต่มีความหลากหลายแตกต่างกันไปบ้างในรัฐวิสาหกิจแต่ละแห่ง รัฐวิสาหกิจบางแห่ง เช่น การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย และโรงงานยาสูบ ให้สวัสดิการนี้แก่บุตรบุญธรรมไม่เกิน 2 คน ของพนักงานด้วย ในขณะที่รัฐวิสาหกิจอีกบางแห่งจะให้เบิกค่ารักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัวน้อยกว่าตัวพนักงาน เช่น การประปานครหลวง สำหรับพนักงานที่จ้างเป็นการชั่วคราว โดยไม่มีอัตราประจำนั้น หากทำงานครบระยะเวลาหนึ่งจะมีสิทธิได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับตนเอง และในบางกรณีก็ครอบคลุมถึงบุคคลในครอบครัวด้วย โดยอาจจำกัดสิทธิการรับสวัสดิการเพียงการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของหน่วยงานรัฐวิสาหกิจนั้นๆ เท่านั้น⁴⁴ ข้อที่แตกต่างจากราชการเป็นอย่างมากก็คือ การให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่พนักงานที่เกษียณอายุแล้ว และมีกรณีที่ให้ในขอบเขตจำกัด โดยให้เฉพาะการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐวิสาหกิจนั้นๆ เท่านั้น เช่น การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย

นอกเหนือจากสิทธิประโยชน์จากสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลตามที่กล่าวแล้ว พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวยังอาจได้รับบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลภายในหน่วยงานโดยตรงด้วย สถานพยาบาลเหล่านี้มีทั้งที่มีขนาดใหญ่ดำเนินงานในลักษณะของโรงพยาบาล กับที่มีขนาดเล็กให้บริการเฉพาะบุคคลากรภายในหน่วยงานในลักษณะของการปฐมพยาบาลหรือรักษาเบื้องต้น หรือในลักษณะคลินิกที่มีแพทย์และพยาบาลประจำเต็มเวลาหรือบางส่วนช่วงเวลาทำการ

แม้รัฐวิสาหกิจแต่ละแห่งจะให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแตกต่างกันไปบ้างในรายละเอียด แต่ก็กล่าวได้ว่าสวัสดิการนี้โดยทั่วไปครอบคลุมพนักงานรัฐวิสาหกิจทั้งหมด และรวมถึงครอบครัวของพนักงานเหล่านี้อีกจำนวนหนึ่ง

⁴³ หน้าเดิม.

⁴⁴ ปราบกรม วุฒิพงศ์และคณะ. (2532). ระบบประกันสุขภาพของไทย โครงการพัฒนาระบบประกันสุขภาพและกลวิธีดำเนินการสำหรับประเทศไทย. หน้า 27.

2.9.3 ระบบประกันสังคมภาคบังคับ

ระบบที่มีการระดมเงินทุนจากปัจเจกชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคเอกชนตามข้อบังคับในกฎหมายลักษณะต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย 3 ระบบ ได้แก่

2.9.3.1 ระบบสวัสดิการลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคม ซึ่งมีแหล่งที่มาของเงินทุนจากไตรภาคี ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และเงินสมทบจากภาครัฐ

แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสังคม โดยที่การประกันสังคม (Social Insurance) เป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่มีหลักการในการสร้างหลักประกันการดำรงชีพของประชาชนในสังคม โดยการที่ประชาชนผู้มีรายได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีส่วนร่วมในการออกเงินสมทบเข้ากองทุน โดยมีนายจ้างและรัฐร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมด้วย ซึ่งกองทุนนี้จะจ่ายประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบเมื่อเกิดเคราะห์กรรม หรือความเดือดร้อน อาทิ เจ็บป่วย ทูพพลภาพ คลอดบุตร ว่างาน ชราภาพ เป็นต้น ทั้งนี้รัฐเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ โดยให้หลักประกันและคุ้มครองความเป็นอยู่ของประชาชนให้มีความมั่นคงในการดำรงชีพ ถึงแม้ว่าเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องขาดรายได้ก็สามารถที่จะดำรงชีพอยู่ได้อย่างปกติสุข⁴⁵

เมื่อ พ.ศ. 2497 ประเทศไทยได้มีการตราพระราชบัญญัติประกันสังคมและได้จัดตั้งกรมประกันสังคมขึ้นในสังกัดกระทรวงการคลัง แต่การบังคับใช้พระราชบัญญัติประกันสังคมในท้องที่ใดและกิจการประเภทใดจะต้องตราเป็นพระราชกฤษฎีกา ซึ่งใน 2 ปี ถัดมา คือ พ.ศ. 2499 รัฐบาลได้พิจารณาเห็นว่า สภาพเศรษฐกิจในช่วงเวลานั้นยังไม่พร้อมที่จะนำพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2479 ออกมาใช้บังคับ จึงมิได้มีการตราพระราชกฤษฎีกาออกมา และต่อมาในวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2501 รัฐบาลได้ตราพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม ฉบับที่ 6 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2501 ให้ยุบกรมประกันสังคม โดยการโอนเจ้าหน้าที่มาสังกัดกรมประชาสงเคราะห์และปฏิบัติงานในกองความมั่นคงแห่งสังคม มีหน้าที่ในการพิจารณาปรับปรุง แก้ไข พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 และเตรียมงานต่างๆ ให้พร้อมที่จะดำเนินงานประกันสังคมในภายภาคหน้าต่อไป⁴⁶

ดังนั้น พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 จึงนับว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกที่ได้กำหนดแนวทางเกี่ยวกับการประกันสังคมอย่างกว้างขวาง และมีแนวทางที่จะช่วยเหลือสงเคราะห์ประชาชน โดยให้ความคุ้มครองในเรื่องความเสี่ยง และการขาดรายได้ตลอดจนความไม่แน่นอนในชีวิตนับแต่แรกเกิดจนถึงวัยชราและถึงแก่กรรมในวาระสุดท้าย นอกจากนั้น ยังให้ความคุ้มครอง

⁴⁵ เสน่ห์ สุพุทธิ. (2541). *ความรู้และพฤติกรรมของผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533*. หน้า 26-38.

⁴⁶ นิคม จันทรวิทุร. (2528). *การประกันสังคมของประเทศไทย*. หน้า 14-15.

ระหว่างการทำงานในเรื่องของความเจ็บป่วย พิกการ แม้กระทั่งการสงเคราะห์บุคคลซึ่งมีบุตรมากด้วย

ต่อมาเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2533 สภาผู้แทนราษฎรได้มีมติเป็นเอกฉันท์ด้วยคะแนน 330 ต่อ 0 ยืนยันตามร่างที่คณะกรรมการร่วมทั้ง 2 สภาพิจารณา จึงถือว่าพระราชบัญญัติประกันสังคมได้รับความเห็นชอบของรัฐสภา ทำให้ประเทศไทยมีการประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2533 โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2533

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ดังกล่าว มีหลักการเพื่อสร้างหลักประกันสังคมให้แก่บรรดาลูกจ้างและบุคคลอื่นที่เข้าร่วมเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ ได้มีการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้นเพื่อให้การสงเคราะห์แก่ลูกจ้าง รวมทั้งบุคคลอื่นซึ่งเป็นผู้ประกันตน ในกรณีที่ประสบอุบัติเหตุ เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือเสียชีวิตอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน รวมทั้งกรณีการคลอดบุตร การสงเคราะห์บุตร การชราภาพ และการว่างงาน ซึ่งให้หลักประกันเฉพาะลูกจ้าง

พระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดแน่ชัดถึงหลักประกันที่ให้แกลูกจ้างและบุคคลอื่นในส่วน of ลูกจ้างนั้นเป็นลักษณะการบังคับ โดยให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนร่วมกับลูกจ้างในสถานประกอบการนั้น และตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2536 ให้บังคับแก่สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไปด้วย ต่อมาได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายในเรื่องดังกล่าว ซึ่งได้กำหนดให้ใช้บังคับแก่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไปด้วย ส่วนในกรณีของบุคคลอื่นๆ นั้น การสมัครเป็นผู้ประกันตนถือเป็นเรื่องของความสมัครใจ

2.9.3.2 ระบบกองทุนเงินทดแทน ในประเทศไทยระบบประกันสุขภาพนั้นได้มีการจัดระบบกองทุนเงินทดแทนขึ้นมา โดยมีจุดประสงค์ที่จะให้ความคุ้มครองลูกจ้างเพื่อใช้ในยามเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานซึ่งเป็นแนวคิดในระยะเริ่มแรกก่อนที่จะมีระบบประกันสังคมขึ้นมาในประเทศไทย โดยที่สวัสดิการการรักษาพยาบาลของระบบเงินทดแทนในปัจจุบันตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้นายจ้างมีความรับผิดชอบในกรณีลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทูพพลภาพและสูญหาย หรือตายอันเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน โดยมี 2 ลักษณะ คือ⁴⁷

1. กองทุนเงินทดแทนประกอบด้วยเงินสมทบจากนายจ้างฝ่ายเดียวเป็นหลัก สำหรับนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป และประกอบกิจการตามประเภทที่กำหนด โดยอัตราในการ

⁴⁷ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2544). *บันทึกประกอบร่างพระราชบัญญัติประกันสุขภาพ*. หน้า

จัดเก็บเงินสมทบแต่ละรายจะไม่เท่ากัน โดยจะขึ้นอยู่กับประเภทและขนาดของกิจการและห้องที่ที่ กิจการนั้นตั้งอยู่ รวมทั้งต้องคำนึงถึงสถิติการประสบอันตรายของแต่ละประเภทกิจการ ภาระของ กองทุน และจำนวนเงินของกองทุนที่มีอยู่ด้วย ทั้งนี้ อัตราเงินสมทบจะต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของ ค่าจ้างที่นายจ้างจ่ายในแต่ละปี

2. สำหรับนายจ้างที่ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน จะมีหน้าที่ต้องจ่ายเงิน ทดแทนให้แก่ลูกจ้างโดยตรง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายจากการทำงาน โดยลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิ ได้รับเงินทดแทนสามารถเข้ารับการรักษายาบาลได้ในทุกสถานพยาบาล โดยไม่ต้องเลือก สถานพยาบาลประจำ โดยสำนักงานจะใช้ระบบเบิกจ่ายจริงตามใบเสร็จรับเงิน (Fee for Service) ตามความจำเป็นไม่เกินอัตราที่กำหนด

2.9.3.3 การคุ้มครองผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรตามกฎหมายคุ้มครอง ผู้ประสบภัยจากรถ เป็นระบบที่มีแหล่งเงินทุนจากเบี้ยประกันภัยรถภาคบังคับ ซึ่งเจ้าของรถจ่าย ให้แก่บริษัทประกันภัยเอกชน

อุบัติเหตุจากการจราจรทางบกเป็นที่มาของการสูญเสียต่อสุขภาพและชีวิตของปัจเจก ชน รวมทั้งต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ซึ่งในประเทศกำลังพัฒนาผลกระทบจากปัญหาดังกล่าวมีความรุนแรงมากขึ้น จึงมีผู้เห็นความสำคัญในการใช้การประกันสุขภาพเพื่อเป็นเครื่องมือ ในการกระจายความเสี่ยงทางการเงิน (Financial Risk) ต่อภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ ประสบอุบัติเหตุไปสู่ผู้เอาประกันโดยส่วนรวม (Insurance Pool)

ในประเทศไทยระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรอยู่ภายใต้การ ควบคุมกำกับของกฎหมายประกันภัยรถซึ่งบังคับใช้แก่เจ้าของรถทุกคัน กฎหมายดังกล่าวมุ่ง บรรเทาความเสียหายแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่ประสบอุบัติเหตุจากการใช้รถ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความ เสียหายต่อสุขภาพและชีวิต นโยบายสาธารณะดังกล่าวต้องผ่านอุปสรรคและความล่าช้านานัปการ เป็นระยะเวลากว่า 40 ปี จนกระทั่งประกาศใช้เป็นกฎหมายภายใต้ชื่อ “พระราชบัญญัติคุ้มครอง ผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535” ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2536 โดยที่ระบบ ประกันสุขภาพสำหรับผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2497 ตาม พระราชบัญญัติขนส่งทางบก ซึ่งควบคุมกำกับโดยกระทรวงคมนาคม กฎหมายดังกล่าวมีผลบังคับ ใช้ในวงจำกัดเพียงรถบรรทุกรับจ้าง โดยให้ความคุ้มครองความเสียหายต่อสุขภาพและชีวิตของ บุคคลที่สามในวงเงินขึ้นต่ำ 5,000 บาท⁴⁸

วัตถุประสงค์ของการประกันความเสียหายของผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจร โดยการ บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเป็นความเจ็บป่วยที่มีการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขจำนวนมาก

⁴⁸ สุพล ลิ้มวัฒนานนท์. (2544). ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. หน้า 134.

(Catastrophic Illness) ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้บาดเจ็บต้องเข้ารับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล⁴⁹ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เวลานานอนรักษาก่อนข้างนาน โดยมีค่ามัธยฐานสำหรับโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครประมาณ 10-12 วัน⁵⁰ โดยเฉลี่ยผู้ป่วยแต่ละรายต้องเสียค่าใช้จ่ายให้โรงพยาบาลประมาณ 12,000-26,000 บาท ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งเรียกเก็บสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรสูงถึงร้อยละ 71 ของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมด

เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างแพง ทำให้ผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรต้องเผชิญกับความเสี่ยงด้านการเงินค่อนข้างมาก การเรียกร้องค่าเสียหายจากผู้กระทำผิดเป็นขั้นตอนที่ยุ่งยากและยาวนาน ทำให้ผู้บาดเจ็บไม่ได้รับการชดเชยความเสียหายอย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วย ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องอย่างทันท่วงทีจากสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเอกชน หากผู้ป่วยไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้ สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ส่งผลกระทบต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลจนอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในสถานบริการสุขภาพของรัฐ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในส่วนที่ไม่ได้รับการชำระจะต้องถูกใช้จากงบประมาณแผ่นดิน ตามโครงการสวัสดิการรักษายาบาลประชาชนผู้มีรายได้น้อย มิฉะนั้น โรงพยาบาลอาจต้องยอมแบกภาระทางการเงินต่อสังคมย่อมมีความรุนแรงสูงขึ้น ดังนั้น รัฐจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการใช้การประกันเป็นเครื่องมือกระจายความเสี่ยงทางการเงิน โดยอาศัยบริษัทประกันภัยเอกชนเข้ามาเป็นผู้แบ่งเบาภาระดังกล่าวในด้านการจัดการกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ปี พ.ศ. 2535 จึงถือเป็นนโยบายสาธารณะที่มุ่งส่งเสริมการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องด้วยการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและชีวิตของผู้ประสบอุบัติเหตุอย่างทันท่วงทีโดยอาศัยกลไกของระบบประกันผลประโยชน์จากกรมธรรม์ของการประกัน นอกจากนี้จะให้ความคุ้มครองแก่บุคคลที่สามแล้ว ยังตกแก่ผู้เสียหายที่เป็นผู้โดยสารและผู้ขับจักรยานพาหนะที่เอาประกันด้วย อย่างไรก็ตาม การคุ้มครองดังกล่าวจำกัดเฉพาะความเสียหายต่อร่างกายและชีวิตเท่านั้น ไม่รวมถึงความเสียหายต่อยานพาหนะและทรัพย์สิน

แม้กฎหมายประกันภัยฉบับปัจจุบันจะมุ่งให้ความคุ้มครองสุขภาพและชีวิตแก่ผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจรโดยถ้วนหน้าอย่างทันท่วงที แต่ระดับของการชดเชยค่าเสียหายและวิธีการเบิกจ่ายเงินค่าชดเชยดังกล่าวจากระบบประกันมีความแตกต่างกันตามเงื่อนไขการตีความตามที่กฎหมายกำหนด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะความรับผิดชอบและสถานภาพของการมีประกันของ

⁴⁹ ศุภชัย คุณารัตน์พฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ประดิษฐ์ วงษ์คุณารัตนกุลและคณะ. (2537). รายงานการวิจัยเรื่องราคากลางค่ารักษาพยาบาล ผู้ประสบภัยจากรถ. หน้า 19-32.

⁵⁰ วรณา สุมิรัตนะ. (2541, กรกฎาคม). “ค่ารักษาพยาบาลและสิทธิในการเบิกของผู้ป่วยอุบัติเหตุยานยนต์ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล.” วารสารกรมการแพทย์, 5, 2. หน้า 23.

ผู้เกี่ยวข้องในอุบัติเหตุซึ่ง ได้แก่ ผู้บาดเจ็บ (หรือบุคคลที่สองผู้เอาประกัน) และคู่กรณี (หรือบุคคลสาม) เป็นสำคัญ

การให้ความคุ้มครองและผลประโยชน์ของระบบประกัน ผลประโยชน์ที่กำหนดภายใต้กฎหมายประกันอุบัติเหตุจากรัฐบาลปัจจุบันมุ่งเน้นที่การชดเชยค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่บาทแรก โดยปราศจากการให้ผู้ป่วยมีส่วนแบกรับค่าใช้จ่าย ซึ่งตามกฎหมายฉบับล่าสุดกำหนดวงเงินไว้ที่ 5 ล้านบาทต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้งสำหรับรถยนต์นั่งไม่เกิน 7 ที่นั่ง และ 10 ล้านบาทสำหรับรถเกิน 7 ที่นั่ง ระบบการเบิกจ่ายเป็นแบบการจ่ายย้อนหลังตามปริมาณการรักษาพยาบาลที่ใช้ไปจริง (Retrospective Fee for Service Reimbursement)⁵¹

2.9.4 ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ แบ่งเป็น 2 ระบบ ดังนี้

2.9.4.1 ระบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน ซึ่งให้บริการโดยภาคเอกชน เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินสำหรับค่ารักษาพยาบาลของประชาชน เป็นระบบที่มีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายน้อยกว่าร้อยละ 2 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพโดยรวม⁵² แต่ยังมีความยืดหยุ่นสูงในการสนองตอบต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ การประกันสุขภาพในภาคเอกชนดำเนินการโดยธุรกิจประกันภัย 2 ประเภท คือ การประกันชีวิต และการประกันวินาศภัย

การให้บริการประกันสุขภาพในภาคเอกชนถือกำเนิดในประเทศไทยกว่าร้อยปีมาแล้ว โดยบริษัทประกันจากประเทศอังกฤษ⁵³ กฎหมายฉบับแรกที่ใช้ควบคุมการประกันภัยเอกชนมีขึ้นในปี พ.ศ. 2453 โดยได้รับการแก้ไขและมีวิวัฒนาการขององค์กรที่ดูแลกฎหมายดังกล่าวในระยะเวลาที่ผ่านมา ปัจจุบันกฎหมายดังกล่าวอยู่ภายใต้การดูแลของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ในประเทศไทยธุรกิจการประกันภัยถูกควบคุมอย่างเข้มงวดโดยกฎหมายเนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับระบบการคลังสาธารณะและความมั่นคงของชาติ แต่เดิมพระราชบัญญัติประกันชีวิต พ.ศ. 2510 และพระราชบัญญัติประกันวินาศภัย พ.ศ. 2510 อนุญาตให้ทุนต่างชาติเข้ามามีส่วนร่วมในธุรกิจประกันภัยของไทยได้ไม่เกินร้อยละ 15 แต่ไม่อนุญาตให้มีชาวต่างชาติเข้ามาเป็นกรรมการในบริษัทที่ทำธุรกิจประกันภัย ในปี พ.ศ. 2521 กระทรวงพาณิชย์ได้ออกกฎกระทรวงที่ใช้ควบคุมการจัดตั้งบริษัทที่ให้บริการเฉพาะการประกันสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2535 กฎหมายประกันภัย

⁵¹ สุพล ติมวัฒนานนท์. เล่มเดิม. หน้า 137.

⁵² Tancharoen Sathien V, Laixuthai A, Vasavit J et al. (1990, June). "National Health Accounts Development: Lessons from Thailand." Health the Policy and Planning, 14, 4. p.342-353.

⁵³ T. Kivanadana. (1993). *Voluntary Health Insurance in Thailand in Health Financing in Thailand*. pp. 23-46.

ทั้งสองฉบับได้รับการแก้ไขจากฉบับเมื่อปี พ.ศ. 2521 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2535 ข้อกำหนดในกฎหมายดังกล่าวเป็นการเพิ่มความมั่นคงให้แก่ธุรกิจประกันภัย โดยกำหนดให้มีการเพิ่มทุนเพิ่มอำนาจการควบคุมตรวจสอบ และการก่อตั้งอนุญาโตตุลาการทางการประกันเพื่อยุติข้อโต้แย้งระหว่างบริษัทประกันภัยกับสาธารณชน และในปีเดียวกันนี้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถก็ได้ออกใช้บังคับ โดยมีผลตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2536 อีกทั้งในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2536 กระทรวงพาณิชย์ยังได้ออกกฎกระทรวงว่าด้วยการลงทุนของบริษัทที่ทำธุรกิจประกันชีวิตและประกันวินาศภัย เพื่อการขยายตัวทางด้านการลงทุนในธุรกิจอื่นๆ รวมทั้งการขยายตัวของธุรกิจประกันภัยเอง

ด้วยเหตุที่รัฐบาลมีนโยบายเปิดเสรีในปี พ.ศ. 2538 ทำให้กระทรวงพาณิชย์ได้ทำการแก้ไขกฎกระทรวง ฉบับปี พ.ศ. 2535 โดยอนุญาตให้ทุนต่างชาติสามารถเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 25 และยังอนุญาตให้ชาวต่างชาติเข้าร่วมเป็นกรรมการบริษัทได้ไม่เกินหนึ่งในสี่ อย่างไรก็ตาม บริษัทที่ก่อตั้งขึ้นใหม่จะต้องยื่นอัตราเบี้ยประกันเมื่อเริ่มจดทะเบียนและสาขาใหม่ของบริษัทต่างชาติ ต้องยื่นขออนุญาตจากกระทรวงพาณิชย์ และในวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2538 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติในหลักการเห็นด้วยกับข้อเสนอแนะของกระทรวงพาณิชย์ที่จะอนุญาตให้ก่อตั้งบริษัทประกันใหม่ หลังจากที่มีการปิดกั้นมานานกว่าทศวรรษ สาเหตุสำคัญ คือ เพื่อเป็นการรองรับการขยายตัวของธุรกิจประกันภัยและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ นอกจากนี้ เพื่อเป็นการตอบสนองต่อการเปิดเสรีทางการค้าซึ่งเป็นผลจากข้อสรุปในการเจรจาอนุสัญญา⁵⁴

การประกันสุขภาพในภาคเอกชนอยู่ภายใต้กรรมธรรม์ประกันภัยใน 5 ลักษณะ⁵⁵ คือ

1. กรรมธรรม์ประกันชีวิตรายบุคคล ซึ่งครอบคลุมการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและการผ่าตัด
2. กรรมธรรม์ประกันชีวิตแบบเป็นกลุ่ม ซึ่งครอบคลุมการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและการผ่าตัด
3. กรรมธรรม์ประกันชีวิตแบบเป็นกลุ่ม ที่ทำร่วมกับการประกันอุบัติเหตุและการประกันสุขภาพ
4. กรรมธรรม์ประกันสุขภาพรายบุคคล โดยบริษัทประกันวินาศภัย
5. กรรมธรรม์ประกันสุขภาพแบบเป็นกลุ่ม โดยบริษัทประกันวินาศภัย

⁵⁴ ศิริวรรณ พิชัยรังษณีย์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และประพันธ์ สหพัฒนา. (2544). *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*. หน้า 110-111.

⁵⁵ จีรพร โกลากุล. *การประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ในภาคธุรกิจเอกชน*. อ้างถึงใน *ปรากฏม วุฒิพงศ์ และคณะ. เล่มเดิม*. หน้า 189-214.

กรมธรรม์ประกันสุขภาพภาคเอกชนเป็นสัญญาระหว่างผู้เอาประกันกับบริษัทผู้รับประกัน เมื่อผู้รับประกันให้สัญญาที่จะจ่ายเงินชดเชยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้เอาประกัน เมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล รับการผ่าตัด และค่าใช้จ่ายอื่นๆ สำหรับความเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในสัญญา โดยผู้เอาประกันจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้แก่ผู้รับประกัน ในตลาดที่มีการแข่งขันเพื่อเพิ่มส่วนแบ่งตลาด รูปแบบกรมธรรม์ทั้งห้า อาจถูกดัดแปลงด้วยรูปแบบใหม่ๆ เช่น การประกันสุขภาพร่วมกับการประกันอุบัติเหตุ การประกันสุขภาพร่วมกับการออมทรัพย์ เป็นต้น ซึ่งกรมธรรม์เหล่านี้ความคุ้มครองในส่วนของการรักษาพยาบาลมีความคล้ายคลึงกัน ต่างกันที่สิทธิประโยชน์อื่นๆ

2.9.4.2 ระบบกองทุนบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งออกโดยรัฐเพื่อให้ความคุ้มครองแก่บุคคลที่ไม่เคยได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันใดๆ เช่น คนทำงานในชนบท คนรับจ้าง และคนที่ประกอบวิชาชีพอิสระ ซึ่งไม่อยู่ในข่ายของข้อบังคับตามกฎหมายประกันสังคม⁵⁶

โครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข นับเป็นทางเลือกในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทางหนึ่ง ในขณะที่รัฐบาลยังไม่สามารถสร้างหลักประกันให้กับประชาชนทุกคนได้ ทั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ คือ ประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นแบ่งแยกความยากจน และยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ที่จัดให้โดยรัฐ ซึ่งอาจมีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้ทั้งหมดเมื่อเจ็บป่วย เช่น ประชาชนในภาคเกษตรกรรมในชนบท ผู้ใช้แรงงานเคลื่อนย้ายตามฤดูกาล และผู้ประกอบการอาชีพอิสระ เป็นต้น โครงการนี้มีวิวัฒนาการมาค่อนข้างยาว และมีการปรับตัวหลายครั้ง เพื่อความอยู่รอดของโครงการปัจจุบัน (2544) บัตรประกันสุขภาพมีด้วยกันสามประเภท คือ บัตรประกันสุขภาพประชาชนทั่วไป หรือบัตรราคา 500 บาท ซึ่งเป็นประกันสุขภาพภาคสมัครใจ บัตรผู้นำชุมชนและครอบครัว และบัตรอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว โดยบัตรสองประเภทเหล่านี้เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้สำหรับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว

โครงการบัตรประกันสุขภาพมีวิวัฒนาการมาหลายปีโดยแบ่งออกเป็นระยะ ดังต่อไปนี้

1. โครงการระยะที่หนึ่ง โครงการบัตรสุขภาพมีจุดริเริ่มมาจากการตอบสนองต่อนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 ในลักษณะกองทุนหมู่บ้าน (Community Financing Scheme) โดยมีวัตถุประสงค์เสริมงานอนามัยแม่และเด็กฯ วางแผนครอบครัว สร้างภูมิคุ้มกันโรค และบริการรักษาพยาบาลพื้นฐาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการ

⁵⁶ ทรงพรหม สิงห์แก้ว. (2536). “โครงการบัตรสุขภาพ ประวัติ วิวัฒนาการ วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์และกิจกรรม ไทย-เยอรมัน.” เอกสารประกอบการประชุม การสรุปบทเรียนจากโครงการบัตรประกันสุขภาพไทย-เยอรมัน. หน้า 12-24.

สาธารณสุขมูลฐาน⁵⁷ ภายใต้ชื่อ “โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก”⁵⁸ ในปีต่อมา (พ.ศ. 2524) ได้มีการขยายโครงการดังกล่าวไปทั่วประเทศและเพิ่มการมีบัตรรักษาพยาบาลทั่วไปด้วย ในลักษณะบัตรครอบครัว โดยยึดแนวคิดด้านการคลังชุมชนและสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานเป็นสำคัญ

2. โครงการระยะที่สอง หลังจากดำเนินการทดลองได้ 8 เดือน ก็มีการประเมินผลเบื้องต้นและสรุปว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจและประชาชนให้การยอมรับ จึงได้มีการขยายโครงการไปทั่วประเทศ อย่างน้อยจังหวัดละ 1 ตำบล ในปี พ.ศ. 2527 และเปลี่ยนชื่อโครงการเป็น “โครงการบัตรสุขภาพ” และวางเป้าหมายในการขยายออกไปให้ทุกๆ อำเภอๆ ละ 1 ตำบล ในปี พ.ศ. 2528 โดยหลักการและแนวคิดยังคงยึดแนวทางของสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลัก และมีการบริหารกองทุนในลักษณะกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้าน โดยสามารถให้สมาชิกกู้ยืมเงินไปใช้สำหรับกิจกรรมด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น การสร้างส้วม ทั้งนี้ต้องมีการส่งเงินคืนเมื่อสิ้นปีเพื่อทำการจัดสรรเงินให้กับสถานพยาบาลต่างๆ ต่อไป โดยมีการกำหนดเป้าหมายของจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการ ต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 ของหมู่บ้านที่จะเข้าร่วมโครงการในช่วงแรก และต้องลดลงมาเหลือไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ในระยะต่อมา เนื่องจากนโยบายที่กำหนดจากส่วนกลางที่ต้องการขยายความครอบคลุมไปยังทุกอำเภอ โดยมีบัตรประกันสองประเภท คือ บัตรอนามัยแม่และเด็ก และบัตรครอบครัว สำหรับการรักษาพยาบาลซึ่งสามารถใช้บริการได้ไม่เกินปีละ 8 ครั้งต่อบัตร และคุ้มครองค่าใช้จ่ายไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง

3. โครงการระยะที่สาม (พ.ศ. 2530-2534) ได้เริ่มเปลี่ยนแนวคิดของโครงการเป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ในขณะที่ยังคงสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ โดยบริหารเงินทุนยังคงอยู่ที่ระดับหมู่บ้าน อย่างไรก็ดี ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวก็มีการผันแปรนโยบายภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง และไม่มีความชัดเจนในด้านนโยบายของผู้บริหารระดับสูงต่อโครงการดังกล่าว ทำให้มีการถดถอยของโครงการอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2532-2534⁵⁹ ในช่วงนี้หลายแห่งมิได้ให้เก็บรักษาเงินทุนในหมู่บ้านแต่มาเก็บที่สถานพยาบาลแทน ในการดำเนินงานโครงการนี้ในช่วงแรกนั้นมิได้มีเงินสมทบจากรัฐบาล จนในปี พ.ศ. 2539 รัฐบาลจึงได้เริ่มให้เงินมาสมทบเป็นครั้งแรกเช่นเดียวกับที่ได้ให้เงินสมทบกับโครงการประกันสังคม

⁵⁷ ปรากรม วุฒิพงศ์และคณะ. เล่มเดิม. หน้า 21-28.

⁵⁸ ทรงพรรณ สิงห์แก้ว. เล่มเดิม. หน้า 7-12.

⁵⁹ T. Hongriatana and W. Charusomboon. (1993). *The Health Card and Policy on Voluntary Health Insurance. The Past, Present and Future.* p.30.

4. โครงการระยะที่สี่ เริ่มต้นเมื่อมีการปรับเปลี่ยนโครงการเป็นโครงการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ ที่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาลในปี พ.ศ. 2537 โดยมีการจัดงบประมาณสมทบบัตรละ 500 บาท โดยที่ครัวเรือนจ่ายบัตรละ 500 บาท⁶⁰ และได้มีการบริหารจัดการระบบการคลังในลักษณะเงินทุนหมุนเวียนระดับชาติ และมีระบบประกันชั้นที่สอง เพื่อกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนจังหวัดต่างๆ และเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ประกันตนในการย้ายถิ่น โดยกองทุนจังหวัดจะถูกหักเงินร้อยละ 2.5 ของ 1,000 บาท เข้าสู่กองทุนกลาง สำหรับการตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาสูง และการใช้บริการข้ามเขต นอกจากนั้น ได้มีการขยายสิทธิประโยชน์ของบัตรโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งของการใช้บริการและไม่จำกัดวงเงินของการรักษา ครอบคลุมสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 5 คน และให้สามารถใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านการส่งต่อจากสถานอนามัย รวมทั้งการให้บัตรข้ามเขต ครอบคลุมของโครงการได้ขยายอย่างรวดเร็วในระยะนี้ สืบเนื่องจากนโยบายหลักประกันสุขภาพร้อยละ 100 ของกระทรวงสาธารณสุข และใช้โครงการนี้เป็นเครื่องมือในการขยายการสร้างหลักประกันทั้งในเขตเมืองและชนบท รวมทั้งได้มีการประชาสัมพันธ์และการส่งเสริมการขยายอย่างกว้างขวาง⁶¹

5. โครงการระยะที่ห้า เริ่มเมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่ช่วงของการมีภาวะวิกฤตด้านเศรษฐกิจในช่วงกลางปี พ.ศ. 2540 ปัญหาด้านการขาดความมั่นคงด้านการเงินของโครงการมีความเด่นชัดมากขึ้น เนื่องจากอุปสงค์ต่อบัตรมีมากขึ้น เนื่องจากครอบครัวมีความสามารถในการจ่ายลดลงจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น ในขณะที่โครงการดังกล่าวมีอัตราการคืนทุนที่ค่อนข้างต่ำ ประกอบกับเงินทุนส่วนกลางเองก็มีงบประมาณจำกัดในแต่ละปี (2,400 ล้านบาท) ในการที่จะอุดหนุนการจำหน่ายของแต่ละจังหวัด ดังนั้น จึงได้มีการชะลอการจำหน่ายและประชาสัมพันธ์ในช่วงนี้จนในที่สุดคณะรัฐมนตรีต้องพิจารณาเพิ่มการอุดหนุนโครงการจากบัตรละ 500 บาท เป็น 1,000 บาท และเพิ่มจำนวนบัตรที่สามารถจำหน่ายได้ให้ไม่เกินสามล้านบัตรต่อปี⁶² โดยนัยนี้คือรัฐบาลต้องการให้ชะลอนโยบายหลักประกันสุขภาพร้อยละ 100 พร้อมกันนี้ก็ให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาหามาตรการในการที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายของโครงการมีความตรงมากขึ้น ป้องกันการเข้ามาเอาประโยชน์ของกลุ่มที่สามารถช่วยตนเองได้ เช่น กรณีคนไข้คลอดหรือผ่าตัดที่มีการจ่ายเงินพิเศษให้กับแพทย์ที่ดูแลพักอาศัยในห้องพิเศษ แต่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการให้โรงพยาบาล เนื่องจากถือบัตร

⁶⁰ สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2536). หนังสือด่วนที่สุด ที่ 0202/6264 อนุมัติโครงการบัตรประกันสุขภาพ.

⁶¹ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2543). *ระบบประกันสุขภาพไทย*. หน้า 91-92.

⁶² สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2541). หนังสือด่วนที่สุด ที่ 0205/12650 การขอใช้เงินกู้ธนาคารพัฒนาเอเชีย สำหรับโครงการบัตรประกันสุขภาพ.

ประกันสุขภาพ ตลอดจนให้มาตรการที่จะทำให้กองทุนมีการกระจายความเสี่ยงที่ดีขึ้น ในการนี้ สำนักงานประกันสุขภาพได้พิจารณาจำกัดสิทธิประโยชน์ในการใช้ห้องพิเศษของสมาชิกบัตร แทนที่จะต้องมีการประเมินรายได้ของกลุ่มที่ต้องการซื้อบัตร เนื่องจากความยากจนและปัญหาในการปฏิบัติ โดยหากสมาชิกบัตรต้องการใช้ห้องพิเศษจะไม่สามารถใช้สิทธิบัตรในครั้งนั้นๆ ได้ เพื่อลดแรงจูงใจของกลุ่มที่มีอำนาจซื้อในการเข้ามาเอาประโยชน์จากโครงการและเพื่อป้องกันการที่ประชาชนรอนานป่วย หรือมีความจำเป็นต้องใช้บริการก่อนจึงมาซื้อบัตร และให้มีการกระจายความเสี่ยงที่ดีขึ้น จึงได้เพิ่มระยะเวลาการมีสิทธิหรือได้รับบัตรหลังจากการซื้อจาก 15 วัน เป็น 30 วัน พร้อมกันนั้นได้มีการเปลี่ยนแปลงการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับบัตรข้ามเขตจากกองทุนส่วนกลางไปที่กองทุนจังหวัดที่ทำการออกบัตรแทนเพื่อป้องกันการออกบัตรข้ามเขตที่ไม่ตรงวัตถุประสงค์ คือ แทนที่จะออกไปส่งต่อให้ผู้ป่วยกลับออกบัตรข้ามเขตให้แทน เพื่อกองทุนจังหวัดจะได้ไม่ต้องรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่าย⁶³ นอกจากนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ได้มีการนำกลุ่มวินิจัยโรคร่วมมาใช้แทนการจ่ายตามปริมาณบริการ

6. แนวโน้มการขยายตัวและความครอบคลุมบัตรประกันสุขภาพ การขยายตัวของโครงการมีลักษณะเป็น U-Shaped คือ มีการขยายอย่างรวดเร็วในระยะที่สอง หลังจากนั้นก็มีการถดถอยในระยะที่สาม สืบเนื่องจากการขาดความชัดเจนในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และได้มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วอีกครั้งตั้งแต่ พ.ศ. 2539 เมื่อมีการปฏิรูปโครงการบัตรประกันสุขภาพ โดยมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและหลักการเป็นโครงการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ และเริ่มได้รับเงินอุดหนุนงบประมาณจากรัฐ ปัจจัยที่ทำให้โครงการขยายตัวได้อย่างรวดเร็วในช่วงนี้เกิดจากนโยบายขยายหลักประกันสุขภาพร้อยละ 100 ของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้บัตรประกันสุขภาพเป็นเครื่องมือ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ทางสื่อมวลชนแขนงต่างๆ การปรับเปลี่ยนสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างรอบด้านต่อเนื่องมากขึ้น และสามารถเข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลชุมชนได้โดยตรง พร้อมกันนั้นก็มีการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้ขายบัตรในอัตราบัตรละ 25 บาท และได้มีการขยายโครงการดังกล่าวมายังเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เป็นทางเลือกกับประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ

เมื่อประเทศไทยก้าวสู่ช่วงการถดถอยทางเศรษฐกิจในกลางปี พ.ศ. 2540 ค่าเงินบาทที่ลดลงกว่าร้อยละ 100⁶⁴ ทำให้ความสามารถในการจ่ายของครัวเรือนลดลงอย่างมาก ประชาชนจึง

⁶³ กระทรวงสาธารณสุข. (2541, 6 กุมภาพันธ์). “ระเบียบว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ ฉบับที่ 2.” หน้า 17-26.

⁶⁴ ปรากรม วุฒิพงศ์และคณะ. เล่มเดิม. หน้า 31-42.

