

ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



นภัสวรรณ ออกแมน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

พ.ศ. 2558

**Legal Problems concerning National Health Security Fund under
National Health Security Laws**

Naphatsawan Ookman

**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

2015

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตาม กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ชื่อผู้เขียน	นภัศวรณ ออกแมน
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์พินิจ ทิพย์มณี
สาขาวิชา	นิติศาสตร์
ปีการศึกษา	2557

บทคัดย่อ

ปัจจุบันมีความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ซึ่งเข้ารับบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้เข้ารับบริการเกิดความไม่ไว้วางใจในตัวผู้ให้บริการคือแพทย์รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ มีการนำคดีไปฟ้องร้องต่อศาลเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายความเสียหายที่ได้รับจากการเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้ารับบริการและผู้ให้บริการเป็นไปในทางที่ค่อนข้างเลวร้ายลง แม้จะมีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้อำนาจจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นมาและมีมาตรา 41 ให้มีการจ่ายเงินเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดก็ตาม แต่ยังคงพบว่าการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังคงมีปัญหาของการให้ความคุ้มครองที่ไม่ครอบคลุมต่อประชาชนภายในประเทศไทยอย่างเท่าเทียมกันทุกคน คงให้ความคุ้มครองเพียงกลุ่มบุคคลที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ทั้งการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังไม่ได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนขึ้นเพื่อสำหรับเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขด้วยแต่อย่างใดไม่ การเยียวยาความเสียหายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็พบว่าให้การเยียวยาความเสียหายที่ไม่ครอบคลุมต่อความเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้น หากแต่มีความเสียหายมากเกินกว่าความคุ้มครองที่กองทุนจะเยียวยาความเสียหายให้ได้ ผู้ซึ่งได้รับความเสียหายต้องใช้สิทธิเรียกร้องทางศาลด้วยตนเอง จึงยังคงเป็นการสร้างภาระให้ความไม่ไว้วางใจให้กับประชาชนผู้ซึ่งต้องเข้ารับบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน

จากการศึกษากองทุนตามกฎหมายของต่างประเทศเห็นได้ว่า มีการออกกฎหมายให้มีการจัดตั้งกองทุนที่มีวัตถุประสงค์ขึ้นเพื่อเป็นการจ่ายเงินเยียวยาความเสียหายให้กับผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ไว้โดยเฉพาะ และยังให้ความคุ้มครองต่อประชาชนคนในประเทศทั่วทุกคนอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ทั้งประเภทของการจ่ายเยียวยาความเสียหายยังให้ความคุ้มครองต่อความเสียหายที่ได้รับทั้งหมด โดยประชาชนไม่ต้องไปเรียกร้องทางศาล

ด้วยตนเอง ทั้งระบบการจ่ายเงินเยียวยาความเสียหายยังได้มีการนำระบบเยียวยาความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดหรือหาตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ทำให้ลดปัญหาของความขัดแย้งระหว่างผู้เข้ารับบริการและผู้ให้บริการได้เป็นอย่างดี ทั้งทำให้ไม่ภาวะกดดันต่อแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยว่าจะต้องถูกฟ้องเป็นคดีความแต่อย่างใด ทำให้พบว่า การจ่ายเยียวยาความเสียหายด้วยระบบดังกล่าวเป็นระบบที่มุ่งเยียวยาความเสียหายต่อความเสียหายอย่างแท้จริง โดยไม่มุ่งที่จะหาตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษเป็นสำคัญ จึงทำให้ส่งผลดีต่อระบบการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน

ดังนั้น ผู้เขียนเห็นควรศึกษากฎหมายเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพของประเทศ ไทยที่มีการนำเอาระบบการเยียวยาความเสียหายที่ไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดและไม่มุ่งหาตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษมาบัญญัติไว้ด้วยเปรียบเทียบกับการจัดตั้งกองทุนเยียวยาความเสียหายความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขของต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเพื่อจัดตั้งกองทุนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเยียวยาความเสียหายผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขของประเทศไทยได้อย่างครอบคลุมประชาชนทั่วทุกคนให้ได้รับการเยียวยาความเสียหายอย่างเหมาะสม เป็นธรรม และเป็นไปตามเจตนารมณ์ของการจัดตั้งกองทุนเยียวยาความเสียหายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

Thesis Title	Legal Problems concerning National Health Security Fund under National Health Security Laws.
Author	Naphatsawan Ookman
Thesis Advisor	Associate Professor Pinit Tipmanee
Department	Law
Academic Year	2014

ABSTRACT

In the present, the damage are occurred to those who received health services a lot of increased. The arrival caused distrust in a service provider is a physician and medical staff. Bringing the case to court to claim compensation for the damage that has been accepted by more. The relationship between who received health services and provider is in relatively worse. Although, the National health security fund under section 41 of National health security laws to pay compensation for damages incurred by who received health service is not proved to be the wrong, but also that the national health security fund is still the problem of the protection does not cover the local population are equally to everyone. It provides coverage to persons who exercised of national health security fund only. The national health security fund also has set the objective of establishing a fund to compensate for damage arising from who received health services. The compensation of the National health security fund found that the compensation does not cover all damages. If the most damages are excess of the coverage fund will compensate. Who received damage to their claims in the court for oneself. It is still a burden to distrust the people who need to receive health service today.

The study found that the laws of foreign countries see that the legislation to establish a fund that aims to help pay compensation to those who received damage from who received medical service in particular and provides coverage to all the people in the country equality. The type of compensation also covers damages received. The public does not need to call the court in person. The system also has to pay compensation without having to prove to be wrong or the offenders to justice. The study finds that to reduce the problem of conflicts between who received health service and provider. The result is not pressure on doctors treated patients that had to be

filed a lawsuit. It found that the compensation system such as the system aimed at compensating for the damage truly is aimed to punish the offenders, thereby making a significant impact on the health service in the present.

Thus, the authors agreed to study the law concerning national health security fund in Thailand that have adopted a compensation system that does not require proof of guilt and not punishment the offenders were provided with a compare the establish of compensation fund from received health service in foreign countries. To guide the revision of the law to establish a fund that aims to compensate those who received damage by the arrival of health service in Thailand. The people to be compensated fairly, appropriately and the spirit of the creation of a fund to compensate effectively.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกลงได้ด้วย ความกรุณา และความอนุเคราะห์จาก รองศาสตราจารย์ พิณิจ ทิพย์มณี ที่ได้ให้ความเมตตา รับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยท่านได้สละเวลาอันมีค่าในการชี้แนะ ให้ความรู้ คำแนะนำ และช่วยตรวจแก้ไขเนื้อหา การจัดทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดีจนทำให้การเขียนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ ศรีธรรมรักษ์ ที่กรุณา รับเป็นประธานกรรมการ รองศาสตราจารย์ ดร.ภูมิ โชคเหมาะ รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิตรา วิเชียรชม ซึ่งรับเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านอาจารย์ทุกๆ ท่านได้สละเวลาอันมีค่ามาทำการตรวจพิจารณา พร้อมทั้งให้ความรู้ คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา รวมถึงครอบครัว ที่ให้โอกาสผู้เขียนได้รับการศึกษา ทั้งเป็นกำลังใจ แนะนำ ตักเตือน ให้สติแก่ผู้เขียนอันเป็นประโยชน์ต่อการทำงานวิทยานิพนธ์นี้

นอกจากนี้ ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ ท่านผู้แต่งตำรา บทความ วิทยานิพนธ์ งานวิจัยต่างๆ ที่ผู้เขียนนำมาศึกษาค้นคว้า ตลอดจนเพื่อนๆ ทุกคน ซึ่งเป็นกำลังใจ ให้การสนับสนุน แนะนำ ช่วยเหลือเป็นอย่างดีเสมอมา ทั้งให้การสนับสนุน ทำให้การเขียนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ผู้เขียนขอขอบความคิดนี้ให้แก่บุคคลทุกท่านที่กล่าวมาข้างต้น หากมีข้อผิดพลาดหรือบกพร่องประการใด ผู้เขียนขออภัยรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	๗
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	๖
กิตติกรรมประกาศ.....	๗
สารบัญตาราง.....	๘
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	5
1.3 สมมติฐานของการศึกษา.....	5
1.4 ขอบเขตของการศึกษา.....	6
1.5 วิธีดำเนินการศึกษา.....	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2. แนวความคิด และวิวัฒนาการเกี่ยวกับกองทุนเพื่อเป็นหลักประกันสุขภาพ.....	7
2.1 หลักความเสมอภาค.....	7
2.2 สิทธิในการรับบริการสาธารณสุขจากรัฐ.....	11
2.3 หลักความรับผิดชอบในการกระทำของแพทย์.....	18
2.4 หลักการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข.....	20
2.5 หลักการชดเชยความเสียหายโดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคลและไม่ต้องพิสูจน์ ความรับผิด (No-fault or No Blame Liability Compensation)	24
2.6 วิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพของไทย.....	25
2.7 วิวัฒนาการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	32
3. กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมายไทยเปรียบเทียบกับ กฎหมายต่างประเทศ.....	36
3.1 การเยียวยาความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข ตามกฎหมายไทย.....	37
3.2 การเยียวยาความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ตามกฎหมายต่างประเทศ.....	66

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4. ปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.....	94
4.1 วิเคราะห์ปัญหาของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ไม่ได้กำหนดไว้เพื่อชดเชยความเสียหายจากการรักษาพยาบาล.....	97
4.2 วิเคราะห์ปัญหาของผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองและเยียวยา โดยได้รับเงินชดเชยตามมาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.....	101
4.3 วิเคราะห์ปัญหาของประเภทการชดเชยความเสียหายให้กับผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	109
4.4 วิเคราะห์ปัญหาของแหล่งที่มาของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	112
4.5 วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการ และดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่มีความเป็นอิสระ.....	116
4.6 วิเคราะห์ปัญหาของการใช้สิทธิไล่เบี้ยตามมาตรา 42 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.....	121
4.7 วิเคราะห์ปัญหาการฟ้องคดีเรียกค่าเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขโดยนำพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาใช้.....	125
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	136
5.1 บทสรุป.....	136
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	145
บรรณานุกรม.....	151
ภาคผนวก.....	158
ประวัติผู้เขียน.....	174

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 ความเป็นมาและพัฒนาระบบหลักประกัน 2488-2545.....	33
3.1 ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษา.....	39
4.1 ตัวอย่างสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่ต่างกันระหว่างระบบประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบสวัสดิการข้าราชการ.....	103

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สืบเนื่องจากปัจจุบันมีแนวโน้มการฟ้องร้องผู้ประกอบการวิชาชีพและสถานพยาบาล เพื่อเรียกร้องค่าเสียหายจากความเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น มีการร้องเรียนออกสื่อออนไลน์ มีคดีความผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลฟ้องร้องแพทย์ที่ทำการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เกิดคดีแพทย์ที่ทำการรักษาติดคุกโดยไม่รอลงอาญา เกิดคดีกับผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่ต้องการเวชระเบียนเพื่อไปต่อสู้อุบัติการณ์โดยนำออกจากโรงพยาบาลอันถือเป็นความผิดฐานลักทรัพย์ ฯลฯ โดยมีมูลเหตุมาจากการได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลทั้งสิ้น เป็นผลให้ผู้ประกอบการวิชาชีพทางสาธารณสุขเป็นจำนวนมากที่ต้องรับผิดชอบทั้งทางคดีแพ่งและคดีอาญา ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วนั้น การดำเนินการของผู้ประกอบการวิชาชีพนั้นมีเจตนาเพื่อที่จะช่วยเหลือบำบัดโรคให้แก่ผู้เข้ารับบริการ โดยการใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ แต่มีบางสถานการณ์ที่เป็นเหตุฉุกเฉินจำเป็นต้องใช้การตัดสินใจอย่างเร่งด่วนหรือเป็นเหตุสุดวิสัยที่เป็นสถานการณ์เร่งด่วนและจำเป็นต้องทำการตัดสินใจในทันทีทันใด อันเป็นการ ยากต่อการป้องกัน ทำให้เกิดความเสียหายขึ้น จึงเป็นเหตุให้เกิดความไม่ไว้วางใจในการบำบัดโรคของผู้ประกอบวิชาชีพต่อตัวผู้ป่วย และยังทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ประกอบวิชาชีพเป็นไปในทางที่ไม่ดีต่อกันนัก ผู้ป่วยเกิดความหวาดระแวงไม่ไว้ในตัวแพทย์ที่ทำการรักษา ส่วนแพทย์ที่ทำการรักษา ก็เกิดความเกรงกลัวว่าจะถูกฟ้องร้องเป็นคดีความก็จะส่งตรวจตัวผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทำให้ภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเป็นเท่าตัว ซ้ำหากเกิดความเสียหายจนถึงขั้นฟ้องร้องเป็นคดีความ ผู้ป่วยก็ยังคงต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายต่อไป ทั้งยังอาจจะไม่ได้รับการเยียวยาอย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

เป็นที่ยอมรับกันอย่างเปิดเผยว่า¹ ความเสียหายจากการใช้บริการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั่วไปในทุกประเทศ และกลายเป็นประเด็นเชิงนโยบายระดับโลก แนวทางการจัดการแก้ไขปัญหานี้ในประเทศต่างๆ มีสี่แนวทางคือ หนึ่ง การฟ้องร้องทางศาลเพื่อลงโทษคนผิด สอง การ

¹ จาก *ประสบการณ์ต่างแดนระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข* (น. 16), โดย ลือชัย ศรีเงินขวง, นฤพงศ์ กักดี, หญิง จิราพร ชมศรี และจเร วิชาไทย, 2553, กรุงเทพฯ: วันดีคืนดี.

ปฏิรูปกฎหมายการฟ้องร้อง/การประกันทางการแพทย์ (Tort reform/Medical Liability reform) เพื่อลดผลกระทบจากการฟ้องร้อง เยียวยาผู้เสียหาย และส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย สาม การส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) และสี่ การพัฒนาระบบการเยียวยาความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ผู้ผิด (No-fault Compensation)

หลายประเทศมีการนำแนวทางที่มาใช้ คือ การชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ผู้ผิดมักจะมีรากฐานความเป็นมาและหลักคิด (Concepts) ใกล้เคียงกัน ที่มาจากปัญหาวิกฤติ 3 ด้าน

1. ปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์ที่ไม่เพียงไม่ลดลงแต่เพิ่มขึ้น (Medical Errors) ระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น
2. กลไกการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายในระบบศาล (Tort System) ไม่เพียงไม่แก้ปัญหาแต่ก่อวิกฤติในทุกๆ ด้านเพิ่มขึ้น
3. ระบบประกันความเสี่ยงทางการแพทย์ (Medical Liability Insurance Crisis) ไม่แก้ปัญหาและเกิดวิกฤติล้มละลาย

ต่อมามีการออกกฎหมายเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีมาตรา 41 กำหนดให้มีการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็น “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” ให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดไม่ได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด ทำให้ผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายได้รับการเยียวยาความเสียหายอันถือเป็นความทุกข์ได้ในเบื้องต้น และสามารถลดการฟ้องร้องคดีทางแพ่งเพื่อเรียกค่าเสียหายได้จำนวนหนึ่ง แต่ถึงอย่างไรก็ตามผู้เข้ารับบริการที่ได้รับความเสียหายส่วนมากยังไม่ได้รับความช่วยเหลือเท่าที่ควร และยังมี การฟ้องร้องเพื่อขอ “ค่าเยียวยาความเสียหาย” ดังกล่าว

การจ่ายเงินตามมาตรา 41 เป็นการจ่ายเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมาตรา 38 บัญญัติให้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นมา โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพถือเป็นกองทุนหลักที่มีความสำคัญกองทุนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย เนื่องจากประเทศไทยมีระบบสุขภาพ 4 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ ระบบประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการจ่ายเอง ที่มีไว้เพื่อสำหรับผู้ที่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลจาก 3 ระบบแรก เช่น บุคคลที่เกษียณจากราชการแล้ว เกษตรกร หรือผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระ ดังนั้น กองทุนหลักประกันสุขภาพจึงถือเป็นกองทุนที่มีความสำคัญต่อระบบหลักประกันสุขภาพเป็นอย่างมาก แต่โดยที่การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามมาตรา 38 วัตถุประสงค์ “เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพให้ใช้จ่ายเงินกองทุน โดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสมประกอบด้วย” เห็นได้ว่า วัตถุประสงค์หลักของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพมีไว้เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสาธารณสุขให้กับหน่วยบริการแก่ผู้ที่ตั้งทะเบียนใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่มีการกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการจ่ายเงินเยียวยาความเสียหายให้กับผู้รับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายแต่อย่างใด หากมีผู้รับบริการรักษาพยาบาลได้รับความเสียหายก็เป็นการจ่ายตามมาตรา 41 ที่กฎหมายบัญญัติเพิ่มไว้เท่านั้น ซึ่งถือเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล แต่งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากรัฐต้องดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกฎหมายคือเป็นค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการ ดังนั้น เงินที่ได้รับจัดสรรของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมิได้จัดสรรเพื่อเยียวยาให้กับผู้รับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายแต่อย่างใด เนื่องจากเงินดังกล่าวต้องจัดการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ จึงทำให้เมื่อได้รับความเสียหายขึ้นแล้วก็อาจไม่ได้รับเยียวยาความเสียหายได้เต็มตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดตามกฎหมายได้ เหตุเพราะเงินอาจไม่เพียงพอต่อการเยียวยา ทำให้เกิดปัญหาต่อตัวผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายและไม่ได้รับเงินเยียวยาหรือได้รับเงินเยียวยาแต่ไม่เป็นไปตามจำนวนที่หลักเกณฑ์การจ่ายเงินได้กำหนดไว้

ผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินเยียวยาอันเป็นค่าเสียหายเบื้องต้นตามมาตรา 41 ก็จำกัดแค่เพียงเฉพาะบุคคลที่ลงทะเบียนใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น การเยียวยาตามมาตรา 41 จึงไม่คุ้มครองผู้ที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ และผู้ใช้สิทธิประกันสังคมแต่อย่างใด แม้หลักการจ่ายเงินเยียวยาตามมาตรา 41 จะเป็นผลดีต่อผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลทันทีที่ได้รับความเสียหาย ทำให้สามารถได้รับการเยียวยาได้ทันถ่วงทีก็ตาม แต่บุคคลที่อยู่นอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหากได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลก็ไม่สามารถยื่นคำร้องต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อขอรับเงินเยียวยา “ค่าเสียหายเบื้องต้น” ตามมาตรา 41 ได้หากต้องการได้รับเยียวยาจะต้องนำคดีไปฟ้องร้องต่อศาลเพื่อเรียกค่าเยียวยาเอง กลับกลายเป็นว่ามีการแบ่งแยกผู้เข้ารับบริการที่ได้รับความเสียหายเป็น 2 ประเภท กล่าวคือ ประเภทที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเข้ารับบริการรักษาพยาบาลแล้วได้รับความเสียหายสามารถขอรับเงินเยียวยาตามมาตรา 41 ได้ทันทีโดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ความผิดหรือหาตัวผู้กระทำความผิด แต่ประเภทที่สองคือ ผู้ที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ และผู้มีสิทธิตามประกันสังคม หากเข้ารับบริการรักษาพยาบาลแล้วได้รับความเสียหายหากต้องการได้รับเยียวยาต้องนำคดีไปฟ้องร้องต่อศาลเพื่อพิสูจน์ความเสียหายและหาตัวผู้กระทำความผิด จึงจะได้รับ

การเยียวยา ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมและไม่เสมอภาคกันในระหว่างประชาชนด้วยกันเองอย่างชัดเจน จึงควรที่จะต้องมีการแก้ไขให้ทุกคนได้รับสิทธิอย่างเป็นธรรมและเสมอภาคเท่ากันทุกคน

แหล่งที่มาของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็เป็นเงินที่ได้รับจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐทั้งจำนวน จึงถือได้ว่าเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเงินภาษีของประชาชนทุกคน แต่กลายเป็นว่าเมื่อเกิดความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ภาษีของประชาชนกลับให้ประโยชน์แก่บุคคลเฉพาะกลุ่ม แต่อีกกลุ่มกลับต้องคืนเงินใช้สิทธิเรียกร้องด้วยตนเอง แต่หากต้องการให้ประชาชนได้รับสิทธิที่มีความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน โดยให้ได้รับเงินเยียวยาจากกองทุนทุกคน ก็จะไม่เป็นธรรมหากหน่วยบริการที่ก่อให้เกิดความเสียหายเป็นหน่วยที่เอกชนเป็นเจ้าของแต่เมื่อทำให้เกิดความเสียหายขึ้นกลับได้รับประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ต้องการคุ้มครองประชาชน แต่หน่วยบริการดังกล่าวไม่ได้เสียหรือร่วมจ่ายเยียวยาแต่อย่างใด ดังนั้น จึงควรที่จะให้แหล่งที่มาของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาจากการจ่ายสมทบของหน่วยบริการที่เอกชนเป็นผู้ดูแลด้วย จักทำให้เกิดประโยชน์และเป็นธรรมต่อประชาชนเท่าเทียมกัน

รูปแบบและโครงสร้างของการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบันที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและอนุกรรมการที่ทำหน้าที่บริหารกองทุนและตรวจสอบควบคุมคุณภาพของหน่วยบริการซึ่งจะมาจากตัวแทนจากสถานบริการทุกภาคส่วน รวมถึงภาคเอกชนด้วย แต่ปัจจุบันกรรมการที่ทำหน้าที่จากภาคเอกชนส่วนใหญ่จะเป็นตัวแทนที่ดำรงตำแหน่งอยู่ในสถานบริการของเอกชนซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้มีส่วนได้เสีย เมื่อเข้ามาทำหน้าที่ทำให้มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผลประโยชน์ในการจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการจ่ายให้กับหน่วยบริการแบบเหมาหัวหรือการกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลอาจทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมต่อสถานพยาบาลอื่นได้

ด้วยเหตุดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้เขียนเห็นว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีปัญหาจึงต้องทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ซึ่งควรที่จะต้องมีการศึกษาปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอที่จะแก้ไขเยียวยาผู้ป่วยอย่างไร โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายของไทยกับกฎหมายต่างประเทศทั้งที่ใช้ระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law System) และประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (Civil Law System) เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสามารถเยียวยาค่าเสียหายให้แก่ผู้ได้รับความเสียหาย

จากการเข้ารับบริการสาธารณสุขหรือบริการทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกคนอย่างเป็นธรรมและเสมอภาคต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาแนวความคิด หลักการ และทฤษฎีในการจัดตั้งกองทุนเยียวยาในระบบเยียวยาความเสียหายที่ไม่มุ่งลงโทษหาตัวผู้กระทำความผิด และไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิดชอบ (No-Fault or no-blame Liability Compensation System)
2. เพื่อศึกษากฎหมายที่เกี่ยวกับการจัดตั้งกองทุนเยียวยาความเสียหายในประเทศไทย เปรียบเทียบกับกฎหมายของต่างประเทศ
3. เพื่อศึกษาปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถึงวัตถุประสงค์ แหล่งที่มากองทุน ประเภทการเยียวยา ตลอดจนวิธีการจ่ายเงินช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล
4. เพื่อเสนอแนะแนวทางทางกฎหมายในการเยียวยาผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 สมมติฐานการศึกษา

ในปัจจุบันปัญหาการฟ้องร้องคดีเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลร้ายต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทยและนับวันจะเพิ่มมากยิ่งขึ้น แต่ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการคุ้มครองและเยียวยาแก่ประชาชนซึ่งได้รับความเสียหายอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยไม่จำเป็นต้องผ่านกระบวนการยุติธรรมทางศาล หรือรูปแบบอื่นใด แม้ว่าปัจจุบันได้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 อยู่แล้วก็ตาม แต่วัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมุ่งเน้นเฉพาะเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข โดยยังไม่ครอบคลุมไปถึงการคุ้มครองและเยียวยาแก่ประชาชนซึ่งได้รับความเสียหาย แม้มาตรา 41 จะให้มีการจ่ายเงินเยียวยา “ค่าเสียหายเบื้องต้น” จากกองทุนดังกล่าว แต่ก็ยังคงให้สิทธิเฉพาะผู้ซึ่งได้ลงทะเบียนใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)เท่านั้น ยังคงไม่ครอบคลุมถึงผู้ใช้สิทธิอื่น เช่น ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และผู้ออกเงินเอง ทั้งกองทุนดังกล่าวพบว่าการจัดตั้งคณะกรรมการและอนุกรรมการดำเนินงาน และออกหลักเกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงินและตรวจสอบสถานพยาบาลขาดความเหมาะสม ไม่ครอบคลุม และยังมีกรณีเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้มีส่วนได้เสียที่ดำเนินการบริหารกองทุน นำไปสู่ปัญหาความไม่เป็นธรรม และความเสมอภาค

จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและหลักเกณฑ์การเยียวยาอย่างปัจจุบันทันด่วน โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการยุติธรรมทางศาลเพื่อให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มุ่งศึกษาลักษณะ การจัดตั้ง รูปแบบ อำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบ ตลอดจนการดำเนินงานของคณะกรรมการและอนุกรรมการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ ทั้งประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law System) และประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (Civil Law System) เพื่อประโยชน์ในการนำมาเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์และเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีประสิทธิภาพ ความโปร่งใส และสามารถช่วยเหลือผู้ที่มีความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขหรือบริการทางการแพทย์ได้อย่างเป็นธรรม และตัดปัญหาการฟ้องร้องคดีกับสถานพยาบาลตลอดจนผู้ประกอบการวิชาชีพ

1.5 วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลจากหนังสือตำรากฎหมาย บทความ วารสาร งานวิจัย บทบัญญัติของกฎหมาย เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ เว็บไซต์ต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์โดยอาศัยหลักเกณฑ์และแนวทางที่เหมาะสมต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปทางกฎหมาย

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบแนวความคิด หลักการ และทฤษฎีในการจัดตั้งกองทุนเยียวยาในระบบเยียวยาความเสียหายที่ไม่มุ่งลงโทษหาตัวผู้กระทำความผิด และไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิด (No-Fault or no-blame Liability Compensation System)
2. ทำให้ทราบกฎหมายที่เกี่ยวกับการจัดตั้งกองทุนเยียวยาความเสียหายในประเทศไทย เปรียบเทียบกับกฎหมายของต่างประเทศ
3. ทำให้ทราบปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถึงวัตถุประสงค์ แหล่งที่มาของทุน ประเภทการเยียวยา ตลอดจนถึงวิธีการจ่ายเงินช่วยเหลือผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล
4. ทำให้ทราบข้อเสนอแนะเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการเยียวยาผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของรัฐอย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

แนวความคิด หลักการ วิวัฒนาการ และทฤษฎีในการจัดตั้งกองทุนชดเชย ในระบบชดเชยความเสียหายที่ไม่มุ่งลงโทษหาตัวผู้กระทำความผิด และไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิด

(No-fault or No-Blame Liability Compensation System)

ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย มีหลักการที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนในประเทศไทยได้รับบริการด้านสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน แต่ในหลักการของการจ่ายเงินชดเชยความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมายของประเทศไทยกลับมีหลักการที่สวนทางกัน จึงมีความจำเป็นจะต้องทำการศึกษาจากแนวความคิด หลักการ และทฤษฎีในการจัดตั้งกองทุนชดเชยในระบบชดเชยความเสียหายที่ไม่มุ่งลงโทษหาตัวผู้กระทำความผิด และไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิด (No-fault or No-Blame Liability Compensation System) เพื่อหาแนวทางในการจัดตั้งกองทุนชดเชยผู้ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนทุกคนได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยนาระบบดังกล่าวมาใช้ โดยได้จัดแบ่งหัวข้อการศึกษามีรายละเอียด ดังนี้

2.1 หลักความเสมอภาค

ในสมัยดั้งเดิมแนวความคิดเรื่องหลักความเสมอภาคเกิดจากคำสอนของศาสนาคริสต์ที่ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างทางเศรษฐกิจและระบบทาสที่มีอยู่ในยุคของอาณาจักรโรมัน ต่อมาในสมัยกลางระบบศักดินาได้ยกเลิกแนวความคิดเรื่องความเสมอภาคและสร้างลำดับชั้นของสังคมขึ้นแปรผันตามสภาพของที่ดินและบุคคล ในทางศาสนา ทั้งกฎหมายแพ่งและกฎหมายมหาชนไม่มีลักษณะเป็นเอกภาพแต่จะแปรผันไปตามมณฑล เมือง หรือกลุ่มคน อย่างไรก็ตาม ความไม่เสมอภาคในสมัยกลางดังกล่าวค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเกิดชนชั้นกลางที่สะสมความเข้มแข็งขึ้นจนนำไปสู่การเรียกร้องให้เปลี่ยนแปลงความไม่เสมอภาคทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง¹

¹ จาก “หลักความเสมอภาค.”, โดย สมคิด เลิศไพฑูรย์, 2542, วารสารนิติศาสตร์, 30(2). น. 161.

หลักความเสมอภาคถือว่าเป็นพื้นฐานทางศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งมนุษย์ย่อมได้รับการรับรองและคุ้มครองจากกฎหมายสามารถนำไปอ้างหรือใช้ได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่เลือกปฏิบัติเพราะความแตกต่างของเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา ถิ่นกำเนิด เป็นต้น นอกจากนี้ หลักความเสมอภาคนี้เป็นหลักที่ควบคุมมิให้รัฐใช้อำนาจของตนตามอำเภอใจโดยการใช้อำนาจของรัฐแก่กลุ่มบุคคลใดบุคคลหนึ่งรัฐต้องสามารถอธิบายได้ว่าเพราะเหตุใดรัฐจึงกระทำการอันก่อให้เกิดผลกระทบหรือเป็นการให้ประโยชน์แก่บุคคลหนึ่งนั้น โดยเฉพาะ หากการให้เหตุผลไม่อาจรับฟังได้แสดงว่าการใช้อำนาจของรัฐนั้นเป็นไปตามอำเภอใจ ดังนั้น หลักความเสมอภาคจึงเป็นหลักสำคัญในการรับรองและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนและสามารถนำมาตรวจสอบการใช้อำนาจของรัฐไม่ว่าจะเป็นฝ่ายนิติบัญญัติ ฝ่ายบริหาร และฝ่ายตุลาการได้

หลักความเสมอภาคหากจะมองในอีกแง่มุมหนึ่งแล้วก็คือ สิทธิของราษฎรซึ่งจะได้รับการปฏิบัติจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน มีบัญญัติรับรองไว้ได้ดีที่สุด คือ ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของมนุษย์และพลเมือง (Declaration des droits de l’homme et du citoyen) ลงวันที่ 26 สิงหาคม 1789 โดยบัญญัติรับรองไว้ถึง 3 มาตรา ได้แก่

มาตรา 1 มนุษย์กำเนิดและดำรงชีวิตอย่างมีอิสระและความเสมอภาคกันตามกฎหมาย การแบ่งแยกทางสังคมจะกระทำได้ก็แต่เพื่อผลประโยชน์ร่วมกันของส่วนรวม

มาตรา 6 กฎหมายคือการแสดงออกของเจตนารมณ์ร่วมกัน... กฎหมายจะต้องเหมือนกันสำหรับทุกคนไม่ว่าจะเป็นการคุ้มครองหรือลงโทษก็ตาม พลเมืองทุกคนเท่าเทียมกันเบื้องหน้ากฎหมายและได้รับการยอมรับอย่างเท่าเทียมกันในเรื่องศักดิ์ศรี สถานะและงานภาครัฐตามความสามารถ โดยปราศจากความแตกต่าง เว้นแต่เฉพาะพลังงานและพรสวรรค์ของแต่ละคน

มาตรา 13 เพื่อทำนุบำรุงกองทัพและเพื่อรายจ่ายในการดำเนินงานของรัฐ จำเป็นที่จะต้องเก็บภาษี ซึ่งจะต้องมีการกระจายภาระภาษีอย่างเท่าเทียมกันสำหรับพลเมืองทุกคนโดยคำนึงถึงความสามารถของแต่ละคน

ต่อมาในรัฐธรรมนูญของรัฐเสรีประชาธิปไตยเกือบทุกรัฐก็ได้บัญญัติรับรองหลักความเสมอภาคไว้

รัฐธรรมนูญฝรั่งเศส ฉบับปัจจุบันลงวันที่ 23 พฤษภาคม 1958 บัญญัติถึงหลักความเสมอภาคไว้ในมาตราแรกว่า “ฝรั่งเศสเป็นสาธารณรัฐที่แบ่งแยกมิได้ เป็นของประชาชน เป็นประชาธิปไตยและเป็นของสังคม สาธารณรัฐรับรองถึงความเสมอภาคตามกฎหมายของประชาชนโดยไม่แบ่งแยกแหล่งกำเนิด เชื้อชาติ หรือศาสนา สาธารณรัฐเคารพต่อความเชื่อของทุกนิกาย

หลักความเสมอภาคตามหลักกฎหมายไทย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550² ก็ได้บัญญัติรับรองหลักความเสมอภาคไว้ในมาตรา 30 วรรคหนึ่งว่า “บุคคลย่อมเสมอภาคกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน” และวรรคสองว่า “ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน” ตามหลักรัฐธรรมนูญหลักนี้ องค์กรต่างๆ ของรัฐซึ่งรวมทั้งฝ่ายปกครองด้วยต้องปฏิบัติต่อบุคคลที่เหมือนกันในสาระสำคัญอย่างเดียวกันและปฏิบัติต่อบุคคลที่แตกต่างกันในสาระสำคัญแตกต่างกันออกไปตามลักษณะเฉพาะของแต่ละคน³ การปฏิบัติต่อบุคคลที่เหมือนกันในสาระสำคัญแตกต่างกันก็ดี การปฏิบัติต่อบุคคลที่แตกต่างกันในสาระสำคัญอย่างเดียวกันก็ดีย่อมขัดต่อหลักความเสมอภาค

เห็นได้ว่า หลักความเสมอภาคไม่ได้บังคับให้องค์กรต่างๆ ของรัฐต้องปฏิบัติต่อบุคคลทุกคนอย่างเดียวกัน ตรงกันข้าม กลับบังคับให้ต้องปฏิบัติต่อบุคคลที่แตกต่างกันในสาระสำคัญแตกต่างกันออกไปตามลักษณะเฉพาะของแต่ละคน เฉพาะแต่บุคคลที่เหมือนกันในสาระสำคัญเท่านั้นที่องค์กรต่างๆ ของรัฐต้องปฏิบัติต่อเขาเหล่านั้นอย่างเดียวกัน ในทางปฏิบัติก็มีการแบ่งแยกบุคคลออกเป็นประเภทๆ เช่น ผู้เยาว์ บุคคลซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว ข้าราชการ ทนายความ วิศวกร เกษตรกร ฯลฯ แล้วปฏิบัติต่อบุคคลประเภทเดียวกันอย่างเดียวกันและต่อบุคคลต่างประเภทกันแตกต่างกันออกไป อย่างไรก็ตาม การแบ่งแยกบุคคลออกเป็นประเภทๆ แล้วปฏิบัติต่อบุคคลต่างประเภทแตกต่างกันออกไป ที่เรียกว่า “การปฏิบัติต่อบุคคลแตกต่างกัน (Different treatment)” นั้น ไซ้ว่าจะกระทำได้เสมอไปในทุกกรณีก็หาไม่

ประเภทของหลักความเสมอภาคภายใต้รัฐธรรมนูญของไทยสามารถแบ่งได้ ดังนี้⁴

1. หลักความเสมอภาคทั่วไป ความเสมอภาคต่อหน้ากฎหมาย หมายความว่า บุคคลไม่ว่าจะมีฐานะทางกฎหมายอย่างไรก็ต้องอยู่ภายใต้กฎหมายเดียวกัน สถานะทางกฎหมายไม่ก่อให้เกิดเอกสิทธิ์แก่บุคคลเหล่านั้นแต่อย่างใด เช่น ถ้าหากตำรวจทำสิ่งผิดกฎหมาย ตำรวจคนนั้นก็ต้องรับโทษเช่นเดียวกับกรณีที่บุคคลธรรมดาทั่วไปกระทำความผิด การเป็นตำรวจไม่ได้ก่อให้เกิดสิทธิแก่ตำรวจที่ไม่ต้องรับโทษในทางอาญา เว้นแต่กรณีดังกล่าวจะเข้าเหตุยกเว้นโทษ

² ปัจจุบันได้ถูกยกเลิกแล้ว เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2557 เกิดรัฐประหาร โดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) และให้ใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 เป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 131 ตอนที่ 55 ก ณ วันที่ 22 กรกฎาคม 2557 มี 48 มาตรา มีหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติเป็นผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

³ จาก สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 (น. 95), โดย วรพจน์ วิศรุตพิชญ์, 2543, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

⁴ หลักความเสมอภาค สารานุกรมรัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540, (2543), กรุงเทพฯ: กुरुสภา.

หรือเหตุยกเว้นความผิดตามบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญา ดังนั้น หลักความเสมอภาค ต่อหน้ากฎหมายจึงเป็นหลักการความเสมอภาคทั่วไปที่บุคคลอาจเรียกร้องจากรัฐเพื่อให้ปฏิบัติต่อตน เช่นเดียวกับที่ปฏิบัติต่อบุคคลอื่นอย่างเท่าเทียมกัน

2. หลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่อง หมายความว่าถึง กฎหมายได้บัญญัติถึงหลักการเสมอภาคในขอบเขตเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นการเฉพาะ ซึ่งอาจแบ่งหลักการความเสมอภาคเฉพาะเรื่อง ออกได้ดังนี้

1) ความเสมอภาคในกระบวนการยุติธรรม หมายความว่า เมื่อมีกรณีที่ต้องใช้สิทธิเรียกร้องทางศาล บุคคลทุกคนที่ถูกโต้แย้งสิทธิสามารถที่จะนำคดีเข้าสู่การพิจารณาในศาลที่มีเขตอำนาจได้อย่างเท่าเทียมกัน และได้รับการพิจารณาตามกระบวนการพิจารณาอย่างเดียวกัน ผู้ใดจะร้องขอให้จัดตั้งศาลพิเศษขึ้นเพื่อพิจารณาพิพากษาคดีของตน โดยเฉพาะไม่ได้ แต่กรณีก็มีข้อยกเว้นคือ กรณีการดำเนินคดีอาญาของผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองที่ให้อยู่ในอำนาจของศาลฎีกาแผนกคดีอาญาของผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองเพียงศาลเดียว และเมื่อศาลได้พิจารณาพิพากษาแล้วให้เป็นที่สุดไม่อาจอุทธรณ์ฎีกาไปยังหน่วยงานใดได้อีก

2) ความเสมอภาคในการเข้าทำงานในภาครัฐ หมายความว่า บุคคลทุกคนที่เป็นคนไทยที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือนฯ หรือตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรมฯ หรือตามกฎหมายอื่นที่กำหนดคุณสมบัติของบุคคลที่จะเข้าทำหน้าที่ในภาครัฐ บุคคลย่อมมีความเสมอภาคที่จะสมัครเข้ารับราชการได้ โดยทั่วไปแล้ว กระบวนการคัดเลือกที่จะดำเนินการโดยมีการสอบแข่งขันกันเพื่อพิจารณาความรู้ ความสามารถของบุคคล การนำหลักเกณฑ์อื่นมาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณานอกจากพิจารณาจากความรู้ ความสามารถของบุคคล จึงเป็นกรณีที่อาจขัดกับหลักการความเสมอภาค

3) ความเสมอภาคในการเลือกตั้ง พิจารณาทั้งกรณีของบุคคลผู้มีสิทธิเลือกตั้งและบุคคลผู้มีสิทธิในการสมัครรับเลือกตั้ง หมายความว่า บุคคลทุกคนผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่รัฐธรรมนูญกำหนดไว้ย่อมมีสิทธิเลือกตั้งและสิทธิในการลงสมัครรับเลือกตั้งอย่างเท่าเทียมกัน (มาตรา 99 มาตรา 101 และมาตรา 115 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย)

4) ความเสมอภาคในการรับภาระของรัฐ ตามที่ได้กล่าวไปแล้วว่าความเสมอภาคมีทั้งความเสมอภาคที่เป็นสิทธิและความเสมอภาคที่เป็นหน้าที่หรือภาระ ความเสมอภาคในการรับภาระของรัฐได้แก่ ความเสมอภาคในการชำระภาษีให้แก่รัฐมากน้อยตามความสามารถของแต่ละบุคคล ความเสมอภาคในการรับราชการทหารของชายไทยทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไปจะต้องเข้ารับราชการทหารประจำการ (มาตรา 73 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย) เว้นแต่จะเป็นบุคคลที่ได้รับการยกเว้นให้ไม่ต้องเข้ารับราชการทหาร เช่น ผู้พิพากษาทุพพลภาพ หรือพระภิกษุใน

พระพุทธศาสนาที่มีสมณะศักดิ์และกรณีดังกล่าวไม่เป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม เพราะบุคคลดังกล่าวไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้โดยสภาพ

5) ความเสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุข เช่น บุคคลทุกคนย่อมมีสิทธิเสมอภาคในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่าสิบสองปี (มาตรา 49 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย) หรือบุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (มาตรา 51 ของรัฐธรรมนูญ) ทั้งนี้ เป็นไปตามหลักพื้นฐานในการจัดทำบริการสาธารณะจะต้องเป็นไปตามหลักความเสมอภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อผู้ใช้บริการของบริการสาธารณะ หลักการดังกล่าว รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 ก็ให้การรับรองไว้เช่นเดียวกัน

อาจกล่าวได้ว่า หลักความเสมอภาค มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับหลักเสรีภาพเพราะการที่จะมีเสรีภาพเป็นไปอย่างเสมอภาคกันทุกคน แต่หากเสรีภาพใช้ได้เฉพาะเพียงบางบุคคลหรือคนบางกลุ่มเท่านั้น ก็ไม่ถือว่ามีเสรีภาพแต่ประการใด ความเสมอภาคจึงเป็นรากฐานทำให้การใช้เสรีภาพเป็นไปอย่างทั่วถึง

2.2 สิทธิในการรับบริการสาธารณสุขจากรัฐ

การที่รัฐได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพของประชาชนไว้ในรัฐธรรมนูญเพื่อเป็นการรับรองคุ้มครองมิให้รัฐก้าวล่วงเข้าไปลดทอนสิทธิเสรีภาพของประชาชนโดยมิชอบด้วยกฎหมาย และเพื่อให้ประชาชนสามารถใช้สิทธิเรียกร้องเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์บางประการจากรัฐ ซึ่งถือเป็นการก่อให้เกิดสิทธิขั้นพื้นฐานในทางสังคมและมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการให้หลักประกันมาตรฐานในการดำรงชีวิตขั้นต่ำให้แก่ประชาชนให้มีผลใช้บังคับได้จริงในทางปฏิบัติอันเป็นสิทธิในทางสังคมและเศรษฐกิจของประชาชนที่มีสิทธิตามกฎหมายในการเรียกร้องให้รัฐจัดทำบริการสาธารณสุขให้แก่ตนเอง และโดยที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550⁵ ได้บัญญัติรับรองสิทธิของประชาชนในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐไว้ ดังนี้

⁵ ปัจจุบันได้ถูกยกเลิกแล้ว เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2557 เกิดรัฐประหาร โดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) และให้ใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 เป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 131 ตอนที่ 55 ก ณ วันที่ 22 กรกฎาคม 2557 มี 88 มาตรา มีหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติเป็นผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

มาตรา 51 บัญญัติว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”

มาตรา 27 บัญญัติว่า

“สิทธิและเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้โดยชัดแจ้งโดยปริยายหรือโดยคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญ ย่อมได้รับความคุ้มครองและผูกพันรัฐสภา คณะรัฐมนตรี ศาล รวมทั้งองค์กรตามรัฐธรรมนูญและหน่วยงานของรัฐ โดยตรงในการตรากฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย และการตีความกฎหมายทั้งปวง”

มาตรา 28 บัญญัติว่า

“บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญ หรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน

บุคคลซึ่งถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้ สามารถยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้เพื่อใช้สิทธิทางศาลหรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้

บุคคลย่อมสามารถใช้สิทธิทางศาลเพื่อบังคับให้รัฐต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติในหมวดนี้ได้โดยตรง หากการใช้สิทธิและเสรีภาพในเรื่องใดมีกฎหมายบัญญัติรายละเอียดแห่งการใช้สิทธิและเสรีภาพตามที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้แล้ว ให้การใช้สิทธิและเสรีภาพในเรื่องนั้นเป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือจากรัฐในการใช้สิทธิตามความในหมวดนี้”

มาตรา 29 บัญญัติว่า

“การจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้จะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย เฉพาะเพื่อการที่รัฐธรรมนูญนี้กำหนดไว้และเท่าที่จำเป็นและจะกระทบกระเทือนสาระสำคัญของสิทธิและเสรีภาพนั้นมิได้

กฎหมายตามวรรคหนึ่งต้องมีผลใช้บังคับเป็นการทั่วไป และไม่มุ่งหมายให้ใช้บังคับแก่กรณีใดกรณีหนึ่ง หรือแก่บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นการเจาะจง ทั้งต้องระบุบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญที่ให้อำนาจในการตรากฎหมายนั้นด้วย

บทบัญญัติในวรรคหนึ่งและวรรคสองให้นำมาใช้บังคับกับกฎที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายด้วยโดยอนุโลม”

กล่าวได้ว่า ในการรับรองสิทธิของประชาชนในการได้รับการบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ เพื่อเป็นหลักประกันว่ารัฐจะให้ความรับรองและคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานทางสังคมของประชาชน โดยมุ่งเน้นให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงระบบการบริการทางด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะการที่จะต้องได้รับบริการที่ได้มาตรฐานเดียวกัน ดังนั้น รัฐจึงต้องมีหน้าที่ในการทบทวนเพื่อจัดการระบบบริการทางด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น สิทธิของประชาชนในการนำสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน (Fundamental Rights) มากำหนดเป็นเกณฑ์ เพื่อบังคับให้รัฐต้องสร้างหลักการและแนวคิด เพื่อใช้เป็นกระบวนการผลักดันให้เกิดนโยบายที่เกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพของประชาชนที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้ความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน

นอกจากนี้ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550⁶ หมวดที่ 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ส่วนที่ 4 ว่าด้วยเรื่อง แนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม มาตรา 80(2) บัญญัติให้รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านการสาธารณสุข โดยส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

การกำหนดให้สิทธิในการได้รับการบริการสาธารณสุขในแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ เพื่อเป็นแนวทางที่กำหนดโดยรัฐธรรมนูญในฐานะที่เป็นภารกิจของรัฐที่ต้องดำเนินการแก้

⁶ ปัจจุบันได้ถูกยกเลิกแล้ว เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2557 เกิดรัฐประหาร โดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) และให้ใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 เป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 131 ตอนที่ 55 ก ณ วันที่ 22 กรกฎาคม 2557 มี 88 มาตรา มีหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติเป็นผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

ประชาชนเป็นกรอบแนวทางในการตรากฎหมายและกำหนดนโยบาย⁷ ที่เกี่ยวกับด้านการบริการสุขภาพให้ประชาชน ทำให้ประชาชนสามารถยืนหยัดอ้างอิงหลักการขึ้นเพื่อต่อสู้คุ้มครองสิทธิของตน

จากบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยดังกล่าวข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า รัฐมีภาระหน้าที่ในการจัดการให้ประชาชนได้รับการบริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเสมอภาคเท่าเทียมกัน

2.2.1 สิทธิและเสรีภาพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550⁸ ได้บัญญัติถึงการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ในมาตรา 4 บัญญัติว่า

“ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง”

มาตรา 26 บัญญัติว่า

“การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กร ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้”

มาตรา 28 บัญญัติว่า

“บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญ หรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน

บุคคลซึ่งถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้ สามารถยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้เพื่อใช้สิทธิทางศาลหรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้

บุคคลย่อมสามารถใช้สิทธิทางศาลเพื่อบังคับให้รัฐต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติในหมวดนี้ได้โดยตรง หากการใช้สิทธิและเสรีภาพในเรื่องใดมีกฎหมายบัญญัติรายละเอียดแห่งการใช้สิทธิและเสรีภาพตามที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้แล้ว ให้การใช้สิทธิและเสรีภาพในเรื่องนั้นเป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ

⁷ จาก *กฎหมายรัฐธรรมนูญ หลักการใหม่ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550* (น. 67), โดย สมคิด เลิศไพฑูรย์. 2548, กรุงเทพฯ

⁸ ปัจจุบันได้ถูกยกเลิกแล้ว เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2557 เกิดรัฐประหาร โดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) และให้ใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 เป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 131 ตอนที่ 55 ก ณ วันที่ 22 กรกฎาคม 2557 มี 48 มาตรา มีหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติเป็นผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือจากรัฐในการใช้สิทธิตามความในหมวดนี้”

การที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติถึงการให้ความคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งถือเป็นพื้นฐานของสิทธิและเสรีภาพของประชาชนในทุกๆ ด้าน เพราะศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ถือเป็นมูลฐานหนึ่งของหลักสิทธิมนุษยชน นอกจากนี้ เห็นได้ว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมีเจตนารมณ์ที่ชัดเจนในการรับรองเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลเป็นการทั่วไป มิได้จำกัดตัวบุคคลเป็นการเฉพาะเจาะจง จึงทำให้หลักกฎหมายดังกล่าวสามารถให้ความคุ้มครองต่อบุคคลได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ซึ่งบุคคลทุกคนไม่ว่าแหล่งกำเนิดชาติโดยอ้อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของตนเองได้ทั้งสิ้น การกระทำใดที่เป็นการละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ย่อมถือได้ว่าการกระทำนั้นเป็นการลดคุณค่าของการเป็นมนุษย์ให้ต่ำลง นอกเหนือจากความเท่าเทียมกันในทางสังคมและทางกฎหมายเพราะการกระทำที่มีลักษณะเป็นการปฏิบัติโดยไม่เท่าเทียมกันกับสมาชิกคนอื่นๆ ในสังคมอันมิใช่เรื่องที่เกิดขึ้นเพราะสถานะในทางสังคมที่แตกต่างกันและยังถือได้ว่าการกระทำนั้นๆ เป็นการละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลนั้นได้เช่นกัน

ประชาชนทุกคนที่อยู่ภายใต้รัฐธรรมนูญที่มีบทบัญญัติที่ให้สิทธิและรองรับให้ความคุ้มครองด้านบริการสาธารณสุข ย่อมต้องมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่มีอยู่ในตัวมนุษย์เอง โดยการได้รับบริการทางด้านสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและเสมอภาคและเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

2.2.2 สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย

สิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกายนับเป็นรากฐานอันเป็นสาระสำคัญของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ประการหนึ่งนอกเหนือจากสิทธิในความเสมอภาค ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550⁹ ได้บัญญัติถึงสิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกายไว้ในมาตรา 32 บัญญัติว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย การทรมาน ทารุณกรรม หรือการลงโทษด้วยวิธีการโหดร้าย หรือ ไร้มนุษยธรรมจะกระทำมิได้ แต่การลงโทษตามคำพิพากษาของศาลหรือตามที่กฎหมายบัญญัติไม่ถือว่าเป็นการลงโทษด้วยวิธีการโหดร้ายหรือ ไร้มนุษยธรรมตามความในวรรคนี้”

⁹ ปัจจุบันได้ถูกยกเลิกแล้ว เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2557 เกิดรัฐประหาร โดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) และให้ใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 เป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 131 ตอนที่ 55 ก ณ วันที่ 22 กรกฎาคม 2557 มี 84 มาตรา มีหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติเป็นผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

การจับและการคุมขังบุคคลจะกระทำมิได้ เว้นแต่มีคำสั่งหรือหมายของศาลหรือมีเหตุอย่างอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

การค้นตัวบุคคลหรือการกระทำใดอันกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพตามวรรคหนึ่ง จะกระทำมิได้ เว้นแต่มีเหตุตามที่กฎหมายบัญญัติ

ในกรณีที่มีการกระทำซึ่งกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพตามวรรคหนึ่ง ผู้เสียหาย พนักงานอัยการ หรือบุคคลอื่นใดเพื่อประโยชน์ของผู้เสียหายมีสิทธิร้องขอต่อศาลเพื่อให้สั่งระงับหรือเพิกถอนการกระทำเช่นนั้น รวมทั้งจะกำหนดวิธีการตามสมควรหรือการเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นด้วยก็ได้”

สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดในการที่จะมีชีวิตให้อยู่รอดปลอดภัยและโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีคุณค่าของชีวิตและร่างกายอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันมนุษย์ทุกคนย่อมมีสิทธิเสรีภาพตามที่รัฐธรรมนูญที่ได้บัญญัติรับรองไว้ ทั้งยังสามารถคงไว้ซึ่งสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมอบให้หรือกำหนดให้ไว้อันเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์นั้น

สิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของบุคคลตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญนั้น ย่อมหมายความรวมถึงสิทธิในการได้รับการพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชน เพื่อให้มีชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น การเข้าถึงระบบการให้ความคุ้มครองสิทธิในด้านการบริการทางด้านสาธารณสุขของรัฐได้อย่างทั่วถึงและเสมอภาคเท่าเทียมกันในสังคม

2.2.3 สิทธิและเสรีภาพในความเสมอภาคของบุคคล

สิทธิและเสรีภาพในความเสมอภาคของบุคคลนับเป็นรากฐานอันเป็นสาระสำคัญของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ประการหนึ่งนอกเหนือจากสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550¹⁰ ได้บัญญัติถึงสิทธิและเสรีภาพในความเสมอภาคของบุคคลไว้ในมาตรา 30 โดยบัญญัติว่า

“บุคคลย่อมเสมอภาคกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน

การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทาง

¹⁰ ปัจจุบันได้ถูกยกเลิกแล้ว เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2557 เกิดรัฐประหาร โดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) และให้ใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 เป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 131 ตอนที่ 55 ก ณ วันที่ 22 กรกฎาคม 2557 มี 88 มาตรา มีหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติเป็นผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

เศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำมิได้

มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ย่อมไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม”

เห็นได้ว่าหลักความเสมอภาคถือเป็นหลักการสำคัญในการปกครองในระบอบประชาธิปไตยของรัฐเสรีประชาธิปไตยโดยทั่วไป ซึ่งมนุษย์ทุกคนย่อมได้รับการรับรองและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพตามกฎหมายอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันในฐานะมนุษย์โดยมิต้องคำนึงถึงคุณสมบัติด้านอื่นๆ เช่น เชื้อชาติ ศาสนา ภาษา ถิ่นกำเนิด ในขณะที่เดียวกันหลักความเสมอภาคยังถือเป็นหลักที่ใช้เป็นเครื่องมือไม่ให้รัฐใช้อำนาจของตนได้ตามอำเภอใจ ดังนั้น การที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติหลักการให้ความคุ้มครองทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน โดยกำหนดให้บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน ถือเป็นหลักประกันว่าบุคคลที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองสิทธิดังกล่าวตามที่รัฐธรรมนูญย่อมได้รับการบริการด้านสาธารณสุขอย่างเสมอภาคทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยไม่มี การเลือกปฏิบัติ

อนึ่ง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่นำมาศึกษาในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ปัจจุบันได้ถูกยกเลิกแล้ว เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2557 เกิดรัฐประหาร โดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา เป็นหัวหน้า ประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 สิ้นสุดลง เว้นหมวด 2 พระมหากษัตริย์ และให้ใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 เป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ 19 จัดร่างโดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ คณะผู้ยึดอำนาจการปกครองหลังรัฐประหาร โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 131 ตอนที่ 55 ก ณ วันที่ 22 กรกฎาคม 2557 มี 48 มาตรา มีหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติเป็นผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 ยังได้บัญญัติเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค ที่ชนชาวไทยเคยได้รับการคุ้มครองมาก่อน ย่อมได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญนี้เช่นเดิม

บทบัญญัติ มาตรา 4 “ภายใต้บังคับบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค บรรดาที่ชนชาวไทยเคยได้รับการคุ้มครองตามประเพณีการปกครองประเทศไทย ในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขและตามพันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศไทย มีอยู่แล้ว ย่อมได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญนี้”

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคที่ได้กล่าวไว้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ประชาชนชาวไทยเคยได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

พุทธศักราช 2550 จึงยอมได้รับเช่นเดิมตามมาตรา 4 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557

2.3 หลักความรับผิดชอบในการกระทำของแพทย์

หลักที่ศาลนำมาใช้ในการวินิจฉัยว่าการกระทำของแพทย์เป็นความผิดหรือไม่ก็โดยพิจารณาจากการความระมัดระวังตาม “วิสัย” และ “พฤติการณ์” ซึ่งหลักนี้จะปรากฏอยู่ในมาตรา 59 วรรคสี่¹¹ แห่งประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งบัญญัติไว้ว่า “กระทำโดยประมาท ได้แก่กระทำความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวังซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่” โดยพิจารณาว่าในขณะที่ทำการเช่นนั้น ผู้กระทำมีความระมัดระวังเพียงใด โดยพิจารณาจาก “ภาวะเช่นนั้น” และพิจารณาจาก “วิสัย” ซึ่งหมายถึง สภาพภายในตัวผู้กระทำ หากผู้กระทำมิได้ใช้ความระมัดระวังให้เพียงพอ ก็ย่อมเป็นการกระทำโดยประมาท ทั้งนี้ กรณีที่จะมีความรับผิดชอบทางอาญาจะต้องปรากฏว่ามีกฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดชอบด้วย เช่น มาตรา 291¹² กระทำการโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย มาตรา 300¹³ กระทำการโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นรับอันตรายสาหัส และมาตรา 390¹⁴ เป็นกรณีความผิดลหุโทษโดยกระทำการโดยประมาท เป็นเหตุให้ผู้อื่นรับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ เป็นต้น ส่วนการกระทำโดยประมาทเดินเลื้อยในทางแพ่งนั้น มาตรา 420 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ไม่ได้บัญญัติไว้โดยเฉพาะจึงต้องเทียบเคียงกับมาตรา 59 วรรคสี่ แห่งประมวลกฎหมายอาญา “การกระทำโดยประมาทเดินเลื้อย” จึงหมายความว่า การกระทำโดยรู้สำนึก คือ เคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในบังคับของจิตใจแต่เป็นการกระทำโดยไม่ตั้งใจ และผู้กระทำ

¹¹ มาตรา 59 บุคคลจะต้องรับผิดชอบในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนา เว้นแต่จะได้กระทำโดยประมาท ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดชอบเมื่อได้กระทำโดยประมาท หรือเว้นแต่ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติไว้โดยแจ้งชัดให้ต้องรับผิดชอบแม้ได้กระทำโดยไม่มีเจตนา... ฯลฯ

กระทำโดยประมาท ได้แก่กระทำความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวังซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่ ฯลฯ

¹² มาตรา 291 ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี และปรับไม่เกินสองหมื่นบาท

¹³ มาตรา 300 ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นรับอันตรายสาหัสต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

¹⁴ มาตรา 390 ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นรับอันตรายแก่กายหรือจิตใจต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ไม่ใช่ความระมัดระวังตามสมควรที่จะใช้ รวมถึงการกระทำในลักษณะที่บุคคลผู้ที่มีความระมัดระวังจะไม่กระทำด้วย¹⁵

มีข้อสังเกตว่า ตามกฎหมายไทยและกฎหมายของประเทศที่ใช้กฎหมายลายลักษณ์อักษร เช่น ประเทศเยอรมัน ไม่มีการแยกความแตกต่างระหว่างความประมาทเลินเล่อทางแพ่งและทางอาญา ซึ่งแตกต่างจากประเทศที่ใช้กฎหมายจารีตประเพณีที่การกระทำโดยประมาททางอาญาจะต้องร้ายแรงกว่าการกระทำโดยประมาทในทางแพ่ง เพราะตามกฎหมายไทยในเรื่องละเมิดนั้นประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มิได้ให้คำนิยามความประมาทอันเป็นละเมิดในทางแพ่งไว้โดยเฉพาะ¹⁶ จึงมีการอธิบายโดยอ้างอิงจากความหมายของความประมาทเลินเล่อตามกฎหมายอาญา¹⁷ ข้อแตกต่างน่าจะอยู่ที่ว่าประมาทในทางอาญานั้นเฉพาะประมาทในบางเรื่องเท่านั้นที่ผู้กระทำต้องรับผิดชอบ โดยเห็นว่าเป็นเรื่องร้ายแรงที่จะถือเป็นความผิดอาญา¹⁸ เช่น การประมาทเลินเล่อทำให้ทรัพย์สินผู้อื่นเสียหายไม่เป็นการผิดอาญา แต่เป็นละเมิดในทางแพ่ง ซึ่งถ้าในการประกอบวิชาชีพแพทย์ แล้วแพทย์กระทำละเมิดทำให้ทรัพย์สินผู้ป่วยเสียหายโดยประมาทแพทย์ผู้นั้นจะมีแต่ความรับผิดทางละเมิดเท่านั้น และข้อแตกต่างอีกประการหนึ่งคือ ภาระการพิสูจน์ซึ่งในคดีอาญาจะใช้การพิสูจน์โดยปราศจากข้อสงสัยอันสมควร ขณะที่คดีแพ่งจะใช้การชั่งน้ำหนักพยานหลักฐาน¹⁹

สำหรับพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 นั้น ผู้เสียหายจะฟ้องแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ของหน่วยงานของรัฐโดยตรงไม่ได้ ต้องฟ้องหน่วยงานของรัฐเท่านั้น ตามมาตรา 5²⁰ แห่งพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ซึ่งหน่วยงานของรัฐจะไล่เบี้ยให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนได้ก็ต่อเมื่อเจ้าหน้าที่ได้กระทำการนั้นด้วยความจงใจหรือ

¹⁵ ประจักษ์ พุทธิสมบัติ, ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ลักษณะละเมิดและจัดการงานนอกสั่ง, น.34.

¹⁶ จาก ปัญหาความรับผิดทางอาญาในการกระทำโดยประมาทของแพทย์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหบัณฑิต), โดย ปานรวี ชีวดีโสภณ, 2551, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

¹⁷ จาก คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด (พิมพ์ครั้งที่ 6) (น.17-18), โดย สุขุม ศุภนิษฐ์, 2550, กรุงเทพฯ: นิติบรรณการ.

¹⁸ จาก กฎหมายอาญาภาค 1 (พิมพ์ครั้งที่ 10) (น. 278-280), โดย จิตติ ดิงสภักดิ์, 2546, กรุงเทพฯ : สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา.

¹⁹ ปัญหาความรับผิดทางอาญาในการกระทำโดยประมาทของแพทย์ (น.74-75). เล่มเดิม.

²⁰ มาตรา 5 หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบต่อผู้เสียหายในผลแห่งละเมิดที่เจ้าหน้าที่ของตนได้กระทำการปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีนี้ผู้เสียหายอาจฟ้องหน่วยงานของรัฐดังกล่าวได้โดยตรง แต่จะฟ้องเจ้าหน้าที่ไม่ได้

ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ตามมาตรา 8 วรรคหนึ่ง²¹ แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าว ซึ่งความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงนั้น จะมีลักษณะไปในทางที่บุคคลนั้นได้กระทำไปโดยขาดความระมัดระวังที่เบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์มาตรฐานอย่างมาก เช่น คาดเห็นได้ว่าความเสียหายอาจเกิดขึ้นได้หรือหากใช้ความระมัดระวังเพียงเล็กน้อยก็คงคาดเห็นได้ว่าอาจเกิดความเสียหายเช่นนั้น²²

2.4 หลักการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข²³

ความผิดพลาดในกระบวนการรักษาพยาบาลนั้น สามารถเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของคน เครื่องมือ หรือแม้แต่วิธีการทำงาน การที่จะระบุตัวคนผิดในบางกรณีเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ใช้เวลานาน และอาจไม่เป็นธรรมกับตัวบุคคลผู้ปฏิบัติงานที่บางครั้งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของปัจจัยแห่งความผิดพลาดเท่านั้น เนื่องจากความเสียหายที่เกิดจากความบกพร่อง “Medical Negligence” หรือความผิดพลาดทางการแพทย์ “Medical Error”²⁴ เป็นความเสียหายที่สามารถเกิดขึ้นได้ตามปกติ และเป็นธรรมชาติของวงการแพทย์ แม้แต่ในประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งมีระบบการแพทย์ที่ทันสมัยมาก ก็สามารถเกิดความเสียหายได้ เพราะหัดถการและการดูแลแต่ละอย่างมีความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดความเสียหายได้เสมอ เพียงแต่มักน้อยแตกต่างกันไป²⁵ และจากรายงาน

²¹ มาตรา 8 ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายเพื่อการละเมิดของเจ้าหน้าที่ให้หน่วยงานของรัฐมีสิทธิเรียกให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดชดใช้ค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวแก่หน่วยงานของรัฐได้ ถ้าเจ้าหน้าที่ได้กระทำการนั้นไปด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ฯลฯ

²² โปรดดูบันทึก เรื่อง แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ส่งพร้อมหนังสือสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ค่วนที่สุด ที่ นร 0601/087 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2540 ถึงกรมบัญชีกลาง

²³ จาก การพัฒนากระบวนการช่วยเหลือผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), โดย อัญชลี หอมหวาน, 2552, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

²⁴ พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจากอุบัติเหตุและการประกันการชดเชย “Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act” ประเทศนิวซีแลนด์ ให้คำจำกัดความผิดพลาดทางการแพทย์ “Medical Error” หมายถึง ความผิดพลาดของบุคลากรทางสุขภาพที่ลงทะเบียนในการหาวิธีการรักษาและทักษะที่สมเหตุสมผลที่ถูกคาดหวังในสถานการณ์นั้นๆ

²⁵ ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่เพ่งโทษตัวบุคคล และไม่พิสูจน์ความผิด (No-fault or no-Blame liability compensation system): เอกสารเผยแพร่ของโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป, 2550.

เรื่องพลาดผิดเป็นคน “To Err is Human”²⁶ ระบุว่า ความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดจากความพลาดพลั้ง การละเลย และความบกพร่องของมนุษย์ภายในระบบการดูแลสุขภาพอันซับซ้อนที่ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อป้องกันความผิดพลาด ดังนั้น การกล่าวหาและลงโทษบุคคลว่าเป็น “ผู้กระทำผิด” นอกจากจะไม่ใช่การแก้ปัญหาอย่างตรงจุดแล้ว ยังบั่นทอนแรงจูงใจที่จะเรียนรู้จากความผิดพลาด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาไม่ให้เกิดเหตุการณ์เช่นนั้นซ้ำอีก ซึ่งสาเหตุของความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข อาจมีสาเหตุจากปัจจัยหลายด้าน อาทิ²⁷ เช่น

1. การประมาทเลินเล่อ (Ordinary Negligence) ของมนุษย์
2. ความบกพร่องของระบบการทำงาน หรือระบบการประสาน หรือระบบบริหารจัดการ
3. ความบกพร่องของเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ต่างๆ
4. ขีดจำกัดขององค์ความรู้ทางการแพทย์ในขณะนั้น
5. ข้อยกเว้นของข้อมูลที่อาจไม่ครบถ้วน รวมทั้งความเร่งด่วนต่างๆ

การศึกษาของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard University, 1984, อ้างถึงในกระทรวงสาธารณสุข และ โครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป, 2550) ระบุว่า ความผิดพลาดจากการผ่าตัดประมาณครึ่งหนึ่งของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เกิดจากการให้ยา อุบัติเหตุทางการรักษา “Therapeutic Mishap” และการวินิจฉัยผิดพลาด ความผิดพลาดจากการให้ยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้ยาเป็นสิ่งที่พบบ่อยและป้องกันได้ โดยร้อยละ 25 เป็นความผิดพลาดในการสั่งยา ร้อยละ 26 เป็นความผิดพลาดจากการควบคุมดูแลมักพบในการให้ยาบรรเทาปวด ยาปฏิชีวนะ ยาระงับประสาท ยาเคมีบำบัด ยาจำพวกแสดงฤทธิ์ต่อหัวใจหรือหลอดเลือด และยา หรือสารด้านการจับตัวเป็นลิ่ม

ความผิดพลาดจากผู้ให้บริการ มีทั้งความผิดพลาดจากการไม่ทำหน้าที่ ได้แก่ วินิจฉัยโรคผิดพลาด ประเมินอาการล่าช้า หรือไม่ได้ส่งจ่ายยาในเวลาที่เป็น และความผิดพลาดจากการทำหน้าที่ ได้แก่ สั่งยาให้คนไข้ผิดคน ผิดเวลา เป็นต้น

²⁶ Institute of Medicine สหรัฐอเมริกา, 1999 (อ้างถึงในกระทรวงสาธารณสุขและโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป 2550, น. 13).

²⁷ ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่เพ่งโทษตัวบุคคล และไม่พิสูจน์ความผิด (No-fault or no-Blame liability compensation system): เอกสารเผยแพร่ของโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป, 2550.