หันมาใช้บริการภาครัฐ เนื่องจากมีค่าบริการที่ถูกลงกว่าภาคเอกชน⁶⁵ ในขณะเดียวกันก็หันมาซื้อบัตรประกันสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงปลายปี พ.ศ. 2540 และช่วงครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ สำหรับจำนวนบัตรสุขภาพที่ขายได้น้อยลงในครึ่งปีหลังปีงบประมาณ พ.ศ. 2541 สืบเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขกังวลว่าจะไม่มีเงินสมทบเพียงพอให้แก่กองทุนจังหวัด เนื่องจากมีเพดานงบประมาณสำหรับการอุดหนุนบัตรสุขภาพเพียงปีละ 2.4 ล้านใบ นอกจากนั้น โรงพยาบาลเองก็กังวลว่าการที่มีคนมาซื้อบัตรมากขึ้นจะทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น เนื่องจากมีอัตราการคืนทุนที่ต่ำ หลังจากที่รัฐบาลได้เพิ่มเงินอุดหนุนจากบัตรละ 500 บาท เป็น 1,000 บาท อาจทำให้ความกังวลดังกล่าวลดลงและมีแรงจูงใจในการจำหน่ายบัตรมากขึ้น อย่างไรก็ตามก็อาจไม่มากนักสืบเนื่องจากการงดการจ่ายค่าตอบแทนการจำหน่ายบัตร⁶⁶

นอกจากนี้ ยังมีกองทุนที่มีขนาดเล็กๆ ที่ให้ความคุ้มครองแก่สมาชิกของตนซึ่งมักจะมีการจ่ายเงินในลักษณะเงินปันผลย้อนหลัง เมื่อสิ้นปีส่วนใหญ่มักจะเป็นลักษณะของกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์มากกว่ากองทุนสุขภาพโดยตรง

จากที่ได้ทำการศึกษาถึงแนวคิด ประวัติความเป็นมา วิวัฒนาการ และรูปแบบระบบประกันสุขภาพของไทยดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าปัจจุบันประเทศไทยได้มีการนำเอาแนวคิดเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลนั้น จะได้กล่าวถึงในบทที่ 3 ต่อไป

⁶⁵ Ministry of Public Health. (2001). Thailand Health Profile 1997-1998.

⁶⁶ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). หนังสือด่วนที่สุด 0526/22013 แผนงบประมาณเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพประจำปี 2543. หน้า 25.

บทที่ 3

มาตรการในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ

มาตรการในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลนั้น มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องและขั้นตอนในการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามกฎหมายไทยและกฎหมายต่างประเทศ ดังต่อไปนี้

3.1 การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายไทย

3.1.1 กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹

เนื่องจากมาตรา 52² ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82³ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้ จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน นอกจากนี้ เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิก

¹ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนที่ 116 ก หน้า 1 วันที่ 18 พฤศจิกายน 2545.

² ปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 51.

³ ปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 80.

จ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ขึ้นมา⁴ โดยให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 เป็นต้นไป ซึ่งพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

3.1.1.1 สิทธิการรับบริการสาธารณสุข

บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยยื่นคำขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการของตนเองต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาขา หรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เพื่อเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตนเอง ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับการบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดก็ได้ เว้นแต่ ผู้นั้นจะเป็นผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดให้ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ โดยการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ การขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและหน้าที่ของหน่วยบริการประจำ ให้คำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ

บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่ กรณีที่มีเหตุสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ในกรณีที่ผู้ซึ่งมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนอาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวจัดให้บุคคลนั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ และแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานสาขาทราบภายใน 30 วันนับแต่ให้บริการ โดยหน่วยบริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการครั้งนั้นจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

⁴ เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.

สำหรับข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของ รัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการ รักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ รวมถึงบิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือบุคคลอื่นใดที่ ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลดังกล่าว และผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่า ด้วยประกันสังคม โดยหลักแล้วไม่สามารถใช้สิทธิในการรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ เว้นแต่จะได้มีการตกลงร่วมกันระหว่างคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอื่นของ รัฐ หรือคณะกรรมการประกันสังคม ให้ใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และออกเป็นพระราชกฤษฎีกามาใช้บังคับ

ส่วนในกรณีที่บุคคลนั้นเป็นลูกจ้างซึ่งมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่า ด้วยเงินทดแทน หรือผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ถ้าได้ ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อใดแล้ว ให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจาก กองทุนเงินทดแทน กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย บริษัทผู้รับประกันภัยรถ หรือบริษัทกลางคุ้มครอง ผู้ประสบภัยจากรถจำกัด แล้วแต่กรณี แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือไม่เกินจำนวนค่าสินไหมทดแทนตามภาระหน้าที่ที่กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยต้องจ่ายตาม กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หรือไม่เกินสิทธิที่พึงได้รับตามเงื่อนไขใน กรมธรรม์ประกันภัย ส่งเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

3.1.1.2 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

1. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีฐานะเป็นประธานกรรมการ
2. ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ
3. ผู้แทนเทศบาล 1 คน องค์กรบริหารส่วนจังหวัด 1 คน องค์กรบริหารส่วนตำบล 1 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น 1 คน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง

4. ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับงานด้านเด็กหรือเยาวชน งานด้านสตรี งานด้านผู้สูงอายุ งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น งานด้านผู้ใช้แรงงาน งานด้านชุมชนแออัด งานด้านเกษตรกรและงานด้านชนกลุ่มน้อย องค์กรละ 1 คน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เลือกกลุ่มละ 1 คน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวน 5 คน และต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อนครบกำหนด 15 วัน นับแต่วันที่มีเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการ ถ้าองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

5. ผู้แทน ผู้ประกอบอาชีพด้านสาธารณสุขจำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้แทนแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ด้านละ 1 คน

6. ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน ซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การเงินการคลัง กฎหมายและสังคมศาสตร์ ด้านละ 1 คน

7. เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ

2. ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวง และประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุข

4. กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการถอดถอนและกำหนดคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามของเลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6. ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์

7. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล โดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร

8. กั้นเงินจำนวนไม่เกินร้อยละ 1 ของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร

9. สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่

10. สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่

11. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

12. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน

13. จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้วรายงานต่อคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายใน 6 เดือน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ

14. จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี

15. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

16. ควบคุมดูแลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ดำเนินกิจการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และให้รวมถึง

1) กำหนดนโยบายการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) อนุมัติแผนการเงินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนออกระเบียบข้อบังคับ ประกาศ หรือข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงินและทรัพย์สิน การติดตามประเมินผล และการดำเนินการอื่นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

17. แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

18. แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบขึ้นคณะหนึ่ง เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบการบริหารเงินและการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปโดยถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบแบบแผนที่เกี่ยวข้อง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีความโปร่งใส และมีผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

19. เสนอขอรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.1.1.3 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข” ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

1. อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ

2. ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนทันตแพทยสภา ผู้แทนสภาเภสัชกรรม และผู้แทนสภาทนายความ

3. ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นสมาชิกของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน 1 คน

4. ผู้แทนเทศบาล 1 คน องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 คน องค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น 1 คน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง

5. ผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ทันตกรรม และเภสัชกรรมวิชาชีพละ 1 คน

6. ผู้แทนราชวิทยาลัย แพทย์เฉพาะทางสาขาสุนัขโรค สาขาศัลยกรรม สาขา อายุรกรรม และสาขากุมารเวชกรรม สาขาละ 1 คน

7. ผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สาขากายภาพบำบัด สาขาเทคนิคการแพทย์ สาขารังสีเทคนิค สาขากิจกรรมบำบัด สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก และสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย สาขาละ 1 คน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวน 3 คน

8. ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร และดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับงานด้านเด็กหรือเยาวชน งานด้านสตรี งานด้านผู้สูงอายุ งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น งานด้านผู้ไร้แรงงาน งานด้านชุมชนแออัด งานด้านเกษตรกรและงานด้านชนกลุ่มน้อย องค์กรละ 1 คน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละ 1 คน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวน 5 คน และต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อนครบกำหนด 15 วัน นับแต่วันที่มีเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการ ถ้าองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

9. ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวน 6 คน โดยในจำนวนนี้ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาจิตเวช และสาขาการแพทย์แผนไทย สาขาละ 1 คน

10. เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ทั้งนี้ ประธานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมาจากการที่บุคคลดังกล่าวข้างต้นประชุมและเลือกกันเองให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นประธานกรรมการ

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
2. กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ในกรณีที่หน่วยบริการนั้นๆ มีการให้บริการในส่วนที่สูงกว่าบริการสาธารณสุข
3. กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
4. เสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการ
5. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์ และวิธีการให้ความ

ช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

6. รายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน

7. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

8. จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

9. สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

10. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนด ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขหรือตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

11. แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติตามที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมอบหมายได้

12. ขอให้หน่วยงานของรัฐหรือสั่งให้บุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

3.1.1.4 หน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อให้ประชาชนดำเนินการลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตน และได้กำหนดให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

2. ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทาง วิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

4. รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

5. จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

3.1.1.5 การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดไว้ในกรณีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาขาแล้วแต่กรณี ตรวจสอบแล้วพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขแต่งตั้ง “คณะกรรมการสอบสวน” ซึ่งประกอบไปด้วยผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กรเอกชนหรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา และให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขกำหนดจำนวนของคณะกรรมการสอบสวนตามความเหมาะสม และอาจแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนไว้ล่วงหน้าเป็นจำนวนหลายคณะก็ได้

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการสอบสวนมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการสอบสวนหน่วยบริการที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้และเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

2. ขอให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ผู้ร้องเรียน หรือบุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำ หรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

เมื่อคณะกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนเสร็จแล้ว ให้เสนอเรื่องพร้อมความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาต่อไป ดังต่อไปนี้

1. ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- 1) ในกรณีที่เป็นการกระทำโดยไม่เจตนาให้มีคำสั่งเตือนให้ปฏิบัติโดยถูกต้อง
- 2) ในกรณีที่มีเจตนากระทำผิด ให้มีคำสั่งให้หน่วยบริการนั้นชำระค่าปรับทางปกครองเป็นจำนวนไม่เกิน 100,000 บาท สำหรับการกระทำความผิดแต่ละครั้ง และให้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองมาใช้บังคับ และในกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการบังคับตามคำสั่ง ให้เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจฟ้องคดีต่อศาลปกครองเพื่อบังคับชำระค่าปรับ ในการนี้ถ้าศาลปกครองเห็นว่าคำสั่งให้ชำระค่าปรับนั้นชอบด้วยกฎหมายก็ให้ศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษาและบังคับคดีให้มีการยึดหรืออายัดทรัพย์สินขายทอดตลาดเพื่อชำระค่าปรับได้

3) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งอาจมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

2. ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขตามที่กำหนดไว้ หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด หรือไม่จ่ายค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควร ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1) ตักเตือนเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นปฏิบัติต่อผู้ร้องเรียนให้เหมาะสมหรือถูกต้องตามสิทธิประโยชน์ของผู้ร้องเรียน

2) ออกคำสั่งเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นคืนเงินค่าบริการส่วนเกินหรือที่ไม่มีสิทธิเรียกเก็บให้แก่ผู้ร้องเรียนพร้อมดอกเบี้ยร้อยละ 15 ต่อปี นับแต่วันที่เก็บค่าบริการนั้นจนถึงวันที่จ่ายเงินคืน

3. ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า การกระทำผิดของหน่วยบริการนั้นเป็นการกระทำผิดร้ายแรงหรือเกิดซ้ำหลายครั้ง ให้เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาดำเนินการดังต่อไปนี้

- 1) สั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการนั้น

2) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อพิจารณา
ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

3) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้กำกับดูแลเพื่อให้มีการดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหารของ
หน่วยบริการในกรณีที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

4) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหา
หรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของ
หน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

3.1.2 หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล⁵

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ได้กำหนดให้
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกั้นเงินจำนวนไม่เกินร้อยละ 1 ของเงินที่จะจ่ายให้หน่วย
บริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่
เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่
ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และมาตรา 18 (7) แห่งพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมี
อำนาจหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่
ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหา
ผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41 ฉะนั้น
อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 18(7) และมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ออกข้อบังคับสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือ
เบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2546 ขึ้นมาเพื่อใช้เป็น
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความ
เสียหายจากการรักษาพยาบาล ต่อมาได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเหมาะสม และเกิด
ประสิทธิภาพในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น ประกอบกับเพื่อให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของ
กฎหมาย จนปัจจุบันได้มีการประกาศใช้ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่า
ด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความ
เสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 โดยมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 เป็นต้นไป

⁵ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 129 ตอนพิเศษ 128 ง หน้า 67 วันที่ 23 สิงหาคม 2555.

ส่วนกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ให้บังคับตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 จนเสร็จสิ้นกระบวนการพิจารณา

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 นั้น ประกอบด้วย 13 ข้อ ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

3.1.2.1 ความหมายของเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

เงินช่วยเหลือเบื้องต้น หมายความว่า เงินที่จ่ายให้แก่ผู้รับบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะของผู้รับบริการ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยมีต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด

3.1.2.2 ขอบเขตของความเสียหาย

ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการที่จะเป็นเหตุให้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนั้น ให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาลด้วย แต่ความเสียหายนั้น ต้องไม่ใช่ความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพ หรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว

3.1.2.3 ประเภทของความเสียหายและอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 นั้น ได้มีการกำหนดประเภทของความเสียหาย และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไว้ ดังต่อไปนี้

1. กรณีเสียชีวิต ทูพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ 240,000-400,000 บาท

2. กรณีสูญเสียอวัยวะ หรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ 100,000-240,000 บาท

3. บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ไม่เกิน 100,000 บาท

กรณีที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์จนอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วย

บริการให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากับอัตราที่กำหนดในข้อ 1) และหากมารดาได้รับความเสียหายอื่นด้วย ก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายที่ได้รับนั้น

สำหรับกรณีที่มีความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตามข้อ 1) 2) และ 3) ได้ ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสม

3.1.2.4 ระยะเวลาในการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ทายาท ผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ที่สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้นๆ หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ ต้องยื่นคำร้องภายใน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย

3.1.2.5 คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ได้กำหนดให้คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครหรือจังหวัดใดที่ไม่มีคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นผู้เสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสมจำนวน 5-7 คน เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

1. ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 3 คน
2. ตัวแทนหน่วยบริการและตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน

ทั้งนี้ กำหนดให้ผู้อำนวยการสำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้นเป็นเลขานุการคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และให้คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี

3.1.2.6 การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

การพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนั้น ให้คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นพิจารณาว่ากรณีดังกล่าวเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับ

ความช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่ และถ้าควรได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นควรที่จะได้ตามคำร้องขอหรือไม่เพียงใด ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐกิจของผู้เสียหายประกอบด้วย และมีอำนาจอนุมัติจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ และต้องพิจารณาวินิจฉัยให้แล้วเสร็จโดยเร็ว

3.1.2.7 การอุทธรณ์

กรณีที่ผู้รับบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะของผู้รับบริการ ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เต็มตามอัตราที่กำหนดไว้ หรือไม่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น หรือจัดประเภทของความเสียหายโดยไม่ถูกต้อง มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้ โดยยื่นที่สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้น หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ ต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย และให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาว่าเป็นไปตามเงื่อนไขการยื่นอุทธรณ์หรือไม่ หากเป็นไปตามเงื่อนไขให้เสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาด ดังต่อไปนี้

1. สั่งให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ หรือ

2. สั่งให้ยกอุทธรณ์

ทั้งนี้ คำวินิจฉัยชี้ขาดของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขให้เป็นที่สุด

3.1.3 การพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น⁶

เนื่องจากการแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความเหมาะสม และเกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น ประกอบกับเพื่อให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของกฎหมาย จึงได้มีการประกาศใช้ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ขึ้นมา โดยมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 เป็นต้นไป ส่วนกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ยังคงให้ใช้บังคับตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ

⁶ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). คู่มือการดำเนินงานจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น. หน้า 19-23.

และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 ต่อไป ดังนั้น เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และในการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเริ่มตั้งแต่ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะหรือหน่วยบริการที่ให้บริการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ไปจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติและขั้นตอนในการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

3.1.3.1 การยื่นคำร้อง

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไว้ ดังต่อไปนี้

1. ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ ต้องใช้สิทธิในการยื่นคำร้องภายในกำหนด 1 ปี นับจากวันที่ทราบความเสียหาย โดยยื่นคำร้องที่หน่วยรับคำร้องหน่วยใดหน่วยหนึ่งก็ได้

2. สารสำคัญของคำร้อง การยื่นคำร้องจะยื่นตามแบบที่ได้กำหนดไว้ หรือจะยื่นโดยเขียนเป็นหนังสือก็ได้ แต่ข้อความในหนังสือดังกล่าวอย่างน้อยควรจะต้องระบุ ชื่อผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข ชื่อของหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุข วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้นหรือวันที่ทราบถึงความเสียหาย สถานที่ที่สามารถติดต่อกับผู้รับบริการหรือผู้ยื่นคำร้องได้โดยรวดเร็ว และสถานภาพของผู้รับบริการ เช่น อาชีพ รายได้หรือเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นต้น

3. เอกสารหลักฐานของผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะที่ควรยื่นมากับคำร้อง คือ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หนังสือมอบอำนาจ (กรณีที่มีการมอบอำนาจ) และเอกสารหรือหลักฐานแสดงรายละเอียดข้อมูลอื่นที่อาจใช้เป็นประโยชน์ในการประกอบการพิจารณา (ถ้ามี)

4. วิธียื่นคำร้อง อาจทำได้ 2 กรณี ด้วยการมายื่นคำร้องด้วยตนเองที่หน่วยรับคำร้อง หรือส่งคำร้องทางไปรษณีย์ลงทะเบียนก็ได้

การยื่นคำร้องโดยส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนให้ถือว่าวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นวันยื่นคำร้อง ซึ่งวันที่ประทับตราดังกล่าว จะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการนับระยะเวลาในการใช้สิทธิยื่นคำร้อง

3.1.3.2 การตรวจสอบข้อมูลและการรวบรวมข้อเท็จจริง

เมื่อหน่วยรับคำร้องรับได้รับคำร้องไว้แล้ว ให้ตรวจสอบเอกสารหรือหลักฐานต่างๆ ที่ผู้ยื่นคำร้องส่งมาให้ครบถ้วน และอาจต้องแสวงหาข้อเท็จจริง หรือเอกสารหลักฐาน หรือข้อมูลที่เห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาเพิ่มเติมพร้อมกับสรุปข้อเท็จจริง เพื่อนำเสนอคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นพิจารณา โดยอาจใช้แบบบันทึกตามแบบที่แนบ ทั้งนี้ กรณีผู้ยื่นคำร้องได้ยื่นคำร้องเมื่อพ้นระยะเวลาที่กำหนดไว้ในข้อบังคับ (1 ปี) เจ้าหน้าที่ในหน่วยรับคำร้องต้องรับคำร้องไว้ก่อน และดำเนินการไปตามขั้นตอน (อย่าปฏิเสธโดยไม่รับคำร้อง)

3.1.3.3 การพิจารณาวินิจฉัย

คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นว่าควรได้รับเงินช่วยเหลือตามข้อบังคับหรือไม่ อย่างไร หากควรได้รับเงินช่วยเหลือต้องพิจารณาโดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหาย และหลักฐานของผู้เสียหายด้วย โดยมีขั้นตอนในการพิจารณา ดังต่อไปนี้

1. พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดในข้อบังคับ เมื่อประมวลจากข้อบังคับแล้วจะเห็นได้ว่าเกณฑ์ในการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นอาจแบ่งได้เป็น 6 ข้อ ได้แก่

- 1) ผู้รับบริการต้องเป็นผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และเป็นผู้ได้รับความเสียหาย
- 2) ความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข
- 3) ต้องเป็นการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
- 4) ความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขต้องไม่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค เหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้น
- 5) ยื่นคำร้องภายใน 1 ปี นับจากวันที่ทราบความเสียหาย
- 6) ไม่ต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด หรือผลพิสูจน์ทางการแพทย์

เมื่อคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้พิจารณาวินิจฉัยคำร้องใดตามเกณฑ์การพิจารณาดังกล่าวข้างต้น และเป็นกรณีที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าวทุกข้อ ถือว่าผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะเป็นผู้มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือตามข้อบังคับนี้

2. พิจารณาถึงประเภทของความเสียหาย เมื่อคำร้องใดเข้าเกณฑ์ในการพิจารณาทั้ง 6 ข้อ ตามที่กล่าวมาข้างต้น ขั้นตอนต่อไป คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นควรวินิจฉัยคำร้องให้ได้ว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นจัดเป็นความเสียหายประเภทใด เพื่อจะได้อนุมัติเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้

3. พิจารณาถึงความรุนแรง และเสรษฐฐานะของผู้เสียหาย เนื่องจากความเสียหายในแต่ละประเภทที่ผู้รับบริการได้รับอาจมีความรุนแรงไม่เท่ากัน และผลกระทบต่อเสรษฐฐานะของผู้เสียหายก็เป็นตัวชี้วัดอีกตัวหนึ่งที่ทำให้การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน อาจมีจำนวนมากน้อยต่างกัน ได้ การพิจารณาว่าสมควรจ่ายเป็นจำนวนเงินเท่าใด จึงต้องพิจารณาประเด็นดังกล่าวประกอบด้วย

คำว่า “เสรษฐฐานะ” มิได้หมายถึงความยากดีมีเงิน แต่หมายรวมถึงความเดือดร้อนหรือผลกระทบที่ผู้รับบริการหรือทายาท หรือผู้อุปการะจะได้รับ เช่นผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหาย เป็นหัวหน้าครอบครัวมีภาระต้องเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว ก็อาจจะได้รับผลกระทบมากกว่าผู้รับบริการรายอื่น เป็นต้น⁷

4. ผลการพิจารณาวินิจฉัย หลังจากทีคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้พิจารณาวินิจฉัยตามขั้นตอนดังกล่าวแล้ว ควรสรุปความเห็นอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ อนุมัติจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามประเภทความเสียหาย หรือ ไม่อนุมัติเนื่องจากไม่เข้าหลักเกณฑ์

3.1.3.4 การแจ้งผลการพิจารณา

เมื่อคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้พิจารณา วินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแล้วไม่ว่าจะมีมติเป็นประการใด เลขานุการของ คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นต้องมีหนังสือแจ้งผลการ พิจารณาให้ผู้เสียหายทราบโดยแจ้งสิทธิอุทธรณ์ด้วย ซึ่งหนังสือที่แจ้งควรส่งทางไปรษณีย์ ลงทะเบียนตอบรับ พร้อมทั้งแจ้งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย เพื่อสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้ดำเนินการต่อไป ดังต่อไปนี้

1. กรณีคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีมติอนุมัติ ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามอัตราที่กำหนด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องนำ เรื่องเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อทราบ และดำเนินการ เพื่อส่งจ่ายเงินไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดังนั้น ในทางปฏิบัติสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน สาระสำคัญของหนังสืออย่างน้อยควรแจ้งจำนวนเงินที่ได้รับอนุมัติจากคณะอนุกรรมการพิจารณา วินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และชื่อผู้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมกับแนบรายงาน การประชุมของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไปด้วย

⁷ แหล่งเดิม. หน้า 15.

2. กรณีคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีมติไม่อนุมัติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องนำเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อทราบ ทั้งนี้ หนังสือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องแนบรายงานการประชุมของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไปด้วย

รายงานการประชุมของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ทั้ง 2 กรณีข้างต้น ควรประกอบด้วยสาระสำคัญซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่ได้รับจากผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะ หน่วยบริการหรือผู้ให้บริการ ผู้เชี่ยวชาญ (ถ้ามี) พร้อมกับเหตุผลในการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีนั้น

อนึ่ง เมื่อเลขานุการของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามทั้ง 2 กรณีข้างต้น ไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วต้องแจ้งผลดังกล่าวให้ผู้ยื่นคำร้องทราบพร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการอุทธรณ์ไปด้วย ทั้งนี้ หากส่งทางไปรษณีย์ควรเป็นไปรษณีย์ลงทะเบียนและเก็บหลักฐานการตอบรับไว้ด้วย เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาอุทธรณ์ (ถ้ามี) แต่หากผู้ยื่นคำร้องมารับทราบคำร้องด้วยตัวเองก็ควรให้ผู้ยื่นคำร้องลงลายมือชื่อพร้อมวันที่รับทราบผลการพิจารณาไว้ในสำเนาหนังสือเพื่อเป็นหลักฐาน

3.1.3.5 การอุทธรณ์

ในกรณีที่ผู้เสียหายได้รับแจ้งผลการพิจารณาแล้ว และไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ก็มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้ ซึ่งมีวิธีการและขั้นตอนในการพิจารณาอุทธรณ์ ดังต่อไปนี้

1. ผู้มีสิทธิอุทธรณ์ ได้แก่ ผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะต้องใช้สิทธิยื่นอุทธรณ์ภายในกำหนด 30 วัน นับจากวันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยต้องยื่นอุทธรณ์ที่หน่วยรับคำร้อง และเมื่อหน่วยรับคำร้องได้รับคำอุทธรณ์แล้วให้รีบส่งเรื่องไปยัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยเร็ว

2. สาระสำคัญของคำอุทธรณ์ การยื่นอุทธรณ์ต้องทำเป็นหนังสือ และข้อความในหนังสืออุทธรณ์อย่างน้อยควรระบุ ชื่อผู้อุทธรณ์ วันที่รับทราบผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เหตุผลที่ไม่เห็นด้วย และสถานที่ที่สามารถติดต่อกับผู้อุทธรณ์ได้โดยรวดเร็ว

3. วิธีการยื่นอุทธรณ์ วิธีการยื่นอุทธรณ์ อาจทำได้โดยมาขึ้นด้วยตนเองที่หน่วยรับคำร้อง หรือส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนก็ได้

4. การพิจารณาวินิจฉัย เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับคำอุทธรณ์ที่ส่งมาจากหน่วยรับคำร้องแล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องดำเนินการสรุปข้อเท็จจริงของเรื่องนั้น ซึ่ง คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เคยพิจารณาวินิจฉัยไว้พร้อมกับรวบรวมข้อมูล หรือเอกสารหลักฐาน และแสวงหาข้อเท็จจริงเท่าที่จำเป็น เพื่อที่จะได้นำเสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาต่อไป ทั้งนี้เกณฑ์ในการพิจารณาวินิจฉัยจะใช้เกณฑ์เดียวกับที่คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นใช้พิจารณา

5. ผลการวินิจฉัย คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข จะพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาดคำอุทธรณ์ของผู้เสียหายที่ได้อุทธรณ์ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นโดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขวินิจฉัยชี้ขาดได้เป็น 2 ทางเลือก ได้แก่ สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามอัตราที่กำหนด หรือสั่งยกอุทธรณ์

6. การแจ้งผลการวินิจฉัย เมื่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้พิจารณาวินิจฉัยแล้วเสร็จไม่ว่าจะมีมติเป็นประการใด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องแจ้งผลการพิจารณานั้นให้หน่วยรับคำร้องทราบ เพื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะได้แจ้งผลให้ผู้ยื่นคำร้องและคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นทราบ ในกรณีที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีมติให้สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็จะดำเนินการจ่ายเงินดังกล่าวไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อสั่งจ่ายเงินให้ผู้เสียหายตามขั้นตอนต่อไป

ผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ดังกล่าว ให้ถือเป็นที่สุด ผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะ จะอุทธรณ์อีกไม่ได้

3.1.4 การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น⁸

3.1.4.1 พิจารณาจากระดับความรุนแรงของความเสียหาย โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับดังต่อไปนี้

ระดับที่ 1 เห็นชัดเจนว่าความเสียหายเกิดจากการรักษาพยาบาลโดยตรง และไม่สัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย พิจารณาจ่ายเต็มตามอัตรา

ระดับที่ 2 เห็นชัดเจนว่าความเสียหายเกิดจากการรักษาพยาบาลโดยตรง และสัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย พิจารณาจ่ายตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับที่ 3 เห็นว่าความเสียหายส่วนใหญ่เกิดจากการรักษาพยาบาล พิจารณาจ่ายตั้งแต่ร้อยละ 60-80

ระดับที่ 4 เห็นว่าความเสียหายส่วนน้อย หรือเป็นความเสียหายที่ไม่ชัดเจนนักว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล พิจารณาจ่ายไม่เกินร้อยละ 50

3.1.4.2 พิจารณาจากเศรษฐกิจฐานะของผู้เสียหาย จ่ายได้ไม่เกินร้อยละ 10 ยกเว้นกรณีจ่ายเงินเต็มตามอัตราที่กำหนด ไม่ต้องพิจารณาเศรษฐกิจอีก

3.1.4.3 การกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ปรากฏตามตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 การกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเบื้องต้น

ระดับความรุนแรง	ประเภทความเสียหาย		
	เสียชีวิต	สูญเสียอวัยวะ	บาดเจ็บ
ระดับ 1	200,000	120,000	50,000
ระดับ 2	160,000-200,000	96,000-120,000	40,000-50,000
ร้อยละ 80+ ร้อยละ 10	+20,000	+12,000	+5,000
ระดับ 3	120,000-160,000	72,000-96,000	30,000-40,000
ร้อยละ 60-80+ ร้อยละ 10	+20,000	+12,000	+5,000
ระดับ 4	ไม่เกิน 100,000	ไม่เกิน 60,000	ไม่เกิน 25,000
ร้อยละ 50+ ร้อยละ 10	+20,000	+12,000	+5,000

⁸ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “แนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น.” เอกสารประกอบการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของสำนักงานกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

3.1.5 การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามร่างกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

หลังจากที่ประเทศไทยได้นำเอาแนวคิดเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคลและไม่พิสูจน์ความรับผิดชอบของต่างประเทศมาใช้ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ไม่ครอบคลุมไปถึงบุคคลที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลอื่น และเป็นการให้ความช่วยเหลือทางศีลธรรมเพื่อเยียวยาหรือบรรเทาความเดือดร้อนในเบื้องต้น ไม่ใช่การชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง ปัจจุบันได้เกิดแนวคิดที่จะขยายความคุ้มครองดังกล่าว ให้แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยให้ครอบคลุมประชาชนชาวไทยทุกคนและให้การชดเชยความเสียหายที่ใกล้เคียงกับความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

3.1.5.1 ร่างกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเสนอโดยคณะรัฐมนตรี

เหตุผลในการเสนอร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ของคณะรัฐมนตรี เนื่องจากเห็นว่าปัจจุบันความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขยังไม่ได้รับการแก้ไขเยียวยาอย่างเป็นระบบให้ทันทั่วถึง ทำให้มีการฟ้องร้องผู้ให้บริการสาธารณสุขทั้งทางแพ่งและทางอาญา และทำให้ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสาธารณสุขเปลี่ยนไปจากเดิม อันส่งผลร้ายมายังผู้รับและผู้ให้บริการสาธารณสุข รวมถึงระบบบริการสาธารณสุขด้วย จึงสมควรที่จะแก้ปัญหาดังกล่าวเพื่อให้ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุขได้รับการแก้ไขเยียวยาโดยรวดเร็วและเป็นธรรม โดยการจัดตั้งกองทุนเพื่อชดเชยความเสียหายให้แก่ผู้เสียหาย ส่งเสริมให้มีการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท และเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสาธารณสุข จัดให้มีการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายจากบริการสาธารณสุข ทั้งให้ศาลอาญาใช้ดุลพินิจในการลงโทษหรือไม่ลงโทษผู้ให้บริการสาธารณสุขในกรณีที่ถูกฟ้องคดีอาญาข้อหากระทำการโดยประมาทด้วย จึงได้มีการร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ขึ้นมา⁹ ซึ่งร่างพระราชบัญญัตินี้มีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

⁹ เหตุผลในการประกาศใช้ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ที่เสนอโดยคณะรัฐมนตรี.

1. ขอบเขตการบังคับใช้กฎหมาย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 5 ได้กำหนดให้ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยจากกองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด และในมาตรา 6 ของร่างพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดข้อยกเว้นที่ทำให้ผู้เสียหายไม่มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยไว้ ในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) ความเสียหายที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรคนั้น แม้มีการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 2) ความเสียหายซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 3) ความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตตามปกติ

2. คณะกรรมการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 7 ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข” ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- 1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน
- 2) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ
- 3) ผู้แทนสถานพยาบาล จำนวน 3 คน
- 4) ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพ จำนวน 3 คน
- 5) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ สื่อสารมวลชน สิทธิมนุษยชน และการเจรจาไกล่เกลี่ยสาธารณสุข ด้านละ 1 คน
- 6) อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นกรรมการและเลขานุการ
- 7) เจ้าหน้าที่ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวนไม่เกิน 2 คน เป็นผู้ช่วยเลขานุการซึ่งอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นผู้แต่งตั้ง

นอกจากนี้ ในมาตรา 10 ของร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดให้คณะกรรมการสร้างเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- 1) กำหนดนโยบายและมาตรการเพื่อคุ้มครองผู้เสียหาย พัฒนาระบบความปลอดภัย และป้องกันความเสียหาย และการสนับสนุนการไกล่เกลี่ยและการสร้างเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข
- 2) กำหนดประกาศการจ่ายเงินสมทบกองทุนเสริมสร้างสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข
- 3) กำหนดระเบียบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการบริหารกองทุน รวมทั้งระเบียบเกี่ยวกับค่าพาหนะ ค่าเช่าที่พัก และค่าป่วยการ
- 4) กำหนดระเบียบเกี่ยวกับการยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหาย ระเบียบการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และระเบียบการจ่ายเงินชดเชย
- 5) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการอุทธรณ์ และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์
- 6) กำหนดระเบียบเกี่ยวกับการทำสัญญาประนีประนอมยอมความ และการดำเนินการไกล่เกลี่ย การทำสัญญาประนีประนอมยอมความ และค่าตอบแทนของผู้ไกล่เกลี่ย
- 7) จัดประชุมรับฟังความเห็นของสถานพยาบาลและผู้รับบริการสาธารณสุขเพื่อรับทราบปัญหาข้อเสนอแนะในการส่งเสริมและพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย รวมทั้งการไกล่เกลี่ยและการสร้างเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข
- 8) กำหนดนโยบายการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- 9) จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ไกล่เกลี่ย โดยคัดเลือกจากบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เหมาะสมกับการทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทสาธารณสุข
- 10) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสนับสนุนการไกล่เกลี่ย และสร้างเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขและพิจารณาอนุมัติเงินกองทุนสร้างเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขเพื่อใช้จ่ายในการสนับสนุนกิจกรรมด้านการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายของผู้รับบริการสาธารณสุข
- 11) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสร้างเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

12) แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้น คณะกรรมการประเมินเงินชดเชย และคณะกรรมการอื่นๆ ตามที่เห็นสมควร เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขมอบหมาย (ร่างมาตรา 12)

13) สั่งให้สถานพยาบาล ผู้เสียหายหรือทายาท บุคคล หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องทำหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง หรือมาให้ถ้อยคำด้วยตนเอง หรือส่งข้อมูล หรือเอกสารหลักฐานตามกำหนดเวลาที่เห็นสมควร (ร่างมาตรา 18)

3. คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 12

(1) ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข โดยที่คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ จำนวน 1 คน
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 1 คน
- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 1 คน
- 4) ผู้แทนสถานพยาบาล จำนวน 1 คน
- 5) ผู้แทนผู้รับบริการสาธารณสุข จำนวน 1 คน

นอกจากนี้ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1) พิจารณาคำขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขกำหนดในระเบียบ

2) สั่งให้สถานพยาบาล ผู้เสียหายหรือทายาท บุคคล หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องทำหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง หรือมาให้ถ้อยคำด้วยตนเอง หรือส่งข้อมูล หรือเอกสารหลักฐานตามกำหนดเวลาที่เห็นสมควร

3) ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขมอบหมาย

4. คณะกรรมการประเมินเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 12

(2) ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการประเมินเงินชดเชย” ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการส่งเสริม

ความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข โดยที่คณะกรรมการประเมินเงินชดเชย ประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ จำนวน 1 คน
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมสงเคราะห์ จำนวน 1 คน
- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 1 คน
- 4) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 1 คน
- 5) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 1 คน

นอกจากนี้ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1) พิจารณาคำขอรับเงินชดเชยและจ่ายเงินชดเชยตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขกำหนดในระเบียบ

2) สั่งให้สถานพยาบาล ผู้เสียหายหรือทายาท บุคคล หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องทำหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง หรือมาให้ถ้อยคำด้วยตนเอง หรือส่งข้อมูล หรือเอกสารหลักฐานตามกำหนดเวลาที่เห็นสมควร

3) ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขมอบหมาย

4) วิเคราะห์สาเหตุแห่งความเสียหายเพื่อแจ้งให้สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายพิจารณาหาแนวทางพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย รวมทั้ง การส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข (ร่างมาตรา 42)

5. คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 13 ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์” ซึ่งแต่งตั้งโดยรัฐมนตรี โดยที่คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- 1) ประธานกรรมการ 1 คน
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านละ 1 คน
- 3) ผู้แทนสถานพยาบาล จำนวน 1 คน
- 4) ผู้แทนผู้รับบริการสาธารณสุข จำนวน 1 คน

นอกจากนี้ ในมาตรา 14 ของร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์มีอำนาจหน้าที่ในการพิจารณาและวินิจฉัยอุทธรณ์ ในกรณีที่คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีคำวินิจฉัยไม่รับคำขอของผู้เสียหาย และกรณีที่ผู้เสียหายไม่เห็นด้วยกับจำนวนเงินชดเชยที่คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยได้วินิจฉัย และมีอำนาจสั่งให้สถานพยาบาล ผู้เสียหายหรือทายาท บุคคล หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องทำหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง หรือมาให้ถ้อยคำด้วยตนเอง หรือส่งข้อมูล หรือเอกสารหลักฐานตามกำหนดเวลาที่เห็นสมควร (ร่างมาตรา 18)

6. ขั้นตอนการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดขั้นตอนในการยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยไว้ ดังต่อไปนี้

1) ผู้มีสิทธิยื่นคำขอ ได้แก่ ผู้เสียหาย หรือบิดามารดา คู่สมรส ทายาท ผู้อนุบาล กรณีที่ผู้เสียหายถึงแก่ชีวิต เป็นผู้ไร้ความสามารถ หรือไม่สามารถยื่นคำขอด้วยตนเองได้ หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใดซึ่งได้รับมอบหมายเป็นหนังสือจากผู้เสียหาย (ร่างมาตรา 25 วรรคสอง)

2) วิธีการยื่นคำขอ ผู้ยื่นคำขอจะกระทำด้วยวาจาหรือเป็นหนังสือก็ได้ ตามวิธีการรูปแบบ หรือรายละเอียดที่คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข กำหนดในระเบียบ (ร่างมาตรา 25 วรรคสาม)

3) ระยะเวลาในการยื่นคำขอ กำหนดให้ผู้เสียหายยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหายต่อกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือหน่วยงาน หรือองค์กรที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด ภายใน 3 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายและรู้ตัวผู้ให้บริการสาธารณสุขซึ่งก่อให้เกิดความเสียหาย แต่ทั้งนี้ ต้องไม่เกิน 10 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหาย (ร่างมาตรา 25 วรรคหนึ่ง) แต่ในกรณีที่มีความเสียหายปรากฏขึ้นภายหลังการทำสัญญาประนีประนอมยอมความ โดยผลของสารที่สะสมอยู่ในร่างกายของผู้เสียหาย หรือเป็นกรณีที่ต้องใช้เวลาในการแสดงอาการ ให้ผู้เสียหายมีสิทธิยื่นคำขอรับเงินชดเชยได้ภายใน 3 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายและรู้ตัวผู้ให้บริการสาธารณสุขซึ่งก่อให้เกิดความเสียหาย แต่ต้องไม่เกิน 10 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายที่ปรากฏขึ้นภายหลัง (ร่างมาตรา 37)