สาเหตุที่ต้องมีระบบการชดเชยแก่ผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข²⁸

1. ความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมีเพิ่มมากขึ้นทั้งที่หลีกเลี่ยงได้ “Avoidable” และหลีกเลี่ยงไม่ได้ “Unavoidable”

2. ขาดกลไกช่วยเหลือผู้เสียหายให้ได้รับการชดเชยอย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ กลไกช่วยเหลือผู้เสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขในปัจจุบันมีหลายกลไก แต่ละกลไกมีข้อจำกัดและทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้เสียหายได้อย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ

3. การใช้กลไกทางศาลมีข้อจำกัด เนื่องจากการพิสูจน์สาเหตุของความเสียหายทำได้ยาก เพราะไม่สามารถหาหลักฐาน หรือพยานที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันความผิดพลาดดังกล่าวได้ ทำให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยล่าช้า การต่อสู้ในกระบวนการทางศาลได้สร้างความเครียด ความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย และญาติ รวมถึงแพทย์และสถานพยาบาลที่ถูกฟ้องร้องด้วย และมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ผู้เสียหายจำนวนมากไม่ได้รับการช่วยเหลือเยียวยาทั้งที่เกิดความเสียหายขึ้น หรืออาจได้รับอย่างไม่เป็นธรรมในกรณีที่มีการเจรจาไกล่เกลี่ยยอมชดเชยกันเอง โดยเฉพาะผู้เสียหายที่เป็นคนยากจน การศึกษาน้อย ซึ่งไม่มีอำนาจต่อรอง ผู้ประกอบวิชาชีพมีแนวโน้มที่จะปกปิดข้อมูลที่อาจบ่งชี้สาเหตุของความผิดพลาด เพราะอาจส่งผลกระทบต่อการประกอบวิชาชีพของตนเอง ขณะเดียวกันผู้ที่ตั้งใจปฏิบัติงานแต่เกิดความผิดพลาดบกพร่องนี้ อาจสูญเสียขวัญกำลังใจและกระทบต่อการประกอบวิชาชีพในระยะยาวได้ ซึ่งจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการของเอแบคโพล²⁹ พบว่า บุคลากรร้อยละ 60.4 มีความวิตกกังวลในระดับมากถึงมากที่สุด ในประเด็นเกี่ยวกับการร้องเรียนจากผู้ป่วย และร้อยละ 12 คิดว่าประเด็นการร้องเรียนจากผู้ป่วยและประชาชนเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคลากรลาออกจากราชการ เกิดการเผชิญหน้าระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพกับผู้เสียหาย เกิดความแปลกแยกไม่ไว้วางใจ

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

²⁸ ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่เพ่งโทษตัวบุคคล และไม่พิสูจน์ความผิด (No-fault or no-Blame liability compensation system): เอกสารเผยแพร่ของโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป, 2550.

²⁹ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549.

กลไกการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยภาพรวม ได้แก่³⁰

1. กลไกการชดเชยความเสียหายโดยการฟ้องร้องศาลตามหลักกฎหมายทั่วไปว่าด้วยการละเมิด และการใช้กลไกการชดเชยที่ไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดในปัญหาพิเศษเฉพาะเรื่อง

แนวคิด คือ ศาลสามารถใช้หลักกฎหมายทั่วไปว่าด้วยละเมิดเป็นกลไกในการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับความเสียหายจากบริการสาธารณสุขได้อย่างมั่นคงและสอดคล้องกับหลักการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ ในขณะที่เดียวกันกลไกการชดเชยความเสียหายก่อนศาล โดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด สามารถแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นกับชีวิต ร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้เสียหายได้ตรงตามสภาพของปัญหาพิเศษเฉพาะเรื่องแก่ผู้เสียหายเฉพาะกลุ่มได้

2. กลไกการชดเชยความเสียหายก่อนศาลและการฟ้องร้องศาล

แนวคิด คือ กลไกการชดเชยความเสียหายก่อนถึงชั้นศาล โดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดสามารถอำนวยความสะดวกในการแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นกับชีวิต ร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้เสียหายได้รวดเร็วกว่าการใช้กลไกทางศาลเพียงอย่างเดียว

3. กลไกการชดเชยความเสียหายแบบเต็มรูปโดยไม่มี การฟ้องร้องศาล

แนวคิด คือ กลไกการชดเชยความเสียหายแบบเต็มรูป โดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิดสามารถอำนวยความสะดวกในการแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นกับชีวิต ร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้เสียหายได้อย่างครอบคลุม กว้างขวาง และรวดเร็วกว่าการใช้กลไกทางศาล

โดยสรุป กลไกให้ความช่วยเหลือผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขในปัจจุบันของไทยมีหลายกลไก ซึ่งแต่ละกลไกมีข้อจำกัดต่าง ๆ กัน³¹ ประกอบด้วยการช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เน้นการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น การเรียกร้องค่าเสียหายตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิด พ.ศ. 2539 สำหรับความเสียหายที่เกิดจากสถานพยาบาลของรัฐ การฟ้องร้องค่าเสียหายผ่านกลไกทางศาลสถิตยุติธรรม(ฟ้องศาลแพ่ง)

นอกจากกลไกทางการที่กล่าวข้างต้น ยังมีกลไกอื่นๆ ที่ไม่เป็นทางการ เช่น การไกล่เกลี่ย ประนีประนอมระหว่างสถานพยาบาลกับผู้ป่วยหรือญาติ โดยมีการจ่ายเงินช่วยเหลือ

³⁰ ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ (น. 17-41), โดย มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2549.

³¹ ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่เพ่งโทษตัวบุคคล และไม่พิสูจน์ความคิด (No-fault or no-Blame liability compensation system): เอกสารเผยแพร่ของ โครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป, 2550.

จำนวนหนึ่ง ซึ่งไม่มีหลักประกันว่าผู้เสียหายจะได้รับการช่วยเหลือหรือชดเชยที่เป็นธรรมหรือไม่ โดยเฉพาะผู้เสียหายที่มีอำนาจต่อรองน้อยอาจไม่ได้รับความเป็นธรรมในระบบนี้ได้

2.5 หลักการชดเชยความเสียหายโดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคลและไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ (No-fault or No Blame Liability Compensation)³²

ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ ไม่ใช่ระบบที่มีเพื่อการปกป้อง บุคลากรในวิชาชีพที่กระทำผิดพลาด หรือบกพร่อง หรือประมาทเลินเล่อ หรือไร้ความสามารถ หรือกลบเกลื่อนปัญหา เป้าหมายสำคัญของระบบนี้ คือ การชดเชยความเสียหาย มิใช่ควบคุมหรือกำกับ หรือลงโทษบุคลากรที่กระทำผิดพลาด ซึ่งเป็นหน้าที่ของกลไกอื่นที่มีอยู่แล้ว ระบบนี้มีไว้ระบบที่ปิดกั้นกระบวนการฟ้องร้องทางกฎหมายอื่น³³

หลักการสำคัญของระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคล และไม่พิสูจน์ความผิด กระทรวงสาธารณสุข และ โครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป (2550) อธิบายว่า

1. ชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบและหากคนผิด หลักการที่เป็นหัวใจของระบบนี้ คือ การช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบและใครเป็นคนผิด “No-fault Liability Compensation” เป็นระบบที่มุ่ง “ชดเชยความเสียหาย” ไม่ใช่มุ่งหาตัวผู้กระทำผิดมาลงโทษ

2. ชดเชยอย่างรวดเร็วเพื่อช่วยเหลือเยียวยาอย่างทันที่ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมานจากโรคหรือความเจ็บป่วยอยู่แล้ว จึงเข้ารับบริการสาธารณสุขเมื่อต้องประสบกับโรคร้ายซ้ำสอง คือ เข้ารับบริการแล้วเกิดความเสียหายหรือความสูญเสียขึ้น ความทุกข์ ความเดือนร้อนย่อมเพิ่มขึ้นอย่างทวีคูณ จึงจำเป็นต้องมีกลไกโอบอุ้มดูแลอย่างทันที่ที่ เพื่อเยียวยาความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น

3. ชดเชยอย่างเป็นธรรมเพื่อจูงใจให้ใช้กลไกนี้แทนการฟ้องร้องต่อศาล ประเภทและจำนวนเงินที่จะได้รับการชดเชยจากระบบนี้ ต้องเทียบเคียงได้กับการชดเชยที่ได้รับจากการฟ้องร้อง

³² การพัฒนากระบวนการช่วยเหลือผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (น. 35-36). เล่มเดิม.

³³ จาก *ประสบการณ์ต่างแดนระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข*. บทวิเคราะห์ และผลการทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ, โดย ลีอชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ ภัคดี, จิราพร ชมศรี, และ จเร วิชาไทย, 2553, นนทบุรี: วันดีคืนดี.

ต่อศาล แต่กระบวนการรวดเร็วกว่าและไม่มีภาระค่าใช้จ่ายต่อผู้ร้อง เพื่อจูงใจให้ผู้เสียหายเข้าสู่ระบบนี้แทนการฟ้องร้องต่อศาล

4. มุ่งแก้ไขปัญหาและป้องกันการเกิดปัญหาในระยะยาว มุ่งเน้นแก้ไขปัญหามีไข่มุกไข่มุกข้อกล่าวหา โดยมองและวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบมิใช่ปัญหาเชิงบุคคล เปลี่ยนจากวัฒนธรรมการกล่าวโทษ (Culture of Blame) ไปสู่วัฒนธรรมการสร้างความปลอดภัย (Culture of Safety) และเปลี่ยนวัฒนธรรมการปกปิดปัญหาเป็นการเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมาและเรียนรู้จากปัญหาเพื่อนำไปสู่การแก้ไข

5. มุ่งเน้นช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายเป็นหลัก

โดยสรุป ในการรับบริการสาธารณสุขมีโอกาสเกิดความเสียหายจากการรับบริการขึ้นได้ ความเสียหายที่เกิดขึ้นมีทั้งที่สามารถหลีกเลี่ยงได้และหลีกเลี่ยงไม่ได้ กลไกในการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมีหลายกลไก ซึ่งแต่ละกลไกมีข้อจำกัดต่างๆ กัน สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาศึกษาถึงการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งมีหลักการเพื่อการช่วยเหลือ เยียวยา บรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข โดยไม่พิสูจน์ความรับผิดชอบและหาตัวผู้กระทำผิด

2.6 ประวัติ วิวัฒนาการ ความเป็นมาของระบบประกันสุขภาพของไทย

ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยนั้น เริ่มต้นจากการดูแลช่วยเหลือกันเองในครอบครัว ในรูปแบบของการสงเคราะห์ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม โดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านหรือการแพทย์แผนไทยเป็นรากฐาน ต่อมาการแพทย์แผนตะวันตกในนามการแพทย์สมัยใหม่หรือแพทย์แผนปัจจุบันเริ่มเข้ามามีบทบาทในสังคมไทย³⁴ นับแต่นั้นประเทศไทยก็ได้มีการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขจากแบบพื้นบ้านมาสู่ระบบสาธารณสุขสมัยใหม่แบบตะวันตก ต่อมารัฐจึงได้มีการออกกฎหมายฉบับแรกขึ้นมา เพื่อควบคุมระบบสาธารณสุขของไทย คือ พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 โดยมีวัตถุประสงค์ว่า “โดยที่การประกอบโรคศิลป์ย่อมมีสิทธิผลอันสำคัญแก่สวัสดิภาพของประชาชน โดยที่ ณ การบัดนี้ในกรุงสยามยังไม่มีระเบียบบังคับควบคุมการประกอบกิจเช่นนี้ ปลอ่ยให้มหาชนปราศจากความคุ้มครองจากอันตรายอันเกิดแก่การประกอบกิจแห่งผู้ที่ไร้ความรู้และมีได้ฝึกหัด และโดยที่ทรงพระราชดำริเห็นสมควรควบคุมวางระเบียบบังคับ

³⁴ จาก รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข: ข้อเสนอสำหรับประเทศไทย (น.20), โดย พิระ ตันติเศรษฐี, 2544.

และเลื่อนฐานะแห่งการเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะให้สูงยิ่งขึ้นไป จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัตินี้ไว้³⁵ โดยที่พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479³⁶

หลังจากนั้นประเทศไทยก็ให้ความสำคัญกับการพัฒนางานด้านสาธารณสุข โดยเห็นว่ามนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ หลายประการ ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีจะเป็นส่วนที่สำคัญซึ่งเป็นพื้นฐานในอันที่จะทำให้องค์ประกอบอื่นๆ เช่น การศึกษาการประกอบอาชีพ สภาพความเป็นอยู่ และความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ฯลฯ ของมนุษย์มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย จากเหตุผลนี้ทำให้ประเทศไทยยอมรับในหลักการที่ว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้า” เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนชาวไทยทุกคนที่ควรจะได้รับ อันเป็นเป้าหมายการพัฒนาทางสังคมโดยรวม และเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของประเทศ ดังนั้น นับตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2521 เป็นต้นมา ประเทศไทยจึงได้พยายามทำทุกวิถีทางที่จะให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยการทุ่มเทงบประมาณจำนวนมากเพื่อการพัฒนาและสร้างสถานบริการสุขภาพของภาครัฐเพิ่มขึ้น และในขณะเดียวกันก็มีการเปิดสถานบริการของภาคเอกชนมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการจัดหาเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ และเครื่องมือแพทย์ที่มีความก้าวหน้าและทันสมัยมาใช้ในการบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อให้เกิดความสะดวกสบาย และได้ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล แต่จากการนี้ก็มีผลทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายเพื่อการสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศมากขึ้นด้วย โดยมีผลกระทบถึงค่าใช้จ่ายของประชาชนเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ว่าจะเจ็บป่วยรุนแรงเพียงใด ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่เพียงพอหรือบางรายไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้และไม่ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ดังนั้นการมีหลักประกันสุขภาพที่ดีจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง แม้แต่องค์การอนามัยโลกก็ได้ระบุไว้ว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่นำไปสู่เป้าหมายแห่งความเป็นธรรม (Equity) ทางด้านสุขภาพ และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ (Efficiency) ของระบบสาธารณสุขควบคู่กันไปด้วย³⁷

³⁵ จาก *สิทธิมนุษยชน: รัฐกับสาธารณสุขในสังคมไทย* (น. 5-6), โดย พันัส สิมะเสถียร และคณะ, 2538, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

³⁶ *ปัญหาทางกฎหมายในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545: ศึกษาเฉพาะกรณี มาตรา 9 มาตรา 10 มาตรา 11 และมาตรา 45(2) (3)* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), โดย ประภาส คงชุม, 2545, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

³⁷ จาก *การประเมินผลการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค ตามนโยบายรัฐบาล* (น. 1), โดย เสาวนีย์ เข็มพุดชา, 2547, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ต่อมาจึงได้มีการกำหนดเป็นนโยบายแห่งรัฐเกี่ยวกับการสาธารณสุขไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2489 ตลอดมาจนถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2521 โดยถือเป็นหน้าที่ของรัฐที่พึงส่งเสริมงานด้านสาธารณสุข สำหรับการปราบปรามและป้องกันโรคระบาด รัฐพึงทำให้ประชาชนโดยไม่คิดถึงมูลค่า ต่อมาเมื่อมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534 ซึ่งได้แก้ไขสาธารณสุขดังที่เคยมีมาแล้ว ยังได้กำหนดแนวทางขึ้นใหม่ โดยถือว่าการบริการทางด้านสาธารณสุขนั้นนอกจากจะเป็นเรื่องที่รัฐพึงถือปฏิบัติแล้ว ยังถือว่าเป็นสิทธิของประชาชนที่จะได้รับบริการในส่วนนี้ แม้ในรัฐธรรมนูญจะเขียนไว้ครอบคลุมการบริการทางด้านสาธารณสุขครบทุกด้านแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่มีความหมายฉบับรองลงไปเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร การปฏิบัติงานจึงยังไม่ค่อยเป็นรูปธรรมตามที่รัฐธรรมนูญกำหนดไว้³⁸ จนกระทั่งในปีพุทธศักราช 2540 ประเทศไทยได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 โดยที่มีเนื้อหาสาระสำคัญเน้นการส่งเสริมความเป็นธรรมในสังคมและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนในด้านต่างๆ รวมทั้งความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ จึงได้มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 วรรคแรกว่า “บุคคลมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิในการรับการรักษายาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ...” และในมาตรา 82 ระบุว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงกัน” ดังนั้น ระบบการประกันสุขภาพระบบใหม่ที่จะเกิดขึ้นจะต้องเป็นระบบที่มีความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวด้วย กล่าวคือ ต้องมีการบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่คนไทยทุกคนต้องได้รับอย่างเท่าเทียมกัน และในวันที่ 1 เมษายน พุทธศักราช 2544 รัฐบาลจึงได้เริ่มดำเนินโครงการประกันสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวภายใต้ชื่อโครงการว่า “โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หรือที่รู้จักกันว่า “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” และได้มีการเริ่มดำเนินการนำร่องในบางจังหวัดและขยายโครงการไปทั่วประเทศในวันที่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นต้นมา³⁹ ซึ่งวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนทุกคนนอกเหนือจากบุคคลที่มีสิทธิได้รับหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นที่มีอยู่แล้วเป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน อันเป็นการสร้าง ความเป็นธรรม

³⁸ ปัญหาทางกฎหมายในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545: ศึกษาเฉพาะกรณี มาตรา 9 มาตรา 10 มาตรา 11 และมาตรา 45(2) (3) (น. 6). เล่มเดิม.

³⁹ จาก ความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), โดย ภราดร ดังยางหาวย, 2548, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ทางด้านสุขภาพและยังเป็นการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ที่รัฐมีภาระหน้าที่ที่จะต้องเข้าไปมีบทบาทในการจัดการเกี่ยวกับนโยบายดังกล่าวตามรูปแบบที่รัฐได้กำหนดขึ้นและเพื่อใช้เป็นสวัสดิการและเป็นหลักประกันด้านบริการทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน ทั้งนี้ เพื่อการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของประชาชนทุกคนที่มีอาการเจ็บป่วย ประสบอุบัติเหตุ หรือฉุกเฉิน ที่จะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าบริการทางการแพทย์อันใช้เป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นใหม่ และเป็นการสนองตอบต่อความจำเป็นของผู้ป่วยทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากความไม่แน่นอน (Uncertainty) ของการดำรงชีพ ซึ่งอาจมีผลถึงแก่ชีวิตของบุคคลนั้นๆ ได้ รวมตลอดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อบุคคลอื่นและสังคมอีกด้วย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงหมายความว่า สิทธิของประชาชนชาวไทยทุกคน (Entitlement) ที่จะได้รับบริการทางด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้ากัน ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่ใช่อุปสรรคที่เขาจะได้รับสิทธินั้น⁴⁰

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นสวัสดิการทางด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนเพื่อเป็นหลักประกันทางด้านสุขภาพ อันเป็นสิทธิตามกฎหมายและตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่ประชาชนทุกคนควรมีสิทธิที่จะได้รับโดยไม่ต้องมีการสมัครเข้าใช้บริการ และต้องมีสัดส่วนในการให้บริการที่เพียงพอทั่วถึงอย่างสมเหตุสมผล⁴¹ และเพื่อให้ประชาชนมีสิทธิเสมอกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน จึงได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ ซึ่งครอบคลุมความจำเป็นขั้นพื้นฐานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยได้กำหนดเป็นชุดสิทธิประโยชน์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁴² สำหรับผู้ซึ่งมีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะแรกนั้น คือ ประชาชนซึ่งไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และต่อมาจึงได้ขยายการรักษาประกันสุขภาพตามโครงการสวัสดิการประชาชน และระบบบัตรสุขภาพภาครัฐเข้ากับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย ผู้ที่ไม่สามารถขอรับสิทธิได้ คือ ผู้ซึ่งได้รับสวัสดิการจากรัฐอยู่แล้วคือ ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และลูกจ้างซึ่งอยู่ในระบบประกันสังคม บัตรที่

⁴⁰ จาก ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (น. 11), โดย คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544, นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

⁴¹ จาก สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ : ศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), โดย จิรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร, 2552, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

⁴² ความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (น.2548). เล่มเดิม.

กระทรวงสาธารณสุขออกให้เพื่อใช้แสดงสิทธิเรียกว่า “บัตรทอง” นอกจากนี้ ผู้มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังแบ่งเป็น 2 ประเภท

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

ประเภทที่สอง ได้แก่ ผู้ซึ่งไม่อยู่ในเงื่อนไขตามประเภทแรก จะได้รับบัตรทองประเภท ไม่มี “ท” และต้องร่วมจ่าย 30 บาท เมื่อรับบริการสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพที่สถานบริการที่กำหนด ผู้มีสิทธิบัตรทองต้องนำบัตรทองและบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ นำมายื่นต่อเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง⁴³

นอกจากนั้น ยังมีการปรับปรุงพัฒนาสถานบริการในพื้นที่ภูมิลาเนาให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการได้โดยสะดวก และตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง⁴⁴ โดยจัดหาสถานบริการสุขภาพเป็นเครือข่ายการบริการประกอบด้วยหน่วยบริการ 3 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือ สถานีอนามัยตามโครงสร้างเดิม มีหน้าที่ให้บริการขั้นพื้นฐาน เป็นหน่วยบริการที่ประชาชนเลือกขึ้นทะเบียนใช้สิทธิรับบริการตาม โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย

ระดับที่ 2 หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ ได้แก่ การบริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชน มีหน้าที่หลักในการบริการผู้ป่วยใน และรับการส่งตัวผู้ป่วยจากหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

ระดับที่ 3 หน่วยบริการระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หน่วยงานหรือสถาบันที่ดูแลโรคเฉพาะทางและต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแลสุขภาพ

ในการบริการเพื่อให้ครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น หน่วยบริการที่ประชาชนขึ้นทะเบียนใช้สิทธิ หรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุม กรณีมีความจำเป็นหรือเกินขีดความสามารถของหน่วยบริการนั้น ต้องใช้ระบบส่งต่อไปตามลำดับขั้น ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยที่พยายามทำให้เกิดการใช้บริการตามขั้นตอนที่เครือข่ายบริการมีการตกลงร่วมกับประชาชน ประชาชนสามารถไปใช้บริการได้ที่ทั้งที่หน่วยบริการปฐมภูมิหลักและรอง ส่วนการใช้บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ควรผ่าน

⁴³ แหล่งเดิม.

⁴⁴ แหล่งเดิม.

ระบบการส่งต่อ และกรณีที่ได้รับการยกเว้นที่ไม่ต้องใช้บริการตามขั้นตอน คือ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือกรณีที่ไม่ฉุกเฉินแต่มีการตกลงภายในเครือข่ายว่าจะดำเนินการเบื้องต้นอย่างไร⁴⁵

ต่อมาในปี พุทธศักราช 2545 ได้มีการเปลี่ยนแปลงระบบประกันสุขภาพครั้งใหญ่ โดยได้มีการออกกฎหมายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ขึ้นมา เพื่อจัดระบบประกันสุขภาพขึ้นใหม่ และทำให้ระบบประกันสุขภาพมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงตามที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองไว้ ระบบประกันสุขภาพจึงได้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข⁴⁶ และกำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ และมีเลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการของคณะกรรมการ⁴⁷ เพื่อการปฏิบัติการกิจด้านนโยบายเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁴⁸ ภายใต้โครงการการบริการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเน้นให้มีการกระจายอำนาจการบริการระบบงานไปยังหน่วยงานในระดับพื้นที่ (Local System Manager) คือ สำนักงานสาขาเขตให้มีครอบคลุมทั่วทั้งประเทศรวมทั้งสิ้น 13 แห่ง แบ่งเป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่อีก 12 แห่ง ซึ่งแต่ละเขตดูแลพื้นที่ประมาณ 3-5 จังหวัด โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดของแต่ละจังหวัดเป็นหน่วยงานสนับสนุนในการปฏิบัติการกิจในด้านต่าง ๆ ให้แก่สำนักงานสาขาเขตพื้นที่ โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่แต่ละจังหวัดเป็นรายเดือน และในระดับจังหวัดจะดำเนินการจัดสรรงบประมาณให้กับสถานพยาบาลในเครือข่ายโดยงบประมาณที่สถานพยาบาลจะได้รับ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับรูปแบบการบริการงบประมาณและการจัดสรรเงินแก่สถานพยาบาลที่จังหวัดเลือกซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวรวม “Inclusive Capitation” เป็นการ จัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวรวม โดยรวมงบสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกงบส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค) และบริการผู้ป่วยในให้หน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิที่รับขึ้นทะเบียน กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น หน่วยคู่สัญญาบริการจะต้องจ่ายตามแต่

⁴⁵ แหล่งเดิม.

⁴⁶ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, มาตรา 24.

⁴⁷ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, มาตรา 13.

⁴⁸ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, มาตรา 18.

กรณีที่มีค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เฉพาะนอกเขตจังหวัดให้ เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง ในขณะที่การตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง สถานพยาบาลในจังหวัดกรณีผู้ป่วยนอกให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการระดับจังหวัด กำหนด กรณีผู้ป่วยในจะจ่ายตามในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRG)

รูปแบบที่ 2 การจ่ายเงินแบบบริการผู้ป่วยในแบบน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ภายใต้ตั้งงบประมาณยอดรวม “Exclusive Capitation” เป็นการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะ สำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกงบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) ให้หน่วยคู่สัญญาของ บริการระดับปฐมภูมิ (Capitation for Ambulatory Care) ส่วนงบสำหรับบริการผู้ป่วยในให้บริการที่ จังหวัด โดยจ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัย โรคร่วม (DRG With Global Budget) ส่วนค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง การบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เฉพาะนอกเขตจังหวัดให้เบิกจ่ายจากสำนักงานประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง⁴⁹

จนกระทั่งต่อมาได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550⁵⁰ ก็ยังคงมีบทบัญญัติรับรองสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐไว้ในมาตรา 51 โดย บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตามที่กฎหมายบัญญัติ และการบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมี ประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะ กระทำได้ และบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ นอกจากนี้ ในมาตรา 80 ยังได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและ ส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

ดังนั้น นับแต่ประเทศไทยได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550⁵¹ รัฐจึงมีหน้าที่ที่จะต้องจัดให้ประชาชนทุกคนได้รับสิทธิในการรับบริการ

⁴⁹ สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ : ศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (น. 57-59). เล่มเดิม.

⁵⁰ ปัจจุบันได้ถูกยกเลิกแล้ว เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2557 เกิดรัฐประหาร โดยคณะรักษาความสงบแห่ง ชาติ (คสช.) และให้ใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 เป็นรัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทย โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 131 ตอนที่ 55 ก ณ วันที่ 22 กรกฎาคม 2557 มี 48 มาตรา มีหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติเป็นผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

⁵¹ แหล่งเดิม.

ทางด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมอย่างเสมอกันและได้มาตรฐาน ส่วนผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และการบริการทางสาธารณสุขของรัฐนั้น ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์

อย่างไรก็ตาม ปัญหาการเจ็บไข้ได้ป่วยของประชาชนในสังคมไทยในปัจจุบัน นับว่ามีแนวโน้ม และมีปริมาณจำนวนผู้เจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ทั้งจากโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ โดยธรรมชาติหรือแม้กระทั่งโรคติดต่อร้ายแรง เช่น โรคเอดส์ หรือโรคเรื้อรังต่างๆ อันถือได้ว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคอันสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ดังนั้น ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐในฐานะที่เป็นผู้ปกครอง และมีหน้าที่ที่จะต้องให้ความคุ้มครองต่อสิทธิของประชาชนภายในรัฐที่จะต้องจัดให้มีการให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ ภายใต้ความเสมอภาคเท่าเทียมกัน และมีสิทธิที่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างจริงจัง ซึ่งรัฐจะต้องดำเนินการตามหน้าที่ โดยผ่านระบบประกันสุขภาพของรัฐ⁵²

2.7 วิวัฒนาการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁵³ ของไทยมีพัฒนาการมาอย่างยาวนาน ตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2488 ที่รัฐจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนตามความแตกต่างของรายได้ และกลุ่มอาชีพตามภาคการจ้างงาน เช่น ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ แรงงานในสถานประกอบการ หรือผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น ทำให้ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันประเทศไทยมีระบบสุขภาพอยู่ด้วยกันหลายระบบ ดังตารางที่ 3.1

⁵² สำนักงานส่งเสริมการมีส่วนร่วม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน “คู่มือประชาชนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อเป็นความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ”. น. 1-12.

⁵³ สำนักงานส่งเสริมการมีส่วนร่วม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน “คู่มือประชาชนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อเป็นความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ”. น. 6-9.

ตารางที่ 2.1 ความเป็นมาและพัฒนาระบบหลักประกัน 2488-2545

2488	การเก็บค่าบริการในสถานบริการรัฐ				
2516	กองทุน				การลดหย่อน ค่าบริการกับ คนที่ไม่ สามารถจ่าย ได้
2517	ทดแทน		บัตรขายได้น้อย		
2523			สวัสดิการ		
2527			ข้าราชการ		
2533		ประกันสังคม		ผู้สูงอายุ	
2535					
2536	พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถ				
2537				สปช.	ประกันสมรรถใจใช้ DRG ชดเชยค่าใช้จ่าย สูง
2541				ระเบียบใหม่ โครงการ SIP ใน	
2542			มาตรการ ควบคุมรายจ่าย	5 จังหวัด คนจน	คนเกือบจน
เม.ย. 2544				นำร่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน 6 จังหวัด	
เม.ย. 2545				ขยายการดำเนินงานไปทั่วประเทศ	
ปี	ลูกจ้างเอกชน		ลูกจ้างภาครัฐ	ประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	

ที่มา: สำนักงานส่งเสริมการมีส่วนร่วม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน “คู่มือประชาชนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อเป็นความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ.”

แม้จะมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่หลายระบบ แต่การให้บริการด้านการรักษาก็ยังไม่สามารถครอบคลุมได้ทุกกลุ่มคน เช่น กลุ่มแรงงานนอกระบบ หรือกลุ่มเกษตรกร และที่สำคัญประชาชนที่ใช้บริการในบางระบบการรักษาก็ต้องจ่ายเงินสมทบเอง ทั้งที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนต้องได้รับการดูแลจากรัฐ

แนวคิดเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถ้วนหน้า จึงมีการพูดถึงบนหลักการของการรักษาสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่รัฐต้องจัดให้ ไม่ใช่บริการที่จะจำหน่ายให้ตามจำนวนเงินในกระเป๋า ดังนั้น มาตรฐานและคุณภาพการรักษาย่อมต้องเท่าเทียมกันทุกคน ไม่ว่าจะรวยหรือจน และมุ่งสูงการรักษาให้สามารถคงคุณภาพชีวิตที่ดี โดยรัฐต้องมีหน้าที่พัฒนาระบบ และหางบประมาณจากการนำเงินภาษีทั้งตรงและทางอ้อมเข้ามาบริหารจัดการ เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงสิทธิอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ จึงเริ่มศึกษาวิจัยแนวทางการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยการทดลองดำเนินการครั้งแรกที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร จนได้แนวทางปฏิบัติในพื้นที่ ที่ทำได้จริงและสามารถนำไปขยายผลในระดับภาพรวมของประเทศ

ขณะที่เครือข่ายองค์กรภาคประชาชน เช่น เครือข่ายเกษตร ผู้บริโภค ผู้สูงอายุ ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้หญิง เด็กและเยาวชน และกลุ่มแรงงาน ร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพ นักวิชาการสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์บางส่วน เป็นผู้ออกแบบ (ร่าง) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับประชาชน และขับเคลื่อนรณรงค์ให้ประชาชนทั่วประเทศเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนร่างกฎหมาย จนได้ลายเซ็นสนับสนุนพร้อมสำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านกว่า 9 หมื่นรายชื่อ (ขณะนั้น รัฐธรรมนูญระบุให้ประชาชนที่ร่วมกันเข้าชื่อ 5 หมื่นคนมีสิทธิเสนอกฎหมายได้)

ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประเด็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเห็นผลเป็นรูปร่าง เนื่องจากขณะนั้นรัฐบาลภายใต้การนำของคุณทักษิณ ชินวัตร เห็นด้วยในหลักการและกำหนดเป็นนโยบายหาเสียงของพรรคภายใต้คำขวัญ “30 บาทรักษาทุกโรค” แล้วจึงนำร่างกฎหมายที่ภาคประชาชนเสนอไปดัดแปลงและผลักดันเป็นร่างกฎหมายของรัฐบาลผ่านสภา จนออกเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545)

นับเป็นพระราชบัญญัติที่เกิดจากทำงานแบบ “สามประสาน” ที่(1) ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (2) ภาคประชาชน และ (3) ผู้ขับเคลื่อนนโยบายระดับประเทศร่วมกันผลักดัน นับเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของแนวคิดการให้สวัสดิการด้านการดูแลสุขภาพของไทย ที่ให้ประชาชนทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิการรักษาในระบบสุขภาพใดๆ ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน โดยใช้งบประมาณจากภาษี

การบัญญัติพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁵⁴ เนื่องจากมาตรา 52⁵⁵ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82⁵⁶ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้ จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน นอกจากนี้ เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ขึ้นมา⁵⁷ โดยให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 เป็นต้นไป

จากที่ได้ทำการศึกษาถึงแนวความคิด วิวัฒนาการ ความเป็นมา และหลักการในการจัดตั้งกองทุนชดเชยความเสียหายดังกล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น จะเห็นได้ว่า ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการนำเอาแนวคิดเกี่ยวกับการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบใช้ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับจัดตั้ง กองทุนชดเชยให้กับผู้ได้รับความเสียหายที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายของประเทศไทยนั้น จะได้กล่าวถึงในบทที่ 3 ต่อไป

⁵⁴ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนที่ 116 ก หน้า 1 วันที่ 18 พฤศจิกายน 2545.

⁵⁵ ปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550, มาตรา 51.

⁵⁶ ปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550, มาตรา 80.

⁵⁷ เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.

บทที่ 3

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมายประเทศไทย

เปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศ

ปัญหาการได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริการชดเชยและเยียวยาความเสียหายที่ทันต่อเหตุการณ์และเป็นธรรม ทำให้เกิดภาระกับตัวผู้เข้ารับบริการหรือทายาทผู้เข้ารับบริการที่ได้รับความเสียหายซึ่งต้องแบกรับภาระดังกล่าวแต่เพียงฝ่ายเดียวทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมต่อตัวผู้ที่ได้รับความเสียหายเป็นอย่างมาก

ปัจจุบันพบว่า ประเทศไทยยังไม่มีหน่วยงาน หรือกองทุน ที่จัดตั้งขึ้นไว้เป็นการเฉพาะเพื่อชดเชย หรือเยียวยาความเสียหายให้กับผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด คงมีเพียงกองทุนเพื่อชดเชยหรือทดแทนความเสียหายจากการใช้รถ เช่น กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พุทธศักราช 2535 หรือกองทุนทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พุทธศักราช 2537 ที่ชดเชยให้กับลูกจ้างเมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ฯลฯ

ความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลยังไม่มีกฎหมายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการชดเชยความเสียหายดังกล่าวไว้โดยเฉพาะ คงมีแต่เพียงแต่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 ที่บัญญัติให้มีการจัดตั้ง “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมิได้มีไว้เพื่อให้ความคุ้มครองแก่ผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายเป็นการเฉพาะแต่อย่างใด มีเพียงมาตรา 41 ที่บัญญัติให้มีการจ่าย “ค่าเสียหายเบื้องต้น” ให้แก่ผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายเท่านั้น

ปัญหาดังกล่าว เพื่อให้เกิดความคุ้มครองและเยียวยาแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลให้ได้รับค่าเสียหายอย่างเป็นธรรม จึงควรศึกษากฎหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งในปัจจุบันมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องและขั้นตอนในการจัดตั้งกองทุนตามกฎหมายและต่างประเทศซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 หลักกฎหมายของประเทศไทย

3.1.1 กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในที่นี้ขอกล่าวรายละเอียดของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 ในส่วนภาพรวมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยเน้นสำคัญไปที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น

3.1.1.1 แนวความคิดในการจัดตั้งกองทุน

เนื่องจากมาตรา 52¹ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82² ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้ จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการ โดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน นอกจากนี้ เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ขึ้นมา โดยให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 เป็นต้นไป

จึงได้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นตามมาตรา 38 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

¹ ปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550, มาตรา 51.

² ปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550, มาตรา 80.

³ เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

3.1.1.2 วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งกองทุน

หมวด 4 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 38 บัญญัติว่า “ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ”

ค่าใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนคือ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข หมายความว่า ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ได้แก่

- 1) ค่าสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- 2) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- 3) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์
- 4) ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์
- 5) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์
- 6) ค่าทำคลอด
- 7) ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ
- 8) ค่าบริบาลทารกแรกเกิด
- 9) ค่ารพพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- 10) ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
- 11) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ
- 12) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

และรวมถึง ค่าบริการ หมายความว่า เงินที่ผู้รับบริการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในการรับบริการสาธารณสุขแต่ละครั้ง

ด้านการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ถือเป็นค่าใช้จ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้ให้สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาตามตารางที่

ตารางที่ 3.1 ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษา

ชุดสิทธิประโยชน์	รายละเอียดที่ได้รับ
มะเร็ง	<ul style="list-style-type: none"> - รักษาจนถึงสิ้นสุดการรักษาโดยไม่ต้องร่วมจ่าย - สำหรับการจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการ จ่ายให้ผู้ป่วยนอกไม่เกิน 4,000 บาท ต่อครั้ง - ส่วนผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม “DRGs: คีอาร์จี”
ไตวายเรื้อรัง	<ul style="list-style-type: none"> - การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม - เฉพาะผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านช่องท้องโดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ จ่ายให้ 1,500-1,700 บาท/ครั้ง - เฉพาะผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่าที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 สปสช. จ่ายให้ 2 ใน 3 ของค่าบริการ ไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้ง กรณีอายุมากกว่า 60 ปีเบิกได้ไม่เกิน 1,200 บาท/ครั้ง และหน่วยบริการเรียกเก็บจากผู้ป่วยไม่เกิน 500 บาท/ครั้ง - การปลูกถ่ายไต ครอบคลุมทั้งหมดตั้งแต่การเตรียมการผ่าตัด และครอบคลุมทั้งผู้ให้ และผู้รับ - การล้างช่องท้อง “ฟอกไตผ่านทางช่องท้อง” ไม่เสียค่าใช้จ่าย - ยังคงต้องมีการร่วมจ่ายในกรณี ผู้ป่วยต้องการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ - ค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายไต ค่ายากดภูมิคุ้มกัน และค่าติดตามผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลจ่ายอัตราเดียวกับสำนักงานประกันสังคม
โรคจิตเวช	<ul style="list-style-type: none"> - “ใช้สิทธิได้ทั้งหมด “เดิมเคยยกเว้น บางอาการ ปัจจุบันใช้สิทธิได้ทั้งหมด”
บำบัดการใช้สารเสพติด	<ul style="list-style-type: none"> - บำบัดการใช้สารเสพติด โดยให้สารทดแทนที่เรียกว่าเมธาโดน
เอชไอวี/เอดส์	<ul style="list-style-type: none"> - ให้สิทธิกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รวมถึงการให้ยาต้านไวรัสป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกและกรณีอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน - ได้รับยาด้านไวรัสเอชไอวี - ได้รับการตรวจปริมาณเม็ดเลือดขาวในกระแสเลือด “ซีดี 4” ทุก 6 เดือน - ได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสในกระแสเลือด “ไวรัสโหลด” ปีละ 1 ครั้ง - ได้รับการตรวจการทำงานของตับ ระดับไขมัน ระดับน้ำตาลในเลือดทุก 6 เดือน
ทันตกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่จำกัดจำนวนครั้ง”ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ฟันเทียม รักษาโพรงประสาท ฟันน้ำนม ใส่ฟันดานเทียม cleft palate”

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ชุดสิทธิประโยชน์	รายละเอียดที่ได้รับ
การคลอด	- รับผิดชอบทั้งหมดตั้งแต่ฝากครรภ์จนถึงคลอด ไม่ว่าจะคลอดด้วยวิธีใดก็ตาม และดูแลลูกที่คลอดออกมาทันที
การคลอด	- รวมกันไม่เกิน 2 ครั้งกรณีที่บุตรคลอดแล้วอยู่รอดออกมามีชีวิต
พยายามฆ่าตัวตาย	- การรักษาครอบคลุมอาการที่เกิดกับผู้ฆ่าตัวตาย
การทำแท้ง	- การรักษาครอบคลุมอาการที่เกิดจากการตั้งใจยุติการตั้งครรภ์
เจ็บป่วยฉุกเฉิน	- โรงพยาบาลในระบบประกันสุขภาพที่ขึ้นทะเบียนกับหลักประกันสุขภาพ ได้ทุกโรงพยาบาล - ไม่จำกัดจำนวนครั้งทั้งกรณีฉุกเฉิน และอุบัติเหตุ - ไม่แยกเจ็บป่วยฉุกเฉิน กับอุบัติเหตุ - หากเข้ารับบริการในสถานบริการอื่นที่ไม่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.อาการแรกเริ่ม ต้องเข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤติที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต จึงจะใช้สิทธิได้
การส่งเสริมสุขภาพการ ป้องกันโรค	- ตรวจหาภาวะเสี่ยงของการเกิด โรคตามแนวทางแพทยฯ”เบาหวาน/ความดัน โลหิตสูง/มะเร็งปากมดลูก” - การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - การตรวจสุขภาพช่องปาก - การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ วัคซีนตามแผนงานภูมิคุ้มกัน โรคของประเทศ - การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ - การวางแผนครอบครัว - ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ ได้ปีละ 2 ครั้ง “ครอบคลุมคน ไทยทุกคน ทุกสิทธิใช้บริการได้ที่สถานบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ” - สำหรับผู้หญิง ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละ 1 ครั้ง
การจ่ายยา	- เป็นไปตามระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ - หากแพทย์มีความเห็นว่าจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติก็สามารถ ใช้ได้

ที่มา: คู่มือประชาชน ระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ

ดังนั้น วัตถุประสงค์หลักของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมี วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนในประเทศได้เข้าถึงระบบสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่ต้องกังวลในเรื่องของค่าใช้จ่าย เนื่องจากรัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบดูแลค่าใช้จ่ายในส่วนที่เกินกว่ากฎหมายกำหนดให้ ผู้เข้ารับบริการจะต้องร่วมจ่ายตามสิทธิคือ จำนวน 30 บาทเท่านั้น ส่วนที่เกินกว่านั้นรัฐจะเป็นผู้จ่าย โดยจ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.1.1.3 ผู้สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บุคคลทุกคนที่ไม่มีสิทธิในสวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม หรือกรณีผู้ที่ไม่สามารถออกเงินจ่ายค่าพยาบาลได้เอง บุคคลดังกล่าวมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยยื่นคำขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการของตนเองต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาขา หรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเพื่อเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตนเอง ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดก็ได้ เว้นแต่ ผู้นั้นจะหน่วยบริการประจำ การขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและหน้าที่ของหน่วยบริการประจำ ให้คำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ

บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนเองหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนเองหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่ กรณีที่มีเหตุสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

กรณีที่ผู้ซึ่งมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนอาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวจัดให้บุคคลนั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ และแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานสาขาทราบภายใน 30 วันนับแต่ให้บริการ โดยหน่วยบริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการครั้งนั้นจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

สำหรับข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ รวมถึงบิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลดังกล่าว และผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม โดยหลักแล้วไม่สามารถใช้สิทธิในการรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ เว้นแต่จะได้มีการตกลงร่วมกันระหว่างคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอื่นของรัฐ หรือคณะกรรมการประกันสังคม ให้ใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช พ.ศ. และออกเป็นพระราชกฤษฎีกามาใช้บังคับ

ส่วนกรณีที่บุคคลนั้นเป็นลูกจ้างซึ่งมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ถ้าได้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อใดแล้ว ให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนเงินทดแทน กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ บริษัทผู้รับประกันภัยรถ หรือบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ แล้วแต่กรณี แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนหรือไม่เกินจำนวนค่าสินไหมทดแทนตามภาระหน้าที่ที่กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยต้องจ่ายตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หรือไม่เกินสิทธิที่พึงได้รับตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ส่งเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

3.1.1.4 ขั้นตอนการขอรับเงินเยียวยาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁴พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกั้นเงินจำนวนไม่เกินร้อยละ 1 ของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำความผิดมิได้หรือหาผู้กระทำความผิดได้แต่ผู้เสียหายยังไม่ได้รับชดเชยค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และมาตรา 18(7) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกัน

⁴ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 129 ตอนพิเศษ 128 ง หน้า 67 วันที่ 23 สิงหาคม 2555.

สุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41 ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 18(7) และมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ออกข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2546 ขึ้นมาเพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ต่อมาได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเหมาะสม และเกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น ประกอบกับเพื่อให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของกฎหมายปัจจุบัน ได้มีการประกาศใช้ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 โดยมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 เป็นต้นไป ส่วนกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลก่อนวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ให้บังคับตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 จนเสร็จสิ้นกระบวนการพิจารณา

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

1) ความหมายของเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

เงินช่วยเหลือเบื้องต้น หมายความว่า เงินที่จ่ายให้แก่ผู้รับบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะของผู้รับบริการ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยมีต้องรอการพิสูจน์อุกษิต

2) ขอบเขตของความเสียหาย

ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการที่จะเป็นเหตุให้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนั้น ให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาลด้วย แต่ความเสียหายนั้น ต้องไม่ใช่ความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพ หรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว

3) ประเภทของความเสียหายและอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น 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 จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน 100,000 บาท กรณีที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์จนอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากับอัตราที่กำหนดในข้อ 1” และหากมารดาได้รับความเสียหายอื่นด้วย ก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายที่ได้รับนั้น

สำหรับกรณีที่ความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดเป็นหนึ่งตามข้อ 1) 2) และ 3) ได้ ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสม

1) ระยะเวลาในการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ทายาทผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ที่สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้นๆ หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ ต้องยื่นคำร้องภายใน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย

2) คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล จังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร หรือจังหวัดใดที่ไม่มีคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นผู้เสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสมจำนวน 5-7 คน เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ

สาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นประกอบไปด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

1. ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 3 คน
2. ตัวแทนหน่วยบริการและตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน

ทั้งนี้ กำหนดให้ผู้อำนวยการสำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในจังหวัดนั้นเป็นเลขานุการคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี

1) การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

การพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนั้น ให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นพิจารณาว่ากรณีดังกล่าวเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่ และถ้าควรได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นควรที่จะได้ตามคำร้องขอหรือไม่เพียงใด ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐกิจของผู้เสียหายประกอบด้วย และมีอำนาจอนุมัติจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ และต้องพิจารณาวินิจฉัยให้แล้วเสร็จโดยเร็ว

2) การอุทธรณ์

กรณีที่ได้รับบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะของผู้รับบริการ ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ส่งจ่ายช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เต็มตามอัตราที่กำหนดไว้ หรือไม่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น หรือจัดประเภทของความเสียหายโดยไม่ถูกต้อง มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้ โดยยื่นที่สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้น หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ ต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย และให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาว่าเป็นไปตามเงื่อนไขการยื่นอุทธรณ์หรือไม่ หากเป็นไปตามเงื่อนไขให้เสนอคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาด ดังต่อไปนี้

1. สั่งให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ หรือ
2. สั่งให้ยกอุทธรณ์

ทั้งนี้ คำวินิจฉัยชี้ขาดของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขให้เป็นที่สุด

ต่อมามีการออกหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินช่วยเหลือช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับทั้งสองฝ่ายทั้งสองผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลและผู้ให้บริการ โดยมีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข รวมถึงจำนวนเงินที่คล้ายคลึงกันดังได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น

3.1.1.5 แหล่งที่มาของกองทุน

ที่มาของงบประมาณบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁵ รัฐบาลได้มีการจัดสรรงบประมาณที่มาจากภาษีของประชาชนให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยแบ่งเป็นงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้ที่ลงทะเบียนในสถานบริการที่หน่วยบริการเป็นรายปี

ข้อมูล ณ ปี 2557 รัฐบาลจ่ายงบประมาณในอัตราเหมาจ่ายรายหัวอัตรา 141,430 ล้านบาทให้กับผู้มีสิทธิบัตรทองประมาณ 48 ล้านคน หรือเฉลี่ยคนละประมาณ 2,895.09 บาท ครอบคลุมในเรื่องต่างๆ เช่น บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป บริการผู้ป่วยในทั่วไป บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ บริการแพทย์แผนไทย บริการกรณีเฉพาะ “ค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการ โรคเฉพาะ” ส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ และเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้กับผู้รับบริการตามมาตรา 41 เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีส่วนเพิ่มที่เพิ่มมาในปีงบประมาณนี้ได้แก่ งบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ

สำหรับผู้ป่วยใน สปสช. ใช้ระบบการจ่ายค่ารักษาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม “DRGs: ดีอาร์จี” ซึ่งหมายถึงการคำนวณค่าใช้จ่ายที่เป็นค่ามาตรฐาน ในการรักษาโรคด้วยวิธีการต่างๆ โดยการจัดแบ่งเป็นกลุ่มโรค ซึ่งเป็นกลไกที่ควบคุมค่าใช้จ่าย และควบคุมมาตรฐานการรักษาได้ด้วย

นอกจากนั้น ยังมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และการจ่ายเฉพาะโรค ได้แก่ งบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ งบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งเป็นการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคดังกล่าวได้รับการรักษา โดยไม่มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย นอกจากนี้กองทุนโรคเฉพาะดังกล่าว ยังครอบคลุมการจัดบริการอื่นที่นอกเหนือไปจากการรักษาในหน่วยบริการด้วยระบบหลักประกันสุขภาพยังได้ช่วยครอบคลุมรายได้อื่นๆ และรายได้ปานกลาง

⁵ สำนักงานส่งเสริมการมีส่วนร่วม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “คู่มือประชาชน ระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ”.

จำนวนมาก ให้สามารถหลีกเลี่ยงการล้มละลาย หรือการสูญเสียที่ดิน หรือทรัพย์สินจำนวนมาก เพื่อรักษาชีวิตสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคเรื้อรังรักษาแพง ทั้งยังได้ช่วยสนับสนุนให้ประชาชนได้ตรวจสอบสภาพและอาการที่ไม่ปกติต่างๆ ตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อรักษาให้ทันเวลาที่

ที่มาของแหล่งเงินทุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดถึงแหล่งที่มาของกองทุนประกอบด้วย

- 1) เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
- 2) เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
- 3) เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้
- 4) เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้
- 5) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน
- 6) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน
- 7) เงินหรือทรัพย์สินใด ๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน
- 8) เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

เงินและทรัพย์สินที่เป็นของกองทุนไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดิน ตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลัง และกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

การเสนอขอรับงบประมาณประจำปี ให้คณะกรรมการจัดทำคำขอต่อคณะรัฐมนตรีโดยพิจารณาประกอบกับรายงานความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ตลอดจนบัญชีการเงินและทรัพย์สินของกองทุนในขณะจัดทำคำขอดังกล่าว

ผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 นั้น กฎหมายยังได้กำหนดให้ผู้ที่มีสิทธิได้รับคือ

บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

ผู้ซึ่งมีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนอาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวจัดให้บุคคลนั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

และแจ้งให้สำนักงานทราบภายในสามสิบวันนับแต่ให้บริการ โดยหน่วยบริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการครั้งนั้นจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

เห็นได้ว่า เงินที่นำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมาจากเงินภาษีของประชาชนทั้งสิ้นของเงินจำนวนทั้งหมด โดยที่ไม่มีเงินของเอกชนมาสมทบแต่อย่างใด

3.1.1.6 รูปแบบและโครงสร้างของกองทุน

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับ ควบคุม ดูแล คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “สปสช.”⁶ เป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในฐานะประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเลขาธิการ สปสช. บริหารจัดการสำนักงาน ตามบทบาทหน้าที่ที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยสำนักงานมีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้แก่ รับผิดชอบงานธุรการ การเงิน มีการเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการการบริการสาธารณสุข พร้อมจัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา 46 ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ⁸ และการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการควบคู่ไปกับการดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานและเผยแพร่ต่อสาธารณชน และดำเนินงานตามที่คณะกรรมการต่างๆ มอบหมาย

⁶ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “สปสช.). *ประวัติความเป็นมา* (online). สืบค้น 25 สิงหาคม 2555, จาก <http://www.nhso.go.th>

⁷ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “สปสช.). *อำนาจหน้าที่* (online). สืบค้น 25 สิงหาคม 2555, จาก <http://www.nhso.go.th>

⁸ หน่วยบริการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “UC) มีกว่า 11,400 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งพร้อมให้บริการสาธารณสุขอย่างครบวงจร ให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงตติยภูมิ รวมถึงโรคเฉพาะทางที่มีค่าใช้จ่ายสูง

การดำเนินงานจัดการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและอำนาจหน้าที่ พร้อมทั้งการตรวจสอบการดำเนินงานนั้น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติไว้มีรายละเอียดต่อไปนี้

1) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

1. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีฐานะเป็นประธานกรรมการ
2. ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ
3. ผู้แทนสภาเทศบาล 1 คน องค์กรบริหารส่วนจังหวัด 1 คน องค์กรบริหารส่วนตำบล 1 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น 1 คน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง
4. ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับงานด้านเด็กหรือเยาวชน งานด้านสตรี งานด้านผู้สูงอายุ งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรัง งานด้านผู้ใช้แรงงาน งานด้านชุมชนแออัด งานด้านการเกษตรกรรมและงานด้านชนกลุ่มน้อย องค์กรละ 1 คน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละ 1 คน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวน 5 คน และต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อนครบกำหนด 15 วัน นับแต่วันที่มีเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการ ถ้าองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น
5. ผู้แทน ผู้ประกอบอาชีพด้านสาธารณสุขจำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้แทนแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และสมาคมโรงพยาบาลเอกชนด้านละ 1 คน
6. ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน ซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การเงินการคลัง กฎหมายและสังคมศาสตร์ ด้านละ 1 คน
7. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากนี้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ
2. ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ออกกฎกระทรวง และประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุข
4. กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการถอดถอนและกำหนดคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามของเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
6. ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์
7. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล โดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร
8. กั้นเงินจำนวนไม่เกินร้อยละ 1 ของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร
9. สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่
10. สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่
11. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

12. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน

13. จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้วรายงานต่อคณะรัฐมนตรีสภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายใน 6 เดือน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ

14. จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

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 มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส และมีผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

19. เสนอขอรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) 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. ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ทันตกรรม และเภสัชกรรม วิชาชีพละ 1 คน

6. ผู้แทนราชวิทยาลัย แพทย์เฉพาะทางสาขาสูตินรีเวช สาขาศัลยกรรม สาขาอายุรกรรม และสาขากุมารเวชกรรม สาขาละ 1 คน

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

8. ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงผลผลกำไร และดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับงานด้านเด็กหรือเยาวชน งานด้านสตรี งานด้านผู้สูงอายุ งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น งานด้านผู้ใช้แรงงาน งานด้านชุมชนแออัด งานด้านเกษตรกรรมและงานด้านชนกลุ่มน้อย องค์กรละ 1 คน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละ 1 คน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวน 5 คน และต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อนครบกำหนด 15 วัน นับแต่วันที่มิเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการ ถ้าองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

9. ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวน 6 คน โดยในจำนวนนี้ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาจิตเวช และสาขาการแพทย์แผนไทย สาขาละ 1 คน

10. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

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 และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน
6. รายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน
7. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ
8. จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
9. สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข
10. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนด ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขหรือตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

11. แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติตามที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมอบหมายได้

12. ขอให้หน่วยงานของรัฐหรือสั่งให้บุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

3) หน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อให้ประชาชนดำเนินการลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตน และได้กำหนดให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

2. ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการ โดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทาง วิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

3. ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

4. รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

5. จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขเพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

4) การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้ในกรณีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาขาแล้วแต่กรณี ตรวจสอบแล้วพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขแต่งตั้ง “คณะกรรมการสอบสวน” ซึ่งประกอบไปด้วยผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กร

เอกชนหรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา และให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขกำหนดจำนวนของคณะกรรมการสอบสวนตามความเหมาะสม และอาจแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนไว้ล่วงหน้าเป็นจำนวนหลายคณะก็ได้

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการสอบสวนมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการสอบสวนหน่วยบริการที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้ และเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

2. ขอให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ผู้ร้องเรียน หรือบุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำ หรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

เมื่อคณะกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนเสร็จแล้ว ให้เสนอเรื่องพร้อมความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาต่อไป ดังต่อไปนี้

1. ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1) ในกรณีที่เป็นการกระทำโดยไม่เจตนาให้มีคำสั่งเตือนให้ปฏิบัติโดยถูกต้อง

2) ในกรณีที่มีเจตนากระทำผิด ให้มีคำสั่งให้หน่วยบริการนั้นชำระค่าปรับทางปกครองเป็นจำนวนไม่เกิน 100,000 บาท สำหรับการกระทำผิดแต่ละครั้ง และให้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองมาใช้บังคับ และในกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการบังคับตามคำสั่ง ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจฟ้องคดีต่อศาลปกครองเพื่อบังคับชำระค่าปรับ ในกรณีนี้ถ้าศาลปกครองเห็นว่าคำสั่งให้ชำระค่าปรับนั้นชอบด้วยกฎหมายก็ให้ศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษาและบังคับคดีให้มีการยึดหรืออายัดทรัพย์สินขายทอดตลาดเพื่อชำระค่าปรับได้

3) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งอาจมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

2. ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขตามที่กำหนดไว้ หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการ โดยไม่มีสิทธิที่จะเรียกเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด หรือไม่จ่ายค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของ

หน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควร ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการ สาธารณสุขดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1) ตักเตือนเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นปฏิบัติต่อผู้ร้องเรียนให้เหมาะสมหรือ ถูกต้องตามสิทธิประโยชน์ของผู้ร้องเรียน

2) ออกคำสั่งเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นคืนเงินค่าบริการส่วนเกินหรือที่ไม่มี สิทธิเรียกเก็บให้แก่ผู้ร้องเรียนพร้อมดอกเบี้ยร้อยละ 15 ต่อปี นับแต่วันที่เก็บค่าบริการนั้นจนถึง วันที่จ่ายเงินคืน

3. ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า การกระทำผิดของหน่วยบริการนั้นเป็นการ กระทำผิดร้ายแรงหรือเกิดซ้ำหลายครั้ง ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายงาน ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1) สั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการนั้น

2) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อพิจารณา ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

3) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้กำกับดูแลเพื่อให้มีการดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหารของ หน่วยบริการในกรณีที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

4) แจ้งต่อหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาด ข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษให้ผู้ประกอบการวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีส่วนรับผิดชอบใน การกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ ของรัฐ

3.1.2 กองทุนเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พุทธศักราช 2537

3.1.2.1 แนวความคิดในการจัดตั้งกองทุนเงินทดแทน

การกำหนดความคุ้มครองเกี่ยวกับเงินทดแทนเกิดขึ้นจากแนวความคิดพื้นฐานที่ ต้องการให้ลูกจ้างได้รับความช่วยเหลือเยียวยาเพื่อบรรเทาหรือระงับความเดือดร้อนเสียหายที่ ลูกจ้างและครอบครัวได้รับจากภาระค่าใช้จ่ายจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และจากการ ขาดรายได้ในระหว่างการเจ็บป่วยหรือการหยุดงานเพื่อพักรักษาตัวของลูกจ้าง โดยมีเหตุผล 2 ประการ คือ⁹

⁹ จาก คำอธิบายกฎหมายแรงงานภาครัฐวิสาหกิจ, โดย วิจิตรา (ฟุ้งกล้า) วิเชียรชม, 2557, โครงการ ดำเนินการและเอกสารประกอบการสอนคณะนิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

(1) การมีความสัมพันธ์ทางศีลธรรม

นายจ้างเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากการทำงานของลูกจ้างอย่างเต็มที่เต็มกำลังความสามารถ เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย หรือเกิดโรคเนื่องจากการทำงาน นายจ้างก็มีหน้าที่ในทางศีลธรรมที่ควรต้องให้ความช่วยเหลือจนเจือลูกจ้างด้วยความมีมนุษยธรรม

(2) ความสัมพันธ์ทางแพ่งที่ไม่อาจคุ้มครองอย่างเพียงพอ

เมื่อครั้งในอดีตซึ่งยังไม่มีการกำหนดความรับผิดชอบของนายจ้างในการจ่ายเงินทดแทนนั้น กรณีที่ลูกจ้างได้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือเกิดโรคเนื่องจากการทำงาน นายจ้างย่อมมีความรับผิดชอบในทางละเมิดต่อลูกจ้างตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งโดยหลักทั่วไปนายจ้างต้องรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ลูกจ้างก็แต่เฉพาะเมื่อนายจ้างมีส่วนกระทำความผิดด้วย โดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อเป็นเหตุให้ลูกจ้างได้รับความเสียหาย อันเป็นเรื่องยากสำหรับลูกจ้างในการพิสูจน์หรือนำสืบว่า มีความจงใจหรือประมาทเลินเล่อของนายจ้าง นอกจากนั้น การใช้สิทธิเรียกร้องโดยฟ้องร้องดำเนินคดีหรือดำเนินกระบวนการพิจารณาคดีต่อนายจ้างเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายฐานละเมิดในทางแพ่งก็ต้องใช้เวลานาน มีความล่าช้า และต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ทำให้ลูกจ้างต้องลำบากและเดือดร้อนที่ต้องอดทนรอคอยเป็นเวลานานกว่าจะได้รับค่าเสียหาย หรืออาจไม่ได้รับความเสียหายถ้าลูกจ้างตกเป็นฝ่ายแพ้กดี แต่ความเดือดร้อนของลูกจ้างมีอยู่ที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือเกิดโรคเนื่องจากการทำงาน ซึ่งลูกจ้างอาจไม่มีเงินทดรองจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลหรือไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายทดแทนการขาดรายได้จากการที่เจ็บป่วยจนต้องหยุดทำงาน กฎหมายจึงเห็นถึงความจำเป็นที่ต้องกำหนดความคุ้มครองให้ลูกจ้างมีสิทธิได้รับเงินทดแทน นอกเหนือจากสิทธิเรียกร้องค่าเสียหายกรณีละเมิดตามกฎหมายแพ่ง ทั้งนี้ ไม่ว่านายจ้างจะมีส่วนกระทำความผิดหรือไม่ก็ตาม อันเป็นแนวความคิดพื้นฐานตามหลักความรับผิดโดยปราศจากความผิด (Liability without Fault) และเป็นความรับผิดโดยเคร่งครัดไม่มีสิทธิปฏิเสธได้ อันเป็นไปตามหลักความรับผิดโดยเคร่งครัด (Strict Liability)

อาจกล่าวได้โดยสรุปได้ว่า ระบบความรับผิดของนายจ้างในการจ่ายเงินทดแทนเป็นระบบที่กำหนดความรับผิดของนายจ้างขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับการขยายตัวหรือพัฒนาในทางอุตสาหกรรม โดยมีหลักการ 2 ประการ คือ

1. หลักความรับผิดโดยปราศจากความผิด (Liability without Fault)

ตามหลักการดังกล่าวกำหนดให้นายจ้างต้องรับผิดชอบแม้ความเสียหายเกิดขึ้นจากอุบัติเหตุ โดยไม่มีความผิดของนายจ้างหรือไม่มีความผิดของฝ่ายใดเกิดขึ้นเลยก็ตาม ทั้งนี้ เนื่องจากนายจ้างเป็นเจ้าของกิจการ เป็นเจ้าของสถานประกอบกิจการ รวมตลอดถึงเครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำงานของลูกจ้าง ซึ่งนายจ้างมีหน้าที่ต้องดูแลจัดสถานที่ทำงาน เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ ให้อยู่

ในสภาพที่ปลอดภัย อันเป็นการป้องกันมิให้ก่อให้เกิดอันตรายแก่ลูกจ้างโดยทั่วไปอยู่แล้วและแม้ นายจ้างจะไม่บกพร่องต่อหน้าที่โดยทั่วไปดังกล่าว แต่อันตรายเกิดขึ้นแก่ลูกจ้าง การที่ลูกจ้างทำงาน ให้แก่นายจ้าง นายจ้างก็เป็นผู้ได้รับผลประโยชน์อย่างเต็มที่จากการใช้แรงงานหรือจากการทำงาน ของลูกจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือเกิด โรคเนื่องจากการทำงาน ก็เป็น ความชอบธรรมที่จะกำหนดให้นายจ้างต้องมีความรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือลูกจ้าง

2. หลักความรับผิดโดยเคร่งครัด (Strict Liability)

ตามหลักการดังกล่าวกำหนดให้นายจ้างต้องรับผิดโดยเคร่งครัดซึ่งโดยทั่วไปแล้ว นายจ้างไม่อาจปฏิเสธความรับผิดได้กรณีที่ลูกจ้างเกิดประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือเกิดโรค เนื่องจากการทำงาน เนื่องจากลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนั้นต้องการได้รับการเยียวยา อย่างทันท่วงที ทั้งนี้ โดยทั่วไปแล้ว ไม่มีใครนอกจากนายจ้างที่ใกล้ชิดกับลูกจ้างมากที่สุดและ นายจ้างก็อยู่ในฐานะที่เหมาะสมจะให้การช่วยเหลือลูกจ้างมากที่สุดด้วย

2. ความสัมพันธ์ตามกฎหมายแพ่งที่ไม่อาจคุ้มครองลูกจ้างได้อย่างเพียงพอ กล่าวคือ เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน นายจ้างย่อมมีความรับผิดต่อลูกจ้าง ตามกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ลักษณะละเมิด ซึ่งโดยทั่วไปนายจ้างต้องรับผิดในความเสียหายที่ เกิดขึ้นแก่ลูกจ้างก็แต่เฉพาะกรณีที่นายจ้างมีส่วนกระทำความผิดด้วยโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ซึ่งเป็นเรื่องยากแก่การพิสูจน์หรือนำสืบ และการฟ้องร้องดำเนินคดีต่อนายจ้างเพื่อเรียกร้อง ค่าเสียหายฐานละเมิดก็เป็นไปโดยล่าช้า และเสียค่าใช้จ่ายสูง ทำให้ลูกจ้างต้องลำบากและเดือดร้อน ที่ต้องอดทนรอคอยเป็นเวลานานกว่าจะได้รับค่าเสียหาย ซึ่งลูกจ้างอาจไม่มีเงินทดรองจ่าย ค่ารักษาพยาบาลหรือไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่าย ทดแทนการขาดรายได้กฎหมายจึงกำหนดคุ้มครอง ลูกจ้างให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทน นอกเหนือจากสิทธิเรียกร้องค่าเสียหายกรณีละเมิดตามกฎหมาย แพ่งไม่ว่านายจ้างจะมีส่วนกระทำผิดหรือไม่ก็ตาม

3.1.2.2 วัตถุประสงค์ของกองทุนเงินทดแทน

กองทุนเงินทดแทนมีวัตถุประสงค์จะให้หลักประกันที่มั่นคงแก่ลูกจ้างว่า ถ้าประสบ อันตรายจากการทำงานหรือเจ็บป่วยสาเหตุมาจากการทำงานแล้วจะได้รับเงินทดแทนด้วยความรวดเร็ว และเต็มตามสิทธิ ทั้งนี้ โดยมีเหตุผลที่ว่า แม้กฎหมายจะได้กำหนดให้เป็นภาระของนายจ้างต้อง จ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้าง ซึ่งประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานให้นายจ้างหรือป้องกันรักษา ประโยชน์ให้แก่นายจ้าง หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้นายจ้างด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะ หรือสภาพของงาน หรือโรคซึ่งเกิดขึ้นจากการทำงานตามที่กฎหมายกำหนด และรวมถึงกรณีที่ ลูกจ้างถึงแก่ความตาย เนื่องจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติลูกจ้างก็ ยังคงไม่มีความมั่นคงเพราะนายจ้างจำนวนมากที่ไม่สามารถจ่ายเงินทดแทนได้ เพราะบางครั้ง

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน ทำให้ต้องจ่ายเงินจำนวนมาก และมีหลายรายที่พยายามปิดความรับผิดชอบหรือประวิงการจ่ายโดยวิธีการต่างๆ ดังนั้น กองทุนทดแทนจึงเป็นการเยียวยาที่รัฐจัดให้กับลูกจ้างเพื่อให้ได้รับประโยชน์ด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3.1.2.3 แหล่งที่มาของกองทุนเงินทดแทน

สำหรับแหล่งที่มาของกองทุนเงินทดแทน ตามกฎหมายได้กำหนดให้ประกอบด้วยเงินและทรัพย์สินดังต่อไปนี้ “มาตรา 27 ของพระราชบัญญัติเงินทดแทน”

(1) เงินกองทุนทดแทน ตามมาตรา 26 วรรค 2 ของพระราชบัญญัติเงินทดแทนได้บัญญัติให้กองทุนเงินทดแทนตามประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 16 มีนาคม 2515 “ฉบับที่ 1” พุทธศักราช 2533 เป็นเงินกองทุนทดแทน ทั้งนี้ กองทุนเงินทดแทนตามประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 นั้น ประกอบด้วยเงินที่นายจ้างจ่ายสมทบ เงินอุดหนุนจากรัฐบาล เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้อุทิศให้ และเงินรายได้อื่น

(2) เงินสมทบ คือเงินที่นายจ้างจ่ายเงินเข้ากองทุนเงินทดแทน เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างตามสิทธิที่กฎหมายกำหนด และเป็นหน้าที่ของนายจ้างโดยตรงที่จะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน นายจ้างจะหักเงินค่าจ้างของลูกจ้างมาจ่ายเป็นเงินสมทบไม่ได้¹⁰

ถือว่าเงินสมทบเป็นแหล่งที่มาของกองทุนที่สำคัญที่สุด ทั้งนี้ เงินสมทบที่นายจ้างต้องจ่ายสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน จ่ายตามอัตราเงินสมทบตามประเภทกิจการของนายจ้างและตามเงินค่าจ้างที่จ่ายแก่ลูกจ้างทั้งสิ้น

(3) ผลประโยชน์ของกองทุน เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการของสังคม

(4) เงินเพิ่มเป็นกรณีที่นายจ้างไม่จ่ายเงินสมทบภายในกำหนดเวลา หรือจ่ายเงินสมทบไม่ครบจำนวนที่จะต้องจ่ายตามที่กฎหมายกำหนด ให้นายจ้างเสียเงินเพิ่มร้อยละ 3 ต่อเดือน ของเงินสมทบที่จะต้องจ่าย

(5) เงินที่ตกเป็นของกองทุนหมายถึงเงินเหลือจากการขายทอดตลาดทรัพย์สินของนายจ้างตามคำสั่งของเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม กรณีที่นายจ้างไม่นำส่งเงินสมทบหรือเงินเพิ่มหรือนำส่งไม่ครบจำนวน ภายหลังจากที่หักค่าใช้จ่ายในการยึด อาศัย ขายทอดตลาด และจ่ายเงิน

¹⁰ ทานกับกองทุนเงินทดแทน. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, มีนาคม 2538.