4) ผลของการยื่นคำขอ เมื่อมีการยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหายภายในอายุความทางแพ่ง ในมูลละเมิดอันเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ให้อายุความนั้นสะดุดหยุดอยู่ไม่นับในระหว่างนั้นจนกว่าการพิจารณาคำขอเงินชดเชยนั้นจะถึงที่สุดหรือมีการยุติการพิจารณาคำขอ (ร่างมาตรา 26)

7. การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยไว้ โดยมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชย ดังต่อไปนี้

1) หลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 27 ได้กำหนดให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนดแล้วแต่กรณี ส่งคำขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับคำขอ และให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นวินิจฉัยคำขอให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับคำขอ (ร่างมาตรา 27 วรรคหนึ่ง) กรณีที่มีเหตุจำเป็น ให้ขยายระยะเวลาการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นออกไปได้ไม่เกิน 2 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 15 วัน แต่ต้องบันทึกเหตุผลและความจำเป็นในการขยายระยะเวลาทุกครั้งไว้ด้วย หากการพิจารณายังไม่เสร็จภายในกำหนดเวลาที่ขยายดังกล่าวให้ถือว่าคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหาย และให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาท (ร่างมาตรา 27 วรรคสอง)

หากคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นเห็นว่าผู้ยื่นคำขอเป็นผู้เสียหายและความเสียหายนั้นไม่ใช่ความเสียหายที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรคนั้น แม้มีการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ และไม่ใชความเสียหายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ และไม่ใชความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตตามปกติ ให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาท (ร่างมาตรา 27 วรรคหนึ่ง) ทั้งนี้ คำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่วินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้เป็นที่สุด (ร่างมาตรา 27 วรรคท้าย)

2) หลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 30 ได้กำหนดให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์แล้วแต่กรณี ส่งคำขอให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยภายใน 7 วัน นับแต่วันที่มิคำวินิจฉัยหรือถือว่ามิคำวินิจฉัยให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น หรือนับแต่วันที่คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์มีคำวินิจฉัยให้รับคำขอ (ร่างมาตรา 30 วรรคหนึ่ง) และให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยวินิจฉัยคำขอให้แล้วเสร็จภายใน 60 วัน นับแต่วันที่ได้รับเรื่องจากคณะกรรมการพิจารณาให้เงิน

ช่วยเหลือเบื้องต้นหรือคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์แล้วแต่กรณี กรณีที่มีเหตุจำเป็น ให้ขยายระยะเวลาออกไปได้ไม่เกิน 2 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 15 วัน แต่ต้องบันทึกเหตุผลและความจำเป็นในการขยายระยะเวลาทุกครั้งไว้ด้วยขอ (ร่างมาตรา 30 วรรคท้าย)

ในการกำหนดจำนวนเงินชดเชยให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยพิจารณาจ่ายเงินชดเชยโดยคำนึงถึงหลักการเกี่ยวกับการชดเชยค่าสินไหมทดแทนเพื่อละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ร่างมาตรา 30 วรรคสอง)

8. การพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 42 ได้กำหนดให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยวิเคราะห์สาเหตุแห่งความเสียหายเพื่อแจ้งให้สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายพิจารณาหาแนวทางพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายรวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข แล้วให้สถานพยาบาลนั้นทำรายงานการปรับปรุงแก้ไขและส่งให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพภายใน 6 เดือน และเมื่อสถานพยาบาลได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามแนวทางดังกล่าวแล้ว คณะกรรมการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขอาจนำมาประกอบการพิจารณาคำหนดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขในทางที่เป็นคุณให้แก่สถานพยาบาลนั้นก็ได้ รวมทั้งในกรณีที่สถานพยาบาลได้มีการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายตามที่คณะกรรมการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขกำหนด คณะกรรมการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขอาจสั่งให้ลดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขก็ได้ (ร่างมาตรา 44)

3.1.5.2 ร่างกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเสนอโดยประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง

เหตุผลในการเสนอร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ของประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง เนื่องจากเห็นว่าปัจจุบันการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ไม่สามารถทำให้ผู้เสียหายสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขธรรมดา และการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมีความจำกัด เฉพาะผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ไม่รวมถึงระบบสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสังคม หรือแม้แต่การใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขไม่มีทางเลือก ในการดำเนินการที่จะได้รับการชดเชยความเสียหาย นอกจาก ต้องอาศัยกระบวนการยุติธรรม ซึ่งเป็นภาระในการดำเนินการ

และมีอุปสรรคมากมาย ที่สำคัญส่งผลต่อความสัมพันธ์ของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขกับผู้ป่วย ดังนั้น การมีกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมทุกคนโดยมีเป้าหมายเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น ลดคดีความในการฟ้องร้องและความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับคนไข้ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะยาว และยกระดับมาตรฐานการรักษายาบาล จึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วน ดังนั้น เมื่อเกิดปัญหาความเสียหายดังกล่าวจึงควรให้มีการชดเชยผู้เสียหายในเวลาอันรวดเร็ว โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ และสนับสนุนการพัฒนาระบบความปลอดภัยและการป้องกันความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข รวมทั้ง การจัดตั้งกองทุนชดเชยความเสียหายอันเนื่องมาจากการรับบริการ จึงได้มีการร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ขึ้นมา¹⁰ ซึ่งร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 7 ได้กำหนดให้เงินชดเชยประกอบไปด้วยค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ ค่าขาดประโยชน์ที่ทำได้ ค่าชดเชยในกรณีพิการหรือทุพพลภาพ ค่าชดเชยจากความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ค่าชดเชยในกรณีถึงแก่ความตาย ค่าชดเชยการขาดรายได้จากการถึงแก่ความตายและมีทายาทที่จะต้องอุปการะเลี้ยงดู รวมถึงค่าชดเชยเพื่อความเสียหายอย่างอื่นอันมิใช่ตัวเงินตามประกาศของคณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

2. ขอบเขตการบังคับใช้กฎหมาย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 5 ได้กำหนดให้ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยจากกองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ และในมาตรา 6 ของร่างพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดข้อยกเว้นที่ผู้เสียหายไม่มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยไว้ ในกรณีที่ความเสียหายนั้นเกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรคตามปกติธรรมดาของโรคนั้นหรือความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการรักษาแล้วไม่มีผลกระทบต่ออาการชีวิตตามปกติ

¹⁰ เหตุผลในการประกาศใช้ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ที่เสนอโดยประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง.

3. คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 8 ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข” ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- 1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ
- 2) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ และเลขาธิการสำนักงานศาลยุติธรรม
- 3) ผู้แทนสถานพยาบาล จำนวน 3 คน
- 4) ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ จำนวน 3 คน
- 5) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านนิติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ สื่อสารมวลชน การแพทย์และสาธารณสุข และด้านสิทธิมนุษยชน

นอกจากนี้ ในมาตรา 10 ของร่างพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดให้คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- 1) กำหนดนโยบายและมาตรการเพื่อคุ้มครองผู้เสียหาย และเพื่อพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย
- 2) กำหนดระเบียบการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินของสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข
- 3) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่สถานพยาบาลต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงขนาดของสถานพยาบาล ความถี่หรือความรุนแรงของการเกิดความเสียหาย และการมีระบบการพัฒนาความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย
- 4) กำหนดระเบียบการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข
- 5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
- 6) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราการจ่ายเงินชดเชย
- 7) จัดประชุมรับฟังความเห็นของสถานพยาบาลและผู้รับบริการ เพื่อรับทราบปัญหาข้อเสนอแนะในการส่งเสริมพัฒนาความปลอดภัย

8) กำหนดนโยบายการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

9) อนุมัติแผนการเงินของสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

10) ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนออกข้อบังคับระเบียบ ประกาศ หรือข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงินและทรัพย์สิน การติดตามประเมินผล และการดำเนินการอื่นของสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขและเพื่อดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

11) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัติหรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

12) แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย คณะอนุกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย และคณะอนุกรรมการอื่นๆ ตามที่เห็นสมควร เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมอบหมาย (ร่างมาตรา 13)

13) คัดเลือกและถอดถอนเลขาธิการสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (ร่างมาตรา 28 วรรคสอง)

4. คณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 13

(1) ได้กำหนดให้มี “คณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย” ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยที่คณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยมีจำนวน 5-7 คน ประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ จำนวน 1 คน
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 1 คน
- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสังคมศาสตร์ จำนวน 1 คน
- 4) ผู้แทนสถานพยาบาล และผู้แทนผู้รับบริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน

นอกจากนี้ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดให้คณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1) พิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย เพื่อวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาท ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขประกาศกำหนด (ร่างมาตรา 39 วรรคหนึ่ง)

2) ส่งคำร้องขอรับเงินชดเชยให้คณะกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย ในกรณีที่มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหาย (ร่างมาตรา 40 วรรคหนึ่ง)

3) ส่งรายงานการวิเคราะห์สาเหตุความเสียหายให้สถานพยาบาล (ร่างมาตรา 44)

5. คณะกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 13

(2) ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย” ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยที่คณะกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหายมีจำนวน 5-7 คน อย่างน้อยประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านสังคมศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านคนพิการ ด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค

นอกจากนี้ ในมาตรา 40 ของร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ยังได้กำหนดให้คณะกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหายมีอำนาจหน้าที่ในการประเมินความเสียหาย กำหนดจำนวนเงินชดเชยที่ผู้เสียหายควรได้รับ และวินิจฉัยจ่ายเงินชดเชย ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขประกาศกำหนด

6. คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 14 ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์” ซึ่งแต่งตั้งโดยรัฐมนตรี โดยที่คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ประกอบไปด้วยประธานกรรมการ 1 คน และกรรมการอื่นซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านสังคมศาสตร์ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้แทนสถานพยาบาล จำนวน 1 คน ผู้แทนผู้รับบริการ จำนวน 1 คน และให้เลขาธิการสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเป็นกรรมการและเลขานุการ ซึ่งทั้งคณะมีจำนวนรวมกันไม่เกิน 9 คน

นอกจากนี้ ในมาตรา 15 ของร่างพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1) พิจารณาและวินิจฉัยคำร้องอุทธรณ์ของผู้เสียหาย

2) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการอุทธรณ์และวิธีพิจารณาอุทธรณ์

3) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์

7. ขั้นตอนการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดขั้นตอนในการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยไว้ ดังต่อไปนี้

1) ผู้มีสิทธิยื่นคำขอ ได้แก่ ผู้เสียหาย หรือทายาท ผู้อนุบาลหรือบุคคลหนึ่งบุคคลใด ซึ่งได้รับมอบหมายเป็นหนังสือจากผู้เสียหาย ในกรณีที่ผู้เสียหายถึงแก่ชีวิต เป็นผู้ไร้ความสามารถ หรือไม่สามารถยื่นคำขอด้วยตนเองได้ (มาตรา 38 วรรคสาม)

2) ระยะเวลาในการยื่นคำขอ กำหนดให้ผู้เสียหายยื่นคำร้องต่อสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่สำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขกำหนด ภายใน 3 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหาย แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกิน 10 ปี นับแต่วันที่ได้รับความเสียหาย (มาตรา 38 วรรคหนึ่ง)

3) ผลของการยื่นคำร้อง เมื่อมีการยื่นคำร้องให้อายุความทางแพ่งในมูลละเมิดอันเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุขนั้น สะดุดหยุดลงจนกว่าคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์จะมีความเห็นไม่รับคำร้อง หรือมีคำวินิจฉัยถึงที่สุด (มาตรา 38 วรรคสอง)

8. การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยไว้ ดังต่อไปนี้

1) หลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 39 ได้กำหนดให้คณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยเป็นผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขหรือไม่ และความเสียหายนั้นต้องไม่ใช่ความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรคตามปกติธรรมดาของโรคนั้น และไม่ใช่ความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการรักษาแล้วไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตตามปกติ โดยให้วินิจฉัยคำร้องขอรับเงินชดเชยให้แล้วเสร็จ ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่รับคำร้อง ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขประกาศกำหนด (ร่างมาตรา 39 วรรคหนึ่ง)

ในกรณีที่คณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยไม่แล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนดไว้ ให้ขยายระยะเวลาออกไปได้อีกไม่เกิน 30 วัน และแจ้งให้ผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินชดเชยทราบ หากพ้นกำหนดระยะเวลาดังกล่าวแล้ว การพิจารณายังไม่สามารถหาเหตุผลว่าความเสียหายไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรับบริการสาธารณสุข ให้ถือว่าผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้เสียหายและให้คณะกรรมการดังกล่าววินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหาย หรือทายาท ภายใน 3 วัน นับแต่วันที่พ้นกำหนดเวลาที่ขยาย ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข

และอัตราที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขประกาศกำหนด (ร่าง มาตรา 39 วรรคสอง)

2) หลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 40 ได้กำหนดให้คณะกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหายประเมินความเสียหายที่ผู้เสียหายได้รับ โดยคำนึงถึงสภาพความเสียหาย สภาพจิตใจของผู้เสียหาย และสิทธิหรือประโยชน์ทดแทนที่ได้รับตามกฎหมายอื่น รวมทั้งพฤติการณ์แวดล้อมประกอบด้วย และกำหนดจำนวนเงินชดเชยที่ผู้เสียหายควรได้รับ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขประกาศกำหนด และพิจารณาให้แล้วเสร็จภายใน 60 วัน ถ้ายังพิจารณาไม่แล้วเสร็จ ให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกิน 30 วัน และถ้ายังพิจารณาไม่แล้วเสร็จอีก ให้ขอขยายเวลาต่อคณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ให้ขยายเวลาได้อีกไม่เกิน 30 วัน (ร่างมาตรา 40)

9. การพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 44 ได้กำหนดให้ในกรณีที่คณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแล้ว ให้ส่งรายงานการวิเคราะห์สาเหตุความเสียหายให้สถานพยาบาลและให้สถานพยาบาลรายงานแนวทางการป้องกันความเสียหายที่สถานพยาบาลได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ส่งให้สำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขภายใน 6 เดือน และถ้าสถานพยาบาลใด จัดทำรายละเอียด ซึ่งช่วยเหลือผู้รับบริการมิให้ได้รับความเสียหาย หรือจัดทำรายงานวิเคราะห์สาเหตุ การป้องกันแก้ไขความเสียหายที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมแล้ว คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขอาจสั่งให้ลดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขก็ได้ รวมทั้งในกรณีที่สถานพยาบาลใดที่มีการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายที่ดี คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขอาจสั่งให้ลดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขก็ได้ (ร่างมาตรา 46)

3.1.5.3 เปรียบเทียบร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.

จากการศึกษาร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ที่เสนอโดยคณะรัฐมนตรีและเสนอโดยประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งซึ่งได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น สามารถเปรียบเทียบในประเด็นสำคัญได้ ปรากฏตามตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 เปรียบเทียบร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.

ประเด็น	เสนอ โดยคณะรัฐมนตรี	เสนอ โดยประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง
1. นิยามความหมายของ คำว่า “ความเสียหาย”	ไม่ได้นิยามความหมายของคำว่า “ความเสียหาย” ไว้	ไม่ได้นิยามความหมายของคำว่า “ความเสียหาย” ไว้ แต่ได้มีการ กำหนดประเภทของเงิน ชดเชยไว้ ซึ่งประกอบไปด้วย 1. ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการ รักษาพยาบาล 2. ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทาง ร่างกายและจิตใจ 3. ค่าขาดประโยชน์ทำมาหาได้ 4. ค่าชดเชยในกรณีพิการหรือ ทุพพลภาพ 5. ค่าชดเชยจากความทุกข์ ทรมานทางด้านจิตใจ 6. ค่าชดเชยในกรณีถึงแก่ความ ตาย 7. ค่าชดเชยการขาดรายได้และการ กรณีถึงแก่ความตายและมี ทายาทที่จะต้องอุปการะเลี้ยงดู 8. ค่าชดเชยเพื่อความเสียหาย อย่างอื่นอันมิใช่ตัวเงินตาม ประกาศของคณะกรรมการ คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับ บริการสาธารณสุข

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

ประเด็น	เสนอ โดยคณะรัฐมนตรี	เสนอ โดยประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง
2. องค์ประกอบของผู้ทำ หน้าที่ในการพิจารณา วินิจฉัยคำร้องขอรับเงิน ช่วยเหลือเบื้องต้น	ผู้ทำหน้าที่ในการพิจารณา วินิจฉัยคำร้องขอรับเงิน ช่วยเหลือเบื้องต้น คือ คณะอนุกรรมการพิจารณาให้ เงินช่วยเหลือเบื้องต้น ประกอบ ไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้ 1. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ จำนวน 1 คน 2. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ และสาธารณสุข จำนวน 1 คน 3. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการคุ้มครอง ผู้บริโภค จำนวน 1 คน 4. ผู้แทนสถานพยาบาลและ ผู้แทนผู้รับบริการ ฝ่ายละ 1 คน	ผู้ทำหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัย คำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ เบื้องต้น คือ คณะอนุกรรมการ พิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยมี จำนวน 5-7 คน ประกอบไปด้วย บุคคล ดังต่อไปนี้ 1. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ จำนวน 1 คน 2. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ และสาธารณสุข จำนวน 1 คน 3. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการ สังคมศาสตร์ จำนวน 1 คน 4. ผู้แทนสถานพยาบาลและ ผู้แทนผู้รับบริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน
3. การกำกับมาตรฐาน หน่วยบริการ	ไม่ได้มีการกำหนดให้มีการ กำกับมาตรฐานหน่วยบริการไว้ ร่างพระราชบัญญัติฯ แต่ได้มีการ กำหนดให้มีการพัฒนาระบบ ความปลอดภัยและป้องกันความ เสียหายไว้แทน	ไม่ได้มีการกำหนดให้มีการกำกับ มาตรฐานหน่วยบริการ ไว้ร่าง พระราชบัญญัติฯ แต่ได้มีการ กำหนดให้มีการพัฒนาระบบ ความปลอดภัยและป้องกันความ เสียหายไว้แทน
4. การกำหนดจำนวนเงิน ช่วยเหลือเบื้องต้น	ไม่ได้มีการกำหนดให้พิจารณา จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดย พิจารณาจากความรุนแรงของ ความเสียหายและเศรษฐกิจของ ผู้เสียหายประกอบด้วย	ไม่ได้มีการกำหนดให้พิจารณา จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดย พิจารณาจากความรุนแรงของ ความเสียหายและเศรษฐกิจของ ผู้เสียหายประกอบด้วย

จากการศึกษามาตรการในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าแม้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จะมีเจตนารมณ์ที่จะจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตให้แก่ประชาชน เพื่อให้การรักษาพยาบาลมีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง แต่อย่างไรก็ดี การให้บริการสาธารณสุขในบางครั้ง อาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการสาธารณสุขได้ ซึ่งบางกรณีหาผู้กระทำความผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำความผิดได้ แต่ผู้รับบริการสาธารณสุขไม่ได้รับค่าเสียหายในระยะเวลาอันสมควร ดังนั้น มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าวจึงได้กำหนดให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นในลักษณะเป็นการเยียวยาหรือบรรเทาความเดือดร้อน และในขณะเดียวกัน ต้องการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้รับบริการสาธารณสุขไว้ให้คงอยู่ตลอดไป¹¹

3.2 การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายต่างประเทศ

3.2.1 ประเทศในระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law)

3.2.1.1 ประเทศนิวซีแลนด์¹²

ระบบสุขภาพของประเทศนิวซีแลนด์อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health: MoH) นิวซีแลนด์เริ่มมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980 โดยกระจายอำนาจการเงินและการบริหารจัดการให้กับคณะกรรมการสุขภาพ (Health Board) 12 แห่งทั่วประเทศ ต่อมาในปี ค.ศ. 1990 รัฐบาลแห่งชาติได้จัดตั้งหน่วยจัดซื้อบริการสุขภาพระดับภูมิภาค (Regional Purchasing Authorities or Health Funding Authorities: HFAs) 4 แห่ง ให้มีอำนาจในการจัดซื้อบริการ และมีหน่วยจัดซื้อบริการสุขภาพระดับท้องถิ่น (District Health Authorities: DHAs) จำนวน 23 แห่ง เป็นตัวแทนในการจัดหาบริการให้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่ หลังจากนั้น ในช่วงปลายทศวรรษที่ 1990 รัฐบาลแห่งชาติได้ลดอำนาจของหน่วยจัดซื้อบริการสุขภาพระดับท้องถิ่นลง

¹¹ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2547). คู่มือมาตรา 41 การปฏิบัติตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. หน้า 9-10.

¹² ลือชัย ศรีเงินขวง, นฤพงศ์ ภักดี, จิราพร ชมศรี และจเร วิชาไทย. (2553). ประสพการณ์ต่างแดน ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข บทวิเคราะห์และผลการทบทวนประสพการณ์ใน 6 ประเทศ. หน้า 118-126.

และรวมอำนาจการจัดซื้อเข้าสู่หน่วยงานกลาง เพื่อควบคุมระบบการเงินการคลังสุขภาพในประเทศ โดยใช้กลไกการตลาดมาเป็นตัวจัดการระบบบริการสุขภาพด้วยการแยกผู้ซื้อผู้ขายออกจากกัน

อย่างไรก็ตาม รัฐบาลพรรคแรงงานซึ่งเข้ามาบริหารประเทศในปี ค.ศ. 1999 เห็นว่าระบบดังกล่าวไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะความไม่เท่าเทียมและความไม่เป็นธรรมกับชนกลุ่มน้อยได้ จึงเข้ามาบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพอีกครั้งหนึ่งด้วยการยกเลิกหน่วยจัดซื้อบริการสุขภาพระดับภูมิภาค (Health Funding Authority: HFA) และตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่น (District Health Board: DHBs) จำนวน 21 แห่ง ภายใต้ข้อบังคับของพระราชบัญญัติสาธารณสุขและทุพพลภาพ ปี ค.ศ. 2000 (Public Health and Disability Act 2000) เพื่อกระจายอำนาจในการบริหารจัดการด้านการเงินสู่ท้องถิ่น และให้จัดบริการสุขภาพส่วนหนึ่งด้วย นับเป็นการสิ้นสุดการแยกอำนาจระหว่างผู้ซื้อกับผู้ขายบริการสุขภาพ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพแพทย์และผู้ให้บริการด้านสุขภาพหลักๆ ในประเทศนิวซีแลนด์ มีดังนี้ (Campbell 2004)

1. กระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health: MoH) เป็นหน่วยงานระดับชาติที่ทำหน้าที่ดูแลนโยบาย การติดตามควบคุมประเมินงานด้านสุขภาพ และรับผิดชอบการเงินการคลังในการดูแลสุขภาพในภาพรวม

คณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่น (District Health Board: DHBs) เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นตาม พระราชบัญญัติสาธารณสุขและทุพพลภาพ ปี ค.ศ. 2000 (Public Health and Disability Act 2000) มีทั้งหมด 21 แห่งรับผิดชอบการดูแลสุขภาพของประชากรในเขต โดยอาจจะจัดให้มีการบริการเองหรือจัดซื้อจากผู้ให้บริการอื่นๆ สำหรับคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่นแห่งหนึ่งๆ จะมีโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 แห่งในการให้บริการ สมาชิกของคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่นประกอบด้วยกรรมการที่มาจากการเลือกตั้ง กับกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสุขภาพ

2. หน่วยงานหรือองค์กรวิชาชีพ และผู้ให้บริการอื่นๆ

- 1) แพทยสภาแห่งนิวซีแลนด์ (Medical Council of New Zealand) เป็นหน่วยงานตามกฎหมายที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ประกอบวิชาชีพที่ลงทะเบียน แต่ไม่ได้มีหน้าที่โดยตรงในการควบคุมและลงโทษบุคลากรที่กระทำผิด

- 2) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพและทุพพลภาพ (The Office of the Health and Disability Commissioner: HDC) มีหน้าที่ดูแลคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคในระบบบริการสุขภาพ ในบางครั้งผู้บริโภคสามารถร้องเรียนโดยตรงได้

3) องค์การสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Organization: PHO) เป็นองค์กรที่ตั้งขึ้นใหม่ ได้รับงบประมาณจากคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่นในการให้บริการประชาชน โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวที่มีการคำนวณจากสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

4) สมาคมวิชาชีพอิสระ (Independent Practice Association: IPA) เป็นองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร ดูแลการใช้งบประมาณในด้านเวชกรรมและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การควบคุมคุณภาพวิชาชีพและการศึกษาต่อเนื่อง

ระบบบริการสุขภาพของประเทศนิวซีแลนด์นั้นได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่มีหลักประกันทางสังคมที่ให้ความคุ้มครองทุกคนครอบคลุมแบบเบ็ดเสร็จ แพทย์หรือผู้ให้บริการอิสระจะให้บริการปฐมภูมิทั่วไป ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้จากผู้ให้บริการอิสระที่สามารถเลือกได้ โดยจะจ่ายค่าบริการตามรายบริการ (Fee for Service) และรัฐจะออกค่าใช้จ่ายให้ส่วนหนึ่งสำหรับผู้มีรายได้น้อย โดยรัฐจะออกบัตรสงเคราะห์ให้

การจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการ สำหรับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลภาครัฐ จะได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน กลุ่มแพทย์จะต่อรองค่าตอบแทนกับตัวจ้างเอง แพทย์ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานส่วนตัวด้วย สำหรับแพทย์ในภาคเอกชนจะได้รับค่าตอบแทนตามการบริการ (Fee for Services) และสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ได้รับค่าตอบแทนจากหลายแหล่ง ร้อยละ 85 รับค่าตอบแทนจากการสนับสนุนของรัฐบาลตามรายบริการ (Fee for Services) อีกร้อยละ 15 รับเงินเหมาจ่ายเป็นรายหัวประชากร (Capitation Fees) โดยภาครัฐมีความตั้งใจจะให้บริการประชาชนอย่างครอบคลุม อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติจะมีการเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการ (Patient Fees) ด้วย ปัจจุบันมีความพยายามที่จะให้มีระบบการจ่ายเงินในระบบการบริการปฐมภูมิเป็นแบบรายหัวประชากรมากขึ้น

ระบบการชดเชยการบาดเจ็บส่วนบุคคลของประเทศนิวซีแลนด์ โดยที่ประเทศนิวซีแลนด์ได้นำระบบไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ (No-Fault) มาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1900 โดยได้รับแนวคิดจากประเทศเยอรมัน โดยนำมาใช้กับการชดเชยการบาดเจ็บจากการทำงานให้กับคนงานหรือพนักงานเป็นอันดับแรก ระบบการชดเชยการบาดเจ็บนี้ต่อมาได้กลายเป็นร่มใหญ่ของระบบชดเชยความเสียหายจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งแบ่งไว้เป็น 7 แผนงาน โดยมีองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) ที่ตั้งขึ้นตามข้อบังคับในพระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Act) ในปี ค.ศ. 1974 ดูแลทั้งระบบ ในส่วนของแผนงานการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ เป็น 1 ใน 7 แผนงานชดเชยขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ โดยมีแผนกที่เรียกว่าหน่วยงานการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Unit: MMU) เป็นหน่วยงานในองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุดูแลรับผิดชอบ

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

1. พระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ ปี ค.ศ. 1974 (Accident Compensation Act 1974)

ประเทศนิวซีแลนด์ได้นำระบบไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No-Fault) มาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1900 ภายใต้ข้อบังคับในพระราชบัญญัติการชดเชยแรงงาน (Worker Compensation Act) โดยจ่ายค่าชดเชยเป็นรายสัปดาห์ ถ้าเสียชีวิตจะจ่ายให้ผู้ที่อยู่ในความดูแล โดยนายจ้างจะเป็นผู้ทำประกันให้คนงาน ผลประโยชน์ที่ได้รับจะไม่มากนักและจ่ายเป็นระยะเวลา 6 ปีเท่านั้น นอกจากนี้ กฎหมายยังไม่ครอบคลุมผู้ที่ไม่มีงานทำและผู้ได้รับอุบัติเหตุจากรถ ต่อมาปี ค.ศ. 1928 มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการประกันอุบัติเหตุยานพาหนะ (Motor Vehicle Insurance Act) เพิ่มเติม โดยบริษัทประกันภัยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการชดเชยดังกล่าว (ACC 2004b)

ในปี ค.ศ. 1967 มีการจัดตั้งคณะกรรมการหลัก (Royal Commission) ขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการจ่ายเงินชดเชยคนงานที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ ที่ประชุมได้สรุปเป็นรายงานขึ้น และเสนอให้มีการใช้ระบบไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No-Fault) ในการชดเชยการบาดเจ็บของบุคคล (Personal Injury) ที่ครอบคลุมกว้างมากขึ้น ภายใต้การคุ้มครองดังกล่าว ลูกจ้างจะไม่ได้สิทธิในการฟ้องร้องนายจ้างในกรณีการบาดเจ็บ จนกระทั่งปี ค.ศ. 1972 คณะรัฐมนตรีได้ผ่านร่างพระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Act) และมีการแก้ไขเพิ่มเติมเป็นระยะจนเนื้อหาในพระราชบัญญัตินี้มีความครอบคลุมมากขึ้น ในปี ค.ศ. 1974 โครงการดังกล่าวจึงประกาศใช้อย่างเป็นทางการ พร้อมกับมีการจัดตั้งองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) ขึ้น ให้มีอำนาจหน้าที่ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว

ในระยะแรก กฎหมายประกอบไปด้วย 3 แผนหลัก ได้แก่

- 1) แผนสำหรับผู้มีรายได้ เก็บเงินสมทบจากนายจ้างส่วนหนึ่งร่วมกับการหักภาษี ณ ที่จ่ายจากผู้มีรายได้อีกส่วนหนึ่งและการจ่ายโดยผู้ที่มีกิจการส่วนตัว
- 2) แผนอุบัติเหตุจากยานพาหนะ เก็บเงินสมทบจากเจ้าของรถและผู้ขับขี่
- 3) แผนที่ทำให้ความคุ้มครองอื่นๆ ได้รับเงินสมทบจากรัฐบาล

ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการชดเชย ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ การฟื้นฟู ค่าเดินทางในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เงินชดเชยรายได้ โดยจ่ายหลังจากวันที่ 7 หลังจากเกิด

อุบัติเหตุเป็นต้นไป ในอัตราร้อยละ 80 ของรายได้ต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ ยังมีเงินก้อนสำหรับชดเชยในกรณีเสียหายหรือพิการถาวรแต่มีการจำกัดเพดานสูงสุดเอาไว้รวมทั้งค่าทำศพและเงินก้อนชดเชยสำหรับคู่สมรสและบุตรในรายที่เสียชีวิต

กล่าวได้ว่า แนวคิดการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลในนิวซีแลนด์ได้เริ่มในพระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ ปี ค.ศ. 1974 (Accidental Compensation Act 1974) เป็นการให้การชดเชยแก่การบาดเจ็บของบุคคลที่เกิดจากอุบัติเหตุ (Personal Injury by Accident) โดยถือว่าการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์เป็นอุบัติเหตุ หลังจากที่มีการประกาศใช้ไปได้ระยะหนึ่ง จึงมีการเพิ่มประเด็นเรื่องการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์และการผ่าตัด (Medical or Surgical Misadventure) และรวมการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ การผ่าตัดทันตกรรม และการปฐมพยาบาล (Medical, Surgical Dental or First Aid Misadventure) ลงไปในกฎหมายเพิ่มเติมแต่ยังไม่มีคำจำกัดความที่ชัดเจน การพิจารณาว่ากรณีใดเข้าข่ายที่จะได้รับการชดเชยหรือไม่ยังขึ้นอยู่กับพิจารณาของคณะกรรมการขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์การชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accidental Compensation Appeal Authority) และการตีความของศาล ต่อมาในปี ค.ศ. 1976 มีการขยายความครอบคลุมของการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure) ให้หมายรวมถึงความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ (Medical Mishap) ด้วย (Corkill 2002)

2. พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจากอุบัติเหตุและการประกันการชดเชย ปี ค.ศ. 1992 (Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act 1992)

ในปี ค.ศ. 1979 โครงการเริ่มประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย โดยปลายปี ค.ศ. 1980 พบรายจ่ายเพิ่มประมาณร้อยละ 60 ต่อปี จึงมีการทบทวนและเปลี่ยนแปลงรายละเอียดหลายประการจนในที่สุดมีการรวมสามแผนงานหลักเป็นแผนงานเดียว โดยที่มาของเงินยังมีที่มาจาก 3 แหล่งเหมือนเดิม และมีการกำหนดเพดานในการจ่ายชดเชย

ปี ค.ศ. 1986 มีการทบทวนอีกครั้ง โดยคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย และสรุปเป็นรายงานในปี ค.ศ. 1987 รัฐบาลได้มีมติให้มีการทบทวนและมีรายงานออกมาในปี ค.ศ. 1988 เสนอการเปลี่ยนแปลงหลายประการ จนนำไปสู่การแก้ไขเพิ่มเติมในปี ค.ศ. 1989 โดยขยายการคุ้มครองของแผนการชดเชยให้รวมความเจ็บป่วยและโรค (Sickness or Disease) จนกระทั่งปี ค.ศ. 1990 รัฐบาลแห่งชาติเข้ามามีอำนาจและให้มีการทบทวนขึ้นอีกครั้ง สหพันธ์ผู้จ้างงานและที่ประมุขนักธุรกิจไม่ต้องการให้นายจ้างต้องจ่ายสมทบในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุที่ไม่ใช่สาเหตุ

จากการทำงานอีกต่อไป นอกจากนั้น ยังมีการเสนอให้ลดค่าใช้จ่ายโดยการเปิดโอกาสให้มีทางเลือกกับการประกันเอกชนมากขึ้นและมีการแข่งขันระหว่างการประกันภาครัฐและภาคเอกชน

ก่อนการปฏิรูปในปี ค.ศ. 1992 แผนการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล ยังถือเป็นการบาดเจ็บส่วนบุคคลที่รวมอยู่กับการบาดเจ็บอื่นๆ ไม่ได้แยกออกมาชัดเจน การทบทวนรายงานในปี ค.ศ. 1990 จนถึงปี ค.ศ. 1991 เสนอให้มีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในเอกสารชื่อแผนที่เป็นธรรมเนียมขึ้นขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (ACC-a Fairer Scheme) ในปี ค.ศ. 1992 จึงเกิดพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจากอุบัติเหตุและการประกันการชดเชย (Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act) ขึ้น โดยแยกเป็นบัญชีรายจ่ายเป็นหลายประเภท มีบัญชีสำหรับการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลเป็นบัญชีหนึ่งแยกออกมา และจัดตั้งหน่วยงานการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Unit: MMU) ขึ้นมาเป็นหน่วยงานที่ดูแลกรณีการชดเชยในกรณีการบาดเจ็บจากความผิดพลาดทางการแพทย์โดยตรง (ACC 2004b) รวมทั้งให้คำจำกัดความของความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ (Medical Mishap) ที่ชัดเจนขึ้น โดยที่ความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) หมายถึง ความผิดพลาดของบุคลากรทางสุขภาพที่ลงทะเบียนในการหาวิธีการรักษาและทักษะที่สมเหตุสมผลที่ถูกคาดหวังในสถานการณ์นั้นๆ และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ (Medical Mishap) หมายถึง ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโดยบุคลากรสุขภาพที่ลงทะเบียนและเป็นผลข้างเคียงที่มีโอกาสเกิดได้น้อยมาก (ไม่เกินร้อยละ 1) และเป็นผลข้างเคียงที่เกิดรุนแรง (เสียชีวิต พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน หรือมีการบาดเจ็บต่อเนื่องมากกว่า 28 วัน) (Corkill 2002) นอกจากนี้ ยังมีการแก้ปัญหาด้านการเงินการคลังโดยการจำกัดจำนวนเงินที่ชดเชย การลดเพดานจำนวนเงินที่ชดเชย และลดอัตราการสนับสนุนจากภาครัฐแก่ผู้ให้บริการปฐมภูมิลงจากการจ่ายตามจริง มาเป็นการจ่ายในวงเงินที่จำกัด (Flood 2000) การปฏิรูปที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นการแก้ปัญหาการจ่ายที่เพิ่มขึ้นในระยะแรก

3. พระราชบัญญัติประกันอุบัติเหตุ ปี ค.ศ. 1998 (Accident Insurance Act 1998)

ในปี ค.ศ. 1998 รัฐบาลได้เปลี่ยนแปลงรายละเอียดบางประการ จากแนวคิดที่ต้องการให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ และเพื่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยงานมีระบบการป้องกันอุบัติเหตุและส่งเสริมความปลอดภัยในที่ทำงาน จึงเกิดพระราชบัญญัติประกันอุบัติเหตุ (Accident Insurance Act) มาแทนที่พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจากอุบัติเหตุและการประกันการชดเชย (Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act) เดิม โดยอนุญาตให้ประกันภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการให้ประกันการบาดเจ็บจากการทำงานเพื่อให้เกิดการแข่งขัน ทั้งนี้ การบาดเจ็บจากการทำงานจะอยู่ในความรับผิดชอบของบริษัทประกันเอกชน เริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม

ปี ค.ศ. 1999 แต่ในปี ค.ศ. 2000 องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) กลับมาเป็นผู้รับผิดชอบการให้ประกันการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงานอีกครั้งหนึ่ง

4. พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย ปี ค.ศ. 2002 (Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002)

ในปี ค.ศ. 2001 รัฐบาลได้เสนอพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย (Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act) และมีผลบังคับใช้ในปี ค.ศ. 2002 โดยเนื้อหาหลักๆ ยังคงเหมือนเดิมแต่จะให้ความสำคัญกับการป้องกันการบาดเจ็บเป็นหลัก รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ และการให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลข่าวสารความผิดพลาดที่ต้องมีการเปิดเผยแก่หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยถือเป็นหน้าที่ตามกฎหมายที่องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) จะต้องส่งข้อมูลความผิดพลาดดังกล่าวแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน เพื่อควบคุมการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาต่อไป นอกจากนี้ ยังมีการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือแบบเงินก้อนขึ้นใหม่สำหรับการบาดเจ็บหรือสูญเสียถาวร(New Zealand Parliamentary Council Office 2004)

5. ระบบชดเชยการบาดเจ็บส่วนบุคคลในปัจจุบัน

ประเทศนิวซีแลนด์ถือได้ว่าเป็นประเทศหนึ่งในไม่กี่ประเทศ และเป็นประเทศแรกๆ ที่นำระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No Fault Compensation) มาใช้สำหรับการชดเชยในกรณีการบาดเจ็บของบุคคลที่ถือได้ว่าครอบคลุมหลักประกันทางสังคมแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive No-Fault Compensation Schemes) โดยครอบคลุมค่าชดเชยทั้งการดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จำเป็นระหว่างที่มีการบาดเจ็บอีกด้วย

การบาดเจ็บส่วนบุคคลที่ให้การคุ้มครอง ได้แก่ การเสียชีวิต การบาดเจ็บทางกาย การบาดเจ็บทางจิตใจที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการบาดเจ็บทางร่างกาย ความเสียหายต่องานทันตกรรมประดิษฐ์ทุกชนิด แผนการชดเชยดังกล่าวครอบคลุมประชากรชาวนิวซีแลนด์ทุกคนทั้งที่อาศัยอยู่ในประเทศและเดินทางอยู่ที่ใดๆ ก็ตาม รวมทั้งผู้ที่พักอาศัยในประเทศเป็นการชั่วคราว (ACC 2002b)

หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลกรณีการบาดเจ็บและความเจ็บป่วยอย่างครอบคลุมในประเทศนิวซีแลนด์ ได้แก่ องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) ที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Act) ในปี ค.ศ. 1974

การบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ ที่เรียกว่า Medical Misadventure Scheme เป็นหนึ่งใน 7 แผนงาน ซึ่งอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident

Compensation Corporation: ACC) โดยมีหน่วยงานการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Unit: MMU) เป็นหน่วยงานในองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ ดูแลรับผิดชอบแผนงานการชดเชยกรณีการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์

ระบบการชดเชยความเสียหายจากรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Scheme) มีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้¹³

1) ความเสียหายที่ได้รับการชดเชย

การชดเชยความเสียหายจากรักษาพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความคุ้มครองความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการรักษา และรวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด ทั้งที่สามารถป้องกันได้และไม่สามารถป้องกันได้ ความเสียหายไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นในขณะรักษาหรือระหว่างรับการรักษา¹⁴ นอกจากนี้ ยังคุ้มครองความเสียหายจากรักษาพยาบาลที่เป็นส่วนหนึ่งของการทดลองทางคลินิก ไม่ว่าผู้ใดจะยินยอมในการเข้าร่วมการทดลองหรือไม่ ผู้ที่ติดเชื้อ และรวมถึงบุคคลที่สามที่ติดเชื้อจากผู้ป่วยหรือคู่สมรสหรือผู้นอนของผู้ป่วย

การรักษาพยาบาล หมายรวมถึง การให้การรักษา การวินิจฉัยทางการแพทย์ การตัดสินใจว่าจะให้หรือไม่ให้การรักษา ความล้มเหลวในการรักษาหรือการรักษาอย่างทันท่วงที ที่ได้หรือไม่ได้รับการแจ้งความยินยอมในการรักษาและการให้การรักษาป้องกันโรค การประยุกต์ใช้ระบบสนับสนุนใดๆ รวมถึงนโยบาย กระบวนการ และระบบการบริหารที่ผู้ให้การรักษารับมาดำเนินการ และมีผลต่อการรักษาพยาบาลโดยตรง นอกจากนี้ ยังรวมถึงความบกพร่องของอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา ไม่ว่าจะเป็นในเวลาของการรักษาหรือภายหลังการรักษา ความบกพร่องของอวัยวะเทียม (เช่น การออกแบบผลิตภัณฑ์) ยกเว้นที่เกิดจากการสึกหรอและฉีกขาดทั่วไป การกำหนดเช่นนี้ก็เพื่อปิดช่องว่างการฟ้องร้องทางแพ่งกับผู้ผลิตอวัยวะเทียมเกี่ยวกับความบกพร่องของสินค้าที่ไม่มีความใส่ใจในการออกแบบ¹⁵

2) หลักเกณฑ์ในการชดเชยความเสียหาย โดยผู้ที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้ระบบการชดเชยกรณีที่ได้รับบาดเจ็บ คือ

ก. ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากรักษาพยาบาล

¹³ จุฬสมมา โพธิ์อุโมงค์. เล่มเดิม. หน้า 79-89.

¹⁴ Manning, J. (2006). "Treatment injury and medical misadventure" in P.D.G. Skegg and R. Paterson (eds) Medical Law in New Zealand. Wellington: Thomson Brookers. pp. 698-9.

¹⁵ Section 33 Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

ข. ความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกรณีที่อยู่ภายใต้มาตรา 32 (7) ของพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย คือ ผู้ที่ติดเชื้อ และรวมถึงบุคคลที่สามที่ติดเชื้อจากผู้ป่วยหรือคู่สมรสหรือคู่นอนของผู้ป่วย

ค. ความเสียหายที่เป็นผลมาจากการรักษาพยาบาลบุคคลอื่น

ง. ความเสียหายเกิดจากกระบวนการค่อยเป็นค่อยไป โรค หรือการติดเชื้อ

จ. ความเสียหายที่เกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมอง¹⁶

นอกจากนั้น ได้มีการกำหนดนิยามของความเสียหายจากการรักษาพยาบาลไว้ในมาตรา 32 ของพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพและการชดเชย เป็นความเสียหายของผู้ที่

ก. แสวงหาบริการทางการแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน 1 หรือมากกว่า 1 คน

ข. ได้รับบริการทางการแพทย์หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน 1 หรือมากกว่า 1 คน

ค. ความเสียหายนั้นเกิดจากการรักษาพยาบาล

ง. ไม่ใช่สิ่งที่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้น หรือเป็นผลธรรมชาติของการรักษา โดยพิจารณาจากสภาพแวดล้อมของการรักษา รวมถึงสภาวะทางสุขภาพที่แฝงอยู่ในขณะที่ทำการรักษา และความรู้ทางด้านการแพทย์ในขณะนั้น

การใช้คำว่า “ความเสียหายที่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้นซึ่งเป็นผลธรรมชาติของการรักษา” เป็นการใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการพิจารณาความน่าจะเป็น เช่น คำว่า “จำเป็น” และ “ผลธรรมชาติ” เป็นคำที่มีความยืดหยุ่นและตอบสนองกับสถานการณ์เฉพาะของผู้ป่วยได้ดี แม้จะเป็นที่ทราบกันดีว่าการพิจารณาจะไม่มีคะแนนแน่นอนในการพิจารณา “ความเสียหายที่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้นซึ่งเป็นผลธรรมชาติของการรักษา” แยกพิจารณาได้เป็น ความเสียหายที่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้น คือ ความเสียหายที่มีความมุ่งหมายให้เกิดหรือได้วางแผนล่วงหน้าไว้แล้วว่าจะเกิด และเป็นส่วนที่จำเป็นของขั้นตอนการรักษา เช่น แผลเป็นหลังผ่าตัด ความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัด หรือผมร่วงภายหลังให้เคมีบำบัด เป็นต้น ส่วนผลธรรมชาติของการรักษา การพิจารณา 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ

ปัจจัยแรก สถานการณ์แวดล้อมทั้งหมดของการรักษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เวลา สถานที่ ความเร่งด่วน ความซับซ้อนของการรักษา และผู้ให้การรักษา “ผลธรรมชาติ” จึงขึ้นอยู่กับรายละเอียดปลีกย่อยของวิธีการรักษา

¹⁶ Section 20 (2) Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

ปัจจัยที่สอง ในการระบุว่าความเสียหายเป็นผลธรรมดาของการรักษาหรือไม่ ขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพของบุคคลนั้นในขณะรับการรักษา ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยมีสุขภาพไม่ดี โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากการรักษาจึงมีค่อนข้างมาก ภาวะไม่พึงประสงค์ดังกล่าวจึงมีแนวโน้มที่จะเป็น “ผลธรรมดา” ของการรักษา ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีสุขภาพไม่ดีจึงได้รับการคุ้มครองจากระบบการชดเชยนี้ได้ยากกว่า

ปัจจัยที่สาม การพิจารณาผลธรรมดาคจะต้องขึ้นอยู่กับความรู้ทางคลินิกในเวลาของการรักษา และต้องไม่ใช่การเข้าใจถึงปัญหาหลังเหตุการณ์หรือความรู้ที่ได้มาภายหลัง หลักฐานทางคลินิกของผลการรักษาปกติทั่วไปหรือสภาวะการแฉกตัวของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญในการพิจารณา

แม้ว่าเกณฑ์ความเสียหายจากการรักษาพยาบาลนี้จะทำให้มีการจ่ายเงินชดเชยง่ายขึ้น แต่ก็ยังมีปัญหาในบางกรณีว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นเรื่องปกติจริงหรือไม่ หรือกรณีคนไข้ที่มีโรคเป็นทุนเดิมอยู่ซึ่งทำให้ความเสียหายมากกว่าคนทั่วไป กรณีนี้ยากที่จะตัดสินใจ นอกจากนั้น การใช้หลักเกณฑ์ความเสียหายจากการรักษาพยาบาลยังช่วยลดแรงดึงดูดจากกลุ่มผู้ให้บริการได้มาก ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจที่จะรายงานข้อมูลมากขึ้น เพราะเมื่อเทียบกับการใช้หลักเกณฑ์เดิมจะมีการชี้ไปที่ความผิดพลาดของตัวบุคคลไม่มากนัก และข้อมูลสามารถถูกองค์กรวิชาชีพเอาไปใช้ แม้ไม่มีการฟ้องศาล แต่กลไกควบคุมความประพฤติขององค์กรวิชาชีพ ก็เป็นตัวบั่นทอนแรงจูงใจในการรายงานผล

ระบบการชดเชยของประเทศนิวซีแลนด์ ได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของความเสียหายที่จะได้รับการชดเชยที่อยู่ในกลุ่มที่มีสาเหตุจากภาวะสุดวิสัย (Medical Mishap) จะต้องมียุทธศาสตร์คือ หนึ่ง การบาดเจ็บหรือความเสียหายนั้นต้องทำให้เกิดการพักรักษาตัวตั้งแต่ 28 วันหรือนานกว่า สอง ผู้เสียหายฯ ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล 14 วันหรือนานกว่า และ สาม ทำให้ผู้เสียหายเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม เกณฑ์เรื่องระดับความรุนแรงของความเสียหายนี้ จะไม่นำมาใช้พิจารณากับกรณีความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Errors)¹⁷

3) ข้อยกเว้นการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ซึ่งถือว่าไม่ใช่ความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ได้แก่¹⁸

ก. ความเสียหายที่เกิดจากโรคหรือสภาวะสุขภาพที่แฝงอยู่ทั้งหมดหรือโดยสาระสำคัญ การรักษาที่ไม่บรรลุผลที่ต้องการไม่ถือว่าเป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เฉพาะในกรณีที่สภาวะของโรคดำเนินไปมากขึ้น หรือมีความเสียหายเกิดขึ้นใหม่เนื่องจากการรักษาที่ให้ (หรือ

¹⁷ ลือชัย ศรีเงินขวง, นฤพงษ์ ภักดี, จิราพร ชมศรี และจเร วิชาไทย. เล่มเดิม. หน้า 39-40.

¹⁸ Manning, J. (2006). “Treatment injury and medical misadventure.” Op.cit. pp. 709–763.

ไม่ได้ให้การรักษา) จึงจะอยู่ภายใต้ระบบการชดเชยนี้ ดังนั้น จึงต้องมีความเชื่อมโยงโดยตรงระหว่างสาเหตุของความเสียหายและการรักษา ในกรณีที่ความเสียหายส่วนหนึ่งเกิดจากโรคหรือสภาวะสุขภาพที่แฝงอยู่ และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการรักษา จะต้องมีการตรวจสอบว่าส่วนใดเป็นสาเหตุสำคัญ การตัดสินโดยศาลอุทธรณ์ของนิวซีแลนด์ในคดี ACC V Ambros [2007] NZCA 304 ศาลได้กล่าวว่า การหาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลในโซ่ร้ายทางการแพทย์หรือความเสียหายจากการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อนั้น คือ การที่ผู้เสียหายสามารถแสดงความสัมพันธ์เหล่านั้นได้อย่างชัดเจน โดยไม่มีการสันนิษฐานซึ่งไม่เพียงพอในการพิสูจน์

ข. ความเสียหายที่มีสาเหตุมาจากการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรเท่านั้น การใช้คำว่า “เท่านั้น” เป็นกุญแจสำคัญในการตีความข้อยกเว้นนี้ ถ้าการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรเป็นเพียงเหตุผลเดียวเท่านั้นในการทำให้ไม่ได้รับการรักษาหรือให้การรักษาล่าช้าและทำให้เกิดความเสียหายหรือเสียชีวิตแล้ว ข้อยกเว้นนี้ก็จะใช้ได้ ดังนั้น ถ้าความเสียหายมีสาเหตุจากการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ก็ยังถือว่าเป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

ค. ความเสียหายที่เกิดจากการไม่ยินยอมรับการรักษาหรือทำให้การรักษาล่าช้าออกไป เป็นที่ยอมรับตามกฎหมายของนิวซีแลนด์ว่าผู้ป่วยสามารถมีสิทธิสมบูรณ์ในการปฏิเสธที่จะรับการรักษาพยาบาล แม้ว่าการกระทำนี้อาจดูเหมือนไม่มีเหตุผล ดังนั้น ภาระทางการเงินหรือสิ่งอื่นๆ ที่เป็นผลตามมาจากความเสียหายจากการรักษาพยาบาลใดๆ ที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยใช้สิทธิของตนเองในการปฏิเสธ ผู้ป่วยควรจะเป็นผู้รับภาระมากกว่าระบบการชดเชย

ง. ความเสียหายทางจิตใจที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับความเสียหายทางกาย องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) ไม่ให้ความคุ้มครองความเสียหายต่อจิตใจที่เกิดขึ้นโดยตัวของมันเอง เนื่องจากความเสียหายทางจิตใจที่ไม่เชื่อมโยงกับความเสียหายทางกายไม่อยู่ในความหมายของความเสียหายในพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย ดังนั้น จึงไม่ได้รับการคุ้มครองภายใต้การชดเชยนี้ ผู้เสียหายสามารถที่จะดำเนินการทางกฎหมายในศาลเพื่อเรียกร้องค่าชดเชยได้ และเพื่อให้ได้รับการคุ้มครองจากองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ ความเสียหายจะต้องเข้าในเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

ก) ความเสียหายทางจิตใจจะต้องมีสาเหตุจากความเสียหายทางกาย

ข). เกิดจากการกระทำผิดทางอาญาแก่ผู้บาดเจ็บที่ตามปกติอาศัยอยู่ในนิวซีแลนด์ และการรักษาเกิดขึ้นในนิวซีแลนด์

ค) เกิดจากการกระทำผิดที่ปรากฏในตารางที่ 3 ของพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความผิดทางเพศ

นอกจากนี้ ผู้เสียหายยังต้องแสดงให้เห็นถึงความเสียหายทางจิตใจที่มีสาเหตุจากความเสียหายทางกาย ได้แก่ การมีความผิดปกติของพฤติกรรม ปัญหา การรับรู้ หรือจิตใจ

ง) ความเสียหายทางกายที่มีขึ้นก่อนเกิด ทารกที่ตายในครรภ์จะไม่ได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย คำว่า “บุคคล” ไม่รวมถึงทารกในครรภ์ จนกว่าทารกนั้นจะคลอดและรอดชีวิต อย่างไรก็ตาม แม้ที่มีความเสียหายทางกายอาจมีสิทธิได้รับการคุ้มครองภายใต้ระบบการชดเชยหากเด็กทารกตายในครรภ์ แม้ว่าจะไม่มี ความเสียหายอื่นๆ นอกจากการสูญเสียเด็กทารกที่ยังไม่คลอด

จ) ค่าชดเชยการทำหมันที่ล้มเหลว/เด็กที่เกิดมาโดยไม่พึงประสงค์ ยังไม่แน่นอนว่าการ ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการให้กำเนิดเด็กที่เป็นผลมาจากการทำหมันที่ล้มเหลวจะถือเป็นความเสียหายที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชยหรือไม่ แต่ในการตัดสินโดยเสียงส่วนใหญ่ (2:1) ของศาลอุทธรณ์นิวซีแลนด์ในคดี ACC V D & Anor [2008] NZCA, 576 (CA329/07) ศาลตัดสินว่าการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ไม่ใช่ความเสียหายภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย เนื่องจาก ไม่ใช่ความเสียหายทางกาย จึงไม่ได้รับการคุ้มครองตามบทบัญญัติของการเผชิญโชคร้ายทาง การแพทย์ ตามพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย (ก่อนการ ปฏิรูปในปี ค.ศ. 2005)

4) องค์ประกอบผู้พิจารณาวินิจฉัยการจ่ายค่าชดเชย

ผู้พิจารณาวินิจฉัยการจ่ายค่าชดเชยต้องเป็นที่ปรึกษาทางคลินิก (Clinical Advisor) ที่มีความรู้ทางการแพทย์ ซึ่งอาจมีประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญไม่ตรงกับข้อเรียกร้อง แต่ให้อำนาจในการขอความเห็นจากที่ปรึกษาทั้งภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญเฉพาะ ด้านเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาได้ เมื่อที่ปรึกษาได้ให้ความเห็นทั้งในด้านการแพทย์และด้าน กฎหมายแล้ว จะมีการหารือกับผู้จัดการทีมอาวุโสอีกครั้ง ในที่สุดผู้จัดการศูนย์ความเสียหายของ ผู้ป่วย (Treatment Injury Center: TIC) จะเป็นผู้ตัดสินว่าจะให้ความคุ้มครองหรือไม่

5) สิทธิที่จะได้รับการชดเชย

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม คือ เพื่อให้ผู้เสียหายสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้¹⁹ ลักษณะสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือและอุปกรณ์การช่วยเหลือ ผู้ดูแล ผู้ดูแลเด็ก ผู้ดูแลบ้าน สนับสนุนการศึกษา การสื่อสารของเด็ก ปรับปรุงแก้ไขบ้านให้สะดวกต่อการอยู่อาศัย ฝึกให้ช่วยเหลือตนเองและสามารถเดินทางได้ด้วยตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ คือ ช่วยให้ผู้เสียหายได้รับการจ้างงานหรือมีงานทำ

¹⁹ Section 79 Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

โดยงานนั้นจะต้องเหมาะสมสำหรับผู้เสียหายและเหมาะสมกับประสบการณ์และระดับการฝึกอบรมของผู้เสียหาย²⁰ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ เช่น ค่ารถพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าผ่าตัด ค่ายา ค่าใช้จ่ายทางทันตกรรม กรณีสูญเสียการได้ยิน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเครื่องช่วยฟังและแบตเตอรี่ ตลอดจนให้ผู้เสียหายเข้าสู่โปรแกรมการสื่อสาร ถ้าผู้เสียหายได้รับความเสียหายที่มีผลต่อการมองเห็นแล้ว องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) จะคุ้มครองค่าใช้จ่าย เช่น การได้รับการฝึกอบรมสำหรับการใช้ชีวิตประจำวัน การกำหนดตำแหน่งหรือทิศทางและการเคลื่อนไหว การเขียนและการสื่อสารเครื่องมือช่วยในการถอดความหรือบันทึก และการให้คำปรึกษา ค่าใช้จ่ายของการบริการให้คำปรึกษา สำหรับผู้ที่ได้รับความเสียหายทางด้านจิตใจ ค่าทดแทนการสูญเสียรายได้ เงินช่วยเหลือเพิ่มเติมถ้าความเสียหายมีผลกระทบในระยะยาวอย่างรุนแรง ค่าฌาปนกิจเงินและค่าขาดรายได้ภาวะในการเสียชีวิตการสนับสนุนทางการศึกษาในระดับก่อนวัยเรียนและวัยเรียนกับประชาชนอายุไม่เกิน 21 ปี

6) การใช้สิทธิฟ้องร้องต่อศาล

ถ้าใช้สิทธิตามกฎหมายประกันสังคมคุ้มครองแล้ว จะถูกตัดสิทธิการฟ้องศาลแพ่งและอาญา แต่ฟ้องศาลปกครองได้กรณีกองทุนจ่ายค่าชดเชยไม่เป็นธรรม

7) ความเชื่อมโยงกับองค์การวิชาชีพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการศึกษากฎหมายของประเทศนิวซีแลนด์ จะเห็นได้ว่า ในเรื่องมาตรฐานวิชาชีพตามกฎหมายของประเทศนิวซีแลนด์ ในอดีตมีการบัญญัติเกณฑ์ความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) ไว้ในกฎหมายว่า หมายถึง เหตุที่เกิดจากกรณีที่บุคลากรทางสุขภาพที่มีใบประกอบวิชาชีพผิดพลาดในการให้การรักษาตามมาตรฐานหรือขาดทักษะที่สมควรจะมีในการทำการรักษา นั้นๆ แต่ก็เกิดปัญหาขึ้นว่าในกรณีของอุบัติเหตุที่จะพิจารณาว่าเข้าเกณฑ์ความผิดพลาดทางการแพทย์หรือไม่นั้น ต้องอาศัยการพิสูจน์ตรวจสอบ ทำให้กระบวนการชดเชยช้ามากขึ้น ในปี ค.ศ. 2005 จึงมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การชดเชยเป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (Treatment Injury) เพื่อจำกัดการพิสูจน์ความผิด ให้ความคุ้มครองความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการรักษาและรวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด ทั้งที่สามารถป้องกันได้และไม่สามารถป้องกันได้ ลดความสำคัญของกระบวนการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้มาตรฐาน บกพร่อง หรือละเลยไม่ทำสิ่งที่ควรทำลง เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยมากยิ่งขึ้น เพราะเมื่อเปรียบเทียบกับกระบวนการชดเชยการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุแบบอื่นๆ จะไม่มีการพิจารณาในข้อนี้เลย รวมทั้งยังเป็นข้อที่ทำให้ระบบยังผูกติดอยู่กับการหาคนผิด ซึ่งเป็นตัวบั่นทอนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทำให้ผู้ให้บริการไม่อยากจะให้ความร่วมมือ ไม่อยากจะให้ข้อมูล เป็นผลทำให้กระบวนการพิจารณาล่าช้า

²⁰ Section 80 Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

ออกไป ส่วนการเชื่อมโยงกับองค์กรวิชาชีพนั้น²¹ แต่ก่อนความผิดพลาดทางการแพทย์ใดๆ ต้องถือเป็นความรับผิดชอบและต้องถูกรายงานต่อองค์กรที่ดูแลมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจ และเป็นปฏิปักษ์ระหว่างแพทย์และองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ แต่หลังจากการปฏิรูปพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย ในปี ค.ศ. 2005 รายงานในลักษณะนี้ไม่มีอีกแล้ว²² มีการเน้นการส่งเสริมการเรียนรู้จากการเปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์ ขณะนี้องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุจะรายงานให้หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลเฉพาะในกรณีที่มีความเสียหายจากการรักษาพยาบาลนั้นจะเป็นความเสี่ยงอันตรายต่อสาธารณะเท่านั้น²³

3.2.2 ประเทศในระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (Civil Law)

3.2.2.1 ประเทศสวีเดน²⁴

ก่อนปี ค.ศ. 1862 โรงพยาบาลจะดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล สำหรับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจะเป็นการให้บริการของแพทย์นอกโรงพยาบาล ต่อมาเมื่อมีการจัดตั้งสภาเขต (County Council) ขึ้นในปี ค.ศ. 1862 สภาเขตได้เข้ามาดูแลระบบบริการสุขภาพ โดยเริ่มจากการให้บริการในโรงพยาบาลในปี ค.ศ. 1928 สองปีต่อมาได้ขยายครอบคลุมการให้บริการสุขภาพอื่นๆ นอกเหนือจากการบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ต่อมามีการประกาศใช้บังคับพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Act) ในปี ค.ศ. 1946 ให้ความคุ้มครองประชาชนครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาแพทย์ ค่ายาและการชดเชยจากความเจ็บป่วย กฎหมายปี ค.ศ. 1970 กำหนดให้สภาเขตเข้ามาดูแลการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา ความรับผิดชอบในด้านสุขภาพของระดับเขตได้ขยายไปครอบคลุมการดูแลและวางแผนงานระบบสุขภาพทั้งหมด รวมทั้งการบริหารจัดการการเงินการคลังด้วยตัวเอง โดยมีการกระจายอำนาจให้แก่โรงพยาบาลและศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ (World Health Organisation 2002)

ในระดับเขต สภาเขตมีอำนาจหน้าที่ในการดูแลระบบบริการสุขภาพทั้งหมด ทั้งการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาลและการให้บริการปฐมภูมิ รวมถึงดูแลการให้บริการจากภาคเอกชนด้วย โดยมีหน่วยงานสุขภาพในระดับอำเภอ (Health Care District) ประกอบด้วยโรงพยาบาล อำเภอละ 1 แห่ง และหน่วยบริการด้านสุขภาพย่อยๆ ทั้งนี้ เขตทั้งหมดมีจำนวน 21 เขต จัดกลุ่มเป็น 6 เขต

²¹ จุฬสมา โพธิ์โม่งค์, เล่มเดิม, หน้า 166-167

²² Oliphant K. (2007). "Beyond misadventure: compensation for medical injuries in New Zealand." Medical Law Review 15, p.357-91.

²³ Section 284 (2) Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

²⁴ ลือชัย ศรีเงินขวง, นฤพงศ์ ภักดี, จิราพร ชมศรี และจเร วิชาไทย, เล่มเดิม, หน้า 174-180.

ใหญ่ๆ ท้องถิ่นหรือเทศบาล (Municipalities) มีบทบาทในการดูแลสวัสดิการและบริการสังคม เช่น การดูแลเด็กการบริการสุขภาพในโรงเรียน การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีไร้สมรรถภาพ การดูแลผู้ป่วยทางจิต เป็นต้น (World Health Organisation 2002)

การคลังสุขภาพของสวีเดนมาจาก 3 แหล่ง ได้แก่ ระบบภาษีทั้งจากส่วนกลาง ระดับเขต และภาษีระดับท้องถิ่น จากระบบประกันสังคม และจากภาคเอกชน รายจ่ายส่วนใหญ่ของระบบบริการสุขภาพจะมาจากภาษี ประมาณร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพ (ข้อมูลปี ค.ศ. 1999) ร้อยละ 8.4 ของ GDP เป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ข้อมูลปี ค.ศ. 1998) และเป็นสัดส่วนจากภาคเอกชนร้อยละ 16.2 (World Health Organisation 2002)

ศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care Center) จะให้บริการปฐมภูมิแก่ประชาชน โดยประชาชนมีสิทธิเลือกสถานบริการอย่างอิสระในเขตเดียวกัน นอกจากนี้ ยังสามารถเลือกใช้บริการในศูนย์บริการปฐมภูมิหรือแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลก็ได้ แต่ถ้าข้ามเขตจะอยู่ภายใต้ระบบการส่งต่อ ในการรับบริการปฐมภูมิ ผู้รับบริการจะต้องร่วมจ่ายในอัตราหนึ่ง และจะมีเพดานสูงสุดที่ต้องจ่ายเป็นรายปีกำหนดโดยรัฐบาล ค่าใช้จ่ายที่มากกว่าวงเงินที่กำหนดจะได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล (Deductible) โดยเขตเป็นผู้กำหนดระดับการร่วมจ่ายของบริการผู้ป่วยนอก แต่คณะรัฐมนตรีเป็นผู้กำหนดเพดานสูงสุดของการร่วมจ่าย แพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะอยู่ในระบบการจ้างโดยภาครัฐ มีเพียงร้อยละ 5 ที่ปฏิบัติงานอิสระ (Adelman and Westerlund 2004)

ประเทศสวีเดนมีระบบประกันสังคมที่ครอบคลุมทั้งความเจ็บป่วยและผู้ที่อยู่ในภาวะที่สูญเสียโอกาสต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่สูญเสียรายได้จากการเจ็บป่วย ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือผู้ที่ต้องสูญเสียรายได้จากการที่ต้องดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นต้น (National Social Insurance Office 2003) งบประมาณในการประกันสุขภาพมาจากการเก็บสมทบจากนายจ้าง และจากระบบภาษีเงินได้ ประมาณร้อยละ 80 ของภาษีดังกล่าวนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนค่าบริการทางการแพทย์แก่ประชาชน ประชาชนสวีเดนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลสุขภาพจากรัฐ ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 6,000 เกรียตสวีเดน จะได้รับการชดเชยในกรณีการเจ็บป่วยทำให้สูญเสียรายได้ สำหรับผู้ที่ไม่มีรายได้ จะมีกองทุนที่แยกบริหารจัดการออกมาต่างหาก (Swedish Institute 2004)

ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ผู้รับบริการต้องจ่ายค่าปรึกษาแพทย์ครั้งละ 60 ถึง 300 เกรียตสวีเดน แต่กำหนดว่าไม่เกิน 900 เกรียตต่อคนต่อปี ที่เหลือรัฐจะรับภาระแทนสำหรับค่ายา ผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายใน 900 เกรียตแรก แต่มีเพดานไม่เกินปีละ 1800 เกรียต สำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายแต่ไม่เกินวันละ 80 เกรียต เด็กและเยาวชนที่อายุไม่เกิน 20 ปี ได้รับการฟรีกรณีความเจ็บป่วยในภาคการจ้างงาน ถ้าเจ็บป่วยเกินวันที่ 2 นายจ้างเป็นผู้จ่ายในอัตราร้อยละ 80

ของรายได้รายสัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 2 ถึงวันที่ 21 หลังจากนั้นระบบประกันสังคมจะเป็นผู้รับผิดชอบ (Swedish Institute 2004)

การประกันเอกชนหรือการประกันด้วยความสมัครใจมีจำนวนน้อยมากในสวีเดนโดยส่วนใหญ่จะให้ประกันที่ครอบคลุมการบริการอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการให้บริการจากภาครัฐอยู่แล้ว (World Health Organisation 2002)

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

กรณีที่ผู้ป่วยได้รับความเสียหายหรือการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล สวีเดนกำหนดให้ผู้ให้บริการมีหน้าที่รายงานรายละเอียดของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นไปยังคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ (National Board of Health and Welfare: NBW) และถ้าพบว่าความผิดพลาดดังกล่าวมาจากผู้ให้บริการคนหนึ่งๆ ข้อมูลจะถูกส่งต่อไปยังคณะกรรมการความรับผิดทางการแพทย์ (Medical Responsibility Board: MRB) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลและควบคุมวิชาชีพ โดยที่คณะกรรมการความรับผิดทางการแพทย์ทำหน้าที่ตัดสินลงโทษ แต่ไม่มีบทบาทในการพิจารณาจ่ายค่าชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นแต่อย่างใด กระบวนการชดเชยการบาดเจ็บเป็นหน้าที่ของระบบประกันผู้ป่วยที่แยกออกมาต่างหาก

พัฒนาการของระบบการชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์ของประเทศสวีเดนนั้น มีความเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ ดังนี้

1. พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด ปี ค.ศ. 1972 (Tort Liability Act 1972)

ระหว่างทศวรรษที่ 1970 ฝ่ายกฎหมายและฝ่ายนโยบายของสวีเดนยกประเด็นปัญหาความเหมาะสมและพอเพียงของระบบการชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์ด้วยการฟ้องร้องตามกฎหมายการละเมิด (Tort System) ขึ้นมาพิจารณา ประเด็นที่กล่าวถึง คือ การที่ผู้ป่วยมักจะขาดโอกาสในการเข้าถึงการร้องเรียนทางกฎหมาย และอุปสรรคด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้เสียหายในการร้องเรียน โดยก่อนหน้านี้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติความเสียหายทางละเมิด (Tort Damage Act) เพื่อให้มีการรับผิดชอบต่อการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์อย่างจริงจัง ไม่ว่าจะเกิดจากความผิดพลาดหรือไม่ก็ตาม แต่ระบบการชดเชยดังกล่าวได้รับการปฏิเสธ เนื่องจากยากที่จะพิสูจน์ว่า ความบกพร่องดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการแพทย์หรือการรักษาทางการแพทย์หรือไม่ สาเหตุหนึ่งมาจากการขาดความรู้เฉพาะด้านการแพทย์ในขณะนั้น (Espersson 2000)

หลังจากปี ค.ศ. 1971 เป็นต้นมา รัฐบาลให้ความสำคัญกับระบบการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์มากขึ้น เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้พัฒนาขึ้นเรื่อยๆ มีการนำวิธีการรักษาโรคแบบใหม่มาใช้ รวมทั้งมีการบริการเพิ่มมากขึ้น ประชาชนมีโอกาสเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้น ทำให้โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นด้วย แต่มีผู้ที่ได้รับการชดเชยจากความเสียหายดังกล่าวน้อยมาก (Espersson 2000) คณะกรรมการสมาพันธ์เขต (Federation of County Council) ได้มีการประชุมกันในเดือนกุมภาพันธ์ ปี ค.ศ. 1971 เพื่อพิจารณาเรื่องดังกล่าว จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1972 รัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด (Tort Liability Act) กำหนดจำนวนเงินในการจ่ายค่าชดเชยความเสียหาย เช่น ในกรณีของการประกันสังคมหรือการชดเชยคนงาน เป็นต้น และใช้เป็นแนวทางในการชดเชยความเสียหายทางการแพทย์ด้วย สำหรับการจ่ายชดเชยจากประกันสังคม (Social Insurance) แม้ว่าจะเป็นส่วนหนึ่งของการชดเชยทั้งหมดในภาพรวม แต่ก็มีการแยกจ่ายออกมาต่างหาก ไม่ว่าผลการพิจารณาเรื่องร้องขอจะเป็นอย่างไร การจ่ายชดเชยตามแผนประกันสังคมขึ้นอยู่กับความจำเป็นและความเหมาะสม (ACC 2003) กระนั้นก็ตาม การชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัตินี้ยังไม่ชัดเจน ผู้ที่เกี่ยวข้องเองมีการกล่าวถึงประเด็นนี้เป็นระยะ แต่เนื่องจากข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บในกรณีนี้มีน้อยมาก (Espersson 2000) ปี ค.ศ. 1974 เมื่อมีระบบประกันสังคมเกิดขึ้น มีการช่วยเหลือครอบคลุมการบาดเจ็บและโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน ภายใต้ระบบนี้ลูกจ้างจะไม่สามารถฟ้องนายจ้างได้ แต่จะมีการจ่ายเงินชดเชยถ้าพบว่านายจ้างมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดการบาดเจ็บ หรืออีกนัยหนึ่ง เป็นการบาดเจ็บจากการทำงาน (World Bank 2002)

2. กองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วย ปี ค.ศ. 1975 (Swedish Patient Insurance Compensation Fund 1975)

ในปี ค.ศ. 1975 ผู้เสียหายที่ได้รับการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์มีเพียงประมาณ 10 รายต่อปี (Espersson 2000; Studdert and Others 1997) ทำให้มีการนำประเด็นการชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์มาเป็นประเด็นพิจารณาในระดับนโยบายมากขึ้น ข้อเรียกร้องของคณะกรรมการสหพันธ์รัฐที่เริ่มมาก่อนหน้านั้นเริ่มเป็นรูปเป็นร่างขึ้นมา ด้วยความสมัครใจของกลุ่มบริษัทประกันขนาดใหญ่ในสวีเดน 3 บริษัท ได้แก่ Folksam, Skandia และ Trygg-Hansa (Espersson 2000) โดยร่วมกันคิดรูปแบบการให้ประกันขึ้นมาเป็นบริษัทประกันร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเสียหายในแผนการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์ ครอบคลุมไปถึงการบริการนอกสถานพยาบาลของรัฐ โดยเริ่มจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioners: GPs) และการบริการที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐหรือสาธารณะ (Publicly Funded Services) (Espersson 2000; ACC 2003)

ภายใต้ระบบดังกล่าว จะมีระบบประกันที่ชดเชยการบาดเจ็บจากบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นเพื่อเสริมระบบเดิม เรียกว่า ระบบประกันการชดเชยผู้ป่วย (Patient Compensation Insurance: PCI) ในระยะแรกเป็นการประกันด้วยความสมัครใจ และให้การชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ว่าผู้ให้บริการผิดหรือไม่ กลุ่มการบาดเจ็บจากการรักษาที่เกิดจากโรงพยาบาลหรือคลินิกที่อยู่ในการดูแลของสภาเขต โดยครอบคลุมเฉพาะแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลของสภาเขตเท่านั้น แต่ต่อมาขยายไปยังแพทย์ในภาคเอกชน ทันตแพทย์ และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ด้วย (Espersson 2000; Adelman and Westerlund 2004) พร้อมกันนี้ได้มีการจัดตั้งกองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วย (Swedish Patient Insurance Compensation Fund: SPICF) เป็นแหล่งเงินสำหรับใช้จ่ายในการชดเชยดังกล่าว โดยจะมีผู้ดูแลรายเดียวในการจัดการกับการร้องเรียน ได้แก่ บริษัทชำนาญการที่อยู่ภายใต้การดูแลของผู้ให้ประกันเอกชนและผู้รับประกันร่วมที่กล่าวถึงข้างต้น โดยกองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วยเป็นหนึ่งในจำนวนกองทุนชดเชยที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะจำนวนหลายๆ กองทุนเช่น กองทุนชดเชยความเสียหายจากการใช้ยา กองทุนชดเชยอุบัติเหตุจากการกีฬา และยานพาหนะ (World Bank 2002; ACC 2003)

นอกจากนี้ ในปี ค.ศ. 1978 รัฐบาลร่วมกับบริษัทผู้ผลิตยา ได้จัดตั้งกองทุนที่ดูแลด้านการชดเชยความเสียหายจากการใช้ยาขึ้น ชื่อกองทุนชดเชยการประกันด้านเภสัชกรรม (The Swedish Pharmaceutical Insurance Compensation Association Fund: SPICAF) ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากบริษัทผู้ผลิตยา วัตถุประสงค์ คือ การชดเชยความเสียหายด้านการแพทย์ที่เกิดจากผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาอย่างถูกต้องเท่านั้น (ACC 2003; The Pharmaceutical

Insurance in Sweden 2004) ส่วนการใช้ยาที่ผิดพลาดจากข้อบ่งชี้หรือไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด จะอยู่ในความคุ้มครองของกองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วยอยู่แล้ว

3. พระราชบัญญัติการบาดเจ็บของผู้ป่วย ปี ค.ศ. 1996 (Patient Injury Act 1996)

ในปี ค.ศ. 1992 รัฐบาลมีการทบทวนระบบการชดเชยดังกล่าวและเสนอร่างกฎหมายใหม่เนื่องจากพบว่ายังมีผู้ให้บริการอีกจำนวนหนึ่ง (ประมาณร้อยละ 5) ที่ยังไม่เข้าร่วมในระบบประกันการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล ที่สำคัญคือ ระบบประกันดังกล่าวให้การคุ้มครองผู้ที่ได้รับความเสียหายจากผู้ให้บริการที่ไม่ได้มีประกันด้วย ทำให้ผู้ให้บริการที่มีประกันอยู่แล้วไม่เห็นด้วย และระบบดังกล่าวยังไม่กระตุ้นให้ผู้ให้บริการที่เหลือให้ทำประกัน นอกจากนี้ ในปี ค.ศ. 1993 สวีเดนมีกฎหมายที่ส่งเสริมการแข่งขันในการลงทุนเกิดขึ้น การมีบริษัทร่วมเพียงบริษัทเดียวในการดูแลการใช้จ่ายจึงไม่สอดคล้องกับกฎหมายดังกล่าว ในปี ค.ศ. 1994 จึงมีมติให้ยกเลิกบริษัทประกันร่วมที่มีก่อนหน้านี้ จัดตั้งบริษัทประกันร่วมของเขตมาแทนที่ (County Council Mutual Insurance Company: CCMIC) บริษัทประกันแห่งหนึ่งถอนตัวออกไป คณะกรรมการเขตมีการจัดตั้งหน่วยงานสำหรับดูแลบริษัทประกันร่วมของเขต ร่วมกับบริษัทที่เหลืออีก 2 บริษัท และตั้งคณะกรรมการที่ดูแลการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลขึ้น ขณะเดียวกันนั้น ในปี ค.ศ. 1987-1992 มีประเทศใกล้เคียงที่ใช้ระบบการชดเชยดังกล่าวด้วย ทำให้มีการศึกษาเปรียบเทียบมากขึ้น การทบทวนปรับปรุงโดยคณะกรรมการในครั้งนั้นได้รายงานเสนอให้มีกฎหมายที่แตกต่างหากจากกฎหมายละเมิดเดิม เพื่อควบคุมการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (World Bank 2002; Espersson 2000)

4. พระราชบัญญัติการบาดเจ็บของผู้ป่วย ปี ค.ศ. 1997 (Patient Injury Act 1997)

ในปี ค.ศ. 1997 มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติการบาดเจ็บของผู้ป่วย โดยการชดเชยยังอ้างอิงจากระบบการประกันสมัครใจเดิม แต่เปลี่ยนให้ผู้ให้บริการทุกคนต้องมีประกันการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ด้วย ผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นเอกชนจะต้องซื้อประกันจากบริษัทประกันเอกชน การให้บริการแก่ผู้ที่ได้รับอันตรายจากการรักษาทางการแพทย์ เป็นหน้าที่ตามกฎหมายที่ผู้ให้บริการทุกคนต้องดูแลพื้นฐาน โดยไม่มีการปฏิเสธ บริษัทประกันมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องให้การประกันอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บที่เกิดจากการรักษาทางการแพทย์ตามที่กำหนด

อย่างไรก็ตาม สำหรับการประกันจากภาคเอกชนนั้น คำจำกัดความของ “การบาดเจ็บ” ยังมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการประกันที่เลือกใช้ มีการให้ความหมายของ “การบาดเจ็บทางกาย” กับ “การบาดเจ็บทางจิตใจ” โดยที่การบาดเจ็บทางจิตใจจะได้รับการชดเชยก็ต่อเมื่อมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทางกายเท่านั้น นอกจากนี้ บริษัทประกันสามารถเสนอข้อตกลงอื่นๆ ในการ

เสนอสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ สำหรับการบาดเจ็บจากการรักษาโดยแพทย์หรือผู้ให้บริการที่ไม่ได้มีการประกัน จะมีการจ่ายค่าชดเชยจากสมาคมการประกันตนผู้ป่วย (Patient Insurance Association) โดยที่ผู้ให้ประกันทุกรายจะต้องเป็นสมาชิกสมาคมดังกล่าว (Espersson 2000) การชดเชยจะครอบคลุมการให้บริการสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลที่บ้าน การจ่ายค่าชดเชยรายสัปดาห์ ภายใต้ระเบียบการประกันสังคม (ACC 2003; Adelman and Westerlund 2004)

5. ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ของประเทศสวีเดนในปัจจุบันนั้น มีการแบ่งออกเป็น 2 ระบบ คือ การชดเชยความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และการชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการใช้ยา มีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้²⁵

1) ความเสียหายที่ได้รับการชดเชย

ความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการจากบุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลที่ทำประกัน ไม่รวมผู้ให้บริการการแพทย์ทางเลือกที่ไม่มีใบอนุญาตหรือไม่ได้ปฏิบัติตามได้ความรับผิดชอบของผู้ได้รับใบอนุญาต โดยความเสียหายที่เข้าข่ายการขอรับการชดเชย ได้แก่ การเจ็บป่วยมากกว่า 30 วัน หรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 10 วัน หรือเสื่อมสมรรถภาพอย่างถาวร หรือเสียชีวิต แต่ต้องไม่เป็นความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามปกติของพยาธิสภาพของโรค หรือเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากการวินิจฉัยหรือรักษาโรคตามปกติ หรือเป็นความเสียหายเล็กน้อยที่ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ครอบคลุมการบริการสาธารณสุขทุกประเภท เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ความเสียหายที่เกิดจากการบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2) หลักเกณฑ์การวินิจฉัยเพื่อจ่ายค่าชดเชย มีดังต่อไปนี้

ก. ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลให้หมายความรวมถึง ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมในการทดลองทางการแพทย์ หรือผู้ที่บิโรคอวัยวะหรือส่วนประกอบทางชีววิทยาสำหรับการปลูกถ่าย หรือเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์อื่นๆ²⁶

ข. ความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเกี่ยวเนื่องกับบริการทางการแพทย์ในสวีเดน²⁷

ค. ความเสียหายนั้นต้องมีความเป็นไปได้ที่จะเข้าลักษณะ ดังต่อไปนี้²⁸

²⁵ จุฬามา โพธิ์อุโมงค์, เล่มเดิม, หน้า 94-99.