สมทบหรือเงินเพิ่มแล้ว ให้คืนแก่นายจ้าง ถ้านายจ้างไม่มาขอรับคืนภายใน 5 ปี กฎหมายกำหนดให้ตกเป็นของกองทุน

(6) เงินค่าปรับที่ได้จากการเปรียบเทียบ ในกรณีที่มีการกระทำความผิด ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน ซึ่งผู้กระทำความผิดไม่ควรได้รับโทษจำคุก หรือไม่ควรถูกฟ้องร้อง กฎหมายกำหนดให้เลขาธิการประกันสังคม หรือผู้ว่าราชการมีอำนาจเปรียบเทียบได้ เงินค่าปรับที่ได้จากการเปรียบเทียบดังกล่าว กฎหมายกำหนดให้ตกเป็นของกองทุน

(7) ทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้หรือเงินอุดหนุน

(8) รายได้อื่น เช่น เงินส่วนลดกรณีที่ยจ่ายเงินทดแทนเป็นเงินก้อนในคราวเดียวหรือเงินทดแทนที่ไม่มีผู้รับ

(9) ดอกผลของกองทุน หมายความว่า ดอกผลของกองทุนอาจได้มาจากการลงทุน

3.1.2.4 รูปแบบและโครงสร้างของกองทุนเงินทดแทน

กองทุนเงินทดแทน มีโครงสร้างและรูปแบบบริหาร กล่าวคือ การดูแลเกี่ยวกับเงินทดแทนนั้น อยู่ในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคม ซึ่งมีเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม เป็นผู้มีอำนาจสูงสุด และคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน ทำหน้าที่ดูแลเกี่ยวกับเงินทดแทน โดยเฉพาะ โดยคณะกรรมการจะมาจากผู้แทน 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายรัฐบาล ฝ่ายนายจ้าง และฝ่ายลูกจ้าง มีหน้าที่ดูแล ทั้งนี้ ฝ่ายนายจ้างต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างตามสิทธิที่กฎหมายกำหนด และเป็นหน้าที่ของนายจ้างโดยตรงที่จะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน โดยอัตราเงินสมทบ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน จะเป็นผู้กำหนดในรูปของประกาศกระทรวงแรงงาน ซึ่งจะเรียกว่าเงินสมทบหลัก “Basic Rates” โดยกำหนดไว้สูงต่ำแตกต่างกันตามสภาพความเสี่ยงภัยในการทำงานของแต่ละกิจการ¹¹

โดยที่กองทุนเงินทดแทนเป็นกองทุนเพื่อจ่ายเป็นเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการทำงานในกรณีที่นายจ้างสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป นายจ้างมีหน้าที่จ่ายเงินสมทบ “ฝ่ายเดียว” เข้ากองทุนเงินทดแทน ส่วนลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน เมื่อลูกจ้างประสบเหตุอันตรายจากการทำงานลูกจ้างได้รับเงินจากนายจ้างโดยตรง

นายจ้างผู้มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบต้องจ่ายเงินสมทบโดยคำนวณเงินสมทบจากเงินค่าจ้างให้แก่ลูกจ้างทุกคนทั้งปีคูณกับอัตราเงินสมทบของประเภทกิจการ ทั้งนี้ กฎหมายได้กำหนดขั้นสูงสุดของค่าจ้างที่จะนำมาคำนวณเงินสมทบไว้ไม่เกินปีละ 240,000 บาทต่อลูกจ้าง 1 คน¹²

¹¹ แหล่งเดิม.

¹² แหล่งเดิม.

ในกรณีที่นายจ้างรายใดต้องจ่ายเงินสมทบจำนวนมาก ก็อาจยื่นคำร้องขอผ่อนชำระเงินสมทบ แต่นายจ้างจะต้องจ่ายเงินฝากไว้เป็นจำนวน 25% ของเงินสมทบโดยประมาณที่จะต้องจ่ายในปีนั้น ภายในเดือนมกราคมของทุกๆ ปี”คงยอดเงินฝากไว้ตลอดปีโดยไม่นำมาหักชำระเงินสมทบ” และชำระเงินสมทบเป็นรายงวด

หากนายจ้างรายใดไม่จ่ายเงินฝากหรือเงินสมทบประจำงวดภายในกำหนดจะไม่ได้รับอนุญาตให้ผ่อนชำระเงินสมทบเป็นงวดสำหรับปีนั้นหรือในปีต่อไป โดยจะเปลี่ยนเป็นชำระเงินสมทบคราวเดียวทั้งปี และต้องจ่ายเงินเพิ่ม ซึ่งกฎหมายกำหนดไว้ในกรณีที่นายจ้างไม่จ่ายเงินสมทบภายในกำหนดจะต้องชำระเงินเพิ่มอีกร้อยละ 3 ต่อเดือน ของเงินสมทบที่ค้างชำระ¹³

การเยียวยาลูกจ้างตามวัตถุประสงค์ของกองทุนเงินทดแทนจะอยู่ในรูปของเงินทดแทนซึ่งหมายถึง เงินที่จ่ายให้แก่ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิ กรณีลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยจนถึงแก่ความตาย หรือสูญหายเนื่องจากการทำงาน หรือป้องกันรักษาผลประโยชน์ของนายจ้างหรือตามคำสั่งของนายจ้าง หรือเป็น โรคซึ่งเกิดตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน¹⁴ โดยผู้มีสิทธิเรียกร้องเงินทดแทนนั้น ต้องเป็นลูกจ้างที่ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือผู้มีสิทธิได้รับเงินทดแทน ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจนถึงแก่ความตายหรือสูญหายผู้มีสิทธิได้รับเงินทดแทน ได้แก่ ทายาท หรือบุคคลผู้มีความสัมพันธ์กับลูกจ้าง

ทั้งนี้ กฎหมายได้กำหนดประเภทของเงินทดแทนไว้ ดังนี้ คือ¹⁵

(1) ค่าทดแทน หมายถึง เงินที่จ่ายให้แก่ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิ สำหรับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือสูญหายของลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

(2) ค่ารักษาพยาบาล ซึ่งอัตราค่ารักษาพยาบาลก็คือ จ่ายเท่าที่ลูกจ้างจ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินอัตราตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

(3) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ภายหลังจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ถ้าลูกจ้างมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน นายจ้างต้องจ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานของลูกจ้างตามความจำเป็นตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

(4) ค่าทำศพ เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจนถึงแก่ความตาย หรือสูญหาย นายจ้างต้องจ่ายค่าทำศพให้แก่ผู้จัดการศพของลูกจ้าง ในอัตราเท่ากับ 100 เท่า ของอัตราสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวันตามกฎหมายคุ้มครองแรงงาน

¹³ แหล่งเดิม.

¹⁴ กฎหมายคุ้มครองแรงงาน (น. 90). เล่มเดิม.

¹⁵ แหล่งเดิม.

สำหรับกรณีที่นายจ้างไม่ต้องจ่ายเงินทดแทน เกิดขึ้นได้ในกรณีที่ลูกจ้างเสพของมีนเมา หรือสิ่งเสพติดอื่นจนไม่สามารถทรงสติได้ อันเป็นสาเหตุทำให้ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงานให้แก่นายจ้าง และกรณีที่ลูกจ้างจงใจให้ตนเองประสบอันตรายหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนประสบอันตราย ไม่ว่าจะด้วยความมุ่งหมายเพื่อให้ตนเองได้รับเงินทดแทนหรือด้วยเหตุอื่นใดก็ตาม ก็เข้าข่ายของข้อยกเว้นที่จะทำให้ไม่ต้องจ่ายเงินทดแทนทั้งสิ้น

ในกรณีที่ลูกจ้างประมาทเลินเล่อจนเป็นเหตุให้ตนเองต้องประสบอันตรายยังไม่เข้ากรณียกเว้นที่จะทำให้ผู้มีหน้าที่จ่ายเงินทดแทนหลุดพ้นจากความรับผิดชอบในการจ่ายเงินทดแทน นอกจากนี้กรณีที่ลูกจ้างทำงานโดยฝ่าฝืนคำสั่งหรือระเบียบข้อบังคับของนายจ้างแล้วเกิดอันตรายขึ้นผู้มีหน้าที่จ่ายเงินทดแทนก็ยังคงต้องจ่ายเงินทดแทนอยู่ เนื่องจากการฝ่าฝืนคำสั่งหรือระเบียบข้อบังคับของนายจ้างมิใช่เป็นข้อยกเว้นความรับผิดชอบในการจ่ายเงินทดแทนเช่นเดียวกัน

เงื่อนไขในการจ่ายเงินทดแทนนั้น ต้องปรากฏว่ามีการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือเกิดโรคเนื่องจากการทำงานให้แก่นายจ้าง หรือตามลักษณะหรือสภาพของงานไม่ว่าจะเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นแก่ร่างกาย หรือจิตใจของลูกจ้าง ซึ่งหลักเกณฑ์การพิจารณาว่าเป็นการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานหรือไม่นั้น อาจแยกพิจารณา ได้ดังนี้¹⁶

(1) งานปกติ การประสบอันตรายที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงานตามกำหนดเวลาทำงานปกติ หรือตามลักษณะของงาน ซึ่งเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของลูกจ้างก็พอสันนิษฐานได้ว่าเป็นการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานให้แก่นายจ้าง

(2) งานพิเศษ การประสบอันตรายที่เกิดขึ้นนอกสถานที่ทำงานหรือนอกเวลาทำงานปกติ แต่ถ้าข้อเท็จจริงปรากฏว่าการประสบอันตรายนั้นเกิดขึ้นเพราะสาเหตุที่มาจากการทำงานให้แก่นายจ้าง แต่ถ้าลูกจ้างได้ไปช่วยทำเพราะได้ทำหน้าที่ของตนเสร็จแล้วโดยนายจ้างมิได้ทักท้วงหรือแม้ลูกจ้างกระทำผิดหน้าที่ หรือฝ่าฝืนคำสั่งหรือระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงานแล้วเกิดอุบัติเหตุขึ้นนายจ้างก็ต้องรับผิดชอบจ่ายเงินทดแทน หรือการประสบอันตรายเกิดขึ้นขณะที่ลูกจ้างปฏิบัติตามคำสั่ง หรือปฏิบัติงานพิเศษตามที่นายจ้างมอบหมาย หากลูกจ้างเกิดอันตรายระหว่างนั้น จะต้องพิจารณาอาการของโรคว่า ลูกจ้างป่วยเป็นโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงานที่กฎหมายกำหนดไว้หรือไม่ โดยต้องอาศัยความเห็นของแพทย์ผู้รักษาหรือผู้เชี่ยวชาญ ถ้าหากการเจ็บป่วยของลูกจ้างเกี่ยวข้องโดยตรงกับการทำงาน

¹⁶ แหล่งเดิม.

หรือสภาพแวดล้อมในการทำงาน ก่อให้เกิดโรคแก่ลูกจ้าง นายจ้างก็ต้องรับผิดชอบจ่ายเงินทดแทน
เมื่ออาการของโรคจะปรากฏภายหลังมิได้เกิดในทันทีก็ตาม

หากนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิได้รับคำวินิจฉัยหรือการประเมินเงินสมทบของ
พนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งสั่งการตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนแล้วไม่พอใจคำสั่ง คำวินิจฉัย หรือการ
ประเมินเงินสมทบนั้น ก็มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนได้ภายใน
30 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่ง คำวินิจฉัยหรือการประเมินเงินสมทบ เว้นแต่เป็นคำสั่งให้ยึด
อายุขัย และขายทอดตลาดทรัพย์สินของนายจ้าง และเมื่อคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนวินิจฉัย
อุทธรณ์แล้ว ให้แจ้งคำวินิจฉัยเป็นหนังสือให้ผู้อุทธรณ์ทราบ ในกรณีที่ผู้อุทธรณ์ไม่พอใจคำวินิจฉัย
ของคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน ก็มีสิทธินำคดีไปสู่ศาลแรงงานภายใน 30 วัน นับแต่วันที่
ได้รับแจ้งคำวินิจฉัย ถ้าไม่นำคดีไปสู่ศาลแรงงานภายในเวลาดังกล่าว ให้คำวินิจฉัยของ
คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนเป็นที่สุด

3.1.3 กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

3.1.3.1 แนวความคิดในการจัดตั้งกองทุนทดแทน

แนวความคิดในการจัดตั้งกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยสืบเนื่องมาจากการบัญญัติ
พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 โดยมีที่มา¹⁷ คือ

“เนื่องจากอุบัติเหตุอันจากการใช้รถได้ทวีจำนวนมากขึ้นในแต่ละปี เป็นเหตุให้มี
ผู้ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก โดยผู้ประสบภัยดังกล่าวไม่ได้รับการชดใช้ค่าเสียหาย
หรือได้รับชดใช้ค่าเสียหายไม่คุ้มกับความเสียหายที่ได้รับจริง และหากผู้ประสบภัยจะใช้สิทธิทาง
แพ่งเรียกร้องค่าเสียหายก็จะต้องใช้เวลาดำเนินคดียาวนาน ดังนั้น เพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับการ
ชดใช้ค่าเสียหายและได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นที่แน่นอน และทันทั่วที่สมควรกำหนดให้มีกฎหมาย
ว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้” จากเหตุผลท้าย
พระราชบัญญัติดังกล่าวสามารถสรุปเหตุผลในการตราพระราชบัญญัตินี้ ได้ดังนี้

1) เพื่อคุ้มครองและให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนผู้ประสบภัยจากรถซึ่งได้รับ
ความเสียหายแก่ชีวิตและร่างกาย ให้ได้รับการชดใช้ค่าเสียหายและค่าเสียหายเบื้องต้นอย่าง
ทันทั่วที่และแน่นอน

2) เพื่อให้พระราชบัญญัตินี้เป็นหลักประกันว่า ผู้ประสบภัยจากรถจะได้รับการชดใช้
ค่าเสียหายและค่าเสียหายเบื้องต้นอย่างแน่นอนและทันทั่วที่ และเป็นหลักประกันว่าสถานพยาบาล
ทุกแห่งจะได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลอย่างแน่นอนและรวดเร็วในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประสบภัย
จากรถดังกล่าว

¹⁷ สืบค้น 7 มกราคม 2558, จาก <http://www.oic.or.th/th/victims/inner.php>

3) เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนธุรกิจประกันภัย ให้มีส่วนร่วมในการแบ่งเบา ค่าเสียหายของผู้ประกันภัยอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุจากจรด ซึ่งนอกจากจะเป็นการช่วยบรรเทาภาระ ความเดือดร้อนของผู้ประสบภัยและครอบครัวแล้ว ยังเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของรัฐบาลอีกด้วย

3.1.3.2 วัตถุประสงค์ของกองทุนทดแทน

วัตถุประสงค์การจัดตั้ง “กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย” คือ¹⁸ เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่าย ค่าเสียหายเบื้องต้น ตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดให้แก่ผู้ประสบภัย หรือทายาท สำหรับ ค่ารักษาพยาบาลและหรือค่าปลงศพ และค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการจัดการศพในกรณี เสียชีวิตให้แก่ผู้ประสบภัยหรือทายาทโดยธรรมของผู้ประสบภัย โดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิด ภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับคำร้องขอ และเป็นค่าใช้จ่ายอื่นในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจึงมีวัตถุประสงค์ เป็นการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัย หรือทายาทที่ได้รับความเสียหายอันเป็นค่า รักษาพยาบาล หรือทายาท อันเป็นค่าปลงศพ โดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิด

3.1.3.3 แหล่งที่มาของกองทุนทดแทน¹⁹

(1) เงินทุนประเดิมที่รัฐบาลจัดสรรให้ ซึ่งเป็นเงินที่รัฐบาลได้จัดหางบประมาณมาให้ กองทุนเพื่อเป็นทุนสำหรับค่าใช้จ่าย

(2) เงินที่บริษัทจ่ายสมทบให้แก่กองทุนในรอบสามเดือนในอัตราไม่เกินร้อยละสิบ ของเบี้ยประกันภัยที่ได้รับจากผู้เอาประกันภัยในแต่ละสามเดือน เงินสมทบที่บริษัทจ่ายนั้นให้นำไป หักเป็นค่าใช้จ่ายในการคำนวณภาษีเงิน ได้ตามประมวลรัษฎากรได้ การเรียกเก็บ และการจ่ายเงิน สมทบจากบริษัท ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง²⁰ และเงินเพิ่มที่ ได้รับในอัตราร้อยละสองต่อเดือนของเงินสมทบที่ไม่ได้จ่ายตามมาตรา 36 ทวิ

(3) เงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้จากงบประมาณรายจ่ายประจำปี

(4) เงินหรือทรัพย์สินที่ได้มาตามมาตรา 28 มาตรา 30 มาตรา 31 หรือมาตรา 32

(5) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้อุทิศให้ หรือเงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้

(6) ดอกผลของเงินกองทุนในกรณีที่ได้มีการนำเงินของกองทุนไปหาประโยชน์

(7) เงินที่ได้จากการขายทรัพย์สินที่ได้มาตาม (4) และ (5) ซึ่งก็คือ เงินที่ได้มาจากการ ยึดรถหรือขายทอดตลาด หรือขายทรัพย์สินที่มีผู้อุทิศให้หรือบริจาคให้

¹⁸ สืบค้น 7 มกราคม 2558, จาก <http://www.oic.or.th/victims/inner.php>

¹⁹ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535, มาตรา 33 วรรคสอง.

²⁰ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535, มาตรา 36.

(8) เงินรายได้อื่นๆ เช่น เงินเพิ่ม ค่าปรับ เงินค่าธรรมเนียมต่างๆ เป็นต้น

เงินและทรัพย์สินดังกล่าวให้เป็นของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของกองทุนโดยไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดินตามมาตรา 33 วรรคท้าย

ดังนั้น แหล่งที่มาของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจึงมาจากเงินอุดหนุนของรัฐซึ่งเป็นภาษีของประชาชนและเงินที่ได้จากบริษัทประกันภัยจากรายได้ของการขายประกันภัยจากบังคับ” พรบ.” ซึ่งหากบริษัทที่รับประกันภัยไม่ส่งเงินตาม (2) แล้วจะมีบทลงโทษคือต้องเสียเงินเพิ่มในอัตราร้อยละสองต่อเดือนของเงินสมทบที่ไม่ได้จ่าย

3.1.3.4 รูปแบบและโครงสร้างของกองทุนทดแทน

โครงสร้างองค์กรของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย

กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการและส่งเสริมธุรกิจประกันภัย “คปภ.” โดยมีภารกิจกระจายไปอยู่ในหลายๆ หน่วยงานของสำนักงาน คปภ. ดังนี้

1. สายกลยุทธ์องค์กร

ฝ่ายพัฒนากลยุทธ์และบริหารยุทธศาสตร์ ทำหน้าที่ประเมินผล ติดตามการดำเนินงาน การบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายใน

ฝ่ายสื่อสารองค์กร ทำหน้าที่ เผยแพร่ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ส่งเสริมความรู้ด้านการประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับ รวมถึงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการทำประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับ

2. สายบริหาร

ฝ่ายวางแผนและการลงทุน ทำหน้าที่ ดูแลเรื่องงบประมาณรายรับ-รายจ่าย สำนักบัญชี 2 ทำหน้าที่ ดูแลด้านการเงิน บัญชี การจ่าย-รับคืนค่าเสียหายเบื้องต้น จัดทำรายงานงบแสดงฐานะการเงิน

3. สายส่งเสริม ทำหน้าที่ส่งเสริม รณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านการประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับผ่าน โครงการต่างๆ โดยการจัดอบรมความรู้ และจัดกิจกรรมเผยแพร่

4. สายประกันภัยภูมิภาค

สำนักงานคณะกรรมการและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยส่วนภูมิภาคทุกจังหวัด และทุกภาค ทำหน้าที่ จ่ายค่าเสียหายเบื้องต้น ไล่เบี้ยเรียกคืน และรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้ ด้านการประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับ

5. สายคุ้มครองสิทธิประโยชน์

ฝ่ายสำนักนายทะเบียนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ทำหน้าที่ วางแผนการจัดการเชิงกลยุทธ์ด้านการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้ประสบภัยจากรถ ศึกษา วิเคราะห์ และพัฒนาระบบรูปแบบวิธีการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ให้คำปรึกษา และบริหารจัดการเกี่ยวกับการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้น ดำเนินการไต่เบี่ยเรียกคืนค่าเสียหายเบื้องต้น

นอกจากนี้ยังมีส่วนงานสนับสนุนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของกองทุนฯ ได้แก่ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล ฝ่ายระบบข้อมูลสารสนเทศ ฝ่ายตรวจสอบกิจการภายใน และสำนักบริหารทรัพย์สิน

3.2 การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายต่างประเทศ

แนวทางในการดำเนินการเพื่อชดเชยความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข นอกจากการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนความเสียหายตามกระบวนการทางศาลยุติธรรมเรื่องละเมิดแล้ว ในต่างประเทศยังกำหนดแนวทางเพื่อชดเชยความเสียหายด้วยการจัดตั้งกองทุนขึ้นมาช่วยเหลือ ซึ่งในบั้นนี้จะยกกระบวนการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ ที่เรียกว่า 66 (Medical Misadventure Scheme) โดยมีหน่วยงานการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Unit (MMU)) เป็นหน่วยงานในองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation (ACC)) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลกรณีการบาดเจ็บและความเจ็บป่วยอย่างครอบคลุมในประเทศนิวซีแลนด์มาศึกษา เหตุผลในการนำระบบการชดเชยของประเทศนิวซีแลนด์มาศึกษาก็เนื่องจากเป็นประเทศที่มีการจ่ายเงินชดเชยโดยนำเอา “ระบบไม่ต้องพิสูจน์ผู้ถูกผิด (No-fault liability system) มาใช้เป็นประเทศแรกๆ ทั้งการจ่ายชดเชยนั้นไม่เพียงแต่เป็นค่าเสียหายเบื้องต้นเท่านั้น ยังเป็นการจ่ายชดเชยที่ครอบคลุมทั้งการดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จำเป็นระหว่างที่มีการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นการจ่ายชดเชยที่มีความน่าสนใจที่ควรศึกษา

สำหรับระบบชดเชยของราชอาณาจักรสวีเดนตามกองทุนชดเชยการบาดเจ็บหรือเสียหายจากการรักษา (Patient Compensation Insurance Fund: PCI) มีหลักการพิจารณาจ่ายโดยใช้ “กฎผู้เชี่ยวชาญ” คือ การพิจารณาว่าความเสียหายนั้นจะเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการที่เชี่ยวชาญหรือดีที่สุดหรือไม่ เพราะกฎนี้มีมาตรฐานที่สูงขึ้นไปอีก ทำให้ผู้เข้ารับบริการมีโอกาสได้รับการชดเชยมากขึ้น ซึ่งวัตถุประสงค์ของระบบชดเชยตลอดจนการจัดตั้งกองทุนของทั้งประเทศนิวซีแลนด์และประเทศสวีเดน มีวัตถุประสงค์เดียวกันคือเพื่อชดเชยความเสียหายให้กับผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหาย แต่ต่างกันตรงกันที่ในประเทศนิวซีแลนด์หากได้รับเงินจาก

กองทุนชดเชยแล้วจะตัดสินฟ้องคดีทันที ที่มีระบบลงโทษผู้ให้บริการอีกด้วย ซึ่งประเทศไทยควรที่จะศึกษาเพื่อนำมาพิจารณาเป็นแนวทางในการจัดให้มีกองทุนชดเชยความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลต่อไป

3.2.1 ประเทศในระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law System)

3.2.1.1 ประเทศนิวซีแลนด์²¹

ระบบสุขภาพของประเทศนิวซีแลนด์อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health: MoH) นิวซีแลนด์เริ่มมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980 โดยกระจายอำนาจการเงินและการบริหารจัดการให้กับคณะกรรมการสุขภาพ “Health Board” 12 แห่งทั่วประเทศ ต่อมาในปี ค.ศ. 1990 รัฐบาลแห่งชาติได้จัดตั้งหน่วยจัดซื้อบริการสุขภาพระดับภูมิภาค (Regional Purchasing Authorities or Health Authorities : HFAs) 4 แห่ง ให้มีอำนาจในการจัดซื้อบริการ และมีหน่วยจัดซื้อบริการสุขภาพระดับท้องถิ่น (District Health Authorities: DHAs) จำนวน 23 แห่ง เป็นตัวแทนในการจัดหาบริการให้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่ หลังจากนั้น ในช่วงปลายทศวรรษที่ 1990 รัฐบาลแห่งชาติได้ลดอำนาจของหน่วยจัดซื้อบริการสุขภาพระดับท้องถิ่นลง 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 Disability Act 2000) เพื่อกระจายอำนาจในการบริหารจัดการด้านการเงินสู่ท้องถิ่น และให้จัดบริการสุขภาพส่วนหนึ่งด้วย นับเป็นการสิ้นสุดการแยกอำนาจระหว่างผู้ซื้อกับผู้ขายบริการสุขภาพ

หน่วยงานที่เกี่ยวกับวิชาชีพแพทย์และผู้ให้บริการด้านสุขภาพหลักๆ ในประเทศนิวซีแลนด์ มีดังนี้

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

²¹ ประสพการณ์ต่างแดนระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข บทวิเคราะห์และผลการทบทวนประสพการณ์ใน 6 ประเทศ (น. 118-126). เล่มเดิม.

คณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่น (District Health Board: DHBs) เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสาธารณสุขและทุพพลภาพ ปีค.ศ. 2000 (Public Health and Disability Act 2000) มีทั้งหมด 21 แห่ง รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของประชากรในเขต โดยอาจจะจัดให้มีการบริการเองหรือจัดซื้อจากผู้ให้บริการอื่นๆ สำหรับคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่นแห่งหนึ่งๆ จะมีโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 แห่ง ในการให้บริการ สมาชิกของคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่นประกอบด้วยกรรมการที่มาจาก การเลือกตั้ง กับกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากรัฐบาลสุขภาพ

1. หน่วยงานหรือองค์กรวิชาชีพ และผู้ให้บริการอื่นๆ

1) แพทยสภาแห่งนิวซีแลนด์ (Medical Council of New Zealand) เป็นหน่วยงานตามกฎหมายที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพที่ลงทะเบียน แต่ไม่ได้มีหน้าที่โดยตรงในการควบคุมและลงโทษบุคลากรที่กระทำผิด

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

3) องค์กรสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Organization: PHO) เป็นองค์กรที่ตั้งขึ้นใหม่ ได้รับงบประมาณจากคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่น ในการให้บริการประชาชน โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวที่มีการคำนวณจากสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

4) สมาคมวิชาชีพอิสระ (Independent Practice Association: IPA) เป็นองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร ดูแลการใช้งบประมาณในด้านเภสัชกรรมและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การควบคุมดูแลคุณภาพวิชาชีพและการศึกษาต่อเนื่อง

ระบบบริการสุขภาพของประเทศนิวซีแลนด์นั้น ได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่มีหลักประกันทางสังคมที่ให้ความคุ้มครองทุกคนครอบคลุมแบบเบ็ดเสร็จ แพทย์หรือผู้ให้บริการอิสระจะให้บริการปฐมภูมิต่างๆ ไป ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้จากผู้ให้บริการอิสระที่สามารถเลือกได้ โดยจะจ่ายค่าบริการตามรายบริการ (Fee for Service) และรัฐจะออกค่าใช้จ่ายให้ส่วนหนึ่ง สำหรับผู้มีรายได้น้อย โดยรัฐจะออกบัตรสงเคราะห์ให้

การจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการ สำหรับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลภาครัฐ จะได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน กลุ่มแพทย์จะต่อรองค่าตอบแทนกับผู้อำนวยการ แพทย์ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานส่วนตัว สำหรับแพทย์ในภาคเอกชนจะได้รับค่าตอบแทนตามการบริการ (Fee for Service) และสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ได้รับค่าตอบแทนจากหลายแหล่ง ร้อยละ 85 รับเงินเหมาจ่ายเป็นรายหัวประชากร (Capitation Fees) โดยภาครัฐมีความตั้งใจ

จะให้บริการประชาชนอย่างครอบคลุม อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติจะมีการเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการ (Patient Fees) ด้วย ปัจจุบันมีความพยายามที่จะให้มีระบบการจ่ายเงินในระบบการบริการปฐมภูมิเป็นแบบรายหัวประชากรมากขึ้น

ระบบการชดเชยการเจ็บส่วนบุคคลของประเทศนิวซีแลนด์ 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 ครอบคลุมทั้งระบบ ในส่วนของแผนงานการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์เป็น 1 ใน 7 แผนงานชดเชยขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ โดยมีแผนกที่เรียกว่าหน่วยงานการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Unit : MMU) เป็นหน่วยงานในองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุดูแลรับผิดชอบ

พัฒนาการของระบบการชดเชยการบาดเจ็บส่วนบุคคล การชดเชยการบาดเจ็บแบบไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด ถือว่าเป็นการชดเชยแบบเบ็ดเสร็จ โดยไม่จำเป็นต้องพิสูจน์สาเหตุของการบาดเจ็บ ซึ่งในระยะแรกๆ ยังไม่มีคำจำกัดความที่ชัดเจนในหลายๆ ประเด็น อย่างไรก็ตาม ระบบการชดเชยดังกล่าวมีความเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ ดังต่อไปนี้

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

ประเทศนิวซีแลนด์ได้นำระบบไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ (No-Fault) มาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1900 ภายใต้ข้อบังคับในพระราชบัญญัติการชดเชยแรงงาน (Worker Compensation Act) โดยจ่ายคนงาน ผลประโยชน์ที่ได้รับจะไม่มากนักและจ่ายเป็นระยะเวลา 6 ปี เท่านั้น นอกจากนี้กฎหมายยังไม่ครอบคลุมผู้ที่ไม่มีงานทำและผู้ได้รับอนุมัติจากรถ ต่อมาปี ค.ศ. 1928 มีการประกาศใช้บริษัทประกันภัยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการชดเชยดังกล่าว

ในปี ค.ศ. 1967 มีการจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายเงินชดเชยคนงานที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ ที่ประชุมได้สรุปเป็นรายงานขึ้น และเสนอให้มีการใช้ระบบไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ (No-Fault) ในการชดเชยการบาดเจ็บของบุคคล การฟ้องร้องนายจ้างในกรณีการบาดเจ็บ จนกระทั่งปี ค.ศ. 1972 คณะรัฐมนตรีได้ผ่านร่างพระราชบัญญัติการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Act) และมีการแก้ไขเพิ่มเติมเป็นระยะจนเนื้อหาในพระราชบัญญัตินี้มีความครอบคลุมมากขึ้น ในปี ค.ศ. 1974 โครงการดังกล่าวจึงประกาศใช้อย่างเป็น

ทางการ พร้อมกับมีการจัดตั้งองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation : ACC) ขึ้น ให้มีอำนาจหน้าที่ภายใต้พระราชบัญญัติดังกล่าว

ในระยะแรก กฎหมายประกอบไปด้วย 3 แผนหลัก ได้แก่

1) แผนสำหรับผู้มีรายได้อื่นๆ ครอบคลุมจากนายจ้างส่วนหนึ่งร่วมกับประกันสุขภาพที่จ่ายจากผู้มีรายได้อีกส่วนหนึ่งและการจ่ายโดยผู้ที่มีกิจการส่วนตัว

2) แผนอุบัติเหตุจากยานพาหนะ ครอบคลุมเงินสมทบจากเจ้าของรถและผู้ขับขี่

3) แผนที่ให้ความคุ้มครองอื่นๆ ได้รับเงินสมทบจากรัฐบาล

ผลประโยชน์ที่ได้รับการชดเชย ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ การฟื้นฟู ค่าเดินทางในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เงินชดเชยรายได้ โดยจ่ายหลังจากวันที่ 7 หลังจากเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้นไป ในอัตราร้อยละ 80 ของรายได้ต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ ยังมีเงินก้อนสำหรับชดเชยในกรณีเสียหายหรือพิการถาวรแต่มีการจำกัดเพดานสูงสุดเอาไว้ รวมทั้งค่าทำศพและเงินก้อนชดเชยสำหรับคู่สมรสและบุตรในรายที่เสียชีวิต

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) ลงไปในกฎหมายเพิ่มเติม แต่ยังไม่มีการจำกัดความที่ชัดเจน การพิจารณาว่ากรณีใดเข้าข่ายที่จะได้รับการชดเชยหรือไม่ยังขึ้นอยู่กับพิจารณาของคณะกรรมการขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์การชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accidental Compensation Appeal Authority) และการตีความของศาล ต่อมาในปี ค.ศ. 1976 มีการขยายความครอบคลุมของการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure) ให้หมายรวมถึงความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) และเหตุสุกวิสัยทางการแพทย์ (Medical Mishap) ด้วย

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

ในปี ค.ศ. 1979 โครงการเริ่มประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย โดยปลายปี ค.ศ. 1980 พบรายจ่ายเพิ่มประมาณร้อยละ 60 ต่อปี จึงมีการทบทวนและเปลี่ยนแปลงรายละเอียดหลายประการ

จนในที่สุดมีการรวมสามแผนงานหลักเป็นแผนงานเดียว 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 สหพันธ์ผู้จ้างงานและที่ประชุมนักธุรกิจไม่ต้องการให้นายจ้างต้องจ่ายสมทบในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุที่ไม่ใช่สาเหตุจากการทำงานอีกต่อไป นอกจากนั้น ยังมีการเสนอให้ลดค่าใช้จ่ายโดยการเปิดโอกาสให้มีทางเลือกกับการประกันกับภาคเอกชนมากขึ้นและมีการแข่งขันระหว่างการประกันภาครัฐและภาคเอกชน

ก่อนการปฏิรูปในปี ค.ศ. 1992 แผนการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล ยังถือเป็นการบาดเจ็บส่วนบุคคลที่รวมอยู่กับการบาดเจ็บอื่นๆ ไม่ได้แยกออกมาชัดเจน การทบทวนรายงานในปี ค.ศ. 1990 จนถึงปี ค.ศ. 1991 เสนอให้มีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในเอกสารชื่อแผนที่เป็นธรรมยิ่งขึ้นขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (ACC-a Fairer Scheme) ในปี ค.ศ. 1992 จึงเกิดพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจากอุบัติเหตุและการประกันการชดเชย (Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act) ขึ้น โดยแยกเป็นบัญชีรายจ่ายเป็นหลายประเภท มีบัญชีสำหรับการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลเป็นบัญชีหนึ่งแยกออกมา และจัดตั้งหน่วยงานการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Unit: MMU) ขึ้นมาเป็นหน่วยงานที่ดูแลกรณีการชดเชยในกรณีการบาดเจ็บจากความผิดพลาดทางการแพทย์โดยตรง รวมทั้งให้คำจำกัดความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ (Medical Mishap) ที่ชัดเจนขึ้น โดยที่ความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) หมายถึงความผิดพลาดของบุคลากรทางสุขภาพที่ลงทะเบียนในการหาวิธีการรักษาและทักษะสมเหตุสมผลที่ถูกคาดหวังในสถานการณ์นั้นๆ และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ (Medical Mishap) หมายถึงผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโดยบุคลากรสุขภาพที่ลงทะเบียนและเป็นผลข้างเคียงที่มีโอกาสเกิดได้น้อยมาก “ไม่เกินร้อยละ 1” และเป็นผลข้างเคียงที่เกิดรุนแรง “เสียชีวิต พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน หรือมีการบาดเจ็บต่อเนื่องมากกว่า 28 วัน” นอกจากนี้ยังมีการแก้ปัญหาด้านการเงินการคลังโดยการจำกัดจำนวนเงินที่ชดเชย การลดเพดานจำนวนเงินที่ชดเชย และลดอัตราการสนับสนุนจากรัฐแก่ผู้ให้บริการปฐมภูมิลงจากการจ่ายตามจริง มาเป็นการจ่ายในวงเงินที่จำกัด การปฏิรูปที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นการแก้ปัญหาการจ่ายที่เพิ่มขึ้นในระยะแรก

2. 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

3. 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 รวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลข่าวสารความผิดพลาดที่ต้องมีการเปิดเผยแก่หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยถือเป็นหน้าที่ตามกฎหมายที่องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) จะต้องส่งข้อมูลความผิดพลาดดังกล่าวแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน เพื่อควบคุมการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาต่อไป นอกจากนี้ ยังมีการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือแบบเงินก้อนขึ้นใหม่สำหรับการบาดเจ็บหรือสูญเสียถาวร (New Zealand Parliamentary Council 2004)

4. ระบบชดเชยการบาดเจ็บส่วนบุคคลในปัจจุบัน

ประเทศนิวซีแลนด์ถือได้ว่าเป็นประเทศหนึ่งในไม่กี่ประเทศ และเป็นประเทศแรกๆ ที่นำระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No Fault Compensation) มาใช้สำหรับการชดเชย ในกรณีการบาดเจ็บของบุคคลที่ถือได้ว่าครอบคลุมหลักประกันทางสังคมแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive No-Fault Compensation Schemes) โดยครอบคลุมค่าชดเชยทั้งการดูแลรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จำเป็นระหว่างที่มีการบาดเจ็บอีกด้วย

การบาดเจ็บส่วนบุคคลที่ให้การคุ้มครอง ได้แก่ การเสียชีวิต การบาดเจ็บทางกาย การบาดเจ็บทางจิตใจที่เกี่ยวข้องจากการบาดเจ็บทางร่างกาย ความเสียหายต่องานทัศนกรรมประดิษฐ์

ทุกชนิด แผนการชดเชยดังกล่าวครอบคลุมประชากรชาวนิวซีแลนด์ทุกคนทั้งที่อาศัยอยู่ในประเทศ และเดินทางอยู่ที่ใด ๆ ก็ตาม รวมทั้งผู้ที่พักอาศัยในประเทศเป็นการชั่วคราว

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

การบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ ที่เรียกว่า (Medical Misadventure Scheme) เป็นหนึ่งใน 7 แผนงาน ซึ่งอยู่ภายในความรับผิดชอบขององค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) โดยมีหน่วยงานการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Unit: MMU) เป็นหน่วยงานในองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ ดูแลรับผิดชอบแผนงานการชดเชยกรณีการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์

ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Scheme) มีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้²²

1) ความเสียหายที่ได้รับการชดเชย

การชดเชยความเสียหายจากการรักษาพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความคุ้มครองความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการรักษา และรวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด ทั้งที่สามารถป้องกันได้และและไม่สามารถป้องกันได้ ความเสียหายไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นในขณะรักษาหรือระหว่างรับการรักษา²³ นอกจากนี้ ยังคุ้มครองความเสียหายจากการรักษาพยาบาลที่เป็นส่วนหนึ่งของการทดลองทางคลินิก ไม่ว่าผู้้นั้นจะยินยอมในการเข้าร่วมการทดลองหรือไม่ ผู้ที่ติดเชื่อ และรวมถึงบุคคลที่สามที่ติดเชื่อจากผู้ป่วยหรือคู่สมรสหรือคู่นอนของผู้ป่วย

การรักษาพยาบาล หมายรวมถึง การให้การรักษา การวินิจฉัยทางการแพทย์ การตัดสินใจว่าจะให้หรือไม่ให้การรักษา ความล้มเหลวในการรักษาหรือการรักษาอย่างทันทีทันใด หรือไม่ได้รับการแจ้งความยินยอมในการรักษาและการให้การป้องกันโรค การประยุกต์ใช้ระบบสนับสนุนใดๆ รวมถึงนโยบาย กระบวนการ และระบบการบริหารที่ผู้ให้การรักษารับมาดำเนินการ และมีผลต่อการรักษาพยาบาลโดยตรง นอกจากนี้ ยังรวมถึงความบกพร่องของอุปกรณ์หรือ

²² จาก *หลักเกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยตามร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ...* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), โดย จุฬลดา โปธิอุโมงค์, 2553, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

²³ From *Treatment injury and medical misadventure in P.D.G. Skegg and R. Paterson (eds) Medical Law in New Zealand* (pp .698-9), by Manning, J, 2006, Wellington: Thomson Brookers

เครื่องมือที่ใช้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา ไม่ว่าจะ เป็นในเวลาของการรักษาหรือภายหลังการรักษา ความบกพร่องของอวัยวะเทียม “เช่น การออกแบบผลิตภัณฑ์” ยกเว้นที่เกิดจากการสึกหรอและฉีกขาดทั่วไป การกำหนดเช่นนี้ก็เพื่อปิดช่องว่างการฟ้องร้องทางแพ่งกับผู้ผลิตอวัยวะเทียมเกี่ยวกับ ความบกพร่องของสินค้าที่ไม่มีความใส่ใจในการออกแบบ²⁴

2) หลักเกณฑ์ในการชดเชยความเสียหาย โดยผู้ที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้ระบบการชดเชยกรณีที่ได้รับบาดเจ็บ คือ

ก. ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

ข. ความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกรณีที่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย คือ ผู้ที่ติดเชื้อ และรวมถึงบุคคลที่สามที่ติดเชื้อจากผู้ป่วยหรือคู่สมรสหรือคู่นอนของผู้ป่วย

ค. ความเสียหายที่เป็นผลมาจากการรักษาพยาบาลบุคคลอื่น

ง. ความเสียหายเกิดจากระบบการค่อยเป็นค่อยไป โรค หรือการติดเชื้อ

จ. ความเสียหายที่เกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมอง²⁵

นอกจากนี้ ได้มีการกำหนดนิยามของความเสียหายจากการรักษาพยาบาลไว้ในมาตรา 32 ของพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพและการชดเชย เป็นความเสียหายของผู้ที่

ก. แสวงหาบริการทางการแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน 1 หรือมากกว่า 1 คน

ข. ได้รับบริการทางการแพทย์หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน 1 หรือมากกว่า 1 คน

ค. ความเสียหายนั้นเกิดจากการรักษาพยาบาล

ง. ไม่ใช่สิ่งที่จะต้องเกิดขึ้น หรือเป็นผลธรรมดาของการรักษา โดยพิจารณาจากสภาพแวดล้อมของการรักษา รวมถึงสภาวะทางสุขภาพที่แฝงอยู่ในขณะที่ทำการรักษา และความรู้ทางด้านการแพทย์ในขณะนั้น

การใช้คำว่า “ความเสียหายที่จำเป็นต้องเกิดขึ้นซึ่งเป็นผลธรรมดาของการรักษา” เป็นการใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการพิจารณาความน่าจะเป็น เช่น คำว่า “จำเป็น” และ “ผลธรรมดา” เป็นคำที่มีความยืดหยุ่นและตอบสนองกับสถานการณ์เฉพาะของผู้ป่วยได้ดี แม้จะเป็นที่ทราบกันดีว่าการพิจารณาจะไม่มีคำแนะนำในการพิจารณา “ความเสียหายที่จำเป็นต้องเกิดขึ้นซึ่งเป็นผลธรรมดาของการรักษา” แยกพิจารณาได้เป็นความเสียหายที่จำเป็นต้องเกิดขึ้น คือ ความเสียหายที่มีความ

²⁴ Section 33 Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

²⁵ Section 20 “2) Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

มุ่งหมายให้เกิดหรือได้วางแผนล่วงหน้าไว้แล้วว่าจะเกิด และเป็นส่วนที่จำเป็นของขั้นตอนการรักษา เช่น แผลเป็นหลังผ่าตัด ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด หรือผมร่วงภายหลังให้เคมีบำบัด เป็นต้น ส่วนผลธรรมดาของการรักษา การพิจารณามี 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ

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

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

ปัจจัยที่สาม การพิจารณาผลธรรมดาจะต้องขึ้นอยู่กับความรู้ทางคลินิกในเวลาของการรักษา และต้องไม่ใช่การเข้าใจถึงปัญหาหลังเหตุการณ์หรือความรู้ที่ได้มาภายหลัง หลักฐานทางคลินิกของผลการรักษาปกติทั่วไปหรือสถานการณ์แวดล้อมของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญในการพิจารณา

แม้ว่าเกณฑ์ความเสียหายจากการรักษาพยาบาลนี้จะทำให้มีการจ่ายเงินชดเชยง่ายขึ้น แต่ก็ยังมีปัญหาในบางกรณีว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นเรื่องปกติจริงหรือไม่ หรือกรณีคนไข้ที่มีโรคเป็นทุนเดิมอยู่ซึ่งทำให้ความเสียหายมากกว่าคนทั่วไป กรณีนี้ก็ยากที่จะตัดสินใจ นอกจากนั้น การใช้หลักเกณฑ์ความเสียหายจากการรักษาพยาบาลยังช่วยลดแรงดึงดูดจากรัฐบาลได้มาก ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจที่จะรายงานข้อมูลมากขึ้น เพราะเมื่อเทียบกับการใช้หลักเกณฑ์เดิมจะมีการชี้ไปที่ความผิดพลาดของตัวบุคคล ไม่มากนักน้อย และข้อมูลสามารถถูกองค์กรวิชาชีพเอาไปใช้ แม้ไม่มีการฟ้องศาล แต่กลไกควบคุมความประพฤติขององค์กรวิชาชีพ ก็เป็นตัวบั่นทอนแรงจูงใจในการรายงานผล

ระบบการชดเชยของประเทศนิวซีแลนด์ ได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของความเสียหายที่จะได้รับการชดเชยที่อยู่ในกลุ่มที่มีสาเหตุจากภาวะสุดวิสัย (Medical Mishap) จะต้องมิลักษณะ คือ หนึ่ง การบาดเจ็บหรือความเสียหายนั้นต้องทำให้เกิดการพักรักษาตัวตั้งแต่ 28 วัน หรือนานกว่า สอง ผู้เสียหายฯ ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วันหรือนานกว่า และสาม ทำให้

ผู้เสียหายเสียชีวิต อย่างไรก็ดี เกณฑ์เรื่องระดับความรุนแรงของความเสียหายนี้จะไม่นำมาใช้พิจารณากับกรณีความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Errors)²⁶

1) ข้อยกเว้นการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ ซึ่งถือว่าไม่ใช่ความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ได้แก่²⁷

ก. ความเสียหายที่เกิดจากโรคหรือสภาวะสุขภาพที่แฝงอยู่ทั้งหมดหรือโดยสาระสำคัญ การรักษาที่ไม่บรรลุผลที่ต้องการ ไม่ถือว่าเป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เฉพาะในกรณีที่สภาวะของโรคดำเนินไปมากขึ้น หรือมีความเสียหายเกิดขึ้นใหม่เนื่องจากการรักษาที่ให้ “หรือไม่ได้ให้การรักษา” จึงจะอยู่ภายใต้ระบบการชดเชยนี้ ดังนั้น จึงต้องมีความเชื่อมโยงโดยตรงระหว่างสาเหตุของความเสียหายและการรักษา ในกรณีที่ความเสียหายส่วนหนึ่งเกิดจากโรคหรือสภาวะสุขภาพที่แฝงอยู่ และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการรักษา จะต้องมีการตรวจสอบว่าส่วนใดเป็นสาเหตุสำคัญ การตัดสินโดยศาลอุทธรณ์ของนิวซีแลนด์ในคดี (ACC v Ambros (2007) NACA 304) ศาลได้กล่าวว่าการหาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลในโซ่ร้ายทางการแพทย์หรือความเสียหายจากการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องนั้น คือ การที่ผู้เสียหายสามารถแสดงความสัมพันธ์เหล่านั้นได้อย่างชัดเจน โดยไม่มีการสันนิษฐานซึ่งไม่เพียงพอในการพิสูจน์

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

ค. ความเสียหายที่เกิดจากการไม่ยินยอมรับการรักษาหรือทำให้การรักษาล่าช้าออกไป เป็นที่ยอมรับตามกฎหมายของนิวซีแลนด์ว่าผู้ป่วยสามารถมีสิทธิสมบูรณ์ในการปฏิเสธที่จะรับการรักษาพยาบาล แม้ว่าการกระทำนี้อาจดูเหมือนไม่มีเหตุผล ดังนั้น ภาระทางการเงินหรือสิ่งอื่นๆ ที่เป็นผลตามมาจากความเสียหายจากการรักษาพยาบาลใดๆ ที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยใช้สิทธิของตนเองในการปฏิเสธ ผู้ป่วยควรจะเป็นผู้รับภาระมากกว่าระบบการชดเชย

ง. ความเสียหายทางจิตใจที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับความเสียหายทางกาย องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) ไม่ให้ความคุ้มครองความเสียหาย

²⁶ ประสพการณ์ต่างแดน ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับสาธารณสุข บทวิเคราะห์และผลการทบทวนประสพการณ์ใน 6 ประเทศ (น. 39-40). เล่มเดิม.

²⁷ Treatment injury and medical misadventure (709-763). Op.cit.

ต่อจิตใจที่เกิดขึ้นโดยตัวของมันเอง เนื่องจากความเสียหายทางจิตใจที่ไม่เชื่อมโยงกับความเสียหายทางกาย ไม่อยู่ในความหมายของความเสียหายในพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพและการชดเชย ดังนั้น จึงไม่ได้รับการคุ้มครองภายใต้การชดเชยนี้ผู้เสียหายสามารถที่จะดำเนินการทางกฎหมายในศาลเพื่อเรียกร้องค่าชดเชยได้ และเพื่อให้ได้รับการคุ้มครองจากองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ ความเสียหายจะต้องเข้าไปในเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

ก. ความเสียหายทางจิตใจจะต้องมีสาเหตุจากความเสียหายทางกาย

ข. เกิดจากการกระทำผิดทางอาญาแก่ผู้บาดเจ็บที่ตามปกติอาศัยอยู่ในนิวซีแลนด์ และการรักษาเกิดขึ้นในนิวซีแลนด์

ค. เกิดจากการกระทำผิดที่ปรากฏในตารางที่ 3 ของพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความผิดทางเพศ

นอกจากนี้ ผู้เสียหายยังต้องแสดงให้เห็นถึงความเสียหายทางจิตใจที่มีสาเหตุจากความเสียหายทางกาย ได้แก่ การมีความผิดปกติของพฤติกรรม ปัญหา การรับรู้ หรือจิตใจ

ง. ภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย คำว่า “บุคคล” ไม่รวมถึงทารกในครรภ์ จนกว่าทารกนั้นจะคลอดและรอดชีวิต อย่างไรก็ตาม แม้ที่มีความเสียหายทางกายอาจมีสิทธิได้รับการคุ้มครองภายใต้ระบบการชดเชยหากเด็กทารกตายในครรภ์ แม้ว่าจะไม่มีความเสียหายอื่นๆ นอกจากการสูญเสียเด็กทารกที่ยังไม่คลอด

จ. ค่าชดเชยการทำหมันที่ล้มเหลว/เด็กที่เกิดมาโดยไม่พึงประสงค์ ยังไม่แน่นอนว่าการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการให้กำเนิดเด็กที่เป็นผลมาจากการทำหมันที่ล้มเหลวจะถือเป็นความเสียหายที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชยหรือไม่ แต่ในการตัดสินใจโดยเสียงส่วนใหญ่ (2:1) ของศาลอุทธรณ์นิวซีแลนด์ในคดี (ACC v D & Anor (2008) NZCA, 576 “CA329/07)) ศาลตัดสินว่าการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ไม่ใช่ความเสียหายภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย เนื่องจากไม่ใช่ความเสียหายทางกาย จึงไม่ได้รับการคุ้มครองตามบทบัญญัติของการเผชิญโชคร้ายทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย (ก่อนการปฏิรูปในปี ค.ศ. 2005)

4. องค์ประกอบผู้พิจารณาวินิจฉัยการจ่ายค่าชดเชย

ผู้พิจารณาวินิจฉัยการจ่ายค่าชดเชยต้องเป็นที่ปรึกษาทางคลินิก (Clinical Advisor) ที่มีความรู้ทางการแพทย์ ซึ่งอาจมีประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญไม่ตรงกับข้อเรียกร้อง แต่ให้อำนาจในการขอความเห็นจากที่ปรึกษาทั้งภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณา เมื่อที่ปรึกษาได้ให้ความเห็นทั้งในด้านการแพทย์และด้าน

กฎหมายแล้ว จะมีการหารือกับผู้จัดการทีมอาวุโสอีกครั้ง ในที่สุดผู้จัดการศูนย์ความเสียหายของผู้ป่วย (Teratment Injury Center: TIC) จะเป็นผู้ตัดสินว่าจะให้ความคุ้มครองหรือไม่

5. สิทธิที่จะได้รับการชดเชย

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม คือ เพื่อให้ผู้เสียหายสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้²⁸ ลักษณะสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือและอุปกรณ์การช่วยเหลือ ผู้ดูแล ผู้ดูแลเด็ก ผู้ดูแลบ้าน สนับสนุนการศึกษา การสื่อสารของเด็ก ปรับปรุงแก้ไขบ้านให้สะดวกต่อการอยู่อาศัย ฝึกให้ช่วยเหลือตนเองและสามารถเดินทางได้ด้วยตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ คือ ช่วยให้ผู้เสียหายได้รับการจ้างงานหรือมีงานทำ โดยงานนั้นจะต้องเหมาะสมสำหรับผู้เสียหายและเหมาะสมกับประสบการณ์และระดับการฝึกอบรมของผู้เสียหาย²⁹ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ เช่น ค่ารถพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าผ่าตัด ค่ายา ค่าใช้จ่ายทางทันตกรรม กรณีสูญเสียการได้ยิน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเครื่องช่วยฟังและแบตเตอรี่ ตลอดจนให้ผู้เสียหายเข้าสู่โปรแกรมการสื่อสาร ถ้าผู้เสียหายได้รับความเสียหายที่มีผลต่อการมองเห็นแล้ว องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporaiton: ACC) จะคุ้มครองค่าใช้จ่าย เช่น การได้รับการฝึกอบรมสำหรับการใช้ชีวิตประจำวัน การกำหนดตำแหน่งหรือทิศทางและการเคลื่อนไหว การเขียนและการสื่อสารเครื่องมือช่วยในการถอดความหรือบันทึก การให้คำปรึกษา ค่าใช้จ่ายของการบริการให้คำปรึกษา สำหรับผู้ที่ได้รับความเสียหายทางด้านจิตใจ ค่าทดแทนการสูญเสียรายได้ เงินช่วยเหลือเพิ่มเติมถ้าความเสียหายมีผลกระทบในระยะยาวอย่างรุนแรง ค่าฌาปนกิจเงินและค่าขาดรายได้อุปการะในกรณีเสียชีวิตการสนับสนุนทางการศึกษาในระดับก่อนวัยเรียนและวัยเรียนกับประชาชนอายุไม่เกิน 21 ปี

6) การใช้สิทธิฟ้องร้องต่อศาล

ถ้าใช้สิทธิตามกฎหมายประกันสังคมคุ้มครองแล้ว จะถูกตัดสิทธิการฟ้องศาลแพ่งและอาญา แต่ฟ้องศาลปกครองได้กรณีกองทุนจ่ายค่าชดเชยไม่เป็นธรรม

7) ความเชื่อมโยงกับองค์กรวิชาชีพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการศึกษากฎหมายของประเทศนิวซีแลนด์ จะเห็นได้ว่า ในเรื่องมาตรฐานวิชาชีพตามกฎหมายของประเทศนิวซีแลนด์ ในอดีตมีการบัญญัติเกณฑ์ความผิดพลาดทางการแพทย์

²⁸ Section 79 Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

²⁹ Section 80 Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

(Medical Error)³⁰ ไว้ในกฎหมายว่า หมายถึง เหตุที่เกิดจากกรณีที่บุคลากรทางสุขภาพที่มีใบประกอบวิชาชีพผิดพลาดในการให้การรักษามาตรฐานหรือขาดทักษะที่สมควรจะมีในการทำการรักษานั้นๆ แต่ก็เกิดปัญหาขึ้นว่าในกรณีของอุบัติเหตุที่จะพิจารณาว่าเข้าเกณฑ์ความผิดพลาดทางการแพทย์หรือไม่นั้น ต้องอาศัยการพิสูจน์ตรวจสอบ ทำให้กระบวนการชดเชยช้ามากขึ้น ในปี ค.ศ. 2005 จึงมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การชดเชยเป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (Treatment Injury) เพื่อกำจัดการพิสูจน์ความผิด ให้ความคุ้มครองความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการรักษาและรวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด ทั้งที่สามารถป้องกันได้และไม่สามารถป้องกันได้ ลดความสำคัญของกระบวนการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้มาตรฐาน บกพร่อง หรือ ละเลยไม่ทำสิ่งที่ควรทำลง เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยมากยิ่งขึ้น เพราะเมื่อเปรียบเทียบกับกรณชดเชยการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุแบบอื่นๆ จะไม่มีการพิจารณาในข้อนี้เลย รวมทั้งยังเป็นข้อที่ทำให้ระบบยังผูกติดอยู่กับการหาคนผิด ซึ่งเป็นตัวบั่นทอนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทำให้ผู้ให้บริการไม่ยอมให้ความร่วมมือ ไม่ยอมจะให้ข้อมูล เป็นผลทำให้กระบวนการพิจารณาล่าช้าออกไป ส่วนการเชื่อมโยงกับองค์กรวิชาชีพนั้น³¹ แต่ก่อนความผิดพลาดทางการแพทย์ใดๆ ต้องถือเป็นความรับผิดชอบและต้องถูกรายงานต่อองค์กรที่ดูแลมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจและเป็นอุปสรรคระหว่างแพทย์และองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ แต่หลังจากการปฏิรูปพระราชบัญญัติการป้องกันความเสียหาย การฟื้นฟูสุขภาพ และการชดเชย ในปี ค.ศ. 2005 รายงานในลักษณะนี้ไม่มีอีกแล้ว³² มีการเน้นการส่งเสริมการเรียนรู้จากการ

³⁰ ปี ค.ศ. 1976 มีการขยายความครอบคลุมของการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ “Medical Misadventure” ให้หมายรวมถึงความผิดพลาดทางการแพทย์ “Medical Error” และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ “Medical Mishap” ด้วย ในปี ค.ศ. 1992 จึงเกิดพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจากอุบัติเหตุและการประกันการชดเชย “Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act” ให้คำจำกัดความผิดพลาดทางการแพทย์ “Medical Error” และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ “Medical Mishap” ที่ชัดเจนขึ้น โดยที่ความผิดพลาดทางการแพทย์ “Medical Error” หมายถึง ความผิดพลาดของบุคลากรทางสุขภาพที่ลงทะเบียนในการหาวิธีการรักษา และทักษะที่สมเหตุสมผลที่ถูกคาดหวังในสถานการณ์นั้นๆ และเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ “Medical Mishap” หมายถึง ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโดยบุคลากรสุขภาพที่ลงทะเบียนและเป็นผลข้างเคียงที่มีโอกาสเกิดได้น้อยมาก “ไม่เกินร้อยละ 1” และเป็นผลข้างเคียงที่เกิดรุนแรง “เสียชีวิต พิการขาดตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน หรือมีการบาดเจ็บต่อเนื่องมากกว่า 28 วัน”

³¹ หลักเกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยตามร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ... (น. 166-167). เล่มเดิม.

³² From *Beyond misadventure: Compensation for medical injuries in New Zealand* (pp. 357-91) by Oliphant K, 2007, *Medical Law Review* 15,

เปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์ ขณะนี้องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุจะรายงานให้หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลเฉพาะในกรณีที่มีความเสียหายจากการรักษาพยาบาลนั้นจะเป็นความเสี่ยงอันตรายต่อสาธารณะเท่านั้น³³

3.2.2 ประเทศในระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (Civil Law System)

3.2.2.1 ราชอาณาจักรสวีเดน³⁴

ก่อนปี 1862 โรงพยาบาลจะดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล สำหรับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจะเป็นการให้บริการของแพทย์นอกโรงพยาบาล ต่อมาเมื่อมีการจัดตั้งสภาเขต (Country Council) ขึ้นในปี 1862 สภาเขตได้เข้ามาดูแลระบบบริการสุขภาพ โดยเริ่มจากการให้บริการในโรงพยาบาลในปี 1928 สองปีต่อมาได้ขยายครอบคลุมการให้บริการสุขภาพอื่นๆ นอกเหนือจากบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ต่อมามีการประกาศใช้บังคับพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Act) ในปี 1946 ให้ความคุ้มครองประชาชนครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการปรึกษาแพทย์ ค่ายา และการชดเชยจากความเจ็บป่วย กฎหมายปี 1970 กำหนดให้สภาเขตเข้ามาดูแลการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วย ตั้งแต่ปี 1980 เป็นต้นมา ความรับผิดชอบในด้านสุขภาพของระดับเขตได้ขยายไปครอบคลุมการดูแลและวางแผนงานระบบสุขภาพทั้งหมด รวมทั้งการบริหารจัดการการเงินการคลังด้วยตัวเอง โดยมีการกระจายอำนาจให้แก่โรงพยาบาลและศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ในระดับเขต สภาเขตมีอำนาจหน้าที่ในการดูแลระบบบริการสุขภาพทั้งหมด ทั้งการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาลและการให้บริการปฐมภูมิ รวมถึงดูแลการให้บริการจากภาคเอกชนด้วย โดยมีหน่วยงานสุขภาพในระดับอำเภอ (Health care district) ประกอบด้วยโรงพยาบาล อำเภอละ 1 แห่ง และหน่วยบริการด้านสุขภาพย่อยๆ ทั้งนี้ เขตทั้งหมดมีจำนวน 21 เขต จัดกลุ่มเป็น 6 เขตใหญ่ๆ ท้องถิ่นหรือเทศบาล (municipalities) มีบทบาทในการดูแลสวัสดิการและบริการสังคม เช่น การดูแลเด็ก การบริการสุขภาพในโรงเรียน การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่ได้รับสมรรถภาพ การดูแลผู้ป่วยทางจิต เป็นต้น

การคลังสุขภาพของสวีเดนมาจากสามแหล่ง ได้แก่ ระบบภาษีทั้งจากส่วนกลาง ระดับเขต และภาษีระดับท้องถิ่น จากระบบประกันสังคม และจากภาคเอกชน ใช้จ่ายส่วนใหญ่ของระบบบริการสุขภาพจะมาจากภาษี ประมาณร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพ (ข้อมูลปี 1999)

³³ Section 284 “2) Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002.

³⁴ *ประสบการณ์ต่างแดนระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข บทวิเคราะห์และผลการทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ* (น. 118-126). เล่มเดิม.