²⁶ Section 2 Patient Injury Act 1996.

²⁷ Section 3 Patient Injury Act 1996.

²⁸ Section 6 Patient Injury Act 1996 and Espersson (2000) The Patient Injury Act: A Comment by Carl Espersson.

ก) ความเสียหายเกิดจากการรักษาทางการแพทย์ (Treatment Injury) ไม่ว่าจะเป็นการตรวจ การให้การดูแล การรักษา หรือการกระทำอย่างอื่นที่คล้ายกันที่สามารถหลีกเลี่ยงความเสียหายได้ ไม่ว่าจะเป็น โดยการใช้วิธีการในการปฏิบัติที่แตกต่างกัน หรือการเลือกใช้วิธีการอย่างอื่นที่เมื่อมีการประเมินการกระทำจากทัศนะทางการแพทย์แล้วจะทำให้การรักษามีอันตรายน้อยที่สุด

ข) ความเสียหายเกิดจากความบกพร่องของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ (Material - related Injury) หรือการใช้งานที่ไม่ถูกต้อง

ค) ความเสียหายจากการวินิจฉัยที่ผิดพลาด (Diagnostic Injury) เช่น การวินิจฉัยโรคผิด ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม หรือให้การรักษาล่าช้า เช่น การไม่ได้สังเกตอาการแสดง หรือการอธิบายอาการที่ผิดพลาดเมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ง) ความเสียหายจากการติดเชื้อในระหว่างการตรวจรักษา (Infection Injury)

จ) ความเสียหายจากอุบัติเหตุในระหว่างกระบวนการรักษา (Accident - related Injury) เช่น อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นระหว่างการตรวจรักษา การดูแล การเคลื่อนย้าย เป็นต้น แต่กรณีความเสียหายจากการใช้ชีวิตประจำวันจะไม่ได้รับการคุ้มครอง

ฉ) ความเสียหายจากการจ่ายยาผิดพลาด (Medication Injury) ชดเชยเฉพาะการจ่ายยาผิดพลาดที่ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้หรือไม่เป็นไปตามมาตรฐาน แต่จะไม่คุ้มครองผลข้างเคียงที่เกิดจากการจ่ายยาที่ถูกต้องตามมาตรฐานแล้ว (ในกรณีดังกล่าวเป็นความรับผิดชอบของกองทุนชดเชยการประกันด้านเภสัชกรรม)

การพิจารณาสิทธิในการชดเชยที่มีสาเหตุมาจากกระบวนการในการรักษาในข้อ ก) และการวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้องในข้อ ค) อยู่ภายใต้การพิจารณาตามแนวทางการปฏิบัติของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์หรือผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ในด้านนั้นๆ และการติดเชื้อในข้อ ง) หากโดยสภาพแวดล้อมของการติดเชื้อนั้นสามารถต้านทานได้ จะไม่มีสิทธิได้รับค่าชดเชย โดยการพิจารณาขึ้นอยู่กับธรรมชาติและความรุนแรงของความเจ็บป่วยหรือความเสียหายซึ่งขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพของผู้ป่วยและความน่าจะเป็นของการติดเชื้อ

3) ข้อยกเว้นการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ได้แก่²⁹

ก. ความเสียหายที่เป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรค หรือการรักษาความเจ็บป่วย หรือความเสียหายซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลต่อชีวิตหรือได้รับการพิจารณาอย่างรุนแรง

²⁹ Section 7 Patient Injury Act 1996.

ข. ความเสียหายที่มีสาเหตุมาจากยาหรือเภสัชภัณฑ์นอกเหนือจากความเสียหายที่เกิดจากการจ่ายยาผิดพลาด

4) องค์ประกอบผู้พิจารณาวินิจฉัยการจ่ายค่าชดเชย

คณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย มีองค์ประกอบ 5-7 คน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์จำนวน 3 คน ผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการฝ่ายละเท่าๆ กัน คณะกรรมการประเมินค่าชดเชย มีองค์ประกอบ 5-7 คน อย่างน้อยต้องประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์ ด้านคนพิการ ด้านการคุ้มครองสิทธิ³⁰ คณะกรรมการอุทธรณ์ (Patient Claims Panel) ประกอบด้วยประธาน 1 คน ซึ่งเป็นหรือเป็นผู้ดำรงตำแหน่งผู้พิพากษาและสมาชิกอื่นๆ อีก 6 คน มาจากตัวแทนของผู้รับบริการ 3 คน มาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 คน เป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับการประกันภัยความเสียหาย 1 คน และเป็นผู้มีความรู้พิเศษในงานบริการสุขภาพอีก 1 คน คณะกรรมการมีวาระคราวละ 3 ปี³¹

5) สิทธิที่จะได้รับในการชดเชย

การชดเชยถูกกำหนดโดยอ้างอิงจากหลักการชดเชยความเสียหายที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด ปี ค.ศ. 1972 (Tort Liability Act 1972) หลักการแนวทางโดยรวมเบื้องหลังการออกกฎหมายนี้ คือ ผู้เสียหายมีสิทธิที่จะได้รับชดเชยจากการสูญเสียของพวกเขาอย่างเต็มที่ การจ่ายค่าชดเชยโดยทั่วไปประกอบด้วยสองส่วน คือ ความเสียหายเป็นตัวเงินและไม่ใช่ตัวเงิน ความเสียหายที่เป็นตัวเงินครอบคลุมถึง การสูญเสียรายได้และค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น เนื่องจากการได้รับความเสียหาย แต่ไม่ครอบคลุมการชดเชยตามกฎหมายอื่นและกรรมธรรม์ประกันอื่น ความเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงินจะชดเชยสำหรับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ความพิการและการเสียโฉม และการสูญเสียความสะดวกสบาย ระดับของการสูญเสียกำหนดตามตารางตามประเภทของความเสียหาย ความรุนแรงและระยะเวลา³² ผู้ป่วยที่เสียชีวิต ครอบครัวจะมีสิทธิได้รับค่าฌาปนกิจ ค่าขาดไร้อุปการะ ผู้เรียกร้องอาจรับเงินชดเชยเป็นเงินก้อนเนื่องจากความพิการ

³⁰ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และหทัยชนก สุมาลี. (2553). ทางเลือกเชิงนโยบายเรื่องกองทุนเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข. หน้า 17-18.

³¹ Espersson (2000) The Patient Injury Act: A Comment by Carl Espersson.

³² Hellbacher, U., Espersson, C. and Johansson, H. (2007) Patient injury compensation for healthcare-related injuries in Sweden (www.patientforsakring.se/international/english).

ถาวร การชดเชยการสูญเสียความสามารถในการทำงาน การชดเชยการสูญเสียรายได้และการสูญเสียสิทธิการได้รับบำนาญในอนาคตเนื่องจากความเสียหายทางการแพทย์³³

6) การใช้สิทธิฟ้องร้องต่อศาล

หากผู้เรียกร้องไม่พอใจกับการตัดสินใจโดยบริษัทประกัน ผู้เรียกร้องมีสิทธิที่จะเลือกว่าจะนำข้อเรียกร้องของตนเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการอุทธรณ์ หรือดำเนินการโดยตรงไปยังศาล³⁴ และเงินที่ได้รับการชดเชยไปแล้วถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทน

7) ความเชื่อมโยงกับองค์การวิชาชีพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

การดำเนินการทางวินัยทั้งหมดจะแตกต่างกันหากจากระบบการชดเชย ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล สวีเดนกำหนดให้ผู้ให้บริการมีหน้าที่รายงานรายละเอียดของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นไปยังคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ (National Board of Health and Welfare: NBW) และถ้าพบว่าความผิดพลาดดังกล่าวมาจากผู้ให้บริการคนหนึ่งๆ ข้อมูลจะถูกส่งต่อไปยังคณะกรรมการความรับผิดชอบทางการแพทย์ (Medical Responsibility Board: MRB) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลและควบคุมวิชาชีพ โดยที่คณะกรรมการความรับผิดชอบทางการแพทย์ทำหน้าที่ตักเตือนลงโทษ แต่ไม่มีบทบาทในการพิจารณาจ่ายค่าชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นแต่อย่างใด กระบวนการชดเชยเป็นหน้าที่ของระบบประกันผู้ป่วยที่แยกออกมาต่างหาก

การวิเคราะห์ความผิดพลาดทางการแพทย์เพื่อเพิ่มความปลอดภัยผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในประเทศสวีเดนโดยใช้การวิเคราะห์สาเหตุของเหตุการณ์ที่นำไปสู่การเรียกร้องที่เกิดจากความเสียหายทางการแพทย์ภายใต้ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ มีการเข้าเยี่ยมชมโดยผู้แทนของบริษัทประกันที่โรงพยาบาล และมีการอภิปรายว่าอะไรเป็นสิ่งที่สามารถทำได้เพื่อหลีกเลี่ยงความเสียหายทางการแพทย์ดังกล่าวในอนาคต มีการจัดประชุมความปลอดภัยผู้ป่วยแห่งชาติ (National Patient Safety Conferences) เป็นประจำ โดยผู้เข้าร่วมประชุมเป็นผู้แทนจากสมาคมโรงพยาบาลแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ และแพทย์ เพื่อนำมาปรับปรุงความปลอดภัยในการให้การดูแลสุขภาพในสวีเดน³⁵

จากการศึกษาถึงกฎหมายว่าด้วยการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของต่างประเทศดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าปัจจุบันประเทศต่างๆ ได้มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข จากการชดเชยบน

³³ Essinger, K. (2009) Report on the Swedish Medical Injury Insurance (www.patientforsakring.se/international/english/articles.asp).

³⁴ Espersson (2000) The Patient Injury Act: A Comment by Carl Espersson.

³⁵ Essinger, K. (2009) Report on the Swedish Medical Injury Insurance. pp. 5-7.

พื้นฐานของการพิสูจน์ความผิด มาเป็นการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดมาก
ขึ้น



บทที่ 4

ปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในต่างประเทศนั้นได้มีการยอมรับกันมาเป็นเวลานานแล้วว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ และความเสียหายที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นความเสียหายที่เกิดจากระบบ แม้ว่าผู้ให้บริการสาธารณสุขจะได้ใช้ความรู้ความสามารถในการให้บริการสาธารณสุขอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม ความเสียหายดังกล่าวก็ยังสามารถเกิดขึ้นได้ ความเสียหายที่เกิดขึ้นจึงไม่ใช่ความผิดพลาดที่เกิดจากตัวบุคคลผู้ให้บริการสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว และปัญหาดังกล่าวยังไม่มีประเทศใดที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้น จึงต้องยอมรับปัญหา เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและให้ความช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

ในต่างประเทศจึงได้มีการคิดค้นระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคลและไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบมา เพื่อแก้ปัญหาความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคลและไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ ไม่ใช่ระบบที่สร้างขึ้นมาก็เพื่อปกป้องผู้ให้บริการสาธารณสุขที่กระทำความผิด แต่สร้างขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขให้ได้รับการชดเชยความเสียหายอย่างรวดเร็ว เป็นธรรม และทันทั่วถึง เป็นระบบที่มุ่งชดเชยความเสียหายไม่ใช่หาตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษ และเพื่อต้องการลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขกับผู้รับบริการสาธารณสุข ซึ่งระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคลและไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ เป็นระบบที่ได้รับการยอมรับและมีการนำไปใช้ในหลายประเทศ ปัจจุบันมีประเทศที่นำระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคลและไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบไปใช้อย่างครอบคลุมหลายประเทศ

สำหรับประเทศไทยนั้นได้มีการนำเอาแนวคิดเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคลและไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบของต่างประเทศมาใช้ในแก้ไขปัญหาดังกล่าวเช่นกัน เพื่อให้ความช่วยเหลือในเบื้องต้นแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และยอมรับว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ และความเสียหายที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นความเสียหายที่เกิดจากระบบ แม้ว่าผู้ให้บริการสาธารณสุขจะได้ใช้ความรู้ความสามารถในการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม แต่เนื่องจากประเทศไทยไม่ใช่ประเทศที่ร่ำรวยจึงไม่สามารถให้การชดเชยความเสียหายให้แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลได้อย่างเต็มที่เหมือนกับต่างประเทศ จึงได้เปลี่ยนแนวคิดจากการชดเชยความเสียหายให้แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเป็นการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลเท่านั้น โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อให้ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลได้รับการช่วยเหลือในเบื้องต้นอย่างเป็นธรรม รวดเร็ว และทันทั่วถึง เพื่อเป็นการลดปริมาณการฟ้องร้องกันระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขกับผู้รับบริการสาธารณสุข และเพื่อเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขกับผู้รับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิดหรือหาผู้กระทำความผิด ซึ่งมีหลักการคล้ายกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ที่ประสบภัยจากรถตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ แต่เนื่องจากปัจจุบันแนวคิดเรื่องการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคและการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนได้มีการพัฒนาเป็นอย่างมาก ทำให้ประชาชนทราบถึงสิทธิที่ตนเองควรจะได้รับมากขึ้น ประกอบกับมีการตราพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ขึ้นมาเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคและเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้บริโภค โดยมีบทบัญญัติที่แตกต่างจากคดีแพ่งทั่วไป เช่น มีการนำเอาระบบไต่สวนมาใช้ โดยกำหนดให้ผู้ประกอบกิจการเป็นฝ่ายนำสืบ และให้ศาลมีอำนาจในการแสวงหาพยานหลักฐานเพิ่มเติมได้ นอกจากนี้ ยังกำหนดให้ผู้บริโภคสามารถฟ้องคดีด้วยวาจาหรือเป็นหนังสือด้วยตนเองได้ โดยไม่จำเป็นต้องมีทนายความ และได้รับยกเว้นค่าธรรมเนียมศาลทั้งหมด เป็นต้น ทำให้ประชาชนสามารถดำเนินการเรียกร้องสิทธิต่างๆ ทางศาลได้ง่ายขึ้น และเนื่องจากบทบัญญัติในเรื่องการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลนั้น ได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานานแล้ว ทำให้หลักเกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นขาดความรัดกุม ไม่ครอบคลุมความเสียหายที่ผู้รับบริการการรักษาพยาบาลได้รับ และไม่สอดคล้องกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้ง การวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับ

เงินช่วยเหลือเบื้องต้นในแต่ละจังหวัดยังไม่เป็นไปในแนวเดียวกัน นำไปสู่ปัญหาความไม่เป็นธรรม และการฟ้องร้องดำเนินคดีในศาล

ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาถึงปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทยกับร่างกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขและกฎหมายว่าด้วยการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของประเทศนิวซีแลนด์และประเทศสวีเดน เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายของไทย ให้ครอบคลุมความเสียหายที่ผู้รับบริการได้รับอย่างเหมาะสม และเป็นธรรม และเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายในเรื่องนี้ต่อไป ซึ่งมีปัญหาที่จะต้องทำการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

4.1 ปัญหาเกี่ยวกับนิยามความหมายของคำว่า “ความเสียหาย”

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 บัญญัติไว้ว่า “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด” โดยที่มาตรา 41 นั้น มีเจตนารมณ์ที่จะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล แต่ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น ไม่ได้มีการกำหนดนิยามความหมายของคำว่า “ความเสียหาย” ไว้ จึงทำให้เกิดปัญหาว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ในกรณีใดบ้างที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41

อาศัยอำนาจตามกฎหมายจากมาตราดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้มีการออกข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 ขึ้นมา เพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยได้มีการนิยามความหมายของคำว่า “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” ไว้ในข้อ 4 ของข้อบังคับดังกล่าว ว่า “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น หมายถึง เงินที่จ่ายให้ผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยมีต้องรอการ

พิสูจน์ถูกผิด” โดยมีเจตนารมณ์ที่จะบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ซึ่งจะเห็นได้ว่า “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” คือ เงินที่จ่ายให้ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล แต่ในข้อบังคับดังกล่าวก็ไม่ได้มีการนิยามความหมายของคำว่า “ความเสียหาย” ไว้เช่นเดียวกัน จึงทำให้เกิดปัญหาว่าความเสียหายที่ผู้รับบริการได้รับนั้น ในกรณีใดบ้างที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 ในข้อ 6 ที่ได้มีการกำหนดประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไว้ ดังต่อไปนี้

1. กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน 200,000 บาท

2. กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการ จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน 120,000 บาท

3. กรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน 50,000 บาท

ดังนั้น จึงทำให้เข้าใจความหมายของคำว่า “ความเสียหาย” ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ให้มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ตามมาตรา 41 ว่า หมายถึง ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลและทำให้ผู้รับบริการได้รับความเสียหายต่อชีวิตและร่างกายเท่านั้น ซึ่งการกำหนดประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล โดยกำหนดให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายต่อชีวิตและร่างกายเพียงเท่านี้ ทำให้ยังไม่ครอบคลุมถึงความเสียหายที่ผู้รับบริการได้รับจากการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม เนื่องจากกรณีที่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากที่บัญญัติในข้อ 6 ของข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 แล้ว ก็จะไม่ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แม้จะได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลแล้วก็ตาม ซึ่งทำให้ไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการทุกคนที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลให้ได้รับการช่วยเหลือในเบื้องต้นอย่างรวดเร็วและทันทั่วทั้งที่ ยกตัวอย่างเช่น

กรณีที่ผู้รับบริการเข้ารับบริการตรวจเลือดหาเชื้อ HIV ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เนื่องจากเห็นว่า มีภาวะเสี่ยง หลังทำการตรวจเลือดพบว่าผลเลือดเป็นบวก แสดงว่ามีเชื้อ HIV

ต่อมาผู้รับบริการได้ไปรับการตรวจเลือดที่หน่วยงานอื่น พบว่าผลการตรวจเลือดเป็นลบไม่พบเชื้อ HIV ผู้รับบริการเห็นว่า การวินิจฉัยผิดพลาดของผู้ให้บริการสาธารณสุขในกรณีดังกล่าว ทำให้ตนเองได้รับความเสียหาย จึงได้ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้พิจารณาแล้วเห็นว่า กรณีนี้ไม่เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เนื่องจากไม่ใช่ความเสียหายทางร่างกายจากการรักษาพยาบาล จึงได้มีมติไม่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ และได้มีการวิเคราะห์ว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นดังกล่าวเกิดจากระบบการตรวจเลือดและอ่านผลเลือดผิดพลาด

จากกรณีดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การที่โรงพยาบาลวินิจฉัยว่าผู้รับบริการมีเชื้อ HIV นั้นเป็นวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ผิดพลาดของผู้ให้บริการสาธารณสุข ทำให้ผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหาย เกิดความวิตกกังวล เกิดความเศร้าโศกเสียใจ อีกทั้งยังทำให้ผู้รับบริการได้รับความอับอายเป็นอย่างมาก ถือได้ว่าทำให้ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลแล้ว แต่เนื่องจากความเสียหายที่ผู้รับบริการได้รับนั้น ไม่ได้จัดอยู่ในประเภทของความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามที่กำหนดไว้ในข้อ 6 ของข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 จึงทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41

แม้ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 จะได้มีการออกข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ขึ้นมาใหม่ โดยให้ยกเลิกข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 ซึ่งมีผลใช้บังคับในวันที่ 1 ตุลาคม 2555 แต่ในข้อบังคับดังกล่าวก็ไม่ได้มีการนิยามความหมายของคำว่า “ความเสียหาย” ไว้เช่นเดิม แต่ได้มีการแก้ไขประเภทของความเสียหายใหม่ โดยได้มีการกำหนดประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไว้ดังต่อไปนี้

1. เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท

2. สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท

3. บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน 100,000 บาท

กรณีที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์ จนอายุครรภ์ตั้งแต่ 33 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการ ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากับอัตราที่กำหนดในวรรคหนึ่ง 1) และหากมารดาได้รับความเสียหายอื่นด้วย ก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายที่ได้รับนั้น

กรณีที่ความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตามข้อ 1-3 ได้ ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดได้ตามความเหมาะสม

จากข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 นั้น จะเห็นได้ว่า ความเสียหายที่ผู้รับบริการได้รับตามตัวอย่างที่ยกมาข้างต้นนั้น อาจจะเข้าหลักเกณฑ์ตามข้อ 6 วรรคท้าย ที่ได้กำหนดให้กรณีที่ความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตามข้อ 1-3 ได้ และให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดได้ตามความเหมาะสม แต่การกำหนดให้เป็นดุลพินิจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขนั้น ทำให้กรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายเหมือนกันอาจจะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นก็ได้ ทำให้เกิดปัญหาในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ที่ไม่มีมาตรฐานและมีความแตกต่างกันในแต่ละกรณีได้ นำไปสู่ปัญหาความไม่เป็นธรรมและการฟ้องร้องดำเนินคดีในศาล

จากการศึกษาร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ทั้งสองนั้น จะเห็นได้ว่าทั้งสองร่างพระราชบัญญัตินี้ได้กล่าว ไม่ได้มีการกำหนดนิยามความหมายของคำว่า “ความเสียหาย” ไว้เช่นเดียวกัน แต่ในร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ที่เสนอโดยประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งนั้น ได้มีการกำหนดประเภทของเงินชดเชยไว้ โดยกำหนดให้เงินชดเชยประกอบไปด้วยค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ ค่าขาดประโยชน์ที่ทำได้ ค่าชดเชยในกรณีพิการหรือทุพพลภาพ ค่าชดเชยจากความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ค่าชดเชยในกรณีถึงแก่ความตาย ค่าชดเชยการขาดรายได้อุปการะกรณีถึงแก่ความตายและมีทายาทที่จะต้องอุปการะเลี้ยงดู รวมถึงค่าชดเชยเพื่อความเสียหายอย่างอื่นอันมิใช่ตัวเงินตามประกาศของคณะกรรมการคุ้มครอง

ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งจะเห็นได้ว่าการชดเชยความเสียหายที่ครอบคลุมความเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ได้รับ ความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมากกว่าการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับกฎหมายของประเทศนิวซีแลนด์นั้น จะเห็นได้ว่าประเทศนิวซีแลนด์ได้มีการกำหนดค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขจะได้รับเงินชดเชย โดยครอบคลุมค่าชดเชยทั้งการดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เป็นระหว่างที่มีการบาดเจ็บ สำหรับการบาดเจ็บส่วนบุคคลที่ได้รับการคุ้มครอง ได้แก่ การเสียชีวิต การบาดเจ็บทางกาย การบาดเจ็บทางจิตใจที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการบาดเจ็บทางร่างกาย ความเสียหายต่องาน ทักษะการประดิษฐ์ทุกชนิด¹ และกฎหมายของประเทศสวีเดนนั้นได้กำหนดให้มีการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายโดยอ้างอิงจากหลักการชดเชยความเสียหายที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิด ซึ่งการจ่ายค่าชดเชยโดยทั่วไปประกอบด้วยสองส่วน คือ ความเสียหายที่เป็นตัวเงินและความเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงิน ความเสียหายที่เป็นตัวเงินครอบคลุมถึง การสูญเสียรายได้และค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการได้รับความเสียหาย แต่ไม่ครอบคลุมการชดเชยตามกฎหมายอื่นและกรรมธรรม์ประกันอื่น ความเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงินจะชดเชยสำหรับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ความพิการการเสียโฉม และการสูญเสียความสะดวกสบาย ระดับของการสูญเสียกำหนดตามตารางโดยแบ่งตามประเภทของความเสียหาย ความรุนแรงและระยะเวลา ในกรณีที่ผู้ป่วยที่เสียชีวิต ครอบครัวจะมีสิทธิได้รับค่าฌาปนกิจและค่าขาดรายได้รูปการะ ผู้เรียกร้องอาจรับเงินชดเชยเป็นเงินก้อนเนื่องจากความพิการถาวร การชดเชยการสูญเสียความสามารถในการทำงาน การชดเชยการสูญเสียรายได้และการสูญเสียสิทธิการได้รับบำนาญในอนาคตเนื่องจากความเสียหายทางการแพทย์² ซึ่งจะเห็นได้ว่าทั้งประเทศนิวซีแลนด์และประเทศสวีเดนนั้น ได้มีการชดเชยความเสียหายที่ครอบคลุมความเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด แต่กฎหมายของไทยในเรื่องการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น ยังไม่ได้ให้ความคุ้มครองแก่ผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหายจากการรักษาพยาบาลอย่างครอบคลุมและทั่วถึง ทำให้กรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากที่บัญญัติในข้อ 6 ของข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ.

¹ ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ ภักดี, จิราพร ชมศรี และเจเร วิชาไทย. เล่มเดิม. หน้า 126.

² จุฬาสมา โพธิ์อุโมงค์. เล่มเดิม. หน้า 98-99.

2555 แล้ว ก็จะไม่ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แม้ว่าจะได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลแล้วก็ตาม

ดังนั้น เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างครอบคลุม เหมาะสม และเป็นธรรม และเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และเพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในแต่ละจังหวัดมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงควรที่จะต้องมีการกำหนดนิยามความหมายของคำว่า “ความเสียหาย” ไว้ในกฎหมายให้ชัดเจน

4.2 ปัญหาเกี่ยวกับองค์ประกอบของผู้ทำหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 มาตรา 18 (7) กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41 และมาตรา 50(8) กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด อาศัยอำนาจตามกฎหมายจาก 2 มาตราดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ออกข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 ขึ้นมา เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขใช้เป็นหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และเพื่อให้การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นไปด้วยความรวดเร็วและสอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจ จึงได้กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีจำนวน 5-7 คน ขึ้นทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือตามข้อบังคับนี้หรือไม่ และถ้าควรได้รับควรจะได้ตามคำร้องขอหรือไม่เพียงใด ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐ

ฐานะของผู้เสียหายด้วย ซึ่งกำหนดไว้ในข้อ 8 ของข้อบังคับดังกล่าว และในข้อ 9 ของข้อบังคับดังกล่าวได้กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครหรือจังหวัดใดที่ไม่มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เป็นผู้เสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสม จำนวน 5-7 คน เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในแต่ละจังหวัด เพื่อทำหน้าที่วินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยชื่อบุคคลที่เหมาะสมต้องมาจากผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 3 คน ตัวแทนหน่วยบริการ และตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน โดยให้ดำเนินการคัดเลือกตามวิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการปรองดอง ลดความขัดแย้ง ระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้รับบริการสาธารณสุข และได้กำหนดให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี

โดยหลักแล้ว กฎหมายได้กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นผู้ที่มีอำนาจหน้าที่ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

1. อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ
2. ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนทันตแพทยสภา ผู้แทนสภาเภสัชกรรม และผู้แทนสภาทนายความ
3. ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นสมาชิกของสมาคมโรงพยาบาลเอกชนหนึ่งคน
4. ผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง
5. ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ทันตกรรม และเภสัชกรรมวิชาชีพละหนึ่งคน
6. ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางสาขาสุนิรีเวช สาขาศัลยกรรม สาขาอายุรกรรม และสาขากุมารเวชกรรม สาขาละหนึ่งคน
7. ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สาขากายภาพบำบัด สาขาทนุกรรมบำบัด สาขารังสีเทคนิค สาขากิจกรรมบำบัด สาขาทะนุกรรมบำบัด สาขาทะนุกรรมบำบัด สาขาทะนุกรรมบำบัด

และสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย สาขาละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนสามคน

8. ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร และดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ ก. งานด้านเด็กหรือเยาวชน ข. งานด้านสตรี ค. งานด้านผู้สูงอายุ ง. งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช จ. งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ฉ. งานด้านผู้ใช้แรงงาน ช. งานด้านชุมชนแออัด ซ. งานด้านเกษตรกร และ ฉ. งานด้านชนกลุ่มน้อย องค์กรละหนึ่งคน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนห้าคน

9. ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนหกคน โดยในจำนวนนี้ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาจิตเวช และสาขาการแพทย์แผนไทย สาขาละหนึ่งคน

เมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขดังกล่าวข้างต้นแล้ว จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขประกอบไปด้วยผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์เป็นจำนวนมาก ซึ่งแตกต่างจากองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในแต่ละจังหวัด ที่ประกอบไปด้วยผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 3 คน ตัวแทนหน่วยบริการ และตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน เพียงเท่านั้น โดยไม่ได้กำหนดผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์ไว้ในองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแต่อย่างใด กรณีดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ที่ไม่ได้มาตรฐานและมีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด ในกรณีที่เกิดความเสียหายอย่างเดียวกันผู้เสียหายอาจจะได้รับการพิจารณาวินิจฉัยให้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในจำนวนที่แตกต่างกันหรือไม่ได้รับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเลยก็ได้ ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาความไม่เป็นธรรมแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล อีกทั้ง การพิจารณาของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นการพิจารณาที่ค่อนข้างมีความซับซ้อน โดยต้องพิจารณาว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่ ซึ่งคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจะต้องพิจารณาว่าความเสียหายนั้นเกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการหรือไม่ และความเสียหายนั้นเป็นความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรคหรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้วหรือไม่ และหากคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นพิจารณาแล้วเห็นว่าผู้เสียหายควรได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ก็จะต้องกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐกิจ

ของผู้เสียหายประกอบด้วย จะเห็นได้ว่า การพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนั้น จะต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินไปของโรค และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องใช้ความรู้เฉพาะทางทั้งหมด ซึ่งแพทย์บางคนที่ไม่ได้มีความรู้เฉพาะทางในเรื่องนั้นยังไม่สามารถวินิจฉัยกรณีดังกล่าวได้ ดังนั้น การที่คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์อย่างเพียงพอ อาจทำให้ผลการพิจารณามีความผิดพลาดได้ ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และนำไปสู่การฟ้องร้องดำเนินคดีในศาล

นอกจากนี้ การที่กำหนดให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีวาระในการดำรงตำแหน่งเพียงคราวละ 2 ปี ทำให้การพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ไม่มีความสม่ำเสมอและไม่ได้มาตรฐาน เนื่องจากต้องมีการเปลี่ยนแปลงบุคคลที่จะมาเป็นคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นระยะๆ โดยมีระยะเวลาในการทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพียง 2 ปี เท่านั้น ทำให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่มีความเชี่ยวชาญในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และไม่เข้าใจกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ

แม้ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 จะได้มีการออกข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ขึ้นมาใหม่ และให้ยกเลิกข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 ซึ่งมีผลใช้บังคับในวันที่ 1 ตุลาคม 2555 เป็นต้นไป แต่ในข้อบังคับดังกล่าวไม่ได้มีการแก้ไของค์ประกอบของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแต่อย่างใด

จากการศึกษาร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ทั้งสองนั้น จะเห็นได้ว่าทั้งสองร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ได้มีการกำหนดองค์ประกอบของผู้ทำหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไว้คล้ายกัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าองค์ประกอบของผู้ทำหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ทั้งสองนั้น มีองค์ประกอบคล้ายกับองค์ประกอบของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นอย่างมาก

สำหรับกฎหมายของประเทศนิวซีแลนด์นั้น จะเห็นได้ว่าประเทศนิวซีแลนด์ได้มีการกำหนดให้ผู้พิจารณาวินิจฉัยคำร้องจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ทางด้านการแพทย์ ซึ่งมีประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญอาจไม่ตรงกับข้อเรียกร้อง แต่อาจขอความเห็นจากที่ปรึกษาทั้งภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาได้ และเมื่อที่ปรึกษาได้ให้ความเห็นทั้งในด้านการแพทย์และด้านกฎหมายแล้ว จะมีการหารือกับผู้จัดการทีมอาวุโสในที่สุด และผู้จัดการศูนย์ความเสียหายของผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินว่าจะให้ความคุ้มครองหรือไม่³ และกฎหมายของประเทศสวีเดนนั้น ได้กำหนดให้ผู้ที่ทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินชดเชยจะต้องเป็น ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์จำนวน 3 คน ผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการฝ่ายละเท่าๆ กัน⁴ และคณะกรรมการมีวาระคราวละ 3 ปี⁵ โดยในการพิจารณาสถานะในการชดเชยที่มีสาเหตุมาจากกระบวนการในการรักษา และการวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้อง อยู่ภายใต้การพิจารณาตามแนวทางการปฏิบัติของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์หรือผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ในด้านนั้นๆ⁶ ซึ่งจะเห็นได้ว่าทั้งประเทศนิวซีแลนด์และประเทศสวีเดนนั้น ผู้ที่ทำหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องจะเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และประสบการณ์ทางด้านการแพทย์ในด้านนั้นๆ เป็นส่วนใหญ่ แต่ของประเทศไทยนั้นไม่ได้มีการกำหนดให้ผู้ทำหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และประสบการณ์ทางด้านการแพทย์ในด้านนั้นๆ ไว้เลย

ดังนั้น เพื่อให้การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นไปอย่างถูกต้องและได้มาตรฐาน จึงเห็นสมควรที่จะต้องมีการกำหนดองค์ประกอบของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในแต่ละจังหวัด ให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และประสบการณ์ทางด้านการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ลดความหลากหลายของผู้ทำหน้าที่นี้ให้น้อยลง หรือให้มีองค์ประกอบที่ใกล้เคียงกับคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และควรมีการเพิ่มวาระในการดำรงตำแหน่งของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในแต่ละจังหวัด เพื่อให้มีการ

³ แหล่งเดิม. หน้า 88.

⁴ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และหทัยชนก สุมาลี. หน้าเดิม. อ้างในจุฬาสมา โพธิ์อุโมงค์. เล่มเดิม. หน้า 89.

⁵ Espersson (2000) The Patient Injury Act: A Comment by Carl Espersson. อ้างในจุฬาสมา โพธิ์อุโมงค์. หน้าเดิม.

⁶ จุฬาสมา โพธิ์อุโมงค์. เล่มเดิม. หน้า 96.