ร้อยละ 8.4 ของ GDP เป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ข้อมูลปี 1999) และเป็นสัดส่วนจากภาคเอกชน ร้อยละ 16.2

ศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ (Primary health care center) จะให้บริการปฐมภูมิแก่ประชาชน โดยประชาชนมีสิทธิเลือกสถานบริการอย่างอิสระในเขตเดียวกัน นอกจากนี้ยังสามารถเลือกใช้บริการในศูนย์บริการปฐมภูมิหรือแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลก็ได้ แต่ถ้าข้ามเขตจะอยู่ภายใต้ระบบการส่งต่อ ในการรับบริการปฐมภูมิ ผู้รับบริการจะต้องร่วมจ่ายในอัตราหนึ่ง และจะมีเพดานสูงสุดที่ต้องจ่ายเป็นรายปีกำหนดโดยรัฐบาล ค่าใช้จ่ายที่มากกว่าวงเงินที่กำหนดจะได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล (deductible) โดยเขตเป็นผู้กำหนดระดับการร่วมจ่ายของบริการผู้ป่วยนอก แต่คณะรัฐมนตรีเป็นผู้กำหนดเพดานสูงสุดของการร่วมจ่าย แพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะอยู่ในระบบการจ้างโดยภาครัฐ มีเพียงร้อยละ 5 ที่ปฏิบัติงานอิสระ

1. ระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพ

สวีเดนมีระบบประกันสังคมที่ครอบคลุมทั้งความเจ็บป่วยและผู้ที่อยู่ในภาวะที่สูญเสียโอกาสต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่สูญเสียรายได้จากการเจ็บป่วย ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือ ผู้ที่ต้องสูญเสียรายได้จากการที่ต้องดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นต้น

งบประมาณในการประกันสุขภาพมาจากการเก็บสมทบจากนายจ้าง และจากระบบภาษีเงินได้ประมาณร้อยละ 80 ของภาษีดังกล่าวนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนค่าบริการทางการแพทย์แก่ประชาชน ประชาชนสวีเดนทุกคนมีสิทธิที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากรัฐ ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 6,000 เกรียนสวีเดน (อัตราแลกเปลี่ยนเงินของราชอาณาจักรสวีเดนในปัจจุบัน 1 SEK (โครนาสวีเดน) = 4.0399 THB)³⁵ จะได้รับการชดเชยในกรณีการเจ็บป่วยทำให้สูญเสียรายได้ สำหรับผู้ที่ไม่มียาได้ จะมีกองทุนที่แยกบริหารจัดการออกมาต่างหาก

ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ผู้รับบริการต้องจ่ายค่าปรึกษาแพทย์ครั้งละ 60 ถึง 300 เกรียนสวีเดน แต่กำหนดว่าไม่เกิน 900 เกรียนแรก แต่มีเพดานไม่เกินปีละ 1,800 เกรียน สำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายแต่ไม่เกินร้อยละ 80 เกรียน เด็กและเยาวชนที่อายุไม่เกิน 20 ปี ได้รับการฟรี กรณีความเจ็บป่วยในภาคการจ้างงาน ถ้าเจ็บป่วยเกินวันที่ 2 นายจ้างเป็นผู้จ่ายในอัตราร้อยละ 80 ของรายได้รายสัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 2 ถึงวันที่ 21 หลังจากนั้นระบบประกันสังคมจะเป็นผู้รับผิดชอบ

³⁵ ธนาคารแห่งประเทศไทย อัตราแลกเปลี่ยนประจำวัน. สกุลเงินราชอาณาจักรสวีเดน. สืบค้น 13 มิถุนายน 2558, จาก https://www.bot.or.th/thai/statistics/financialmarkets/exchangerate/_layouts/application/exchangerate/exchangerate.aspx

การประกันเอกชนหรือการประกันด้วยความสมัครใจมีจำนวนน้อยมากในสวีเดน โดยส่วนใหญ่จะให้ประกันที่ครอบคลุมการบริการอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการให้บริการจากภาครัฐอยู่แล้ว

2. พัฒนาการของระบบการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์

ประเทศสวีเดนมีกองทุน 2 แบบ คือ กองทุนชดเชยความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และกองทุนชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการใช้ยา

2.1 กองทุนชดเชยการบาดเจ็บหรือเสียหายจากการรักษา (Patient Compensation Insurance Fund: PCI)

ตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1970 สวีเดนมีระบบการประกันด้วยความสมัครใจในการชดเชยความเสียหายหรือการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่บาดเจ็บหรือติดเชื้อจากการรักษาทางการแพทย์จะได้รับการจ่ายค่าชดเชย ไม่ว่าจะเป็ความบกพร่องของผู้ให้บริการหรือไม่ก็ตาม ในช่วงปลายทศวรรษที่ 1970 ระบบการประกันด้วยความสมัครใจดังกล่าวได้ถูกยกเลิก ผู้ให้บริการสุขภาพมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องมีการประกันการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล และต้องให้การดูแลผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บดังกล่าวด้วย

สวีเดนได้ออกพระราชบัญญัติหลายฉบับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิด (Tort liability Act) ปี 1972 พระราชบัญญัติความเสียหาย (Patient Damage Act) และประกาศใช้ในชื่อพระราชบัญญัติการบาดเจ็บของผู้ป่วย (Patient Injury Act) ในปี ค.ศ. 1996 ที่มาของระบบการชดเชยของสวีเดน จึงไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมากจากระบบกฎหมาย แต่เกิดจากการให้ความสำคัญกับความพอเพียงในการชดเชยมากกว่า อีกทั้งยังได้ชื่อว่าเป็นระบบการชดเชยที่ครอบคลุมเบ็ดเสร็จที่ใหญ่ที่สุดในโลกด้วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับความเสียหายหรือการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล สวีเดนกำหนดให้ผู้ให้บริการมีหน้าที่รายงานรายละเอียดของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นไปยังคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการ (National Board of Health and Welfare: NBW) และถ้าพบว่าความผิดพลาดดังกล่าวมาจากผู้ให้บริการคนหนึ่งๆ ข้อมูลจะถูกส่งต่อไปยังคณะกรรมการควบคุมวิชาชีพแพทย์ (Medical Responsibility Board: MRB) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลและควบคุมวิชาชีพ โดยทำหน้าที่ตักเตือนลงโทษ แต่ไม่มีบทบาทในการพิจารณาจ่ายค่าชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นแต่อย่างใด กระบวนการชดเชยการบาดเจ็บเป็นหน้าที่ของระบบประกันผู้ป่วยที่แยกออกมาต่างหาก

2.2 กองทุนชดเชยความเสียหายของผู้ป่วยจากการใช้ยา (Swedish Pharmaceutical Insurance Compensation Association Fund : SPICAF)

เป็นกองทุนที่ชดเชยความเสียหายของผู้ป่วยจากการใช้ยา ครอบคลุมความเสียหายจากพิษและผลกระทบทางร่างกายจากยา รวมการทดลองใช้ทางคลินิก แต่ไม่ครอบคลุมการใช้ยาที่ผิดพลาดซึ่งครอบคลุมโดยกองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วยแล้ว หรือผลของยาที่ไม่อยู่ในการคาดการณ์ เช่น ยาปฏิชีวนะที่ไม่สามารถหยุดยั้งการติดเชื้อ หรือในกรณีที่มีความเสี่ยงสูงอยู่แล้ว เช่น สตรีที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดและเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) หลังจากการผ่าตัด ผลข้างเคียงของยาจะต้องเป็นอาการที่ไม่คาดคิดและไม่เคยปรากฏมาก่อน ซึ่งตามปกติแล้วจะปลอดภัย ผู้ร้องเรียนจะต้องร้องเรียนภายในสามปีหลังจากที่มีอาการ และมีสิทธิที่จะขอรับการทบทวนถ้าไม่พอใจในการพิจารณาแต่ต้องภายใน 6 เดือน หลังจากการพิจารณาแล้ว

3. ประเทศสวีเดนมีพัฒนาการของระบบการชดเชยความผิดพลาดจากบริการทางการแพทย์

3.1 พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด (Tort Liability Act 1972)

ในระหว่างศตวรรษที่ 1970 ฝ่ายกฎหมายและฝ่ายนโยบายของสวีเดนยกประเด็นปัญหาความเหมาะสมและพอเพียงของระบบการชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์ด้วยการฟ้องร้องตามกฎหมายการละเมิด (Tort system) ขึ้นมาพิจารณา ประเด็นที่กล่าวถึงคือ การที่ผู้ป่วยมักจะขาดโอกาสในการเข้าถึงการร้องเรียนทางกฎหมาย และอุปสรรคด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้เสียหายในการร้องเรียน โดยก่อนหน้านี้นี้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด (Tort Damage Act) เพื่อให้มีการรับผิดชอบต่อการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์อย่างจริงจัง ไม่ว่าจะเกิดความผิดพลาดหรือไม่ก็ตาม แต่ระบบการชดเชยดังกล่าวได้รับการปฏิเสธเนื่องจากยากที่จะพิสูจน์ว่า ความบกพร่องดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการแพทย์หรือการรักษาทางการแพทย์หรือไม่ สาเหตุหนึ่งมาจากการขาดความรู้เฉพาะด้านการแพทย์ในขณะนั้น

หลังปี 1971 เป็นต้นมา รัฐบาลให้ความสำคัญกับระบบการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์มากขึ้น เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้พัฒนาขึ้นเรื่อยๆ มีการนำวิธีการรักษาโรคแบบใหม่มาใช้ รวมทั้งมีการบริการเพิ่มมากขึ้น ประชาชนมีโอกาสเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้น ทำให้โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นด้วย แต่มีผู้ที่ได้รับการชดเชยจากความเสียหายดังกล่าวน้อยมาก คณะกรรมการสมาพันธ์เขตได้มีการประชุมกันในเดือนกุมภาพันธ์ ปี 1971 เพื่อพิจารณาเรื่องดังกล่าว จนกระทั่งในปี 1972 รัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด (Tort Liability Act) กำหนดจำนวนเงินในการจ่ายค่าชดเชยความเสียหาย เช่น ในกรณีของการประกันสังคมหรือการชดเชยคนงาน เป็นต้น และใช้เป็นแนวทางในการชดเชยความเสียหายทางการแพทย์ด้วย สำหรับการจ่ายชดเชยจากประกันสังคม (Social insurance) แม้ว่าจะเป็นส่วนหนึ่งของการชดเชยทั้งหมดในภาพรวม แต่ก็มีการแยกจ่ายออกมา

ต่างหาก ไม่ว่าผลการพิจารณาเรื่องร้องขอจะเป็นอย่างไร การจ่ายชดเชยตามแผนประกันสังคม ขึ้นอยู่กับความจำเป็นและความเหมาะสม กระนั้นก็ตาม การชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติดังกล่าวยังไม่ชัดเจน ผู้ที่เกี่ยวข้องเองมีการกล่าวถึงประเด็นนี้เป็นระยะ แต่เนื่องจากข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บในกรณีนี้มีน้อยมาก ปี 1974 เมื่อมีระบบประกันสังคมขึ้น มีการช่วยเหลือครอบคลุมการบาดเจ็บและโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน ภายใต้ระบบนี้ลูกจ้างไม่สามารถฟ้องนายจ้างได้ แต่จะมีการจ่ายเงินชดเชยถ้าพบว่า นายจ้างมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดการบาดเจ็บ หรืออีกนัยหนึ่ง เป็นการบาดเจ็บจากการทำงาน

3.2 กองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วย (Swedish Patient Insurance Compensation Fund 1975)

ในปี 1975 ผู้เสียหายที่ได้รับการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์มีเพียงประมาณ 10 รายต่อปี ทำให้มีการนำประเด็นการชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์มาเป็นประเด็นพิจารณาในระดับนโยบายมากขึ้น ชื่อเรียกร้องของคณะกรรมการสหพันธ์รัฐที่เริ่มมาก่อนหน้านี้เริ่มเป็นรูปเป็นร่างขึ้นมา ด้วยความสมัครใจของกลุ่มบริษัทประกันขนาดใหญ่ในสวีเดน สามบริษัท ได้แก่ (Folksam, Skandia) และ (Trygg-Hansa) โดยร่วมกันคิดรูปแบบการให้ประกันขึ้นมาเป็นบริษัทประกันร่วม โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเสียหายในแผนการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์ ครอบคลุมไปถึงการบริการนอกสถานพยาบาลของรัฐ โดยเริ่มจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General practitioners; GPs) และการบริการที่ได้รับ การสนับสนุนจากรัฐหรือสาธารณะ (Publicly funded services)

ภายใต้ระบบดังกล่าว จะมีระบบประกันที่ชดเชยจากการบาดเจ็บจากการบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นเพื่อเสริมระบบเดิม เรียกว่า ระบบชดเชยการประกันทางอุบัติเหตุ (Patient Compensation Insurance: PCI) ในระยะแรกเป็นการประกันด้วยความสมัครใจ และให้การชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ว่าผู้ให้บริการผิดหรือไม่ คุ้มครองการบาดเจ็บจากการรักษาที่เกิดจากโรงพยาบาลหรือคลินิกที่อยู่ในการดูแลของสภาเขต (County Council) โดยครอบคลุมเฉพาะแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลของสภาเขต (County Council) เท่านั้น แต่ต่อมาขยายไปยังแพทย์ในภาคเอกชน ทันตแพทย์ และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ด้วย พร้อมกันนี้ได้มีการจัดตั้ง กองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วย (Swedish Patient Insurance Compensation Fund: SPICF) เป็นแหล่งเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการชดเชยดังกล่าว โดยจะมีผู้ดูแลรายเดียวในการจัดการกับการร้องเรียนได้แก่ บริษัทชานาญการที่อยู่ภายใต้การดูแลของผู้ให้ประกันเอกชนและผู้รับประกันร่วมที่กล่าวถึงข้างต้น โดยกองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วยเป็นหนึ่งในจำนวนกองทุนชดเชยที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะจำนวนหลายๆ กองทุน เช่น กองทุนชดเชยความเสียหายจากการใช้ยา กองทุนชดเชยอุบัติเหตุจากการกีฬา และยานพาหนะ

นอกจากนี้ ในปี 1978 รัฐบาลร่วมกันบริษัทผู้ผลิตยา ได้จัดตั้งกองทุนที่ดูแลด้านการชดเชยความเสียหายจากการใช้ยาขึ้น ชื่อ กองทุนชดเชยความเสียหายจากการใช้ยา (The Swedish Pharmaceutical Insurance Compensation Association Fund) ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากบริษัทผู้ผลิตยา วัตถุประสงค์คือ การชดเชยความเสียหายด้านการแพทย์ที่เกิดจากผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาอย่างถูกต้องเท่านั้น³⁶ ส่วนการใช้ยาที่ผิดพลาดจากข้อบ่งชี้หรือไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดจะอยู่ในความคุ้มครองของกองทุนชดเชยความเสียหายจากการใช้ยาอยู่แล้ว

3.3 พระราชบัญญัติการบาดเจ็บของผู้ป่วย (Patient Injury Act 1996)

ในปี 1992 รัฐบาลมีการทบทวนระบบการชดเชยดังกล่าวและเสนอร่างกฎหมายใหม่ เนื่องจากพบว่ายังมีผู้ให้บริการอีกจำนวนหนึ่ง (ประมาณร้อยละ 5) ที่ยังไม่เข้าร่วมในระบบประกันการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล ที่สำคัญคือ ระบบประกันดังกล่าวให้การคุ้มครองผู้ที่ได้รับความเสียหายจากผู้ให้บริการที่ไม่ได้มีประกันด้วย ทำให้ผู้ให้บริการที่มีประกันอยู่แล้วไม่เห็นด้วย และระบบดังกล่าวยังไม่กระตุ้นผู้ให้บริการที่เหลือให้ทำประกัน นอกจากนี้ ในปี 1993 สวีเดนมีกฎหมายที่ส่งเสริมการแข่งขันในการลงทุนเกิดขึ้น การมีบริษัทร่วมเพียงบริษัทเดียวในการดูแลการใช้ยาจึงไม่สอดคล้องกับกฎหมายดังกล่าว ในปี 1994 จึงมีมติให้ยกเลิกบริษัทประกันร่วมที่มีก่อนหน้านี้ จัดตั้งบริษัทประกันร่วมของเขตมาแทนที่³⁷ บริษัทประกันแห่งหนึ่งถอนตัวออกไป คณะกรรมการเขตมีการจัดตั้งหน่วยงานสำหรับดูแลบริษัทประกันร่วมของสภาเขต (County Council Mutual Insurance Company) ร่วมกับบริษัทที่เหลืออีกสองบริษัท และตั้งคณะกรรมการที่ดูแลการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลขึ้น ขณะเดียวกันนั้นในปี 1987-1992 มีประเทศใกล้เคียงที่ใช้ระบบการชดเชยดังกล่าวด้วย ทำให้มีการศึกษาเปรียบเทียบมากขึ้น การทบทวนปรับปรุงโดยคณะกรรมการในครั้งนั้นได้รายงานเสนอให้มีกฎหมายที่แตกต่างหากจากกฎหมายละเมิดเดิม เพื่อควบคุมการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์

3.4 พระราชบัญญัติการบาดเจ็บของผู้ป่วย (Patient Injury Act 1997)

ปี 1997 มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติการบาดเจ็บของผู้ป่วย (Patient Injury Act) โดยการชดเชยยังอ้างอิงจากระบบการประกันสมัครใจเดิม แต่เปลี่ยนให้ผู้ให้บริการทุกคนต้องมีประกันการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ด้วย ผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นเอกชนจะต้องซื้อประกันจากบริษัทประกันเอกชน การให้บริการแก่ผู้ที่ได้รับอันตรายจากการรักษาทางการแพทย์ เป็นหน้าที่ตามกฎหมายที่ผู้ให้บริการทุกคนต้องดูแลพื้นฐาน โดยไม่มีการปฏิเสธ บริษัท

³⁶ ACC 2003; The Pharmaceutical Insurance in Sweden 2004.

³⁷ Country Council Mutual Insurance Company; CCMIC).

ประกันมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องให้การประกันอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บที่เกิดจากการรักษาทางการแพทย์ตามที่กำหนด

อย่างไรก็ตาม สำหรับการประกันจากภาคเอกชนนั้น คำจำกัดความของ “การบาดเจ็บ” ยังมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแผนการประกันที่เลือกใช้ มีการให้ความหมายของ “การบาดเจ็บทางกาย” กับ “การบาดเจ็บทางจิตใจ” โดยที่การบาดเจ็บทางจิตใจจะได้รับการชดเชยก็ต่อเมื่อมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทางกายเท่านั้น นอกจากนี้บริษัทประกันสามารถเสนอข้อตกลงอื่นๆ ในการเสนอสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ สำหรับการบาดเจ็บจากการรักษาโดยแพทย์หรือผู้ให้บริการที่ไม่ได้มีการประกัน จะมีการจ่ายค่าชดเชยจากสมาคมการประกันตนผู้ป่วย (Patient Insurance Association) โดยที่ผู้ให้ประกันทุกรายจะต้องเป็นสมาชิกสมาคมดังกล่าว การชดเชยจะครอบคลุมการให้บริการสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลที่บ้าน การจ่ายค่าชดเชยรายสัปดาห์ ภายใต้ระเบียบการประกันสังคม

1. เงินชดเชยมีแหล่งที่มาจาก

เนื่องจากการให้บริการสุขภาพในระดับเขตร้อยละ 95 อยู่ภายใต้การดูแลของสภาเขตหรืออยู่ในการดูแลของรัฐ ผู้ให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและศูนย์บริการปฐมภูมิได้รับเงินค่าจ้างจากเขต สภาเขตในฐานะนายจ้างจึงเป็นฝ่ายรับผิดชอบในการจ่ายเบี้ยประกันให้ผู้ให้บริการเหล่านี้

สำหรับผู้ให้บริการอิสระหรือภาคเอกชนซึ่งมีประมาณร้อยละ 5 ของผู้ให้บริการทั้งหมด จะต้องซื้อประกันจากบริษัทประกันเอกชนด้วยตนเอง โดยบริษัทประกันจะเป็นผู้คำนวณจำนวนเบี้ยประกันตามความเสี่ยงของสถานบริการแต่ละประเภท ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า แหล่งที่มาของเงินชดเชยส่วนใหญ่จึงมาจากภาษีในระดับเขตจากการเก็บภาษีเงินได้และจ่ายให้แก่บริษัทประกันร่วมของสภาเขต (County Council Mutual Insurance Company) ตามสัดส่วนต่อหัวประชากรที่รับผิดชอบ

เนื่องจากการให้บริการสุขภาพในระดับเขตร้อยละ 95 อยู่ภายใต้การดูแลของสภาเขตหรืออยู่ในการดูแลของรัฐ ผู้ให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและศูนย์บริการปฐมภูมิได้รับเงินค่าจ้างจากเขต สภาเขตในฐานะนายจ้างจึงเป็นฝ่ายรับผิดชอบในการจ่ายเบี้ยประกันให้ผู้ให้บริการเหล่านี้

สำหรับผู้ให้บริการอิสระหรือภาคเอกชนซึ่งมีประมาณร้อยละ 5 ของผู้ให้บริการทั้งหมด จะต้องซื้อประกันจากบริษัทประกันเอกชนด้วยตนเอง โดยบริษัทประกันจะเป็นผู้คำนวณจำนวนเบี้ยประกันตามความเสี่ยงของสถานบริการแต่ละประเภท ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า แหล่งที่มาของเงินชดเชยส่วนใหญ่จึงมาจากภาษีในระดับเขตจากการเก็บภาษีเงินได้และจ่ายให้แก่บริษัทประกันร่วมของสภาเขต ตามสัดส่วนต่อหัวประชากรที่รับผิดชอบ

2. กระบวนการในการร้องขอรับการชดเชย

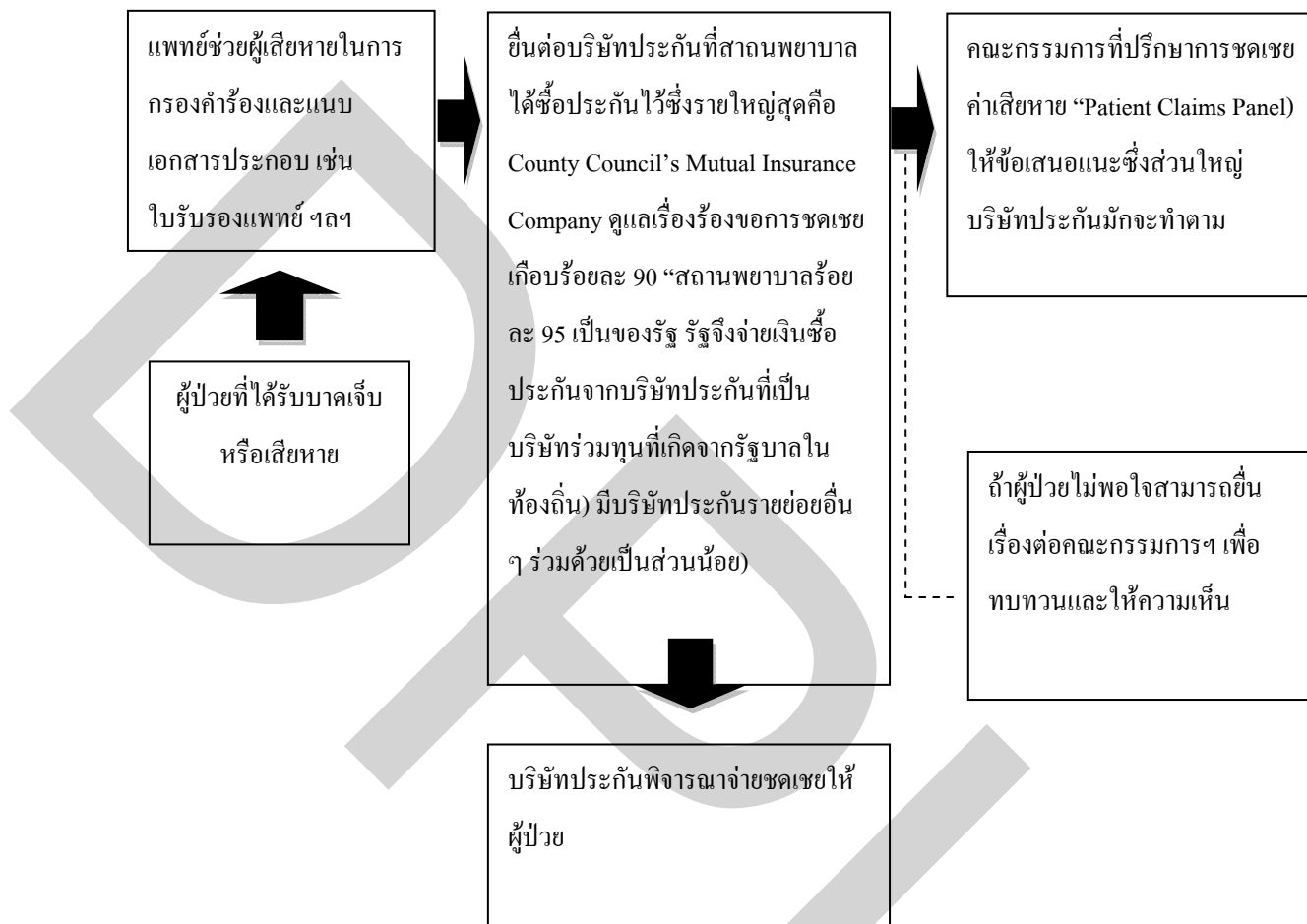
ก่อนปี 1995 คำร้องของผู้เสียหายจะถูกส่งไปยังบริษัทประกันโดยตรง แต่ในปี 1995 หลังจากที่เข้าร่วมในสหภาพยุโรป อานาจัดการจัดการระบบชดเชยได้เปลี่ยนไปเป็นส่งให้กับบริษัทประกันร่วมของสภาเขต (County Council Mutual Insurance Company)

การเสนอเรื่องขอรับการชดเชยตามระบบในประเทศสวีเดน แพทย์ผู้ให้บริการหรือสถานบริการเป็นด่านแรกในการให้ความช่วยเหลือผู้เสียหาย มีการประชาสัมพันธ์ระบบของกองทุนการชดเชยที่เข้าถึงได้ง่ายและสะดวก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานประกันสังคมหรือบริษัทประกันร่วมของสภาเขตได้จัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์แผนการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ รายละเอียดสิทธิที่พึงมีพึงได้ รวมทั้งกระบวนการในการเสนอเรื่องร้องขอไว้สำหรับผู้รับบริการในทุกสถานบริการไม่ว่าจะเป็นในภาครัฐหรือเอกชน ทั้งโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ และคลินิกทันตกรรม นอกจากนี้ผู้รับบริการสามารถขอรับแบบฟอร์มได้จากการ์เขต หรือคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้ป่วย (Patient's Advisory Committee) หรือจากเว็บไซต์ของคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียน

คำร้องของผู้เสียหายส่วนใหญ่จะต้องมีคำรับรองจากแพทย์ โรงพยาบาล ตัวแทนทางกฎหมายของผู้ป่วย หรือคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้ป่วย ผู้ร้องขอรับการชดเชยจะต้องส่งเรื่องไปที่คณะกรรมการที่ดูแลการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล โดยมีคณะกรรมการพิจารณาสิทธิเรียกร้องของผู้ป่วย (Patient Claims Panel) ประกอบด้วยประธาน 1 คน และสมาชิกอื่นๆ อีก 6 คน มาจากตัวแทนของผู้รับบริการ 3 คน มาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 คน เป็นผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการประกันภัยการบาดเจ็บ 1 คน และเป็นผู้มีความรู้พิเศษในงานบริการสุขภาพอีก 1 คน คณะกรรมการมีวาระคราวละ 3 ปี

ข้อมูลล่าสุดพบว่า บริษัทประกันจะเป็นด่านแรกในการจัดการกับคำร้องขอรับการชดเชยของผู้ป่วย โดยหนึ่งในบริษัทประกันคือบริษัทประกันร่วมของสภาเขต (County Council's Mutual Insurance Company) เป็นผู้รับผิดชอบคำร้องกว่าร้อยละ 90 ของคำร้องทั้งหมด ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจผลการพิจารณาของบริษัทประกัน ผู้ป่วยสามารถที่จะยื่นเรื่องขอรับการพิจารณาทบทวนจากคณะกรรมการเรียกร้องสิทธิของผู้ป่วยที่เรียกว่า (Patient Claim Panel) โดยที่แม้ว่าคณะกรรมการทบทวนคำร้องฯ ดังกล่าวจะมีหน้าที่เป็นเพียงคณะกรรมการที่ปรึกษา แต่บริษัทประกันส่วนใหญ่จะทำตามมติของคณะกรรมการดังกล่าว

ผังแสดงกระบวนการขอรับการชดเชย



กรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับผลการชดเชยของบริษัทประกันนั้น เรื่องจะถูกส่งไปยังคณะกรรมการที่ปรึกษา ซึ่งจะเป็นผู้พิจารณาให้ความเห็น การตัดสินใจจะใช้หลักฐานบันทึกทางการแพทย์และบันทึกกรายอื่นๆ เป็นสำคัญ นอกเสียจากว่าจะมีข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นในการพิจารณาด้วย เช่น สภาพแวดล้อมของการรักษา หรือการพยากรณ์โรค และอาจมีที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญทางการแพทย์เฉพาะด้าน หลังจากนั้นคณะกรรมการจะส่งผลพิจารณาไปยังผู้ป่วย ถ้าการร้องขอไม่ได้รับการชดเชยผู้เสียหายสามารถดำเนินการต่อในระดับศาลได้ ทั้งนี้ผู้ร้องขอจะต้องเสนอเรื่องขอรับการชดเชยภายใน 3 ปี หลังจากที่อยู่จะต้องรายงาน แต่ไม่เกิน 10 ปี หลังจากเกิดความเสียหาย และถ้าไม่พอใจในผลการพิจารณาของกรรมการ ผู้ร้องขอยังมีสิทธิที่จะส่งเรื่องร้องเรียนไปยังคณะกรรมการชดเชยการบาดเจ็บ "Patient Claims Board" ซึ่งเป็นคณะกรรมการที่จัดตั้งโดยรัฐบาลและเป็นอิสระจากผู้ให้ประกัน นอกจากนี้ยัง สามารถนำเรื่องเสนอต่อศาลได้ภายใน 6 เดือน

1. หลักเกณฑ์ในการขอรับการจ่ายเงินชดเชย

การบาดเจ็บที่เข้าข่ายการขอรับการชดเชยได้แก่ การเจ็บป่วยมากกว่า 30 วัน หรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 10 วัน หรือเสื่อมสมรรถภาพอย่างถาวร หรือเสียชีวิต คณะกรรมการจะพิจารณาว่าผู้ร้องขอมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่จะรับเงินช่วยเหลือหรือไม่ มากกว่าการพิสูจน์ว่าแพทย์ผิดหรือไม่

หลักการพิจารณาชดเชยหรือไม่ พิจารณาจาก

1. การบาดเจ็บจะต้องเกี่ยวข้องกับการรักษาทางการแพทย์
2. การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน “ในกรณีการรักษาเป็นไปตามมาตรฐานแล้ว แม้ว่าการบาดเจ็บจะรุนแรง ก็ไม่ได้รับการชดเชย”

3. ถ้ามีทางเลือกอื่นในกระบวนการรักษาแล้วสามารถหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บได้ โดยทั่วไปการบาดเจ็บที่เกิดหลังจากการรักษาจะไม่ค่อยได้รับการชดเชย

ที่เป็นสาระสำคัญ คือ การชดเชยในความผิดพลาดบกพร่องที่หลีกเลี่ยงได้ “หลักคิดคือ เพราะหลีกเลี่ยงได้แต่เกิดเสียหาย ดังนั้น จึงควรได้รับการชดเชย” โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา 6 ประเด็นหลัก คือ

1. การบาดเจ็บเกิดจากการรักษาทางการแพทย์ (Treatment injury) ไม่ว่าจะเป็นการตรวจ การรักษา หรือกระบวนการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การให้เลือด เป็นต้น โดยมีหลักการว่า ความผิดพลาดดังกล่าวสามารถหลีกเลี่ยงได้ถ้ามีทางเลือกอื่นในการรักษา เช่น การรักษาวิธีอื่น การใช้สถานพยาบาลอื่น หรือ โดยเปรียบเทียบมาตรฐานการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในสาขานั้นๆ การประเมินไม่ขึ้นกับความสามารถหรือประสบการณ์ของผู้ให้การรักษาคณใดคนหนึ่งที่ทำการรักษา ความน่าจะเป็นในการเกิด หรือความรุนแรงไม่นำมาเป็นข้อพิจารณาในการให้การชดเชยหรือไม่ หรือโดยหลักการคือการพิจารณาว่ามีทางเลือกอื่นในการให้บริการที่สามารถหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บได้หรือไม่นั่นเอง

2. การบาดเจ็บเกิดจากความบกพร่องของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ (Material-related injury)

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

4. การบาดเจ็บจากการติดเชื้อในระหว่างการตรวจรักษา (Infection injury)

5. การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระหว่างกระบวนการรักษา (Accident-related injury) เช่น อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นขณะทำการตรวจรักษา การดูแล การเคลื่อนย้าย เป็นต้น แต่กรณีการบาดเจ็บจากการใช้ชีวิตประจำวันจะไม่ได้รับการคุ้มครอง

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

การชดเชยไม่รวมในกรณีที่เป็นการรักษาเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งถ้าไม่มีการช่วยเหลือจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ หรือเป็นอันตรายร้ายแรง เช่น ในสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมทั้งไม่มีการชดเชยในกรณีการบาดเจ็บเล็กน้อย (minor injury) จำนวนเงินที่ชดเชยอ้างอิงจากกฎหมายเดิม คือ พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด (Tort damage Act 1972) อย่างไรก็ตาม มีที่แตกต่างออกไปคือมีการกำหนดเพดานสูงสุดในการจ่ายเงินชดเชย ในแต่ละกรณี

6. ผลการดำเนินงานของระบบชดเชยในประเทศสวีเดน

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ามีทั้งมุมบวกและลบ ซึ่งมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. จำนวนผู้เสียหายได้รับการชดเชยเพิ่มขึ้นและรวดเร็ว

เหตุผลในการนำระบบการชดเชยดังกล่าวมาใช้ในสวีเดนนั้น เพื่อแก้ปัญหาที่ผู้รับบริการหรือผู้เสียหายจากการบาดเจ็บที่มีสาเหตุมาจากการรักษาทางการแพทย์ ได้รับการชดเชยไม่พอเพียงและล่าช้า ระบบดังกล่าวจึงต้องการที่จะลดเวลาในการพิจารณาโดยมีเป้าหมายเพื่อให้กรณีการร้องเรียนส่วนใหญ่เสร็จสิ้นภายใน 6 เดือน และร้อยละ 95 เสร็จสิ้นภายใน 8 เดือน ในภาพรวมจากการทบทวนรายงานพบว่า การพิจารณาใช้เวลาเร็วขึ้น ร้อยละ 28 เสร็จภายใน 4 เดือน และร้อยละ 75 เสร็จสิ้นภายใน 8 เดือน และพบว่าผู้เสียหายมีโอกาสได้รับการชดเชยมากขึ้น กรณีที่ได้รับการชดเชยมีประมาณ 9,500 รายต่อปี ในจำนวนนี้ ร้อยละ 45 ที่ยื่นเรื่องร้องขอจะได้รับการชดเชย (มากกว่า 4,000 รายต่อปี) มีค่าใช้จ่ายชดเชยประมาณ 300 ล้านเหรียญสวีเดนต่อปี แม้ว่ากฎหมายยอมให้มีการฟ้องร้องต่อศาลในระบบศาล แต่พบว่าการฟ้องร้องต่อศาลน้อยมาก เหตุผลหนึ่งอาจเป็นเพราะว่าเงินตอบแทนจากศาลน้อยกว่าการชดเชยนี้

นอกจากนี้จำนวนของผู้ที่ยื่นเรื่องขอรับการชดเชยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลจากปี 1975-1985 พบว่าจำนวนการร้องขอการชดเชยเพิ่มจาก 682 ราย เป็น 5,000 รายโดยประมาณในปี 1985 และลดลงมาอยู่ที่ประมาณ 3,000 รายต่อปีในปี 1986-1991 สำหรับในปี 1992 มีกรณีการร้องขอการชดเชยมากกว่า 5,000 ราย ในจำนวนที่เสนอเรื่องร้องขอระหว่างปี 1975-1986 นั้น ประมาณร้อยละ 55 ได้รับการชดเชย ในปี 1992 มีการร้องขอรับการชดเชยโดยเฉลี่ยประมาณ 21 รายต่อแพทย์ 100 คน

2. ผู้ให้บริการให้ความร่วมมือดี เพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

ประเด็นที่สำคัญของระบบการชดเชยดังกล่าวในสวีเดนคือ การแยกระบบการชดเชย ออกจากระบบการควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพ โดยที่ระบบการควบคุมวิชาชีพเป็นหน้าที่ของ หน่วยงานเช่นคณะกรรมการความรับผิดชอบทางการแพทย์และสุขภาพ (Health and Medical Care Liability Board) หรือคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการ (National Board of Health Welfare) แต่ระบบการชดเชยเป็นหน้าที่ของบริษัทประกันร่วมของสภาเขต การควบคุมวิชาชีพ จึงมีบทบาทแยกออกจากระบบประกันดังกล่าว และเชื่อว่าจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นระหว่าง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากขึ้น

นอกจากนี้แพทย์หรือผู้ให้บริการในสวีเดนมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล เกี่ยวกับสาเหตุของความผิดพลาดมากขึ้น เพราะระบบการชดเชยไม่ใช่ความพยายามที่จะพิสูจน์ ความถูกต้องของผู้ให้บริการ อีกทั้งการที่ข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ เช่น คณะกรรมการควบคุมวิชาชีพ (Medical Responsibility Board : MRB) กับ กองทุนชดเชย การบาดเจ็บหรือเสียหายจากการรักษา (Patient Compensation Insurance Fund : PCI) ไม่มีการส่ง ต่อกันนั้น ทำให้ผู้ให้บริการไม่รู้สึกลัวถูกคุกคามจากการลงโทษ อาจกล่าวได้ว่าการแยกระบบ ชดเชยออกจากระบบการควบคุมวิชาชีพ เป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้แพทย์ผู้ให้บริการมีความร่วมมือ ในการให้ข้อมูลข่าวสารมากขึ้น แพทย์ตระหนักในความสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการ การเสนอเรื่องร้องขอรับการชดเชยของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากการรักษา และถือเป็นหน้าที่อีก ประการหนึ่งที่จะต้องปฏิบัตินอกเหนือจากการให้การรักษาตามปกติ เป็นที่น่าสังเกตว่าในกรณีที่เกิด ความผิดพลาดที่ส่วนเรื่องเข้ารับการพิจารณานั้น ร้อยละ 60-80 เป็นการส่งเรื่องที่มีผู้ให้บริการ เป็นคนรายงานหรืออย่างน้อยเป็นผู้ที่มีส่วนช่วยผู้เสียหายในการเขียนเรื่องเสนอเพื่อขอรับการ ชดเชย