ทำงานอย่างต่อเนื่องจนสะสมประสบการณ์มีความเชี่ยวชาญในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

4.3 ปัญหาเกี่ยวกับการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 57 ได้กำหนดว่า ในกรณีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา และในมาตรา 58 ได้กำหนดว่า ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา 57 ปรากฏว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานดำเนินการ ดังต่อไปนี้ (1) ในกรณีที่เป็นการกระทำโดยไม่เจตนาให้มีคำสั่งเตือนให้ปฏิบัติโดยถูกต้อง (2) ในกรณีที่มีเจตนากระทำผิด ให้มีคำสั่งให้หน่วยบริการนั้นชำระค่าปรับทางปกครองเป็นจำนวนไม่เกิน 100,000 บาท สำหรับการกระทำความผิดแต่ละครั้ง และให้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองมาใช้บังคับ และในกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการบังคับตามคำสั่ง ให้เลขาธิการมีอำนาจฟ้องคดีต่อศาลปกครองเพื่อบังคับชำระค่าปรับ ในการนี้ถ้าศาลปกครองเห็นว่าคำสั่งให้ชำระค่าปรับนั้นชอบด้วยกฎหมายก็ให้ศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษาและบังคับคดีให้มีการยึดหรืออายัดทรัพย์สินขายทอดตลาดเพื่อชำระค่าปรับได้ (3) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งอาจมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ และในมาตรา 60 ได้กำหนดว่า ในกรณีที่การกระทำผิดของหน่วยบริการเป็นการกระทำผิดร้ายแรงหรือเกิดซ้ำหลายครั้ง ให้เลขาธิการรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้ (1) สั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการนั้น (2) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อพิจารณาดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น (3) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้กำกับดูแลเพื่อให้มีการดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหารของหน่วยบริการในกรณีที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (4) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

การที่กฎหมายได้กำหนดให้มีการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น เป็นเหตุให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขมีความวิตกกังวลว่า หากมีการพิจารณาวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลแล้ว แสดงว่าตนเองทำการรักษาพยาบาล โดยไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจทำให้ตนเองโดนตั้งคณะกรรมการสอบสวนเรื่องมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรา 57 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ หรืออาจมีการแจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งอาจมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ทำให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขไม่ให้ความร่วมมือกับการพิจารณาวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล รวมทั้งไม่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมพยานหลักฐานเพื่อนำไปใช้ในการพิจารณาวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และไม่ยอมเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ของตนเอง ยกตัวอย่างเช่น การไม่ส่งเอกสารประวัติการรักษาของผู้ป่วยมายังผู้พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น การไม่ให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เนื่องจากผู้ให้บริการสาธารณสุขมีความวิตกกังวลว่า ข้อมูลที่ใช้ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นอาจนำไปเป็นหลักฐานในดำเนินคดีแพ่งและคดีอาญาต่อตนเองได้ จากกรณีดังกล่าวจึงทำให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่มักจะหลีกเลี่ยงไม่พบปะผู้รับบริการหรือญาติของผู้รับบริการ หรือไม่อธิบายต่อผู้รับบริการหรือญาติของผู้รับบริการให้เข้าใจถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น จึงทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าผู้ให้บริการสาธารณสุขไม่ได้ให้การดูแลอย่างเต็มที่ตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ทั้งที่ความจริงผู้ให้บริการสาธารณสุขอาจจะทำการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้แล้วก็ตาม และแม้ว่าการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล จะพิจารณาโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิดหรือหาผู้กระทำความผิดก็ตาม

จากการศึกษาร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ทั้งสองนั้น จะเห็นได้ว่าทั้งสองร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ไม่ได้มีการกำหนดให้มีการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการไว้ร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวแต่อย่างใด แต่ได้มีการกำหนดให้มีการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายไว้แทน โดยกำหนดว่าในกรณีที่มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขแล้ว ให้ผู้ทำหน้าที่ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นส่งรายงานการวิเคราะห์สาเหตุความเสียหายให้สถานพยาบาลที่เกิดเหตุและให้สถานพยาบาลดังกล่าวรายงานแนวทางการป้องกันความเสียหายที่สถานพยาบาล

ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ส่งกลับไปยังสำนักงานของผู้ทำหน้าที่ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และถ้าสถานพยาบาลใด จัดทำรายละเอียด ซึ่งช่วยเหลือผู้รับบริการมิให้ได้รับความเสียหาย หรือจัดทำรายงานวิเคราะห์สาเหตุ การป้องกันแก้ไขความเสียหายที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมแล้ว หรือมีการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายที่ดี อาจมีการลดอัตรา การจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนก็ได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าทั้งสองร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวนี้ ได้แยก ระบบการตรวจสอบเรื่องมาตรฐานหน่วยบริการไว้ต่างหากจากระบบการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และการจ่ายเงินชดเชย ทำให้เอื้อต่อการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายอาจจะเกิดขึ้นอีกได้

สำหรับกฎหมายของประเทศนิวซีแลนด์ จะเห็นได้ว่าการเชื่อมโยงกับองค์กรวิชาชีพนั้น แต่ก่อนความผิดพลาดทางการแพทย์ใดๆ ต้องถือเป็นความรับผิดชอบและต้องถูกรายงานต่อองค์กร ที่ดูแลมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจและเป็นปฏิปักษ์ต่อกัน แต่หลังจากมีการปฏิรูปในปี ค.ศ. 2005 รายงานในลักษณะนี้ไม่มีอีกแล้ว⁷ มีการเน้นการส่งเสริมการเรียนรู้จากการเปิดเผย ข้อผิดพลาดทางการแพทย์ ซึ่งขณะนี้รายงานให้หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลเฉพาะในกรณีที่มีความเสียหายจากการรักษาพยาบาลนั้นจะเป็นความเสี่ยง อันตรายต่อสาธารณะเท่านั้น⁸ และกฎหมายของประเทศสวีเดนนั้นในเรื่องมาตรฐานวิชาชีพจะแยก ต่างหากจากระบบการชดเชย แต่ได้มีการวิเคราะห์ความผิดพลาดทางการแพทย์เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยใช้การวิเคราะห์สาเหตุของเหตุการณ์ที่นำไปสู่การเรียกร้องที่เกิดจากความเสียหายทางการแพทย์ภายใต้ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด มีการเข้าเยี่ยมโดย ผู้แทนของบริษัทประกันที่โรงพยาบาล และมีการอภิปรายว่าอะไรเป็นสิ่งที่สามารถทำได้เพื่อ หลีกเลี่ยงความเสียหายทางการแพทย์ดังกล่าวในอนาคต มีการจัดประชุมความปลอดภัยผู้ป่วย แห่งชาติเป็นประจำ เพื่อนำมาปรับปรุงความปลอดภัยในการให้การดูแลสุขภาพในสวีเดน⁹ ซึ่งจะ เห็นได้ว่าทั้งประเทศนิวซีแลนด์และประเทศสวีเดนนั้น ได้มีการแยกระบบตรวจสอบเรื่องมาตรฐาน บริการไว้ต่างหากจากระบบการชดเชย ทำให้เอื้อต่อการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาดทาง การแพทย์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงป้องกันหรือการจัดการกับความเสี่ยงที่อาจจะ เกิดขึ้น และทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้รับบริการสาธารณสุข

⁷ Oliphant K. Loc.cit. อ้างในจุฬาสมา โพธิ์อุโมงค์. เล่มเดิม. หน้า 89.

⁸ Section 284 (2) Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002. อ้างในจุฬาสมา โพธิ์อุโมงค์. หน้าเดิม.

⁹ Essinger, K. Loc.cit. อ้างในจุฬาสมา โพธิ์อุโมงค์. เล่มเดิม. หน้า 99.

ดังนั้น เพื่อให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขทำงานอย่างสบายใจขึ้น และให้ความร่วมมือกับการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล จึงควรที่จะแยกเรื่องการทำกับมาตรฐานหน่วยบริการออกจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยต้องไม่มีการรายงานหรือส่งข้อมูลดังกล่าวไปยังองค์กรที่ดูแลเรื่องมาตรฐานวิชาชีพหรือเรื่องการลงโทษทางวินัย เพื่อที่จะทำให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขยอมเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์หรือยอมเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น และไม่ต้องกลัวว่าจะมีการนำข้อมูลดังกล่าวไปเป็นหลักฐานในการลงโทษเกี่ยวกับมาตรฐานวิชาชีพ หรือนำไปเป็นหลักฐานในการลงโทษทางวินัย หรือนำไปเป็นหลักฐานในการดำเนินคดีในศาล เพราะหากมีความผิดพลาดเกิดขึ้น ผู้รับบริการก็จะได้รับการบรรเทาความเสียหายอย่างทันท่วงที ไม่ต้องมาฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย เมื่อไม่จำเป็นต้องหาคนผิดมาชดเชยค่าเสียหายก็จะส่งผลให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้รับบริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น เพราะอย่างไรก็ตาม กรณีที่ผู้รับบริการต้องการที่จะดำเนินการร้องเรียนต่อสภาวิชาชีพ หรือดำเนินคดีต่อศาล ก็ยังมีสิทธิทำได้ตามปกติ เนื่องจากการใช้สิทธิทางศาลเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชน นอกจากนี้ ยังเป็นการช่วยควบคุมทางวิชาชีพ ทำให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่กระทำผิดจริงๆ ขาดความรับผิดชอบในการทำหน้าที่ หรือให้บริการได้ต่ำกว่ามาตรฐานวิชาชีพ ยังคงมีความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนและถูกลงโทษได้อยู่

4.4 ปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 มาตรา 18 (7) กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41 อาศัยอำนาจตามกฎหมายจากมาตราดังกล่าวคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ออกข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 ขึ้นมา โดยในข้อ 6 ของข้อบังคับดังกล่าวได้กำหนดประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ และอัตราจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไว้ดังต่อไปนี้

1. เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน 200,000 บาท
2. สูญเสียอวัยวะหรือพิการ จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน 120,000 บาท
3. บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน 50,000 บาท

เมื่อความเสียหายที่ผู้รับบริการได้รับนั้นเข้าเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ก็ต้องพิจารณาต่อไปว่าควรจะได้รับตามคำร้องขอหรือไม่เพียงใด ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหาย และเศรษฐกิจของผู้เสียหายประกอบด้วย ตามข้อ 8 ของข้อบังคับดังกล่าว เนื่องจากความเสียหายแต่ละประเภทที่ผู้รับบริการได้รับอาจมีความรุนแรงไม่เท่ากันและผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้เสียหายก็เป็นตัวชี้วัดอีกตัวหนึ่งที่ทำให้การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น อาจมีจำนวนมากน้อยต่างกัน ได้ การพิจารณาว่าสมควรจ่ายเป็นจำนวนเงินเท่าใด จึงต้องพิจารณาประเด็นดังกล่าวประกอบด้วย

สำหรับวงเงินที่กำหนดให้ความช่วยเหลือตามข้อ 6 นั้น เป็นการกำหนดขึ้นบนพื้นฐานของการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนมิใช่เป็นการชดเชยความเสียหาย โดยกำหนดเป็นวงเงินขั้นสูงไว้ และให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในแต่ละจังหวัดที่จะใช้ดุลพินิจในการพิจารณาวินิจฉัยตามสภาพความเป็นจริงในแต่ละกรณี ซึ่งจากกรณีดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาตามมา คือ กรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลประเภทเดียวกันแต่ได้รับการช่วยเหลือไม่เท่ากันหรือกรณีที่ได้รับเงินช่วยเหลือไม่เต็มตามจำนวนที่กำหนดไว้ โดยพิจารณาจากความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐกิจของผู้เสียหายประกอบด้วยนั้น ทำให้มีการโต้แย้งในเรื่องจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ได้รับ และนำไปสู่การยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เนื่องจากไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และต้องการขอรับเงินช่วยเหลือเพิ่มเติม ปรากฏตามตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนอุทธรณ์ที่ยื่นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

เดือน	อุทธรณ์ทั้งหมด (ราย)	เหตุผลในการอุทธรณ์ (กรณีขอรับเงินช่วยเหลือเพิ่มเติม)
มกราคม 2554	6	2
กุมภาพันธ์ 2554	15	7
มีนาคม 2554	5	0
เมษายน 2554	12	1
พฤษภาคม 2554	10	3
มิถุนายน 2554	6	3
กรกฎาคม 2554	13	5

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

เดือน	อุทธรณ์ทั้งหมด (ราย)	เหตุผลในการอุทธรณ์ (กรณีขอรับเงินช่วยเหลือเพิ่มเติม)
สิงหาคม 2554	3	1
กันยายน 2554	12	5
ตุลาคม 2554	ไม่มีการพิจารณา	เนื่องจากน้ำท่วม
พฤศจิกายน 2554	ไม่มีการพิจารณา	เนื่องจากน้ำท่วม
ธันวาคม 2554	ไม่มีการพิจารณา	เนื่องจากน้ำท่วม
มกราคม 2555	21	8
กุมภาพันธ์ 2555	4	2
มีนาคม 2555	17	7
เมษายน 2555	9	4
พฤษภาคม 2555	4	2
มิถุนายน 2555	7	3
กรกฎาคม 2555	8	6
สิงหาคม 2555	6	0
กันยายน 2555	8	3
ตุลาคม 2555	10	8

ที่มา: สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นขึ้นทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในแต่ละจังหวัด แทนคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นไปด้วยความรวดเร็วและสอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจ แต่จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า มีผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากที่ไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และต้องการขอรับเงินช่วยเหลือเพิ่มเติม จึงได้มีการยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ทำให้การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเกิดความล่าช้า

ขึ้น เนื่องจากต้องมีการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ของผู้รับบริการเกิดขึ้นอีกหนึ่งขั้นตอน ซึ่งการกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยพิจารณาความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐกิจของผู้เสียหายประกอบด้วยกันนั้น น่าจะก่อให้เกิดความล่าช้าในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และไม่ปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพที่ต้องการให้การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นไปด้วยความรวดเร็ว

จากปัญหาดังกล่าวในกรณีที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้พิจารณาอุทธรณ์ของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายแล้ว ยืนยันตามความเห็นของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยมีคำสั่งให้ยกอุทธรณ์ของผู้รับบริการที่ได้ยื่นอุทธรณ์มานั้น หรือมีคำสั่งให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพิ่มเติมแต่ยังไม่เต็มตามอัตราที่กฎหมายกำหนดไว้ กรณีดังกล่าวยังได้นำไปสู่การฟ้องร้องดำเนินคดีในศาลอีกด้วย ยกตัวอย่างเช่น

กรณีที่ผู้รับบริการได้ยื่นคำร้องว่าเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ด้วยอาการเจ็บท้องคลอด อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ คลอดปกติโดยพยาบาลเป็นผู้ทำคลอด ได้ทารกเพศหญิง หลังคลอดเด็กตื่นแต่ไม่ร้อง พยาบาลให้การช่วยเหลือและส่งต่อเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอีกแห่ง แพทย์ให้การช่วยเหลือพบว่าทารกมีอาการสำลักขี้เทา หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ มีปัญหาเกร็งจากภาวะขาดออกซิเจน หัวใจเต้นเร็ว X-Ray พบลมรั่วที่ปอดด้านขวา ช่วยเจาะปอดระบายลมด้านขวา มีภาวะตัวเขียว X-Ray พบลมรั่วที่ปอดด้านซ้ายเพิ่ม ภาวะเขียวตลอดมีเลือดออกจากท่อช่วยหายใจ ผลตอบสนองการรักษาไม่ดี และเสียชีวิต ส่วนมารดาหลังคลอดพบโรคติดเชื้อต้องทำการล้างรก

จากกรณีดังกล่าว ผู้รับบริการจึงได้ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยเห็นว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ต่อคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นพิจารณาแล้วเห็นว่า การที่เด็กเสียชีวิตเกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ที่เกิดจากเหตุแทรกซ้อนของโรคที่ไม่เป็นไปตามพยาธิสภาพปกติธรรมดา และเมื่อพิจารณาถึงประเภทความรุนแรงและเศรษฐกิจของผู้เสียหายโดยผู้ยื่นคำร้องเป็นแม่บ้าน สามีมีรายได้ 5,000 บาท/เดือน มีบุตรชายอายุ 2 ปี จึงเห็นควรได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้น เป็นเงิน 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) ซึ่งไม่เกินอัตราที่กำหนดตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 ข้อ 6 (1)

ต่อมาเมื่อผู้รับบริการทราบผลการพิจารณาแล้ว ก็ไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของ คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เนื่องจากจำนวนเงินที่ได้รับ ความช่วยเหลือน้อยมากเมื่อเทียบกับการที่ต้องอุ้มท้องเป็นเวลานานถึงเก้าเดือน ซึ่งการเสียชีวิต สามารถจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน 200,000 บาท จึงขอให้พิจารณาช่วยเหลือเพิ่มเติม

คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาเรื่องกรณีอุทธรณ์ คณะที่ 4 ได้พิจารณาอุทธรณ์คำ วินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการ รักษาพยาบาล และรายงานการประชุมของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงิน ช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีดังกล่าวประกอบเวชระเบียนของโรงพยาบาลแล้วเห็นว่า การเสียชีวิตของ ทารกนั้นเป็นเหตุสุดวิสัย เนื่องจากมีเหตุแทรกซ้อนของโรคที่ไม่เป็นไปตามพยาธิสภาพปกติ ธรรมดาและเมื่อพิจารณาถึงประเภทความรุนแรงและเศรษฐกิจฐานะของผู้เสียหายแล้ว คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาเรื่องกรณีอุทธรณ์ คณะที่ 4 จึงเห็นควรให้ได้รับความช่วยเหลือ เพิ่มขึ้นอีก 20,000 บาท รวมเป็นเงิน 40,000 บาท และได้เสนอให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาดต่อไป

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาแล้วมีมติให้ยก อุทธรณ์ของผู้รับบริการ และได้มีหนังสือแจ้งมติดังกล่าวให้ผู้รับบริการทราบ

เมื่อผู้รับบริการทราบผลการพิจารณาของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน บริการสาธารณสุขแล้ว เห็นว่า การที่คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ เบื้องต้นมีคำวินิจฉัยให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ จำนวน 20,000 บาท และการที่ คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาเรื่องกรณีอุทธรณ์ คณะที่ 4 มีความเห็นให้จ่ายเงินช่วยเหลือ เบื้องต้นแก่ผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอีก 20,000 รวมเป็นเงิน 40,000 บาท และการที่คณะกรรมการควบคุม คุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมีมติให้ยกอุทธรณ์ของผู้รับบริการเป็นการกระทำที่ไม่ ชอบด้วยกฎหมาย จึงนำคดีมาฟ้องต่อศาล

ศาลพิเคราะห์แล้วเห็นว่า การสูญเสียบุตรเป็นการกระทบต่อจิตใจของผู้ฟ้องคดีอย่าง รุนแรงประกอบกับการจัดการศพต้องมีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก การกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือ เบื้องต้นดังกล่าวของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจึงไม่ สอดคล้องกับอัตราค่าจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและระดับความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดจาก การรักษาพยาบาล จึงเป็นการใช้ดุลพินิจโดยมิชอบ และแม้ว่าคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำ ร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจะได้พิจารณาเศรษฐกิจฐานะของผู้เสียหายแล้วเห็นว่าความเสียหายที่เกิด จากการเสียชีวิตของทารกไม่ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวของผู้รับบริการก็ตาม แต่ เมื่อพิจารณาถึงระดับความรุนแรงของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นและเศรษฐกิจ

ฐานะของครอบครัวของผู้รับบริการที่ต้องใช้จ่ายในเรื่องการจัดการศพแล้ว เห็นว่า ผู้รับบริการควรที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่ต่ำกว่า 40,000 บาท ตามความเห็นของคณะกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาเรื่องกรณีอุทธรณ์ ครั้งที่ 4 ดังนั้น การที่คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีคำวินิจฉัยว่าสมควรให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการเป็นเงิน 20,000 บาท จึงเป็นการพิจารณาที่ไม่เป็นธรรมและไม่ชอบด้วยกฎหมาย และเมื่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาอุทธรณ์ของผู้รับบริการแล้วเห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นโดยมีมติให้ยกอุทธรณ์ของผู้รับบริการ จึงเป็นการกระทำที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายเช่นเดียวกัน

พิพากษาให้เพิกถอนคำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ฟ้องคดีเป็นเงิน 20,000 บาท และให้เพิกถอนมติของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ที่ให้ยกอุทธรณ์ของผู้ฟ้องคดี โดยให้มีผลย้อนหลังไปถึงวันที่มีคำวินิจฉัยและมติดังกล่าว

จากการศึกษากรณีดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า หลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยพิจารณาจากความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐกิจของผู้เสียหาย ประกอบด้วยนั้น เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาการฟ้องร้องดำเนินคดีในศาล ซึ่งทำให้ไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องการลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้รับบริการสาธารณสุข และต้องการลดการฟ้องร้องการดำเนินคดีในศาล

แม้ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 จะได้มีการออกข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ขึ้นมาใหม่ โดยให้ยกเลิกข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 ซึ่งมีผลใช้บังคับในวันที่ 1 ตุลาคม 2555 เป็นต้นไป แต่ในข้อบังคับดังกล่าวไม่ได้มีการแก้ไขหลักเกณฑ์ดังกล่าวแต่อย่างใด

จากการศึกษาร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ทั้งสองนั้น จะเห็นได้ว่าทั้งสองร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ไม่ได้มีการกำหนดให้ผู้ทำหน้าที่พิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหาย หรือทายาท โดยพิจารณาจากความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐกิจของผู้เสียหาย ประกอบด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีหลักเกณฑ์ที่แตกต่างกับหลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือ

เบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ถ้าหากกฎหมายของประเทศนิวซีแลนด์นั้น จะเห็นได้ว่าจะไม่นำระดับความรุนแรงของความเสียหายมาใช้ในการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย ในกรณีความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์¹⁰ และกฎหมายของประเทศสวีเดนนั้นก็ยังมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยโดยขึ้นอยู่กับธรรมชาติและความรุนแรงของความเจ็บป่วยหรือความเสียหายซึ่งขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพของผู้ป่วยและที่น่าจะเป็นของการติดเชื้อประกอบกัน¹¹ ซึ่งจะเห็นได้ว่าประเทศนิวซีแลนด์นั้น ได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาวินิจฉัยจ่ายเงินชดเชย โดยไม่คำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหาย ในกรณีที่ความเสียหายเกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ ซึ่งแตกต่างจากกฎหมายของประเทศสวีเดน โดยประเทศสวีเดนนั้น มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาวินิจฉัยจ่ายเงินชดเชย โดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของความเสียหายที่จะได้รับการชดเชยประกอบด้วย มีลักษณะคล้ายกับหลักเกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของประเทศไทย แต่อย่างไรก็ตามทั้งประเทศนิวซีแลนด์และประเทศสวีเดนนั้น จะไม่พิจารณาวินิจฉัยจ่ายเงินชดเชยโดยพิจารณาจากเศรษฐกิจฐานะของผู้เสียหายประกอบด้วย

ดังนั้น เพื่อลดการโต้แย้งในเรื่องจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และทำให้ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็วและเป็นธรรม และเพื่อเป็นการแก้ปัญหาที่จะทำให้เกิดการฟ้องร้องดำเนินคดีในศาลต่อเรื่องดังกล่าว จึงไม่ควรนำเรื่องความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐกิจฐานะของผู้เสียหาย มาเป็นหลักเกณฑ์ในการพิจารณาวินิจฉัยกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

จากการศึกษาปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย โดยศึกษาเปรียบเทียบกับร่างกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขและกฎหมายว่าด้วยการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของประเทศนิวซีแลนด์และประเทศสวีเดนดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยนั้นยังมีปัญหาที่ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลได้รับการช่วยเหลือเยียวยาความเสียหายในเบื้องต้นอย่างครอบคลุมเหมาะสม และเป็นธรรม และเพื่อเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการ

¹⁰ ลือชัย ศรีเงินขวง, นฤพงษ์ ภักดี, จิราพร ชมศรี และจเร วิชชาไทย. เล่มเดิม. หน้า 40.

¹¹ จุฬสมา โพธิ์โมวงศ์. เล่มเดิม. หน้า 96.

สาธารณสุขและผู้รับบริการสาธารณสุข และลดปัญหาการฟ้องร้องดำเนินคดีในศาลตามเจตนารมณ์
ของกฎหมาย ต่อไป



บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

จากที่ได้ทำการศึกษาถึงปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทย โดยศึกษาเปรียบเทียบกับร่างกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขและกฎหมายว่าด้วยการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของประเทศนิวซีแลนด์และประเทศสวีเดนดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ทำให้ทราบถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นซึ่งสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

5.1.1 ปัญหาเกี่ยวกับนิยามความหมายของคำว่า “ความเสียหาย”

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ได้กำหนดให้ “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” กำหนดเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด” โดยมีเจตนารมณ์ที่ต้องการให้ความช่วยเหลือในเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการทุกคนที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล แต่ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ไม่ได้มีการกำหนดนิยามความหมายของคำว่า “ความเสียหาย” ไว้ จึงทำให้เกิดปัญหาว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการนั้น ในกรณีใดบ้างที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41

เมื่อพิจารณาจากข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ในข้อ 6 ซึ่งได้กำหนดประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการที่จะเข้าเกณฑ์ในการได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 นั้น ต้องเป็นกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายถึงแก่ชีวิต ทุพพลภาพอย่างถาวร เจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต สูญเสียอวัยวะหรือ

พิการ บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง หรือกรณีที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์จนอายุครรภ์ตั้งแต่ 33 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการ หรือกรณีที่ความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตามข้อ 1-3 ได้ ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดได้ตามความเหมาะสม จะเห็นได้ว่า กรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลในกรณีอื่นๆ นอกจากที่กำหนดไว้ในข้อบังคับฯ ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ก็อาจจะได้รับหรือไม่ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ก็ได้ ขึ้นอยู่กับการใช้ดุลยพินิจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในการพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ ทำให้เกิดปัญหาการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ไม่มีมาตรฐาน ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรม และการฟ้องร้องดำเนินคดีในศาล ซึ่งไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องการให้ผู้รับบริการทุกคนที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง และต้องการลดการฟ้องร้องดำเนินคดีระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้รับบริการสาธารณสุข

5.1.2 ปัญหาเกี่ยวกับองค์ประกอบของผู้ทำหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 มาตรา 18 (7) กำหนดให้ “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41” และมาตรา 50(8) กำหนดให้ “คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด” ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตราดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ออกข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ขึ้นมา เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขใช้เป็นหลักเกณฑ์ วิธีการ และ

เงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

ทั้งนี้ เพื่อให้การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นไปด้วยความรวดเร็วและสอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจ กฎหมายจึงได้กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นทำหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือตามข้อบังคับนี้หรือไม่ และถ้าควรได้รับควรจะได้ตามคำร้องขอหรือไม่เพียงใด ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและضرฐานะของผู้เสียหายด้วย ซึ่งกำหนดไว้ในข้อ 8 ของข้อบังคับดังกล่าว และในข้อ 9 ของข้อบังคับดังกล่าวได้กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครหรือจังหวัดใดที่ไม่มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เป็นผู้เสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสม จำนวน 5-7 คน เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในแต่ละจังหวัด เพื่อทำหน้าที่วินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยชื่อบุคคลที่เหมาะสมต้องมาจากผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 3 คน ตัวแทนหน่วยบริการ และตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน โดยให้ดำเนินการคัดเลือกตามวิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการปรองดอง ลดความขัดแย้ง ระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้รับบริการสาธารณสุข และได้กำหนดให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี

เมื่อพิจารณาจากกฎหมายและข้อบังคับฯ ดังกล่าวข้างต้นแล้ว จะเห็นได้ว่า กฎหมายกำหนดให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขซึ่งประกอบไปด้วยผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์เป็นจำนวนมาก เป็นผู้ที่มีอำนาจหน้าที่ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล แต่เพื่อความรวดเร็วและสอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจ จึงได้กำหนดให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นทำหน้าที่ดังกล่าวแทน แต่ในคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนั้นไม่ได้มีการกำหนดผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์ไว้ในองค์ประกอบของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแต่อย่างใด ซึ่งการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือหรือไม่ เพียงใดนั้น เป็นการพิจารณาที่ค่อนข้างมีความซับซ้อนโดยต้อง

พิจารณาว่าความเสียหายนั้นเกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการหรือไม่ และเป็นความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรคหรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้วหรือไม่ และหากเห็นว่าผู้เสียหายควรได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ก็จะต้องกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหาย และเศรษฐกิจของผู้เสียหาย การพิจารณาดังกล่าวจะต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินไปของโรค และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องใช้ความเชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์ ซึ่งแม้แพทย์บางคนที่ไม่มีความรู้เฉพาะทางก็ยังไม่สามารถวินิจฉัยในบางกรณีได้ ดังนั้น การที่คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่มีผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์อย่างเพียงพอ อาจทำให้การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีความผิดพลาดได้และมีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และนำไปสู่การฟ้องร้องดำเนินคดีในศาล อันเป็นการขัดต่อเจตนารมณ์ของกฎหมาย

นอกจากนี้ การที่กำหนดให้คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีวาระในการดำรงตำแหน่งเพียงคราวละ 2 ปี ทำให้การทำงานขาดความต่อเนื่องไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากต้องมีการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคล ทำให้ขาดความชำนาญในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและไม่เข้าใจกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ

5.1.3 ปัญหาเกี่ยวกับการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 57 ได้กำหนดว่า “ในกรณีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา” การที่กฎหมายได้กำหนดให้มีการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น เป็นเหตุให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขมีความวิตกกังวลว่า หากมีการพิจารณาวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลแล้ว แสดงว่าตนเองให้บริการสาธารณสุข โดยไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจทำให้ตนเองโดนตั้งคณะกรรมการสอบสวนเรื่องมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรา 57 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ หรืออาจมีการแจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งอาจมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ทำให้ผู้ให้บริการ

สาธารณสุขไม่ให้ความร่วมมือกับการพิจารณาวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหายจากการรักษาพยาบาล รวมทั้งไม่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมพยานหลักฐาน เพื่อนำไปใช้ในการพิจารณาวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และไม่ยอมเปิดเผยข้อมูลทาง การแพทย์ของตนเอง ยกตัวอย่างเช่น การไม่ส่งเอกสารประวัติการรักษาของผู้ป่วยมายังผู้พิจารณา วินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น การไม่ให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหาย จากการรักษาพยาบาล เนื่องจากผู้ให้บริการสาธารณสุขมีความวิตกกังวลว่าข้อมูลที่ใช้ในการ พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นอาจนำไปเป็นหลักฐานในดำเนินคดีแพ่งและคดีอาญาต่อตนเอง ได้ จากกรณีดังกล่าวจึงทำให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่มักจะหลีกเลี่ยงไม่พบปะหรือไม่ อธิบายต่อผู้รับบริการสาธารณสุขหรือญาติของผู้รับบริการสาธารณสุข ให้เข้าใจถึงความเสียหายที่ เกิดขึ้น จึงทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าผู้ให้บริการสาธารณสุขไม่ได้ให้การดูแลอย่างเต็มที่ตาม มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ทั้งที่ความจริงผู้ให้บริการสาธารณสุขอาจจะทำการ รักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้แล้ว

5.1.4 ปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 มาตรา 18 (7) กำหนดให้ “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการ รักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหาย ภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41” ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตราดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ออกข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ขึ้นมา โดยในข้อ 6 ของข้อบังคับฯ ดังกล่าวได้ กำหนดประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ และอัตราจ่ายเงิน ช่วยเหลือเบื้องต้นไว้ดังต่อไปนี้

1. เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอด ชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท

2. สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้ ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท

3. บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน 100,000 บาท

กรณีที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์ จนอายุครรภ์ตั้งแต่ 33 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการ ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากับอัตราที่กำหนดในวรรคหนึ่ง 1) และหากมารดาได้รับความเสียหายอื่นด้วย ก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายที่ได้รับนั้น

กรณีที่ความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตามข้อ 1-3 ได้ ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดได้ตามความเหมาะสม

เมื่อความเสียหายที่ผู้รับบริการได้รับนั้นเข้าเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ก็ต้องพิจารณาต่อไปว่าควรจะได้รับตามคำร้องขอหรือไม่เพียงใด ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหาย และضرณฐานะของผู้เสียหายประกอบด้วย ตามข้อ 8 ของข้อบังคับฯ ดังกล่าว เนื่องจากความเสียหายแต่ละประเภทที่ผู้รับบริการได้รับอาจมีความรุนแรงไม่เท่ากันและผลกระทบต่อضرณฐานะของผู้เสียหายก็เป็นตัวชี้วัดอีกตัวหนึ่งที่ทำให้การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น อาจมีจำนวนมากน้อยต่างกันได้ การพิจารณาว่าสมควรจ่ายเป็นจำนวนเงินเท่าใด จึงต้องพิจารณาประเด็นดังกล่าวประกอบด้วย

สำหรับวงเงินที่กำหนดให้ความช่วยเหลือตามข้อ 6 ของข้อบังคับฯ ดังกล่าวข้างต้นนั้น เป็นการกำหนดขึ้นบนพื้นฐานของการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนมิใช่เป็นการชดเชยความเสียหาย โดยกำหนดเป็นวงเงินขั้นสูงไว้ และให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในแต่ละจังหวัดที่จะใช้ดุลพินิจในการพิจารณาวินิจฉัยตามสภาพความเป็นจริงในแต่ละกรณี ซึ่งจากกรณีดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาตามมา คือ กรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลประเภทเดียวกันแต่ได้รับการช่วยเหลือไม่เท่ากันหรือกรณีที่ได้รับเงินช่วยเหลือไม่เต็มตามจำนวนที่กำหนดไว้ โดยพิจารณาจากความรุนแรงของความเสียหายและضرณฐานะของผู้เสียหายประกอบด้วยนั้น ทำให้มีการโต้แย้งในเรื่องจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ได้รับ และนำไปสู่การอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เนื่องจากไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และต้องการขอรับเงินช่วยเหลือเพิ่มเติม จากปัญหาดังกล่าวได้นำไปสู่การฟ้องร้องดำเนินคดีในศาลตามมา ซึ่งทำให้ไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องการให้การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นไปด้วยความรวดเร็ว และต้องการลดความขัดแย้งและการฟ้องร้องดำเนินคดีในศาลระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้รับบริการสาธารณสุข

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาระบบการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทย เพื่อให้ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลได้รับการช่วยเหลือเยียวยาความเสียหายในเบื้องต้นอย่างครอบคลุม เหมาะสม และเป็นธรรม และเพื่อเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้รับบริการสาธารณสุข และลดปัญหาการฟ้องร้องดำเนินคดีในศาลตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย ซึ่งผู้เขียนจะได้มีการนำเสนอในส่วนของการข้อเสนอแนะต่อไป

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้เขียนขอเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทย ดังต่อไปนี้

5.2.1 นิยามความหมายของคำว่า “ความเสียหาย”

ผู้เขียนเห็นว่า ควรที่จะมีการกำหนดนิยามความหมายของคำว่า “ความเสียหาย” ไว้ในกฎหมายให้ชัดเจน โดยกำหนดไว้ในข้อ 4 ของข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ดังนี้

“ความเสียหาย” หมายความว่า ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลและทำให้ผู้รับบริการได้รับความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย และจิตใจ

“ความเสียหายต่อจิตใจ” หมายความว่า ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ความหวาดกลัว ความวิตกกังวล ความโศกเศร้าเสียใจ ความอับอาย หรือความเสียหายต่อจิตใจอย่างอื่นที่มีลักษณะทำนองเดียวกัน”

5.2.2 องค์ประกอบของผู้ทำหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ผู้เขียนเห็นว่า ควรที่จะมีการกำหนดให้ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และประสบการณ์ทางด้านการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ไว้ในองค์ประกอบของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในแต่ละจังหวัด และควรที่จะมีการเพิ่มวาระในการดำรงตำแหน่งของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในแต่ละจังหวัดด้วย โดยการแก้ไขเพิ่มเติมข้อ 9 ของข้อบังคับคณะกรรมการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ดังนี้

“ข้อ 9 ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครหรือจังหวัดใดที่ไม่มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เป็นผู้เสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสม จำนวน 5-7 คน เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัดตามข้อ 8 โดยชื่อบุคคลที่เหมาะสมต้องมาจาก ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ไม่น้อยกว่า 3 คน ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 2 คน ตัวแทนหน่วยบริการ และตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ ฝ่ายละ 1 คน โดยให้ดำเนินการคัดเลือกตามวิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ให้ผู้อำนวยการสำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้นเป็นเลขานุการคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด

ให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี

เมื่อมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัดแล้ว ให้เลขานุการเรียกประชุมคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด เพื่อให้ที่ประชุมเลือกอนุกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด”

5.2.3 การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

ผู้เขียนเห็นว่า ควรแยกระบบการตรวจสอบเรื่องการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการออกจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการตัดหมวด 8 เรื่องการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ออก และเปลี่ยนเป็นดังนี้

หมวด 8

การพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย

มาตรา 57 ให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัดวิเคราะห์สาเหตุแห่งความเสียหายเพื่อแจ้งให้สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายพิจารณาหาแนวทางพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายรวมทั้งการสร้าง

เสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข แล้วให้สถานพยาบาลนั้นทำรายงานการปรับปรุงแก้ไขและส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใน 6 เดือน

5.2.4 การกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ผู้เขียนเห็นว่า ควรกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นจำนวนที่แน่นอน และไม่ควรรนำเอาความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐกิจของผู้เสียหายมาเป็นหลักเกณฑ์ในการพิจารณาวินิจฉัยกำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น โดยการแก้ไขข้อ 6 และข้อ 8 ของข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ดังนี้

“ข้อ 6 ประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ และอัตราจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แบ่งเป็น

(1) กรณีเสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น 300,000 บาท สำหรับกรณีที่บุคคลดังกล่าวมีบุคคลอื่นที่ต้องอุปการะเลี้ยงดู ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพิ่มอีก 100,000 บาท

(2) กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น 200,000 บาท สำหรับกรณีที่บุคคลดังกล่าวประกอบการทำงานต่อไปไม่ได้และมีบุคคลอื่นที่ต้องอุปการะเลี้ยงดู ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพิ่มอีก 100,000 บาท

(3) กรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น 100,000 บาท

(4) กรณีได้รับความเสียหายต่อจิตใจ จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น 50,000 บาท

กรณีที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์ จนอายุครรภ์ตั้งแต่ 33 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการ ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากับอัตราที่กำหนดในวรรคหนึ่ง (1) และหากมารดาได้รับความเสียหายอื่นด้วย ก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายที่ได้รับนั้น

กรณีที่ความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตามวรรคหนึ่ง (1)(2) และ (3) ได้ ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดได้ตามความเหมาะสม”

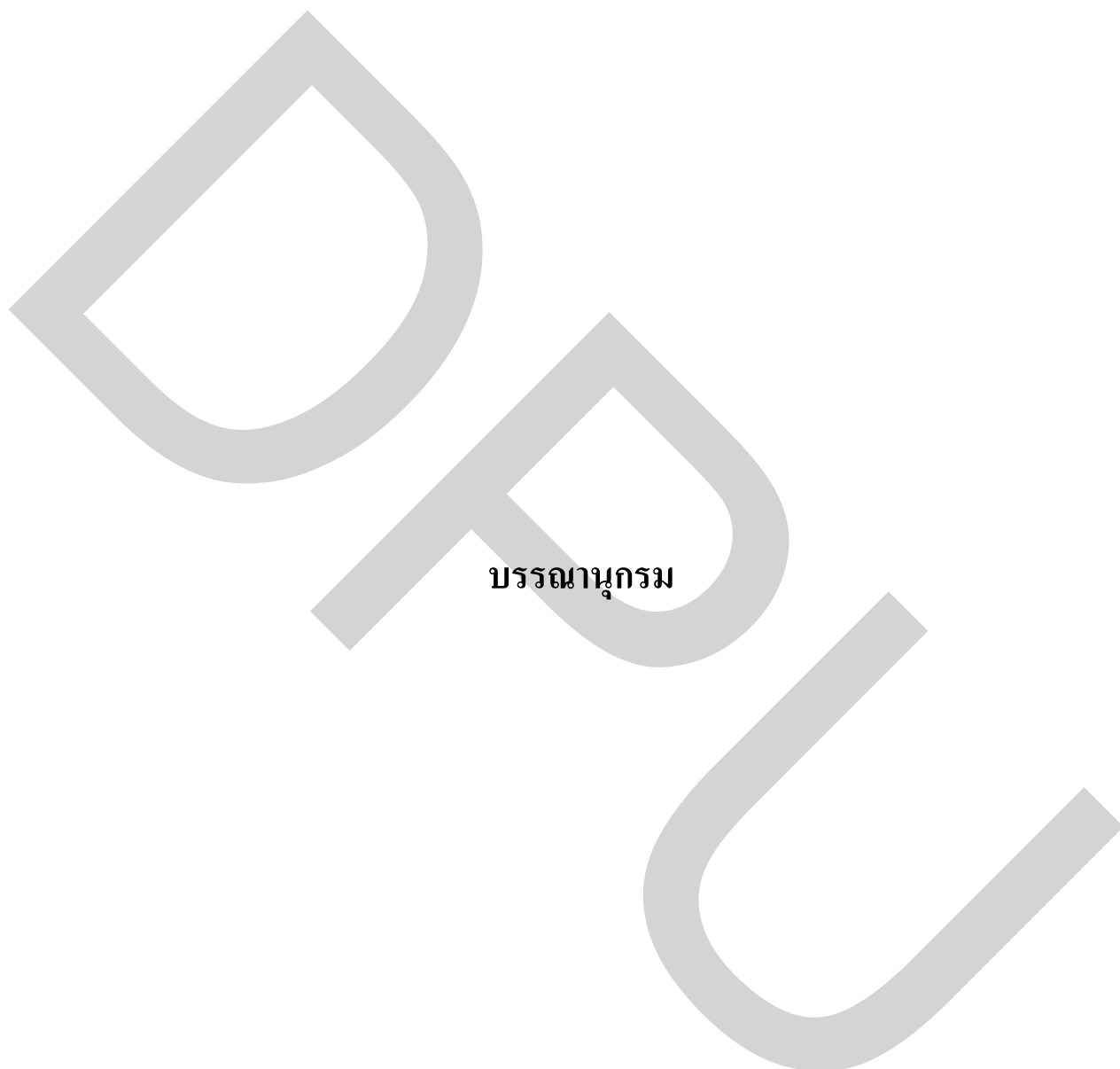
“ข้อ 8 ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด มีจำนวน 5-7 คน

ขึ้นทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ว่าเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือตามข้อบังคับนี้หรือไม่ และถ้าควรได้รับควรจะได้รับตามคำร้องขอหรือไม่เพียงใด

คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัดมีอำนาจอนุมัติจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดใน ข้อ 6

การพิจารณาวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการให้กระทำให้แล้วเสร็จโดยเร็ว ทั้งนี้ ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับคำร้องขอ ผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัดให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อทราบ”

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่าบทบัญญัติของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายของไทยในปัจจุบันยังมีความบกพร่อง เนื่องจากใช้บังคับมาเป็นเวลานานแล้ว ทำให้บทบัญญัติในเรื่องดังกล่าวขาดความรัดกุมและไม่สอดคล้องกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายของไทย เพื่อให้ครอบคลุมความเสียหายที่ผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม และเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายในเรื่องนี้ต่อไป



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

- คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2544). *ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เทียนฉาย กีระนันท์. (2529). *แนวคิดเรื่องการประกันสุขภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุข.
- นิคม จันทรวิทุร. (2528). *การประกันสังคมของประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.
- ปรางกรม วุฒิพงศ์และคณะ. (2532). *ระบบประกันสุขภาพของไทย โครงการพัฒนาระบบประกันสุขภาพและกลวิธีดำเนินการสำหรับประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนัส สิมะเสถียร และคณะ. (2538). *สิทธิมนุษยชน: รัฐกับสาธารณสุขในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ลือชัย ศรีเงินขวง, นฤพงศ์ ภักดี, จิราพร ชมศรี และจเร วิชาไทย. (2553). *ประสบการณ์ต่างแดน ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข บทวิเคราะห์และผลการทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ*. นนทบุรี: วันดีคืนดี.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2544). *ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศ*. กรุงเทพฯ: โครงการนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันวิจัยสาธารณสุข.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และประพันธ์ สหพัฒนา. (2544). *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ศุภสิทธิ์ พรธนนารุโณทัย. (2544). *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. *ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2543). *ระบบประกันสุขภาพไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2547). *กว่าจะเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: เอส พี เอส พรินติ้ง แอนด์ บิลด์ิง จำกัด.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2547). *คู่มือมาตรา 41 การปฏิบัติตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. นนทบุรี: ม.ป.ท.

_____. (2550). *คู่มือการดำเนินงานจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

สุชาดา กิระนนท์. (2531). *การประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในหน่วยงานของรัฐและรัฐวิสาหกิจ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สุพล ลิ้มวัฒนานนท์. (2544). *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสุขภาพ มูลนิธิเยอรมันเพื่อการพัฒนานานาชาติ.

บทความ

วรรณ สุมิตรณะ. (2541, กรกฎาคม). “ค่ารักษาพยาบาลและสิทธิในการเบิกของผู้ป่วยอุบัติเหตุ ยานยนต์ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล.” *วารสารกรมการแพทย์*, 5, 2.

วิทยานิพนธ์

จิรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร. (2552). *สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ : ศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

จุฬสมา โพธิ์อุโมงค์. (2553). *หลักเกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยตามร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ธารินี ปากสิทธิ์. (2546). *การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ประกาศ คงชุม. (2545). ปัญหาทางกฎหมายในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

2545: ศึกษาเฉพาะกรณีมาตรา 9 มาตรา 10 มาตรา 11 และมาตรา 45 (2) (3)

(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ภราดร ดังยางหาญ. (2548). ความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เสน่ห์ สุพุทธิ. (2541). ความรู้และพฤติกรรมของผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม

พ.ศ.2533 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

อัญชลี หอมหวาน. (2552). การพัฒนากระบวนการช่วยเหลือผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สารสนเทศจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และหทัยชนก สุมาลี. (2553). ทางเลือกเชิงนโยบายเรื่องกองทุนเสริมสร้าง

ความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2553,

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/3058>.

กฎหมาย

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550.

เอกสารอื่นๆ

กระทรวงสาธารณสุข. (2541). ระเบียบว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ ฉบับที่ 2. 6 กุมภาพันธ์ 2541.

_____. (2542). แผนงบประมาณเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพประจำปี 2543. หนังสือด่วนที่สุด 0526/22013.

- ทรงพรรณ สิงห์แก้ว. (2536). *โครงการบัตรสุขภาพ ประวัติ วิวัฒนาการ วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์และ กิจกรรม ไทย-เยอรมัน*. เอกสารประกอบการประชุม การสรุปบทเรียนจากโครงการ บัตรประกันสุขภาพไทย-เยอรมัน.
- พีระ ตันติเศรษฐี. (2544). *การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข: ข้อเสนอสำหรับประเทศไทย*. รายงานการศึกษานโยบายฉบับสมบูรณ์.
- มหาวิทยาลัยนเรศวร. (2549). *ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ*. เอกสาร ประกอบการประชุมสัมมนาความเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับ บริการสาธารณสุข พ.ศ..... (อัดสำเนา).
- วิจิตร ระวังวงศ์, ชาย ชีระสุต, ประวิ อัมพันธ์, ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล, ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, สุริยันต์ สุวรรณราช และคณะ. (2543). *โครงการวิจัยเรื่องลักษณะปัญหาการรับบริการ สุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ วิจัย.
- ศุภชัย คุณารัตน์พุกภัย, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ประดิษฐ์ วงษ์รัตนกุลและคณะ. (2537). *รายงานการวิจัยเรื่องราคากลางค่ารักษาพยาบาล ผู้ประสบภัยจากโรค*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2544). *บันทึกประกอบร่างพระราชบัญญัติประกันสุขภาพ*. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2545). *รายงานผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพ แก่ประชาชนไทย ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540- 2544)*. นนทบุรี: ฝ่ายพัฒนาการประกันสุขภาพ สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2536). *อนุมัติโครงการบัตรประกันสุขภาพ*. หนังสือด่วน ที่สุด ที่ 0202/6264.
- _____. (2541). *การขอใช้เงินกู้ธนาคารพัฒนาเอเชีย สำหรับโครงการบัตรประกันสุขภาพ*. หนังสือด่วนที่สุด ที่ 0205/12650.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. *แนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น*. เอกสาร ประกอบการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ.
- เสาวณีย์ เข้มพุดชา. (2547). *การประเมินผลการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ตามนโยบายรัฐบาล*.

ภาษาต่างประเทศ

BOOKS

- Manning, J. (2006). *Treatment injury and medical misadventure in P.D.G. Skegg and R. Paterson (eds) Medical Law in New Zealand*. Wellington: Thomson Brookers.
- Wibulpulprasert, S. (2001). *Thailand Health Profile 1997-1998*. Ministry of Public Health.

ARTICLES

- Espersson. (2000). *The Patient Injury Act: A Comment by Carl Espersson*. The Swedish Patient Insurance Association; 2000 Aug.
- Oliphant K. (2007). *Beyond misadventure: compensation for medical injuries in New Zealand*. Medical Law Review 15.
- T. Hongriatana and W. Charusomboon. (1993). *The Health Card and Policy on Voluntary Health Insurance: The Past, Present and Future*.
- T. Kivanadana. (1993). *Voluntary Health Insurance in Thailand in Health Financing in Thailand*.
- Tancharoen Sathien V, Laixuthai A, Vasavit J et al. (1990, June). *National Health Accounts Development: Lessons from Thailand*. Health the Policy and Planning, 14, 4.

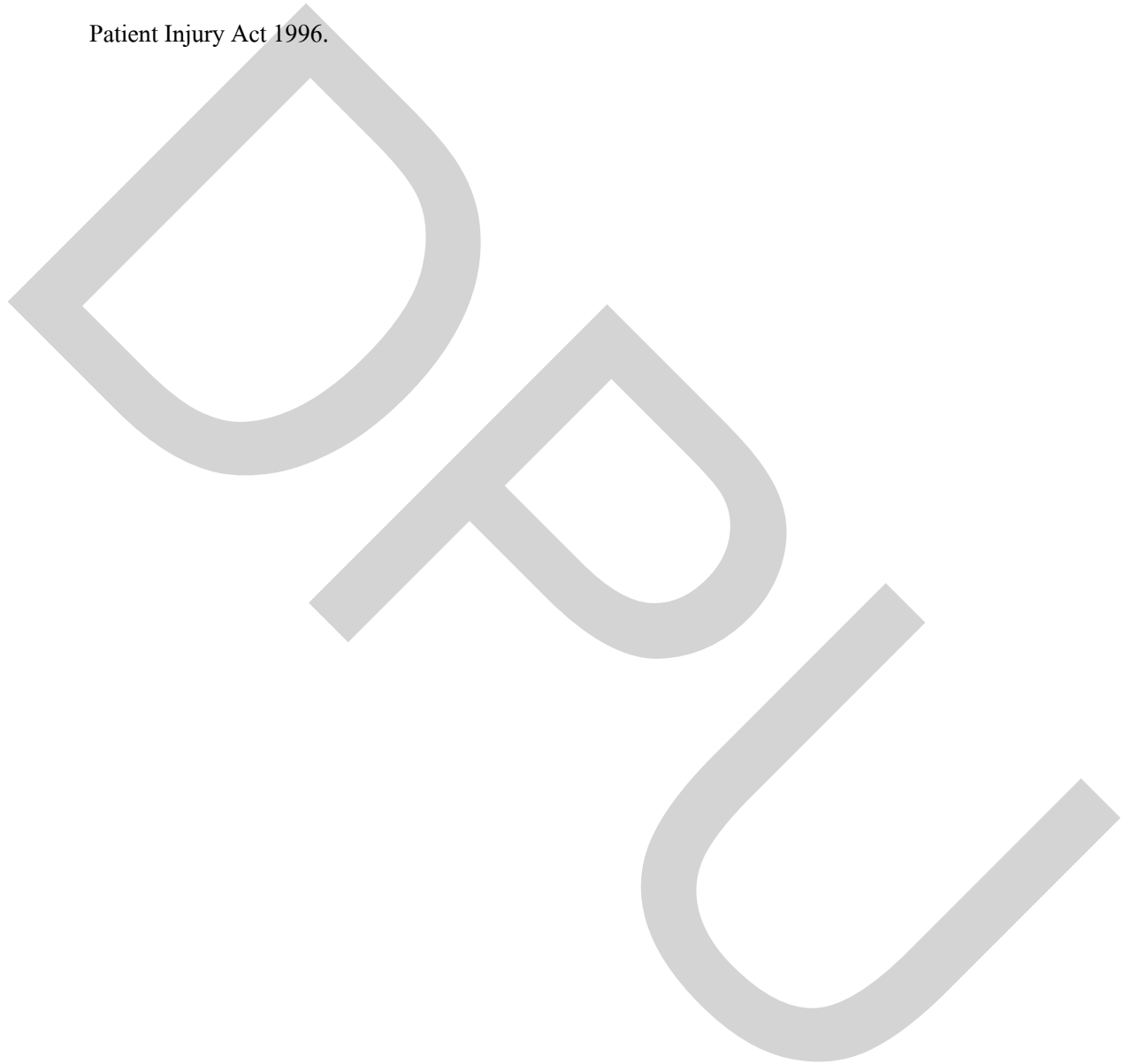
ELECTRONIC SOURCES

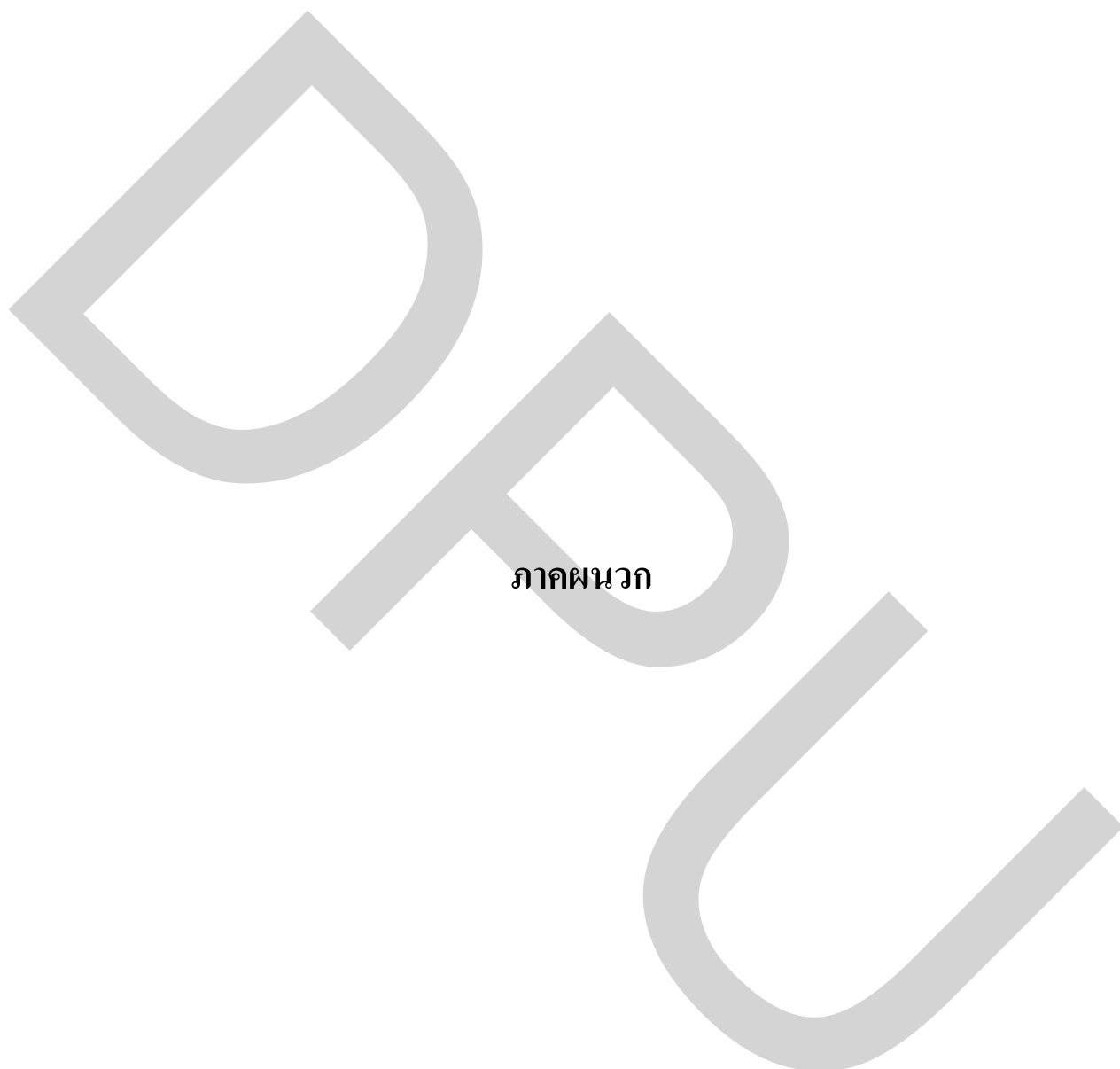
- Essinger, K. (2009) Report on the Swedish Medical Injury Insurance. AvailableURL:
www.patientforsakring.se/international/english/articles.asp.
- Hellbacher, U., Espersson, C. and Johansson, H. (2007). Patient injury compensation for healthcare-related injuries in Sweden. AvailableURL:
www.patientforsakring.se/international/english.

LAWS

Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002

Patient Injury Act 1996.





ภาคผนวก ก
บันทึกหลักการและเหตุผล
ประกอบร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข
พ.ศ.
(เสนอโดยคณะรัฐมนตรี)

บันทึกหลักการและเหตุผล
ประกอบร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข
พ.ศ.

หลักการ

ให้มีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

เหตุผล

โดยที่ปัจจุบันความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขยังไม่ได้รับการแก้ไขเยียวยาอย่างเป็นระบบให้ทั่วถึง ทำให้มีการฟ้องร้องผู้ให้บริการสาธารณสุขทั้งทางแพ่งและทางอาญา และทำให้ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสาธารณสุขเปลี่ยนไปจากเดิม อันส่งผลร้ายมายังผู้รับและผู้ให้บริการสาธารณสุข รวมถึงระบบบริการสาธารณสุขด้วย สมควรจะได้แก้ปัญหาดังกล่าวเพื่อให้ผู้ได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุขได้รับการแก้ไขเยียวยาโดยรวดเร็วและเป็นธรรม โดยการจัดตั้งกองทุนเพื่อชดเชยความเสียหายให้แก่ผู้เสียหาย ส่งเสริมให้มีการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทและเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสาธารณสุข จัดให้มีการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายจากบริการสาธารณสุข ทั้งให้ศาลอาจใช้ดุลพินิจในการลงโทษหรือไม่ลงโทษผู้ให้บริการสาธารณสุขในกรณีที่ถูกฟ้องคดีอาญาข้อหากระทำการโดยประมาทด้วย จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

ร่าง

พระราชบัญญัติ

คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

พ.ศ.

.....

.....

.....

.....

.....

โดยที่เป็นการสมควรมีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

พระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา 29 ประกอบกับมาตรา 41 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

.....

.....

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.”

มาตรา 2 พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้

“ผู้เสียหาย” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขจากสถานพยาบาล

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล สถานพยาบาลของรัฐ และของสภากาชาดไทย ทั้งนี้ ให้รวมถึงสถานบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขประกาศกำหนด

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ การประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การประกอบอาชีพทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทันตกรรม การประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพกายภาพบำบัด การประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ การประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม หรือการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด และให้รวมถึงการให้บริการอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

“สำนักงาน” หมายความว่า กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 4 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้และให้มีอำนาจออกกฎกระทรวง ระเบียบ และประกาศ เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

กฎกระทรวง ระเบียบ และประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

หมวด 1

การคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

มาตรา 5 ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยจากกองทุนตามพระราชบัญญัตินี้ โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด

มาตรา 6 บทบัญญัติในมาตรา 5 มิให้ใช้บังคับในกรณีดังต่อไปนี้

(1) ความเสียหายที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรคนั้น แม้มีการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ

(2) ความเสียหายซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ

(3) ความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ไม่มีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตตามปกติ

ทั้งนี้ คณะกรรมการอาจประกาศกำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมภายใต้หลักเกณฑ์ดังกล่าว ข้างต้นได้

หมวด 2

คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

มาตรา 7 ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่า “คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข” ประกอบด้วย

- (1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน
- (2) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงการพัฒนาศักยภาพ และความมั่นคงของมนุษย์ อธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครอง ผู้บริโภค และผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ
- (3) ผู้แทนสถานพยาบาล จำนวนสามคน
- (4) ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพ จำนวนสามคน
- (5) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนห้าคนซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้าน เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ สื่อสารมวลชน สิทธิมนุษยชน และการเจรจาไกล่เกลี่ยสาธารณสุข ด้าน ละหนึ่งคน

การคัดเลือกและแต่งตั้งกรรมการตามวรรคหนึ่ง (3) (4) และ (5) ให้เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นกรรมการและเลขานุการและให้อธิบดีกรม สนับสนุนการบริการสุขภาพแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของสำนักงานจำนวนไม่เกินสองคนเป็น ผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา 8 กรรมการตามมาตรา 7 วรรคหนึ่ง (3) (4) และ (5) มีวาระการดำรงตำแหน่ง คราวละสี่ปี และอาจได้รับคัดเลือกหรือแต่งตั้งใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระ ติดต่อกันไม่ได้

เมื่อครบกำหนดตามวาระในวรรคหนึ่ง หากยังมิได้มีการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการขึ้นใหม่ ให้กรรมการซึ่งพ้นตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับคัดเลือกหรือได้รับแต่งตั้งเข้ารับหน้าที่ แต่ต้องไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันที่กรรมการพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลงและให้ผู้ได้รับคัดเลือกหรือได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

ในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน จะไม่ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ และในการนี้ในคณะกรรมการประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

มาตรา 9 นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระตามมาตรา 8 วรรคหนึ่ง กรรมการตามมาตรา 7 วรรคหนึ่ง (3) (4) และ (5) พ้นจากตำแหน่งเมื่อ

- (1) ตาย
- (2) ลาออก
- (3) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (4) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- (5) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(6) รัฐมนตรีให้ออกเพราะบกพร่องหรือไม่สุจริตต่อหน้าที่ หรือหย่อนความสามารถ
มาตรา 10 คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) กำหนดนโยบายและมาตรการเพื่อคุ้มครองผู้เสียหาย พัฒนาระบบความปลอดภัย และป้องกันความเสียหาย และการสนับสนุนการไกล่เกลี่ยและการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

(2) กำหนดประกาศการจ่ายเงินสมทบกองทุนตามมาตรา 21

(3) กำหนดระเบียบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการบริหารกองทุนตามมาตรา 23 รวมทั้งระเบียบเกี่ยวกับค่าพาหนะ ค่าเช่าที่พัก และค่าป่วยการตามมาตรา 18 วรรคสอง

(4) กำหนดระเบียบเกี่ยวกับการยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหายตามมาตรา 25 ระเบียบการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 29 และระเบียบการจ่ายเงินชดเชยตามมาตรา 32

(5) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการอุทธรณ์ และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ตามมาตรา 28 และมาตรา 31

(6) กำหนดระเบียบเกี่ยวกับการทำสัญญาประนีประนอมยอมความตามมาตรา 33 และการดำเนินการไกล่เกลี่ย การทำสัญญาประนีประนอมยอมความ และค่าตอบแทนของผู้ไกล่เกลี่ยตามมาตรา 39

(7) จัดประชุมรับฟังความเห็นของสถานพยาบาลและผู้รับบริการสาธารณสุขเพื่อรับทราบปัญหาข้อเสนอนะในการส่งเสริมและพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย รวมทั้งการไกล่เกลี่ยและการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

(8) กำหนดนโยบายการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของสำนักงาน

(9) จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ไกล่เกลี่ยตามมาตรา 39 โดยคัดเลือกจากบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เหมาะสมกับการทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทสาธารณสุข

(10) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสนับสนุนการไกล่เกลี่ย และสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขและพิจารณาอนุมัติเงินกองทุนเพื่อใช้จ่ายในการสนับสนุนกิจกรรมตามมาตรา 43

(11) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ในการปฏิบัติหน้าที่ตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจมอบหมายหรือมอบอำนาจให้สำนักงานเป็นผู้ดำเนินการแทนได้

มาตรา 11 การประชุมคณะกรรมการ ต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

ในการประชุม ถ้ามีการพิจารณาเรื่องที่ประธานกรรมการหรือกรรมการผู้ใดมีส่วนได้เสีย ประธานกรรมการหรือกรรมการผู้นั้นมีหน้าที่แจ้งให้คณะกรรมการทราบและมีสิทธิเข้าชี้แจงข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้นแต่ไม่มีสิทธิเข้าร่วมประชุมและลงคะแนนเสียง

วิธีการประชุมและการมีส่วนร่วมได้เสียซึ่งประธานหรือกรรมการมีหน้าที่ต้องแจ้ง ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 12 คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย ดังนี้

(1) คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 27 ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านละหนึ่งคน และผู้แทนสถานพยาบาล และผู้แทนผู้รับบริการสาธารณสุข ฝ่ายละหนึ่งคน

(2) คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยตามมาตรา 30 ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านละหนึ่งคน

(3) คณะกรรมการอื่นๆ ตามที่เห็นสมควร

หลักเกณฑ์และวิธีการได้มา วาระการดำรงตำแหน่ง การพ้นจากตำแหน่งและเขตพื้นที่รับผิดชอบของคณะกรรมการตามวรรคหนึ่ง (1) และ (2) ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด

ประธานคณะกรรมการตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการแต่ละคณะเลือกกันเอง

ให้อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพหรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมอบหมายแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ในสำนักงานหรือเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี เป็นฝ่ายเลขานุการ

ในการแต่งตั้งคณะกรรมการตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจแต่งตั้งมากกว่าหนึ่งคณะก็ได้

ให้นำมาตรา 11 มาใช้บังคับในการประชุม วิธีการประชุม และการมีส่วนร่วมได้เสียของคณะกรรมการและอนุกรรมการโดยอนุโลม

มาตรา 13 ให้มีคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้ง ประกอบด้วย ประธานกรรมการหนึ่งคน และกรรมการอื่นซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านละหนึ่งคน และผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการสาธารณสุข ฝ่ายละหนึ่งคน

การแต่งตั้งฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ ให้นำมาตรา 12 วรรคสี่ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

หลักเกณฑ์และวิธีการการได้มาและเขตพื้นที่รับผิดชอบของคณะกรรมการวินิจฉัย
อุทธรณ์ ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ในการแต่งตั้งคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ รัฐมนตรีอาจแต่งตั้งมากกว่าหนึ่งคณะก็ได้
ให้นำมาตรา 11 มาใช้บังคับในการประชุม วิธีการประชุม และการมีส่วนร่วมได้เสียของ
คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์และกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์โดยอนุโลม

มาตรา 14 คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์มีอำนาจหน้าที่พิจารณาและวินิจฉัยอุทธรณ์
ตามมาตรา 28 และมาตรา 31

มาตรา 15 ให้กรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์อยู่ในตำแหน่งคราวละสามปี
กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้แต่จะแต่งตั้งติดต่อกันเกินสองวาระ
ไม่ได้

ให้นำมาตรา 9 มาใช้บังคับกับคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ด้วยโดยอนุโลม

มาตรา 16 ให้ประธานกรรมการ กรรมการ ประธานกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ กรรมการ
วินิจฉัยอุทธรณ์ ประธานอนุกรรมการ หรืออนุกรรมการ ได้รับเบี้ยประชุม ค่าพาหนะ ค่าเบี้ยเลี้ยง
ค่าเช่าที่พัก และประโยชน์ตอบแทนอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ทั้งนี้ ตามระเบียบ
ที่รัฐมนตรีกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

มาตรา 17 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้ประธานกรรมการ กรรมการ
ประธานกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ กรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ ประธานอนุกรรมการ หรือ
อนุกรรมการ เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

มาตรา 18 ให้คณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ หรือคณะอนุกรรมการมี
อำนาจสั่งให้สถานพยาบาล ผู้เสียหายหรือทนายท บุคคล หน่วยงาน หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องทำ
หนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง หรือมาให้ถ้อยคำด้วยตนเอง หรือส่งข้อมูล หรือเอกสารหลักฐานตาม
กำหนดเวลาที่เห็นสมควร

ให้บุคคลที่มาให้ถ้อยคำด้วยตนเองตามวรรคหนึ่งได้รับค่าพาหนะ ค่าเช่าที่พัก และค่า
ป่วยการ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

มาตรา 19 ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ
คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์และคณะอนุกรรมการ และมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (1) รับและตรวจสอบคำขอรับเงินค่าเสียหายและคำอุทธรณ์ตามพระราชบัญญัตินี้
- (2) ประสานงานกับสถานพยาบาลเพื่อให้ส่งเวชระเบียนของผู้เสียหายหรือข้อมูล
เอกสารและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ให้คณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ หรือ
คณะอนุกรรมการตามมาตรา 18

(3) ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ องค์กร หรือบุคคลใดๆ เพื่อขอทราบข้อเท็จจริง หรือความเห็นเพื่อประกอบการพิจารณาในการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

(4) รับ จ่าย และเก็บรักษาเงินและทรัพย์สินของกองทุนเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

(5) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้ และวิธีป้องกันความเสียหายเพื่อเผยแพร่ต่อสาธารณชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(6) สนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรการส่งเสริมพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย รวมทั้งการสร้างเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

(7) มอบให้หน่วยงานของรัฐ องค์กร หรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานตามพระราชบัญญัตินี้

(8) จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ คณะอนุกรรมการ และสำนักงาน เพื่อเผยแพร่ต่อสาธารณชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(9) ประชาสัมพันธ์และแจ้งผู้ยื่นคำขอและประชาชนทั่วไปเพื่อความเข้าใจหลักการ และเหตุผล ขั้นตอน วิธีการ และเงื่อนไขการใช้สิทธิตามพระราชบัญญัตินี้

(10) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย
มาตรา 20 ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงาน เรียกว่า “กองทุนสร้างเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข” โดยมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

(1) เพื่อจ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาท

(2) เพื่อชำระค่าสินไหมทดแทนตามคำพิพากษาตามมาตรา 34 และมาตรา 35

(3) เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนหรือส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายตามแผนงานที่คณะกรรมการอนุมัติ และ

(4) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการพัฒนากระบวนการไกล่เกลี่ยและการสร้างเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

คณะกรรมการอาจจัดสรรเงินจากกองทุนที่ได้รับจากเงินที่สถานพยาบาลจ่ายสมทบ และเงินที่รัฐบาลอุดหนุน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายตามมาตรา 16 และมาตรา 18 และเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารของสำนักงานในส่วนที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัตินี้ตามความจำเป็นได้แต่ไม่เกินร้อยละสิบต่อปีของจำนวนเงินดังกล่าว

มาตรา 21 สถานพยาบาลต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่คณะกรรมการประกาศกำหนด ทั้งนี้โดยคำนึงถึงขนาดของสถานพยาบาล จำนวนผู้รับบริการ

สาธารณสุขความถี่หรือความรุนแรงของการเกิดความเสียหาย การประชาสัมพันธ์และการแจ้งให้ผู้รับบริการสาธารณสุขทราบเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามพระราชบัญญัตินี้ การประสานงานเพื่อให้ผู้เสียหายหรือทายาทยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้ การสนับสนุนการไกล่เกลี่ยและการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขและการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย

หากสถานพยาบาลไม่ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนหรือส่งภายหลังระยะเวลาที่กำหนดหรือส่งเงินไม่ครบตามจำนวนที่ต้องส่ง ให้เสียเงินเพิ่มในอัตราร้อยละสองต่อเดือนของจำนวนเงินที่ไม่ส่งหรือส่งภายหลังระยะเวลาที่กำหนดหรือจำนวนเงินที่ส่งขาดไป แล้วแต่กรณี นับแต่วันครบกำหนดส่งจนถึงวันที่ส่งเงินสมทบเข้ากองทุน

การคำนวณเงินเพิ่มตามวรรคสอง เศษของเดือนให้คำนวณเป็นรายวัน

สถานพยาบาลใดไม่จ่ายเงินสมทบตามวรรคหนึ่งหรือไม่เสียเงินเพิ่มตามวรรคสองให้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองมาใช้บังคับ และในกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการบังคับ ให้อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีอำนาจฟ้องคดีต่อศาลปกครองเพื่อบังคับชำระเงินดังกล่าว ในการนี้ถ้าศาลปกครองเห็นว่าการให้ชำระเงินนั้นชอบด้วยกฎหมาย ก็ให้ศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษาและบังคับคดีให้มีการยึดหรืออายัดทรัพย์สินเพื่อให้ชำระเงินนั้นได้

มาตรา 22 กองทุนประกอบด้วย

(1) เงินที่โอนมาจากเงินตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

(2) เงินที่สถานพยาบาลจ่ายสมทบ

(3) เงินอุดหนุนจากรัฐบาล

(4) เงินเพิ่มตามมาตรา 21 วรรคสอง

(5) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้กองทุน

(6) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน

เงินและทรัพย์สินตามวรรคหนึ่งไม่ต้องส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน

ในการเสนอขอรับเงินอุดหนุนตามวรรคหนึ่ง (3) ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการจัดทำคำขอต่อคณะรัฐมนตรี

มาตรา 23 ให้สำนักงานเก็บรักษาเงินและทรัพย์สินของกองทุนและดำเนินการเบิกจ่ายเงินกองทุนตามพระราชบัญญัตินี้

การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการบริหารกองทุน ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

มาตรา 24 ภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ ให้คณะกรรมการเสนองบการเงินและรายงานการรับจ่ายเงินของกองทุนในปีที่ล่วงมาซึ่งสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินหรือบุคคลภายนอกตามที่คณะกรรมการแต่งตั้งด้วยความเห็นชอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบและรับรองแล้วต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ งบการเงินและรายงานการรับจ่ายเงินดังกล่าว ให้รัฐมนตรีเสนอต่อนายกรัฐมนตรีเพื่อนำเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ และจัดให้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา

หมวด 4

การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชย

มาตรา 25 ผู้เสียหายอาจยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้ต่อสำนักงานหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่สำนักงานกำหนด ภายในสามปีนับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายและรู้ตัวผู้ให้บริการสาธารณสุขซึ่งก่อให้เกิดความเสียหาย แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินสิบปีนับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหาย

ในกรณีที่ผู้เสียหายถึงแก่ชีวิต เป็นผู้ไร้ความสามารถ หรือไม่สามารถยื่นคำขอด้วยตนเองได้ บิดามารดา คู่สมรส ทายาท หรือผู้อนุบาล หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใดซึ่งได้รับมอบหมายเป็นหนังสือจากผู้เสียหาย แล้วแต่กรณี อาจยื่นคำขอตามวรรคหนึ่งได้

การยื่นคำขอตามมาตรานี้จะกระทำด้วยวาจาหรือเป็นหนังสือก็ได้ ทั้งนี้ ตามวิธีการรูปแบบ และรายละเอียดที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

มาตรา 26 เมื่อมีการยื่นคำขอตามมาตรา 25 ภายในอายุความทางแพ่งในมูลละเมิดอันเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ให้อายุความนั้นระงับอยู่ไม่นับในระหว่างนั้น จนกว่าการพิจารณาคำขอเงินชดเชยนั้นจะถึงที่สุดหรือมีการยุติการพิจารณาคำขอตามมาตรา 34 วรรคหนึ่ง

มาตรา 27 ให้สำนักงานหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่สำนักงานกำหนดแล้วแต่กรณี ส่งคำขอตามมาตรา 25 ให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่ได้รับคำขอ และให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นวินิจฉัยคำขอให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่รับคำขอ หากคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้น

เห็นว่าเป็นผู้เสียหายตามมาตรา 5 และไม่อยู่ในบังคับตามมาตรา 6 ให้วินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาทในกรณีที่มีเหตุจำเป็นให้ขยายระยะเวลาการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นออกไปได้ไม่เกินสองครั้ง ครั้งละไม่เกินสิบห้าวัน แต่ต้องบันทึกเหตุผลและความจำเป็นในการขยายระยะเวลาทุกครั้งไว้ด้วย หากการพิจารณายังไม่แล้วเสร็จภายในกำหนดเวลาที่ขยายดังกล่าว ให้ถือว่าคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาท

คำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่วินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้เป็นที่สุด

มาตรา 28 หากคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีคำวินิจฉัยไม่รับคำขอ ให้ส่งเรื่องให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์และแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอทราบโดยเร็ว ในการนี้ ผู้ยื่นคำขออาจเสนอข้อมูลหรือเอกสารเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ก็ได้

ให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์พิจารณาให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับเรื่องอุทธรณ์ ถ้ายังพิจารณาไม่แล้วเสร็จให้ขยายระยะเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน

เมื่อคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์วินิจฉัยรับคำขอ ให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์พิจารณากำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นด้วย

คำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ให้เป็นที่สุด

มาตรา 29 การพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นของคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นและคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

มาตรา 30 ให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ แล้วแต่กรณี ส่งคำขอให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่ที่มีคำวินิจฉัยหรือถือว่าคำวินิจฉัยให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 27 หรือนับแต่วันที่คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์มีคำวินิจฉัยให้รับคำขอตามมาตรา 28

ให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยพิจารณาจ่ายเงินชดเชยโดยคำนึงถึงหลักการเกี่ยวกับการชดเชยค่าสินไหมทดแทนเพื่อละเมิดตามกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

ให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยวินิจฉัยคำขอให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวันนับแต่วันที่รับเรื่องจากคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ แล้วแต่กรณี ในกรณีที่มีเหตุจำเป็น ให้ขยายระยะเวลาออกไปได้ไม่เกินสองครั้ง ครั้งละไม่เกินสิบห้าวันแต่ต้องบันทึกเหตุผลและความจำเป็นในการขยายระยะเวลาทุกครั้งไว้ด้วย

มาตรา 31 หากผู้ยื่นคำขอไม่เห็นด้วยกับจำนวนเงินชดเชยที่คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยได้วินิจฉัย ผู้ยื่นคำขอมิสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำวินิจฉัยของคณะกรรมการประเมินเงินชดเชย โดยยื่นอุทธรณ์ต่อสำนักงาน และให้สำนักงานส่งคำอุทธรณ์ให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่รับคำอุทธรณ์

ให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์พิจารณาให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับคำอุทธรณ์ ถ้ายังพิจารณาไม่แล้วเสร็จให้ขยายระยะเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน

คำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ให้เป็นที่สุด

มาตรา 32 การพิจารณาและการจ่ายเงินชดเชยตามคำวินิจฉัยของคณะกรรมการประเมินเงินชดเชยและคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาทให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

มาตรา 33 เมื่อผู้เสียหายหรือทายาทตกลงยินยอมรับเงินชดเชย ให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายและผู้เสียหายจัดทำสัญญาประนีประนอมยอมความ ทั้งนี้ ตามวิธีการ รูปแบบ และรายละเอียดที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

มาตรา 34 ในกรณีที่คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยหรือคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ได้กำหนดจำนวนเงินชดเชยแล้ว หากผู้เสียหายหรือทายาทไม่ตกลงยินยอมรับเงินชดเชย และได้ฟ้องผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายเป็นคดีต่อศาล ให้สำนักงานยุติการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ และผู้เสียหายหรือทายาทไม่มีสิทธิที่จะยื่นคำขอตามพระราชบัญญัตินี้

หากศาลได้มีคำพิพากษาหรือคำสั่งถึงที่สุดให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายชดเชยค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหาย ให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยพิจารณาว่าจะจ่ายเงินจากกองทุนเพื่อชดเชยค่าสินไหมทดแทนตามคำพิพากษาหรือไม่เพียงใด ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

หากศาลได้มีคำพิพากษาหรือคำสั่งถึงที่สุดยกฟ้องโดยไม่ได้วินิจฉัยว่าผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายไม่ต้องรับผิดชอบ คณะกรรมการอาจพิจารณาจ่ายค่าเสียหายให้แก่ผู้เสียหายหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 35 ในกรณีที่ผู้เสียหายหรือทายาทได้นำเหตุแห่งความเสียหายฟ้องคดีต่อศาลเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหาย โดยได้ขอรับเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้ด้วย ทั้งนี้ ไม่ว่าจะขอรับเงินค่าเสียหายก่อนหรือหลังฟ้องคดี ให้ดำเนินการให้มีการพิจารณาเฉพาะการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือ

ทายาทเท่านั้น และเมื่อศาลมีคำพิพากษาหรือคำสั่งถึงที่สุดแล้ว ให้นำความในมาตรา 34 วรรคสอง และวรรคสาม มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา 36 ในกรณีที่มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายแล้ว หากศาลมีคำพิพากษาหรือคำสั่งถึงที่สุดให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหาย ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหาย ให้หักเงินช่วยเหลือเบื้องต้นออกจากค่าสินไหมทดแทนด้วย

มาตรา 37 ในกรณีที่มีความเสียหายปรากฏขึ้นภายหลังการทำความสัญญาประนีประนอมยอมความตามมาตรา 33 โดยผลของสารที่สะสมอยู่ในร่างกายของผู้เสียหายหรือเป็นกรณีที่ต้องใช้เวลาในการแสดงอาการ ให้ผู้เสียหายมีสิทธิยื่นคำขอรับเงินชดเชยตามพระราชบัญญัตินี้ภายในสามปีนับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายและรู้ตัวผู้ให้บริการสาธารณสุขซึ่งก่อให้เกิดความเสียหาย แต่ทั้งนี้ ต้องไม่เกินสิบปีนับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายที่ปรากฏขึ้นภายหลัง ในกรณีเช่นว่านี้ให้สำนักงานหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่สำนักงานกำหนด แล้วแต่กรณี ส่งคำขอดังกล่าวให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่ได้รับความขอ โดยให้นำมาตรา 30 มาตรา 31 มาตรา 32 และมาตรา 33 มาใช้บังคับโดยอนุโลม

หมวด 5

การไกล่เกลี่ยและการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

มาตรา 38 หากผู้เสียหายและผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายตกลงให้ใช้วิธีการไกล่เกลี่ย ให้สำนักงานดำเนินการให้มีการไกล่เกลี่ยเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างกันหรือเพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันในเรื่องอื่นนอกเหนือจากเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้

การไกล่เกลี่ยตามวรรคหนึ่งจะดำเนินการก่อนหรือภายหลังผู้เสียหายได้ยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหายตามมาตรา 25 หรือหลังจากการพิจารณาคำขอรับเงินค่าเสียหายเสร็จแล้วก็ได้

มาตรา 39 ในการไกล่เกลี่ย ผู้เสียหายและผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายมีสิทธิร่วมกันเลือกผู้ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยคนเดียวหรือหลายคนตามที่ตกลงกันจากบัญชีรายชื่อที่คณะกรรมการหรือหน่วยงานหรือองค์กรเอกชนอื่นได้จัดทำไว้หรือบุคคลอื่นใดที่ผู้เสียหายและผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายเห็นสมควรร่วมกัน เป็นผู้ไกล่เกลี่ย และให้สำนักงานแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของสำนักงานเพื่ออำนวยความสะดวกและให้ข้อมูลในการไกล่เกลี่ยด้วย

การไต่ถามให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยเร็วซึ่งอย่างช้าต้องไม่เกินสามสิบวันนับแต่วันที่มีการแต่งตั้งผู้ไต่ถาม หากมีเหตุจำเป็นไม่อาจไต่ถามให้แล้วเสร็จภายในกำหนดเวลาดังกล่าว อาจขยายระยะเวลาได้อีกไม่เกินสองครั้ง ครั้งละไม่เกินสามสิบวัน แต่ทั้งนี้ ผู้เสียหายหรือผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายมีสิทธิที่จะยุติการไต่ถามเสียเมื่อใดก็ได้

หากผู้เสียหายกับผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายสามารถตกลงร่วมกันในเรื่องอื่นนอกเหนือจากเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้ ให้บุคคลดังกล่าวร่วมกันทำสัญญาประนีประนอมยอมความเพื่อให้มีผลผูกพันทั้งสองฝ่ายในเรื่องดังกล่าว

หลักเกณฑ์ วิธีการ และรูปแบบของการไต่ถาม สัญญาประนีประนอมยอมความ และค่าตอบแทนของผู้ไต่ถาม ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 40 เมื่อมีการไต่ถามตามมาตรา 38 ให้อายุความฟ้องร้องคดีแพ่งสะดุดหยุดอยู่ไม่นับในระหว่างนั้นจนกว่ามีการยุติการไต่ถาม

มาตรา 41 ห้ามมิให้บุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับการไต่ถามใช้ข้อมูลดังต่อไปนี้ในการดำเนินคดีทางศาล

- (1) ข้อเท็จจริงใดๆ เกี่ยวกับการดำเนินการเพื่อการไต่ถาม
- (2) ความเห็นหรือข้อเสนอใดๆ ซึ่งได้เสนอโดยผู้เกี่ยวข้องในการไต่ถามในกระบวนการไต่ถาม
- (3) ข้อเท็จจริงที่ผู้เกี่ยวข้องในการไต่ถามได้ยอมรับหรือปฏิเสธข้อเสนอในการไต่ถามเพื่อยังให้เกิดการตกลงซึ่งได้เสนอโดยผู้ทำหน้าที่ไต่ถาม

หมวด 6

การพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย

มาตรา 42 ให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยวิเคราะห์สาเหตุแห่งความเสียหายเพื่อแจ้งให้สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายพิจารณาหาแนวทางพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายรวมทั้งการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข แล้วให้สถานพยาบาลนั้นทำรายงานการปรับปรุงแก้ไขและส่งให้สำนักงานภายในหกเดือน

เมื่อสถานพยาบาลได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามแนวทางในวรรคหนึ่งแล้ว คณะกรรมการอาจนำมาประกอบการพิจารณากำหนดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามมาตรา 21 ในทางที่เป็นคุณให้แก่สถานพยาบาลนั้นก็ได้

มาตรา 43 ให้สำนักงานสนับสนุนสถานพยาบาล หน่วยงาน หรือองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมและพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายของผู้รับบริการ สาธารณสุข เพื่อดำเนินกิจกรรมด้านการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายของผู้รับบริการสาธารณสุข และกิจกรรมด้านการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข โดยเสนอแผนงานต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติเงินกองทุนสำหรับใช้จ่ายในการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 44 สถานพยาบาลใดที่มีการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายตามที่คณะกรรมการกำหนด คณะกรรมการอาจสั่งให้ลดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามมาตรา 21 ได้

หมวด 7

การฟ้องคดีอาญาและบทกำหนดโทษ

มาตรา 45 ในกรณีที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขถูกฟ้องเป็นจำเลยในคดีอาญฐานกระทำการโดยประมาทเกี่ยวเนื่องกับการให้บริการสาธารณสุข หากศาลเห็นว่าจำเลยกระทำผิด ให้ศาลนำข้อเท็จจริงต่างๆ ของจำเลยเกี่ยวกับประวัติ พฤติการณ์แห่งคดี มาตรฐานทางวิชาชีพ การบรรเทาผลร้ายแห่งคดี การรู้สำนึกในความผิด การที่ได้มีการทำสัญญาประนีประนอมยอมความตามมาตรา 33 หรือมาตรา 39 การชดเชยเยียวยาความเสียหายและการที่ผู้เสียหายไม่ตั้งใจให้จำเลยได้รับโทษ ตลอดจนเหตุผลอื่นอันสมควร มาพิจารณาประกอบด้วยในการนี้ ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดหรือจะไม่ลงโทษเลยก็ได้

มาตรา 46 ผู้ใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจัย อุทธรณ์ หรือคณะอนุกรรมการ ตามมาตรา 18 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

บทเฉพาะกาล

มาตรา 47 ให้โอนภารกิจเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ได้มีการกันไว้ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาเป็นของสำนักงานหรือกองทุน แล้วแต่กรณี ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา 48 ในกรณีที่มีการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และยังไม่ได้มีการจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่ผู้ยื่นคำร้อง ให้ถือว่าเป็นคำขอรับเงินค่าเสียหายตามมาตรา 25 แห่งพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 49 ในกรณีที่มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้แก่ผู้ยื่นคำร้องไปแล้ว ผู้เสียหายหรือทายาทยังคงมีสิทธิที่จะยื่นคำขอตามพระราชบัญญัตินี้ได้อีก หากยังไม่พ้นกำหนดระยะเวลาตามมาตรา 25 โดยให้หักเงินช่วยเหลือเบื้องต้นดังกล่าวออกจากเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้ด้วย

มาตรา 50 ให้รัฐมนตรีดำเนินการให้มีการคัดเลือกและแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา 7 วรรคหนึ่ง (3) (4) และ (5) เพื่อให้ได้คณะกรรมการตามพระราชบัญญัตินี้ ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบ วันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

ในระหว่างที่ยังไม่มีกรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้รัฐมนตรีแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสิบเอ็ดคน โดยในจำนวนนี้ต้องเป็นผู้ทำงานในองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพจำนวนหกคน เป็นผู้มีผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์ สื่อสารมวลชน และการเจรจาไกล่เกลี่ยสาธารณสุข อย่างน้อยด้านละหนึ่งคน เป็นกรรมการตามมาตรา 7 วรรคหนึ่ง (3) (4) และ (5)

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

.....
นายกรัฐมนตรี

ภาคผนวก ข
บันทึกหลักการและเหตุผล
ประกอบร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข
พ.ศ.
(เสนอโดยประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง)

บันทึกหลักการและเหตุผล
ประกอบร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหาย
จากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.

หลักการ

ให้มีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.

เหตุผล

โดยที่ปัจจุบัน พบว่า การให้การช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ไม่สามารถทำให้ผู้เสียหายสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขธรรมดา และการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมีความจำกัด เฉพาะผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ไม่รวมถึงระบบสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสังคม หรือแม้แต่การให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขไม่มีทางเลือก ในการดำเนินการที่จะได้รับการชดเชยความเสียหาย นอกจาก ต้องอาศัยกระบวนการยุติธรรม ซึ่งเป็นภาระในการดำเนินการและมีอุปสรรคมากมาย ที่สำคัญส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขกับผู้ป่วย ดังนั้น การมีกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ที่ครอบคลุมทุกคนโดยมีเป้าหมายเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น ลดคดีความในการฟ้องร้องและความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับคนไข้ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะยาว และยกระดับมาตรฐานการรักษาพยาบาล จึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วน ดังนั้น เมื่อเกิดปัญหาความเสียหายดังกล่าว จึงควรให้มีการชดเชยผู้เสียหายในเวลาอันรวดเร็ว โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ และสนับสนุนการพัฒนาความปลอดภัยและการป้องกันความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข รวมทั้ง การจัดตั้งกองทุนชดเชยความเสียหายอันเนื่องมาจากการรับบริการ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

(ร่าง)

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหาย

จากการรับบริการสาธารณสุข

พ.ศ.

.....

.....

โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

.....

.....

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.”

มาตรา 2 พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้

“ผู้เสียหาย” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขจากสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัตินี้

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้แก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล สถานพยาบาลของรัฐ และของสภาวิชาชีพไทย ทั้งนี้ ให้รวมถึงสถานบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

“เลขานุการ” หมายความว่า เลขานุการสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข
 “รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 4 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และ
 ให้มีอำนาจออก ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้
 ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้
 บังคับได้

หมวด 1

การคุ้มครองผู้เสียหาย

มาตรา 5 บุคคลซึ่งเป็นผู้เสียหายย่อมได้รับความคุ้มครอง และมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือ
 เบื้องต้นและเงินชดเชยจากกองทุนตามพระราชบัญญัตินี้ โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ

มาตรา 6 บทบัญญัติในมาตรา 5 มิให้ใช้บังคับในกรณีดังต่อไปนี้

- (1) ความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรค ตามปกติธรรมดาของ
 โรคนั้น
- (2) ความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการรักษาแล้วไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต
 ตามปกติ

ทั้งนี้หลักเกณฑ์และวิธีการให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

มาตรา 7 เงินชดเชยตามมาตรา 5 ประกอบด้วย

- (1) ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล รวมทั้งค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและ
 จิตใจ
- (2) ค่าขาดประโยชน์ทำมาหาได้
- (3) ค่าชดเชยในกรณีพิการหรือทุพพลภาพ
- (4) ค่าชดเชยจากความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ
- (5) ค่าชดเชยในกรณีถึงแก่ความตาย
- (6) ค่าชดเชยการขาดรายได้อุปการะกรณีถึงแก่ความตายและมีทายาทที่จะต้องอุปการะเลี้ยง
 ดู
- (7) ค่าชดเชยเพื่อความเสียหายอย่างอื่นอันมิใช่ตัวเงินตามประกาศของคณะกรรมการ
 กรณีตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

หมวด 2

คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

มาตรา 8 ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่า “คณะกรรมการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข” ประกอบด้วย

- (1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ
- (2) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ และเลขาธิการสำนักงานศาลยุติธรรม
- (3) ผู้แทนสถานพยาบาล จำนวนสามคน
- (4) ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพ จำนวนสามคน
- (5) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนหกคน ซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้าน นิติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ สื่อสารมวลชน การแพทย์และสาธารณสุข และด้านสิทธิมนุษยชน

การคัดเลือกกรรมการตาม(3) (4) และ(5) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้เลขาธิการเป็นกรรมการและเลขานุการ

มาตรา 9 กรรมการตามมาตรา 8 (3) (4) และ(5) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี และอาจได้รับเลือก หรือแต่งตั้งใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้

เมื่อครบกำหนดตามวาระในวาระหนึ่ง หากยังมีได้มีการเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการขึ้นใหม่ กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น อยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่า กรรมการซึ่งได้รับการคัดเลือกหรือได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่ แต่ต้องไม่เกินเก้าสิบวัน นับแต่วันที่กรรมการพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น

ในกรณีที่กรรมการตามวาระหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการคัดเลือก หรือแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลงและให้ผู้ได้รับคัดเลือกหรือได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

ในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน จะไม่ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ และในการนี้ให้ คณะกรรมการประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

มาตรา 10 นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

- (1) ตาย
- (2) ลาออก
- (3) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (4) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- (5) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้

กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

- (6) คณะรัฐมนตรีให้ออก

มาตรา 11 คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) กำหนดนโยบายและมาตรการเพื่อคุ้มครองผู้เสียหาย และเพื่อพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย

(2) กำหนดระเบียบการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินของสำนักงาน ตาม มาตรา 21

(3) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่สถานพยาบาลต้องจ่ายเงินสมทบ กองทุนตามมาตรา 34 (2) ทั้งนี้โดยคำนึงถึง ขนาดของสถานพยาบาล ความถี่หรือความรุนแรงของ การเกิดความเสียหาย และการมีระบบการพัฒนาความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย

(4) กำหนดระเบียบการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน ตามมาตรา 35

(5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตาม มาตรา 39

(6) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราการจ่ายเงินชดเชย ตามมาตรา 40

(7) จัดประชุมรับฟังความเห็นของสถานพยาบาลและผู้รับบริการ เพื่อรับทราบปัญหา ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมพัฒนาความปลอดภัย

(8) กำหนดนโยบายการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของ สำนักงาน

(9) อนุมัติแผนการเงินของสำนักงาน

(10) ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนออกข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หรือข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล

การงบประมาณ การเงินและทรัพย์สิน การติดตามประเมินผล และการดำเนินการอื่นของสำนักงาน และเพื่อดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

(11) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ในการปฏิบัติหน้าที่ตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจมอบหมายหรือมอบอำนาจให้สำนักงานเป็นผู้ดำเนินการแทนได้

มาตรา 12 การประชุมคณะกรรมการ ต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

ในการประชุม ถ้ามีการพิจารณาเรื่องที่ประธานกรรมการ หรือกรรมการ ผู้ใดมีส่วนได้เสีย ประธานกรรมการ หรือกรรมการผู้นั้นมีหน้าที่แจ้งให้คณะกรรมการทราบและมีสิทธิเข้าชี้แจงข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้นแต่ไม่มีสิทธิเข้าร่วมประชุมและลงคะแนนเสียง

วิธีการประชุม และการมีส่วนได้เสียซึ่งประธานกรรมการ หรือกรรมการมีหน้าที่ต้องแจ้ง ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 13 คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย ดังนี้

(1) คณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย ตามมาตรา 39 จำนวน 5-7 คน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์ จำนวนสามคน ผู้แทนสถานพยาบาล และผู้แทนผู้รับบริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน

(2) คณะอนุกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย ตามมาตรา 39 จำนวน 5-7 คน อย่างน้อยประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านสังคมศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านคนพิการ ด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค

(3) คณะอนุกรรมการอื่นๆ ตามที่เห็นสมควร

ในการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจแต่งตั้งมากกว่าหนึ่งคณะก็ได้

ให้นำมาตรา 12 มาใช้บังคับกับการประชุม วิธีการประชุม และการมีส่วนได้เสียของ คณะอนุกรรมการและอนุกรรมการโดยอนุโลม

มาตรา 14 ให้มีคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ คณะหนึ่งซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้ง ประกอบด้วย ประธานกรรมการหนึ่งคน และกรรมการอื่นซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้าน การแพทย์และสาธารณสุข ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านสังคมศาสตร์ และด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ผู้แทนสถานพยาบาลจำนวนหนึ่งคน ผู้แทนผู้รับบริการจำนวนหนึ่งคน และให้เลขาธิการเป็น กรรมการและเลขานุการ ซึ่งทั้งคณะมีจำนวนรวมกันไม่เกินเก้าคน

มาตรา 15 คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (1) พิจารณาและวินิจฉัยคำร้องอุทธรณ์ของผู้เสียหายที่ยื่นตามมาตรา 41
- (2) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการอุทธรณ์และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์
- (3) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจ หน้าที่ของคณะกรรมการ

มาตรา 16 ให้กรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์อยู่ในตำแหน่งคราวละสองปี กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้แต่จะแต่งตั้งติดต่อกันเกินสองวาระ ไม่ได้

ให้นำมาตรา 12 มาใช้บังคับกับคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์โดยอนุโลม

มาตรา 17 ให้ประธานกรรมการ กรรมการ ประธานกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ กรรมการ วินิจฉัยอุทธรณ์ ประธานอนุกรรมการ หรืออนุกรรมการ ได้รับเบี้ยประชุมหรือประโยชน์ตอบแทน อื่นตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีกำหนด

มาตรา 18 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้ประธานกรรมการ กรรมการ ประธานกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ กรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ ประธานอนุกรรมการ หรือ อนุกรรมการ เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

มาตรา 19 ให้คณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ หรือคณะอนุกรรมการมี อำนาจสั่งให้สถานพยาบาล ผู้เสียหายหรือทายาท บุคคล หน่วยงาน หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ทำ หนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง หรือมาให้ถ้อยคำด้วยตนเอง หรือส่งข้อมูลหรือเอกสารหลักฐาน เพื่อ ประกอบการพิจารณาได้

สถานพยาบาลตามวรรคหนึ่ง ต้องส่งข้อมูลหรือเอกสารหลักฐาน ภายในเจ็ดวัน นับแต่ วันที่ได้รับคำสั่ง

มาตรา 20 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ คณะอนุกรรมการตามมาตรา 13 (3) อาจมอบหมายหรือมอบอำนาจให้สำนักงานเป็นผู้ดำเนินการแทนได้

หมวด 3

สำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

มาตรา 21 ให้มีสำนักงานคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานของรัฐและมีฐานะเป็นนิติบุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี

กิจการของสำนักงาน ไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานต้องได้รับประโยชน์ตอบแทนไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

มาตรา 22 ให้สำนักงานตั้งอยู่ที่กรุงเทพมหานคร หรือในจังหวัดใกล้เคียง

ให้คณะกรรมการมีอำนาจจัดตั้ง รวม หรือยุบเลิกสำนักงานสาขาในเขตพื้นที่ โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

การจัดตั้งสำนักงานสาขาให้คำนึงถึงความจำเป็นและความคุ้มค่าในการดำเนินการ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่าย

ให้คณะกรรมการมีอำนาจมอบหมาย ให้หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนทำหน้าที่สำนักงานสาขาแทนก็ได้ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ ที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 23 ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการเสนอขอรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน

มาตรา 24 การเก็บรักษาและการใช้จ่ายเงินของสำนักงานให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

การบัญชีของสำนักงานให้จัดทำตามหลักสากลตามแบบและหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด และต้องจัดให้มีการตรวจสอบภายในเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี และการพัสดุของสำนักงาน ตลอดจนรายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการทราบอย่างน้อยปีละครั้ง

มาตรา 25 ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์และคณะอนุกรรมการ

(2) ประสานงานกับสถานพยาบาลเพื่อให้ส่งเวชระเบียนของผู้เสียหายหรือข้อมูลเอกสารและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ให้คณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์หรือคณะอนุกรรมการตามมาตรา 19

(3) รับและตรวจสอบคำร้องขอรับเงินชดเชยหรือคำอุทธรณ์

(4) ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ องค์กร หรือบุคคลใดๆ เพื่อขอทราบข้อเท็จจริงหรือความเห็นเพื่อประกอบการพิจารณาในการให้ความคุ้มครองผู้เสียหาย

(5) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายเงินชดเชยและวิธีการป้องกันมิให้เกิดความเสียหาย เผยแพร่ต่อสาธารณชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(6) จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาทตามที่คณะอนุกรรมการหรือคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์วินิจฉัย

(7) สนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรการส่งเสริมพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย

(8) ถือกรรมสิทธิ์ มีสิทธิครอบครอง และมีทรัพย์สินต่างๆ

(9) ก่อตั้งสิทธิและทำนิติกรรมสัญญาหรือข้อตกลงใดๆ เกี่ยวกับทรัพย์สิน

(10) มอบให้หน่วยงานของรัฐ องค์กร หรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน

(11) จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ คณะอนุกรรมการ และสำนักงาน เพื่อเผยแพร่ต่อสาธารณชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(12) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

มาตรา 26 ทรัพย์สินของสำนักงานไม่อยู่ในความรับผิดชอบแห่งการบังคับคดี

มาตรา 27 บรรดาอสังหาริมทรัพย์ที่สำนักงานได้มาโดยมีผู้บริจาคให้ หรือได้มาโดยการซื้อหรือแลกเปลี่ยนจากรายได้ของสำนักงาน ให้เป็นกรรมสิทธิ์ของสำนักงาน

ให้สำนักงานมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา ใช้และจัดหาผลประโยชน์จากทรัพย์สินของสำนักงาน

มาตรา 28 ให้สำนักงานมีเลขาธิการเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารกิจการของสำนักงานให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนดอื่น รวมทั้งนโยบายและมติของคณะกรรมการ และเป็นผู้บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานทุกตำแหน่ง

ให้คณะกรรมการเป็นผู้คัดเลือกและถอดถอนเลขาธิการ

ในการจ้างเลขาธิการให้คณะกรรมการคัดเลือกคณะกรรมการสรรหาจำนวนห้าคนซึ่งต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 29 (1) (3) (4) (5) (6) (9) (10) และ (11)

ให้คณะกรรมการสรรหาทำหน้าที่สรรหาบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เหมาะสมที่จะเป็นเลขาธิการซึ่งต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 29 (1) (3) (4) (5) (6) (9) (10) และ (11) นอกจากนี้ จะต้องไม่เป็นกรรมการในคณะกรรมการและมีอายุไม่เกินหกสิบปีบริบูรณ์ในวันขึ้นใบสมัครเพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาทำสัญญาจ้างเป็นเลขาธิการ ทั้งนี้ โดยอาจเสนอชื่อผู้มีความเหมาะสมมากกว่าหนึ่งชื่อก็ได้

กรรมการสรรหาไม่มีสิทธิได้รับการเสนอชื่อเป็นเลขาธิการ

ให้กรรมการสรรหาประชุมและเลือกกันเองให้คนหนึ่งเป็นประธานกรรมการสรรหา และเลือกอีกคนหนึ่งเป็นเลขานุการคณะกรรมการสรรหา

ให้สำนักงานทำหน้าที่เป็นหน่วยธุรการในการดำเนินการสรรหาและคัดเลือกเลขาธิการ มาตรา 29 เลขาธิการต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) สามารถทำงานให้แก่สำนักงานได้เต็มเวลา
- (3) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน
- (4) ไม่เป็นหรือเคยเป็นบุคคลล้มละลาย
- (5) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ หรือพ้นโทษจำคุกมาแล้วไม่น้อยกว่าห้าปี
- (6) ไม่เคยต้องคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลให้ทรัพย์สินตกเป็นของแผ่นดิน เพราะร่ำรวยผิดปกติหรือมีทรัพย์สินเพิ่มขึ้นผิดปกติ
- (7) ไม่เป็นผู้บริหารหรือพนักงานของรัฐวิสาหกิจอื่น หรือกิจการอื่นที่แสวงหากำไร
- (8) ไม่เป็นข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้าง ซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำของราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
- (9) ไม่เป็นข้าราชการการเมือง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา สมาชิกสภาท้องถิ่น หรือผู้บริหารท้องถิ่น
- (10) ไม่เป็นกรรมการหรือที่ปรึกษาพรรคการเมือง หรือเจ้าหน้าที่ในพรรคการเมือง
- (11) ไม่เคยถูกไล่ออก ปลดออก หรือให้ออกจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือบริษัทมหาชนจำกัด เพราะทุจริตต่อหน้าที่

มาตรา 30 เลขาธิการพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

- (1) ตาย

(2) ลาออก

(3) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 29

(4) ต้องคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่ในความผิดอันได้กระทำโดยประมาท หรือ ความผิดลหุโทษ

(5) คณะกรรมการถอดถอนจากตำแหน่งเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ

(6) ถูกเลิกสัญญาจ้าง

มาตรา 31 ให้เลขาธิการมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับการจ้างอีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันไม่ได้

เมื่อตำแหน่งเลขาธิการว่างลงและยังไม่มีกรรมการจ้างเลขาธิการคนใหม่ หรือในกรณี เลขาธิการไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นการชั่วคราว ให้คณะกรรมการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของสำนักงาน คนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทนเลขาธิการ

ให้ผู้รักษาการแทนมีอำนาจหน้าที่เช่นเดียวกับเลขาธิการ

มาตรา 32 เลขาธิการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) บรรจุ แต่งตั้ง เลื่อน ลด ตัดเงินเดือน หรือค่าจ้าง ลงโทษทางวินัยเจ้าหน้าที่และ ลูกจ้างของสำนักงาน ตลอดจนให้เจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานออกจากตำแหน่ง ทั้งนี้ ตาม ข้อบังคับที่คณะกรรมการกำหนด

(2) ออกข้อบังคับ ระเบียบหรือประกาศ เกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานโดยไม่ขัด หรือแย้งกับระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ ข้อกำหนด นโยบาย หรือมติของคณะกรรมการ

ในกิจการที่เกี่ยวกับบุคคลภายนอก ให้เลขาธิการเป็นผู้แทนของสำนักงาน เพื่อการนี้ เลขาธิการจะมอบอำนาจให้เจ้าหน้าที่ใดของสำนักงานปฏิบัติงานเฉพาะอย่างแทนก็ได้ ทั้งนี้ ตาม ข้อบังคับที่คณะกรรมการกำหนด

หมวด 4

กองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

มาตรา 33 ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงาน เรียกว่า “กองทุนคุ้มครอง ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้จ่ายเป็นเงินชดเชยให้แก่

ผู้เสียหายหรือทายาท และเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนหรือส่งเสริมการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย ตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 34 กองทุนประกอบด้วย

(1) เงินอุดหนุนที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี เพื่อเป็นเงินสมทบของสถานพยาบาลของรัฐ และของสภาอากาศไทย

(2) เงินที่สถานพยาบาล ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และสถานบริการสาธารณสุข จ่ายสมทบตามหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

(3) เงินค่าปรับตามพระราชบัญญัตินี้

(4) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้กองทุน

(5) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน

เงินและทรัพย์สินที่เป็นของกองทุน ไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดิน ตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลัง และกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

ในการเสนอขอรับเงินอุดหนุนตาม (1) ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการจัดทำคำขอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อให้รัฐจัดสรรเงินให้เพียงพอต่อการชดเชยให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาท

มาตรา 35 การรับเงิน การจ่ายเงินและการเก็บรักษาเงินกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 36 ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ ให้คณะกรรมการเสนอขอรับเงินของกองทุนในปีที่ล่วงมา ซึ่งสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินหรือบุคคลภายนอกตามที่คณะกรรมการแต่งตั้งด้วยความเห็นชอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน ตรวจสอบและรับรองแล้ว ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ

บุคคลและรายงานการรับจ่ายเงินดังกล่าว ให้รัฐมนตรีเสนอต่อนายกรัฐมนตรีเพื่อนำเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ และจัดให้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา 37 ในกรณีที่สถานพยาบาลซึ่งมีหน้าที่ส่งเงินเข้ากองทุน ไม่ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนหรือส่งภายหลังระยะเวลาที่กำหนด หรือส่งเงินไม่ครบตามจำนวนที่ต้องส่ง ให้เสียเงินเพิ่มในอัตราร้อยละสองต่อเดือนของจำนวนเงินที่ไม่ส่งหรือส่งภายหลังระยะเวลาที่กำหนดหรือจำนวนเงินที่ส่งขาดไป แล้วแต่กรณี นับแต่วันครบกำหนดส่งจนถึงวันที่ส่งเงินสมทบเข้ากองทุน

ในการคำนวณระยะเวลาตามวรรคหนึ่ง เศษของเดือนให้นับเป็นหนึ่งเดือน

หมวด 5

การยื่นคำร้อง การพิจารณาคำร้อง และการอุทธรณ์

มาตรา 38 ให้ผู้เสียหายยื่นคำร้องต่อสำนักงานหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่สำนักงานกำหนด ภายในสามปีนับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหาย แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินสิบปีนับแต่วันที่ได้รับความเสียหาย

ภายหลังผู้เสียหายได้ยื่นคำร้องให้ถือว่าอายุความทางแพ่งในมูลละเมิดอันเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุขนั้นระงับลงจนกว่าคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์จะมีความเห็นไม่รับคำร้อง หรือมีคำวินิจฉัยถึงที่สุด

ในกรณีที่ผู้เสียหายถึงแก่ชีวิต เป็นผู้ไร้ความสามารถ หรือไม่สามารถยื่นคำขอด้วยตนเองได้ ทายาท หรือผู้อนุบาล หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใดซึ่งได้รับการมอบหมายเป็นหนังสือจากผู้เสียหายแล้วแต่กรณี อาจยื่นคำร้องขอรับเงินได้

มาตรา 39 เมื่อสำนักงานหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่สำนักงานกำหนด ได้รับคำร้องตามมาตรา 38 ให้ส่งคำร้องให้คณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยตามมาตรา 13 (1) ภายในเจ็ดวัน นับแต่วันที่รับคำร้อง และให้คณะกรรมการดังกล่าวมีอำนาจหน้าที่พิจารณาคำร้อง หากพบว่าเป็นผู้เสียหายตามมาตรา 5 และไม่อยู่ในบังคับตามมาตรา 6 ให้วินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาท ภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่รับคำร้อง ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

ในกรณีที่คณะกรรมการพิจารณาไม่แล้วเสร็จตามกำหนดเวลาในวรรคหนึ่ง ให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวันและแจ้งผู้ยื่นคำร้องทราบ หากพ้นกำหนดเวลาที่ขยายดังกล่าวแล้ว การพิจารณายังไม่สามารถหาเหตุผลว่าความเสียหายไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรับบริการสาธารณสุข ให้ถือว่าผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้เสียหายและให้คณะกรรมการวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาท ภายในสามวันนับแต่วันที่พ้นกำหนดเวลาที่ขยาย ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

มาตรา 40 เมื่อมีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 39 แล้ว ให้คณะกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชยตามมาตรา 13 (1) ส่งคำร้องให้คณะกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหายตามมาตรา 13 (2) ภายในเจ็ดวัน นับแต่วันที่มิคำวินิจฉัยให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และให้คณะกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย มีอำนาจหน้าที่ประเมินความเสียหาย

กำหนดจำนวนเงินชดเชยตามมาตรา 7 ที่ผู้เสียหายควรได้รับ และวินิจฉัยจ่ายเงินชดเชย ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

การพิจารณาจ่ายเงินชดเชยตามวรรคหนึ่ง ให้คณะกรรมการพิจารณาโดยคำนึงถึงสภาพความเสียหาย สภาพจิตใจของผู้เสียหาย และสิทธิหรือประโยชน์ทดแทนที่ได้รับตามกฎหมายอื่น รวมทั้งพฤติการณ์แวดล้อม ประกอบด้วย

การพิจารณาจ่ายเงินชดเชยตามวรรคสอง ให้พิจารณาให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวัน ถ้ายังพิจารณาไม่แล้วเสร็จ ให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน และถ้ายังพิจารณาไม่แล้วเสร็จอีก ให้ขยายเวลาต่อคณะกรรมการ ทั้งนี้ให้ขยายเวลาได้อีกไม่เกินสามสิบวัน

มาตรา 41 ให้ผู้ยื่นคำร้องมีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ตามมาตรา 14 ภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณารับคำร้องขอเงินชดเชยหรือคณะกรรมการประเมินค่าชดเชยความเสียหาย แล้วแต่กรณี

การยื่นอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้อุทธรณ์ยื่นต่อสำนักงานหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่สำนักงานกำหนด เพื่อส่งให้แก่คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์

เมื่อสำนักงาน หน่วยงานหรือองค์กรที่สำนักงานกำหนดตามวรรคหนึ่ง ได้รับคำอุทธรณ์แล้ว ให้ส่งคำอุทธรณ์ให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ภายในเจ็ดวัน นับแต่วันที่รับคำอุทธรณ์

การวินิจฉัยอุทธรณ์ ให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ พิจารณาให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่รับคำอุทธรณ์ ถ้ายังพิจารณาไม่แล้วเสร็จให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน

คำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ให้เป็นที่สุด

มาตรา 42 ในระหว่างการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย หากความปรากฏแก่คณะกรรมการหรือสำนักงานว่าผู้เสียหายหรือทายาทนำเหตุแห่งความเสียหาย ฟ้องคดีต่อศาลเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ ให้คณะกรรมการหรือสำนักงานชะลอการพิจารณาคำร้องหรือการจ่ายเงินชดเชยไว้ก่อน จนกว่าคดีจะถึงที่สุด

มาตรา 43 ในกรณีผู้เสียหายหรือทายาทรับเงินชดเชยตามพระราชบัญญัติแล้ว ต่อมามีการฟ้องคดีต่อศาลเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ ให้สถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการที่ถูกฟ้องคดีดังกล่าวรายงานให้สำนักงานทราบ

ให้สำนักงานยื่นคำร้องต่อศาล เพื่อแถลงเกี่ยวกับเงินชดเชยที่ผู้เสียหายหรือทายาทได้รับไปตามพระราชบัญญัตินี้ให้ศาลทราบเพื่อประกอบการพิจารณาพิพากษาคดี

เงินชดเชยที่ได้รับตามพระราชบัญญัตินี้ ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทนตามคำพิพากษา

หมวด 6

การพัฒนาระบบความปลอดภัยและ!เองกันความเสียหาย

มาตรา 44 เมื่อคณะอนุกรรมการพิจารณาคำร้องขอรับเงินชดเชย วินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 39 แล้ว ให้ส่งรายงานการวิเคราะห์สาเหตุความเสียหายให้สถานพยาบาลและให้สถานพยาบาลรายงานแนวทางการป้องกันความเสียหายที่สถานพยาบาลได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ส่งให้สำนักงานภายในหกเดือน

สถานพยาบาลใด จัดทำรายละเอียด ซึ่งช่วยเหลือผู้รับบริการมิให้ได้รับความเสียหาย หรือจัดทำรายงานวิเคราะห์สาเหตุ การป้องกันแก้ไขความเสียหายที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมแล้ว คณะกรรมการอาจสั่งให้ลดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามมาตรา 34 ได้

มาตรา 45 ให้สำนักงานดำเนินการสนับสนุนมาตรการสถานพยาบาล หน่วยงาน หรือองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยของผู้รับบริการ กิจกรรมด้านการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายของผู้ป่วย เสนอแผนงานต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติเงินกองทุนสำหรับใช้จ่ายในการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว

มาตรา 46 สถานพยาบาลใดที่มีการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายที่ดี คณะกรรมการอาจสั่งให้ลดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามมาตรา 34 ได้

หมวด 7

บทกำหนดโทษ

มาตรา 47 ผู้ใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตามมาตรา 19 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท และปรับอีกวันละไม่เกินหนึ่งพันบาท ตลอดระยะเวลาที่ยังฝ่าฝืน

กรณีตามวรรคหนึ่ง เป็นความผิดอันยอมความได้

บทเฉพาะกาล

มาตรา 48 ให้โอนภารกิจเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ไปเป็นของสำนักงาน และกองทุน แล้วแต่กรณี ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา 49 ผู้เสียหายหรือทายาทของผู้เสียหายที่ฟ้องคดีต่อศาลและอยู่ในระหว่างการพิจารณาคดีของศาล ก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินชดเชยตามพระราชบัญญัตินี้ได้ภายในเก้าสิบวัน นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ และหากผู้เสียหายหรือทายาทจะรับเงินชดเชย ให้สามารถชะลอการพิจารณาคดีไว้ก่อน

มาตรา 50 ให้รัฐมนตรีดำเนินการให้มีการคัดเลือกและแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา 8 (3)-(5) เพื่อให้ได้คณะกรรมการตามพระราชบัญญัตินี้ ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

ในระหว่างที่ยังไม่มีคณะกรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง ประกอบด้วย รัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนแปดคน โดยในจำนวนนี้ให้เป็นผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพ จำนวนสี่คน เป็นกรรมการ

ให้รัฐมนตรีแต่งตั้งบุคคลผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์คนหนึ่ง เพื่อทำหน้าที่เลขาธิการเป็นการชั่วคราว จนกว่าเลขาธิการซึ่งได้รับการจ้างตามพระราชบัญญัตินี้เข้ารับหน้าที่

มาตรา 51 ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการใด สมควรใจจะเปลี่ยนไปเป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างของสำนักงาน ให้แจ้งความจำนงค์เป็นหนังสือต่อผู้บังคับบัญชา และจะต้องผ่านการคัดเลือกหรือการประเมินตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด

ข้าราชการซึ่งเปลี่ยนไปเป็นเจ้าหน้าที่ของสำนักงานตามวรรคหนึ่ง ให้ถือว่าออกจากราชการ เพราะเลิกหรือยุบตำแหน่งตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ แล้วแต่กรณี

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

.....

นายกรัฐมนตรี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล

ประวัติการศึกษา

อาชีพปัจจุบัน

สิทธิพร จันทร์พร

ปริญญาตรีนิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีปทุม

ปีการศึกษา 2548

ทนายความ