3. ลดการฟ้องศาล

ระบบการชดเชยที่ไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดดังกล่าวในสวีเดน ในสายตานักกฎหมายอเมริกัน เชื่อกันว่าจะนำไปสู่การฟ้องร้องในศาลมากขึ้น แต่นักกฎหมายสวีเดนไม่เห็นด้วยกับแนวคิด ดังกล่าว เนื่องจากเชื่อว่ามุมมองชาวอเมริกันกับชาวสวีเดนต่อระบบการแพทย์ และแนวคิดเกี่ยวกับ สิทธิ หรือการขอรับการชดเชยมีความแตกต่างกัน

4. ถูกมองว่าเป็นระบบ (ช่วยแพทย์)

อย่างไรก็ตาม มุมมองจากผู้รับบริการส่วนหนึ่งยังไม่พอใจในหลาย ๆ ประเด็น เช่น การขอข้อมูลจากการรักษาจากสถานบริการในกรณีต้องการไปประกอบการเขียนคำร้องอาจจะ ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากสถานบริการมากนัก เมื่อมีการร้องเรียนไปยังคณะกรรมการผู้ป่วยของ

สภาเขต คณะกรรมการมักจะปกป้องผู้ให้บริการมากกว่าผู้ป่วย หรือแม้แต่การส่งข้อมูลการรักษา เข้าสู่คณะกรรมการดูแลสุขภาพ (Health and Health Care Board) เป็นการนำข้อมูลที่เป็นความลับ ทำให้ผู้เสียหายไม่ยอมส่งเรื่องร้องเรียน คณะกรรมการเองก็ไม่มีบทบาทในการเตือนแพทย์ ผู้ให้บริการมากนัก การรับเรื่องร้องเรียนมักจะไม่มีการบันทึกชื่อผู้ให้บริการลงในรายงาน อีกทั้งใน กระบวนการควบคุมการเกิดอุบัติเหตุทางการแพทย์ ผู้ให้บริการจะได้รับการคาดหวังว่าต้องเป็น ผู้รายงานความผิดพลาดต่อแผนกสุขภาพของกระทรวงสุขภาพ แต่ในความเป็นจริงมีการรายงาน เป็นบางครั้งเท่านั้น ผู้ให้บริการจะรายงานก็ต่อเมื่อเห็นว่าเป็นเรื่องร้ายแรงที่คิดว่าเสี่ยงต่อการ ร้องเรียนจากผู้ป่วย³⁸

5. บริษัทประกันหวังผลกำไร

นอกจากนี้ผู้รับบริการยังเห็นว่า แม้ว่า คณะกรรมการที่ดูแลการบาดเจ็บจากการ รักษาพยาบาลจะเป็นบริษัทร่วมทุนที่เกิดจากรัฐบาลในท้องถิ่นเองก็ตาม แต่บริษัทดังกล่าวก็ยังเป็น หน่วยงานที่หวังผลกำไร การร่วมทุนประกอบด้วยสัดส่วนของ บริษัทประกันของสภาเขต ร้อยละ 30 เป็นสัดส่วนของ (บริษัท Folksam) ร้อยละ 35 และ (บริษัท Skandia) ร้อยละ 35 ในทาง ปฏิบัติบริษัทดังกล่าวดำเนินงาน โดย (บริษัท Skandia) เป็นหลัก และมีแนวโน้มว่าบริษัทประกัน ดังกล่าวพยายามจ่ายน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในส่วนของผู้ให้บริการเองก็มีแนวโน้มปฏิเสธความ เกี่ยวข้องระหว่างการบาดเจ็บกับการรักษาทางการแพทย์

6. สัดส่วนกรรมการที่ปรึกษา มีประชาชนเป็นเสียงข้างน้อย

อีกประเด็นหนึ่งที่ผู้รับบริการไม่พอใจได้แก่ การที่ผู้ชำนาญการพิเศษที่เป็นที่ปรึกษา ตัดสินโดยถือตามบันทึกการรักษาที่เขียน โดยแพทย์ผู้ให้การรักษาเป็นสำคัญโดยไม่มีข้อมูลจาก ผู้รับบริการ และในมุมมองจากผู้รับบริการเห็นว่า องค์ประกอบของคณะกรรมการพิจารณา ความเสียหายจากการบาดเจ็บ (Patient Damage Board) ที่มาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญในระบบประกันอุบัติเหตุ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญในงานด้านสาธารณสุข 1 คน และประธาน ล้วนแต่เป็นคนจากภาครัฐ ซึ่งมีทั้งหมด 4 คน แต่มีกรรมการที่เป็นตัวแทนจากผู้รับบริการเพียง 3 คนเท่านั้น ผู้รับบริการจึงมักจะเสียเปรียบ เมื่อพิจารณาข้อมูลในปี 1998 พบว่าเรื่องทั้งหมดที่ คณะกรรมการรับไว้พิจารณา 792 รายนั้น ผู้เสียหายได้รับความพอใจหลังจากการพิจารณา 111 ราย อีก 681 ราย ผลการตัดสินเป็นผลดีแก่บริษัทประกัน เมื่อพิจารณาในประเด็นที่ว่าผู้เสียหายจะได้รับ การจ่ายเงินชดเชยมากขึ้นจากระบบการชดเชยแบบนี้แล้วนั้น ระบบการชดเชยดังกล่าวของสวีเดน จ่ายแค่ร้อยละ 0.2 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ในขณะที่ในประเทศสหราชอาณาจักรจ่าย ประมาณร้อยละ 10 ของรายจ่ายด้านสุขภาพ เป็นต้น

³⁸ Swedish Eye: A Description of Day-to-Day Life in Sweden As Seen by Foreigner 2004.

จากการศึกษากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ของประเทศไทย เปรียบเทียบกับกองทุนชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ของประเทศนิวซีแลนด์ และราชอาณาจักรสวีเดนแล้ว พบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังคงมีข้อบกพร่องทางกฎหมายเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนที่ควรได้รับการแก้ไข ซึ่งจะขอกล่าวถึงปัญหาเพื่อวิเคราะห์และทำการแก้ไขในบทที่ 4 ต่อไป

บทที่ 4

ปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์ได้มีการพัฒนาโดยนำเอาเทคโนโลยีและอุปกรณ์ที่มีความทันสมัยมาใช้ในการรักษาพยาบาลให้กับผู้ที่เข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้น จนอาจเกิดความเสียหายขึ้นกับผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นความเสียหายทางด้านร่างกาย หรือจิตใจ จนบางครั้งอาจถึงอันตรายแก่ชีวิต

เดิมผู้ซึ่งเข้ารับบริการรักษาพยาบาล เมื่อได้รับความเสียหายจากบริการนั้นไม่ว่าความเสียหายนั้นจะเป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้หรือเป็นความเสียหายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ก็ตาม หากผู้เข้ารับบริการต้องการให้ผู้ก่อให้เกิดความเสียหายชดเชยค่าสินไหมทดแทนจำเป็นที่จะต้องใช้กระบวนการยุติธรรมโดยการนำคดีขึ้นสู่การพิจารณาของศาล เพื่อให้ศาลมีคำพิพากษาว่าความเสียหายดังกล่าวเกิดจากการกระทำด้วยความประมาทของผู้ให้บริการสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ที่ทำการรักษา หรือ บุคลากรของสถานพยาบาลแห่งนั้นก็ตาม แต่การนำคดีขึ้นสู่การพิจารณาของศาลเกิดภาระค่าใช้จ่ายที่มีจำนวนสูง ประกอบกับต้องใช้ระยะเวลาในการต่อสู้คดีเป็นเวลานาน ทั้งยังมีภาระที่ต้องนำพยานหลักฐานเข้าสืบเพื่อพิสูจน์ให้ศาลเห็นว่าแพทย์ผู้ทำการรักษากระทำด้วยความประมาท ซึ่งการพิสูจน์เช่นนี้เป็นกรยาก เนื่องจากเป็นวิชาชีพที่ใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน ผู้เข้ารับบริการอาจไม่สามารถนำสืบให้ศาลเห็นได้ว่าความเสียหายเกิดจากการกระทำโดยประมาทของผู้ให้บริการ ก็ยิ่งทำให้ไม่ได้รับเงินเยียวยาได้ ซึ่งขัดกับเจตนาของการฟ้องคดีของผู้รับบริการที่ต้องการได้รับการเยียวยาในความเสียหายที่เกิดขึ้น

สำหรับต่างประเทศนั้นมีการนำแนวความคิดเกี่ยวกับการเยียวยาผู้เสียหายซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขโดยนำระบบเยียวยาโดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคลและไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No-Fault Liability Compensation System) ซึ่งเป็นระบบการเยียวยาความเสียหายที่ไม่มุ่งลงโทษหาตัวผู้กระทำความผิด และไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิดขึ้นมาเพื่อเป็นการให้ความมั่นใจกับทั้งแพทย์และผู้ป่วยว่าไม่ว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นเนื่องจากข้อบกพร่องผิดพลาดทางการแพทย์ หรือเกิดขึ้นเพราะอะไรก็ตาม ซึ่งอาจเป็นเหตุสุดวิสัย ผู้ป่วยก็จะได้รับการคุ้มครองหรือได้รับการเยียวยา และแพทย์ก็จะไม่ถูกปรักปรำว่าเป็นผู้ทำให้เกิดความเสียหายนั้น อันเป็นการลดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งปัจจุบันหลัก

ดังกล่าวเป็นที่ยอมรับและมีการนำไปใช้ในหลายประเทศ เช่น นิวซีแลนด์ และราชอาณาจักรสวีเดน ที่ผู้เขียนนำมาศึกษาในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้

สำหรับประเทศไทย มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 38 บัญญัติให้มีการจัดตั้ง “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้นมา แต่วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ มิใช่เพื่อเป็นการจ่ายเยียวยาให้แก่ผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลซึ่งได้รับความเสียหายโดยเฉพาะ

การเยียวยาความเสียหายให้แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการนั้น ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41¹ มีการนำระบบเยียวยาโดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคลและไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No-Fault Liability Compensation System) มาใช้สำหรับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นอันเป็นการจ่ายเงินเพื่อเยียวยาเยียวยาความเสียหายให้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหของการได้รับการเยียวยาที่รวดเร็วและเป็นธรรมได้ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข พ.ศ. 2556 ข้อ 4 “เงินช่วยเหลือ” หมายความว่า เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการหรือทายาท ในกรณีที่ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข”

การกำหนดไว้ดังกล่าวจึงเห็นได้อย่างชัดเจนว่าเป็นการจ่าย “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” ให้แก่ผู้รับบริการในกรณีที่ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำความผิดไม่ได้หรือหาผู้กระทำความผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรเท่านั้น

เมื่อพิจารณาตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วพบว่า แม้มตรา 41 จะเป็นประโยชน์ต่อผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่จะได้รับเงินเยียวยาเมื่อเกิดความเสียหายขึ้นก็ตาม แต่สิทธิของผู้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีจำกัด เฉพาะผู้ที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น

¹ มาตรา 41 ให้คณะกรรมการกั้นเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำความผิดมิได้หรือหาผู้กระทำความผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

(ผู้ใช้สิทธิบัตรทอง) ไม่ครอบคลุมถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ผู้ใช้สิทธิอื่นเช่น สิทธิประกันสังคมสวัสดิการข้าราชการ รวมถึงผู้ที่ออกเงินเอง หากได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลแล้ว ถือว่ามีผู้ใช้ผู้ทีลงทะเบียนใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ จึงไม่อาจขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของกองทุนหลักประกันสุขภาพได้ แต่ต้องใช้สิทธิทางศาลเอง จึงอาจไม่เป็นธรรม และเป็นการไม่เสมอภาค นำไปสู่ปัญหาความไม่เป็นธรรม และไม่เสมอภาค ทั้งยังต้องนำคดีมาฟ้องร้องต่อศาลต่อไป

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายหรือกองทุนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเยียวยาให้กับผู้รับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายโดยเฉพาะ มีเพียงมาตรา 41 ที่เป็นการแก้ไขปัญหามันเบื้องต้น แต่ก็เป็นการแก้ปัญหาที่ไม่ตรงจุด ทั้งยังก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในสังคมระหว่างประชาชนด้วยกันเอง หากประเทศไทยได้บัญญัติกฎหมายหรือให้มีการจัดตั้งกองทุนเยียวยาความเสียหายจากการรักษาพยาบาลไว้เป็นการเฉพาะ โดยมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและไม่จำกัดสิทธิผู้เข้ารับบริการเยียวยาอย่างเช่นมาตรา 41 แล้วก็จะประโยชน์ต่อประชาชนและผู้ให้บริการสาธารณสุขซึ่งจะไม่ต้องวิตกกังวลต่อการรักษาว่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการหรือไม่ และจะได้รับความคุ้มครองอย่างไร

ต่อมาจึงมีการเสนอแนวความคิดให้มีร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ... (หรือชื่ออื่นๆ ที่มีเนื้อหาแบบเดียวกัน) ที่มีแนวความคิดเดียวกันกับการให้จัดตั้งกองทุนเยียวยาความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล โดยนำเอาระบบเยียวยาความเสียหายโดยไม่ลงโทษตัวบุคคล และไม่พิสูจน์ความผิด “No-fault or no-blame liability compensation system” มาใช้ด้วย ในที่นี้จะไม่กล่าวถึงเนื่องจากร่างที่ได้เสนอไปได้ดกวางระไปแล้ว

ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาถึงปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยทำการศึกษาร่วมเทียบกับกฎหมายของต่างประเทศคือ นิวซีแลนด์ และราชอาณาจักรสวีเดน ที่เป็นประเทศที่มีการนำเอาระบบเยียวยาความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดและหาคนผิด มาใช้เป็นประเทศแรกๆ ที่ได้ผลดีด้านความสัมพันธ์ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ทั้งการเยียวยาที่มีความครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากความเสียหายทั้งหมด โดยลดปัญหาของการใช้กระบวนการยุติธรรมได้เป็นอย่างดี เพื่อนำมาเป็นแนวทางแก้ไขในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจัดตั้งกองทุนเพื่อเยียวยาให้กับผู้ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายให้ครอบคลุมอย่างเสมอภาคเท่ากันทุกคนอันเป็นประโยชน์ต่อประชาชนทุกคนซึ่งมีปัญหาค่าใช้จ่ายที่จะต้องทำการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

4.1 ปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ไม่ได้กำหนดไว้เพื่อเยียวยาความเสียหายให้แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 38 บัญญัติไว้ว่า “ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพให้ใช้จ่ายเงินกองทุน โดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสมประกอบด้วย”

เมื่อพิจารณาตามมาตรา 38 จะเห็นได้ว่า วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และ “ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข”

มาตรา 38 วรรคสอง บัญญัติว่า “เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ...”

มาตรา 3 “ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขหน่วยบริการ ได้แก่

1. ค่าสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
2. ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
3. ค่าตรวจและรับฝากครรภ์
4. ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์
5. ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์
6. ค่าทำคลอด
7. ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ
8. ค่าบริหารทารกแรกเกิด
9. ค่ารพพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
10. ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
11. ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ
12. ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

จะเห็นได้ว่าวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นการจัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้ใช้สิทธิลงทะเบียนเข้ารับบริการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเลือกหน่วยบริการประจำในการดูแลทางด้านสุขภาพซึ่งจะถือเป็นหน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เมื่อได้ลงทะเบียนเข้ารับบริการสาธารณสุขตามหน่วยบริการที่ลงทะเบียนไว้ จะต้องร่วมจ่ายเงินอันเป็นค่าบริการแก่หน่วยบริการที่ผู้นั้นได้ลงทะเบียนกำหนดเลือกไว้สำหรับการเข้ารับการรักษาครั้งละ 30 บาทต่อครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วย เว้นแต่เป็นผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไว้ ในส่วนค่ารักษาพยาบาลที่เกินกว่าจำนวนเงิน 30 บาท จะเป็นหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะเป็นผู้ดำเนินการจ่ายให้กับสถานพยาบาลต่อไป โดยที่ในการกำหนดวัตถุประสงค์และในคำจำกัดความของคำว่า “ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” ก็ไม่มีเพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัยแต่อย่างใด การกำหนดวัตถุประสงค์ตามมาตรา 38 นี้ เฉพาะเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดการสาธารณสุขของหน่วยบริการเท่านั้น

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 51 ที่ได้บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ และในมาตรา 80 บัญญัติให้รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข อาจกล่าวได้ว่า พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นการออกกฎหมายมาเพื่อให้สิทธิประโยชน์แก่ประชาชนได้เข้าถึงระบบสาธารณสุขอย่างเสมอภาคเท่ากันทุกคน โดยไม่ได้เน้นความสำคัญของความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขแต่อย่างใด จึงทำให้แม้กฎหมายจะบัญญัติ มาตรา 38 ให้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นมาก็ตาม แต่ก็มิได้ให้ความสำคัญกับการเยียวยาเยียวยาผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขเท่าที่ควรแต่กลับกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ โดยที่เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่ที่จ่ายจะเป็นค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยบริการที่ใช้สิทธิลงทะเบียนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไปใช้บริการโดยเข้ารับ

บริการสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญที่ให้สิทธิบุคคลมีสิทธิเสมอภาคกันในด้านสาธารณสุข โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมิได้มีวัตถุประสงค์เพื่อจ่ายเงินเยียวยา เยียวยา ให้แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลอย่างแท้จริง

เมื่อผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และมีการจ่ายเงินเยียวยา อันเป็นค่าเสียหายเบื้องต้นให้ แต่เนื่องจากตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 บัญญัติไว้ว่า “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด” ดังนั้น การจ่ายเงินเยียวยาตามมาตรา 41 จึงถือได้ว่าเป็นการบัญญัติกฎหมาย โดยมีเจตนารมณ์ที่จะเยียวยาความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโดยการนำเอาระบบเยียวยาความเสียหายที่ไม่มุ่งลงโทษผู้กระทำผิดและไม่ต้องรอพิสูจน์ความผิด (No-Fault Liability Compensation System) มาใช้ ซึ่งหลักดังกล่าวตรงกับการจัดตั้ง “กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย” ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2538 ที่ออกกฎหมายมาเพื่อจ่ายเงินเยียวยาให้กับผู้ที่ได้รับความเสียหายจากรถยนต์โดยเฉพาะ โดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความผิดว่าฝ่ายใดเป็นฝ่ายกระทำให้เกิดขึ้น กล่าวคือ เมื่อเกิดความเสียหายทางชีวิต ร่างกาย อนามัย จากอุบัติเหตุทางรถ กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจะดำเนินการจ่ายเงินอันเป็นค่าเสียหายเบื้องต้นเพื่อเยียวยา ผู้ที่ได้รับความเสียหายได้อย่างทันท่วงที โดยที่ตามกองทุนผู้ประสบภัยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ไว้อย่างชัดเจน โดยบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2538 มาตรา 33 บัญญัติว่า “ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นเรียกว่า “กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัยเมื่อมีกรณีตามมาตรา 23 และเป็นค่าใช้จ่ายอื่นในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้” จึงเป็นการแตกต่างกันสำหรับกองทุนที่มีการจัดตั้งกองทุนขึ้นมาโดยนำเอาระบบเยียวยาความเสียหายที่ไม่มุ่งลงโทษผู้กระทำผิดและไม่ต้องรอพิสูจน์ความผิด มาใช้เหมือน แต่วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนแตกต่างกัน

การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ยังมีการกำหนดให้เป็นการจ่ายแก่ผู้รับบริการในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ กล่าวคือ เป็นการจ่ายให้เฉพาะแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลเท่านั้น ไม่รวมถึงผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขด้วย แต่ต่อมาได้มีการออกข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือ

เบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขไว้ด้วย ซึ่งในเรื่องนี้ การที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขให้บริการด้านการรักษาพยาบาลกับผู้รับบริการนั้นอาจเกิดความเสียหายจากการให้บริการขึ้นได้ เช่น ผู้รับบริการเป็นโรคเอดส์ หรือ ไวรัสตับ ที่มีติดต่อกันได้ทางเลือด หรือ กรณีที่ผู้รับบริการเป็น โรคจิต ประสาทหลอน อาจทำร้ายร่างกายตัวผู้ให้บริการจนอาจทำให้เกิดความเสียหายขึ้นได้ แต่ตามมาตรา 41 มิได้ให้ความคุ้มครองแต่อย่างใด แต่ต่อมาออกเป็นข้อบังคับขึ้น

นิวซีแลนด์มีหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลกรณีการบาดเจ็บและความเจ็บป่วยอย่างครอบคลุม ได้แก่ องค์กรเยียวยาการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) ที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการเยียวยาการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Act) ซึ่งการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ก็อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรดังกล่าว โดยมีหน่วยงานดูแลรับผิดชอบงานการเยียวยากรณีการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Medical Misadventure Unit: MMU) ซึ่งเป็นองค์ในความดูแลขององค์กรเยียวยาการเกิดอุบัติเหตุ เป็นผู้ที่ทำหน้าที่จ่ายเงินเยียวยา ซึ่งองค์กรดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความคุ้มครองความเสียหายที่เกิดจากกระบวนการรักษา และรวมถึงอาการที่ไม่ถึงประสงค์ทั้งหมด ทั้งที่สามารถป้องกันได้และไม่สามารถป้องกันได้ ซึ่งเป็นการจัดตั้งองค์กรและกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย

สำหรับราชอาณาจักรสวีเดน มีการจัดตั้งกองทุนเยียวยาความเสียหายจากการรักษาพยาบาลขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความสำคัญกับความพอเพียงในการเยียวยาให้กับผู้เข้ารับบริการที่ได้รับความเสียหายโดยเฉพาะ

ในส่วนของประเทศไทย การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นการจัดตั้งขึ้นเพื่อให้สิทธิประโยชน์ทางด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เข้าถึงได้อย่างเสมอภาคกันโดยไม่ต้องมีค่าใช้จ่าย แต่รัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบเงินในส่วนนี้โดยการจัดการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีแหล่งเงินทุนมาจากภาษีของประชาชนนั่นเอง วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมิได้เน้นและให้ความสำคัญในเรื่องการเยียวยาความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลแก่ผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ทำให้การจัดการบริการกองทุนมิได้ให้ความสำคัญกับการจ่ายเยียวยาเพื่อช่วยเหลือเยียวยาสำหรับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ทั้งความเสียหายก็มิได้เกิดแก่ผู้รับบริการรักษาพยาบาลแต่เพียงฝ่ายเดียว ในขณะที่ความเสียหายก็อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ให้บริการด้วยได้เช่นกัน ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มิได้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการจ่ายเงินสำหรับช่วยเหลือเยียวยา

แก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายไว้เป็นการเฉพาะ แต่เป็นการจัดตั้งกองทุนขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการสำหรับการรักษาพยาบาลเป็นหลักเท่านั้น การบัญญัติวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนเช่นนี้ ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนและอาจเกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้จ่ายเงินงบประมาณที่เป็นภาษีของประชาชนที่ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกฎหมายได้ จึงควรแก้ไขวัตถุประสงค์ของกองทุนให้รวมถึง “เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายเยียวยาค่าเสียหายให้กับผู้รับบริการรักษาพยาบาลและผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร” ก็จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ได้รับความเสียหาย ซึ่งประเทศไทยมีกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ที่มีหลักการเยียวยาผู้ได้รับความเสียหายจากการใช้รถ โดยมีการจัดตั้งกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถโดยมีการบัญญัติวัตถุประสงค์ไว้อย่างชัดเจน คือ “เพื่อคุ้มครองและให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนผู้ประสบภัย จากรถซึ่งได้รับความเสียหายแก่ชีวิตและร่างกาย ให้ได้รับการชดใช้ค่าเสียหายและค่าเสียหายเบื้องต้นอย่างทันท่วงทีและแน่นอน” ถือได้ว่าเป็นหลักการเดียวกันกับการจ่ายเยียวยา คือไม่มุ่งหาตัวผู้กระทำผิดและไม่ต้องรอพิสูจน์ความผิด แต่กลับมีการบัญญัติวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดความชัดเจนเป็นประโยชน์ต่อประชาชน และผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจะได้รับการเยียวยาที่รวดเร็วและเป็นธรรม ควรต้องให้มีการออกกฎหมายเพื่อแก้ไขวัตถุประสงค์ดังกล่าว

4.2 ปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาของผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองและเยียวยาโดยได้รับเงินเยียวยาตาม มาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ตามกฎหมายเยียวยาความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลของทั้งนิวซีแลนด์และราชอาณาจักรสวีเดนต่างก็ให้สิทธิแก่ประชาชนทุกคนในประเทศที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล

ประเทศไทยกลับมีมาตรา 5 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บัญญัติว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้...”

มาตรา 6 บัญญัติว่า “บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ”

ตามมาตรา 5 และมาตรา 6 จึงเป็นบทบัญญัติที่แจ้งว่าผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคือ บุคคลทุกคนตามมาตรา 5 ที่ได้ลงทะเบียนกับสำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 6 จึงจะเป็นผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติฉบับนี้เท่านั้น ผู้ที่ไม่ได้ลงทะเบียนตามมาตรา 6 จะไม่มีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัตินี้

ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบการบริการสาธารณสุขครอบคลุมประชากรทั้งประเทศโดยกำหนดแบ่งสิทธิออกเป็น 3 ประเภท คือ (1) สิทธิประกันสังคม ได้แก่ ผู้ที่ทำงานเป็นลูกจ้างพนักงานบริษัทเอกชน (2) สิทธิเจ้าหน้าที่ของรัฐ ได้แก่ ผู้ที่รับราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และ (3) สิทธิของบุคคลทั่วไปตามโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่บุคคลที่ไม่ได้รับสิทธิตามข้อ (1) และ (2) จะเป็นผู้ที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยจะต้องไปยื่นคำร้องขอลงทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อขอรับสิทธิดังกล่าว จึงถือได้ว่าสิทธิในการรักษาพยาบาลประชากรทั่วทุกคนจะสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขได้อย่างเสมอภาคและ เท่าเทียมกัน

มาตรา 41 เป็นการออกกฎหมายสำหรับการจ่ายเงินเยียวยาความเสียหายแก่ผู้รับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหาย โดยพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 กำหนดให้มีการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงิน “ช่วยเหลือเบื้องต้น” ให้แก่ผู้รับบริการในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดไม่ได้หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ผลของกฎหมายดังกล่าว ทำให้เกิดการช่วยเหลือและเยียวยาความทุกข์เบื้องต้นแก่ผู้ป่วยทำให้สามารถลดจำนวนการฟ้องร้องคดีทางแพ่งเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายได้จำนวนหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ผู้รับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายเป็นอย่างมากยังไม่ได้รับความช่วยเหลือเท่าที่ควร และยังมีกรฟ้องร้องเพื่อขอเรียกร้อง “การเยียวยาความเสียหาย” และมาตรา 41 มีข้อจำกัดที่สำคัญคือ “ใช้เฉพาะกลุ่มสำหรับผู้ใช้สิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น”

สิทธิของการได้รับเงินเยียวยาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อันเป็น “ค่าเสียหายเบื้องต้น” จึงมีแต่เฉพาะผู้ซึ่งใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ไม่รวมถึงผู้มีสิทธิอื่นด้วย

ตารางที่ 4.1 ตัวอย่างสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่ต่างกันระหว่างระบบประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบสวัสดิการข้าราชการ

สิทธิประโยชน์	ระบบสวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพแห่งชาติ
1. เงื่อนไขการคุ้มครอง	คุ้มครองข้าราชการและครอบครัว รวมบุตร 3 คนที่อายุไม่เกิน 20 ปี	คุ้มครองเมื่อจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือน	คุ้มครองเมื่อลงทะเบียน
สิทธิประโยชน์	ระบบสวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. หน่วยบริการ - การรักษาทั่วไป	หน่วยบริการทุกแห่ง (รัฐ/เอกชน)	หน่วยบริการที่เลือก (รัฐ/เอกชน)	หน่วยบริการที่ลงทะเบียน(รัฐ/เอกชน)
- อุบัติเหตุฉุกเฉิน	หน่วยบริการทุกแห่ง (รัฐ/เอกชน)	หน่วยบริการทุกแห่ง (รัฐ/เอกชน)	หน่วยบริการทุกแห่ง (รัฐ/เอกชน)
4. การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์	จ่ายตามจริง	เหมาจ่าย 2,050.00 บาท(ผู้ป่วยใน-ผู้ป่วยนอก 1,440.00 บาทต่อคน)	เหมาจ่าย 2,546.48 บาท(ผู้ป่วยใน954.72 บาท-ผู้ป่วยนอก 795.39 บาทต่อคน)
5. ยาและเวชภัณฑ์	ยาในบัญชีหลักแห่งชาตินอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์	ไม่ต่ำกว่ายาในบัญชีหลักแห่งชาติ	ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

สิทธิประโยชน์	ระบบสวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพแห่งชาติ
6. สิทธิการคลอดบุตร	เบิกจ่ายตามจริง -ค่าตรวจครรภ์ -ค่าคลอดบุตร -ค่าดูแลหลังจากการคลอด	- เหม่าจ่ายค่าคลอดบุตร 13,000 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้ง - เงินสงเคราะห์การหยุดงาน ครั้งละ 50% ของค่าจ้างเป็นเวลา 90 วัน	เบิกจากกองทุนผู้ป่วยในด้วยระบบ DRG รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง
7. ทันตกรรม	เข้ารับบริการในหน่วยบริการของรัฐ เบิกจ่ายตามจริง	เข้ารับบริการในสถานพยาบาลหรือคลินิกทันตกรรม 1. บริการถอนฟันอุดฟัน ชูดหินปูน และฟันเทียม - เบิกได้ 300 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 600 บาทต่อปี - ทำฟันเทียม 1-5 ซี่ เบิกได้ 1,200 บาท - ทำฟันเทียมมากกว่า 5 ซี่ เบิกได้ 1,400 บาท 2. ทำรากฟันเทียมเบิก	เข้ารับบริการในหน่วยบริการที่ลงทะเบียนครอบคลุมอยู่ในเหม่าจ่ายรายหัว
		ได้ซี่ละ 1,600 บาท ไม่เกินรายละ 2 ซี่	

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

สิทธิประโยชน์	ระบบสวัสดิการ ข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพ แห่งชาติ
8. การดูแลรักษาผู้ป่วย โรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย (การ ฟอกเลือด)	- ไม่เกิน 2,000 บาท/ ครั้งไม่จำกัดจำนวน ครั้งต่อสัปดาห์ - ค่าวางสายเบิกตาม รหัสอุปกรณ์ของ กรมบัญชีกลางและ ค่าผ่าตัดจากระบบ DRG	- ไม่เกิน 1,500 บาท/ ครั้งและไม่เกิน 4,500 บาท/สัปดาห์ - ผู้ป่วยไตวายก่อนเข้า ประกันสังคม ได้รับ ไม่เกิน 1,000 บาท/ ครั้ง และไม่เกิน 3,000 บาท/สัปดาห์ - ค่าวางสายไม่เกิน 20,000 บาท/ราย/2 ปี	- ได้รับ 1,500/1,700 บาท/ครั้ง ตามสภาพ ผู้ป่วย และไม่จำกัด จำนวนครั้งต่อ สัปดาห์ - ค่าวางสาย เบิกตาม ประเภทและอัตรา/ปี ตามคู่มือ
9. การช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่ผู้รับบริการและ ผู้ให้บริการที่ได้รับ ความเสียหายจากการ รับบริการและ ให้บริการ	ไม่มี	ไม่มี	มีเงินช่วยเหลือ

ที่มา: จากการรวบรวมของคณะผู้วิจัยโครงการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ

จากตารางจะเห็นได้ว่าประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการด้านสุขภาพทุกคนแล้ว แต่ว่าจะได้ใช้สิทธิใด สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจะแตกต่างกันในแต่ละสิทธิของแต่ละบุคคล แต่ที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนคือสิทธิประโยชน์ในข้อ 9. การช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการและให้บริการ จะเห็นได้ว่าชัดเจนว่า ระบบสวัสดิการข้าราชการ และหลักประกันสังคมไม่มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือ แต่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกลับมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 จึงถือได้ว่าสิทธิไม่เท่าเทียมและเสมอภาคกัน

ต่อมามีแนวความคิดที่จะให้ประชาชนได้รับความคุ้มครองโดยได้รับเยียวยาตาม มาตรา 41 อย่างเท่าเทียมกัน โดยแนวความแบ่งออกเป็น 2 แนวทาง คือ

แนวทางที่หนึ่ง คือ ความคิดที่ให้มีการแก้ไขมาตรา 41 โดยเพิ่มความคุ้มครองให้ครอบคลุมประชาชน ทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการข้าราชการ และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางของแพทยสภา ที่ให้ความเห็นว่า หากมีการจัดตั้งกองทุนเยียวยาความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลอาจทำให้เกิดปัญหาใหญ่ในระบบสุขภาพได้ โดยให้ยึดตาม ข้อเสนอแพทยสภาวันที่ 8 พฤษภาคม 2557 ที่ยืนยันไม่เห็นด้วยกับ ร่างกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหาย (เป็นกฎหมายที่มีการเสนอให้มีความคุ้มครองแก่ผู้รับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหาย) โดยการเสนอทางออกให้ความเห็นชอบแก้ไข มาตรา 41 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แทน โดยขยายคุ้มครองทั้ง 3 ระบบแทน

นายแพทย์อำนาจ กุศลนันท์ ประธานฝ่ายกฎหมายและจริยธรรมแพทยสภา ได้ให้ความเห็นในประเด็นสำคัญดังกล่าว มีรายละเอียดดังนี้²

“เนื่องด้วยเสียงส่วนใหญ่ของผู้ที่เกี่ยวข้องได้คัดค้านการเสนอร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.... (หรือชื่ออื่นๆ ที่มีเนื้อหาแบบเดียวกัน) มาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (โดยเห็นได้ชัดในกลุ่มแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เพราะเป็นผู้ที่เข้าใจในเรื่องนี้ได้ดี) โดยเหตุผลนานาประการ ผมจึงมีความวิตกกังวลเป็นอย่างยิ่ง เพราะหากมีการเสนอร่างดังกล่าวจะทำให้เกิดปัญหาใหญ่ขึ้นในระบบสาธารณสุขของประเทศ (ซึ่งยากยิ่งในการแก้ไขภายหลัง) ทั้งนี้”

การประชุมคณะกรรมการแพทยสภาครั้งที่ 5/2557 วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 มีมติ ดังนี้...

2. เห็นชอบให้แก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 โดยขยายการคุ้มครองทั้ง 3 ระบบตามที่ได้เคยเสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไปแล้ว ตั้งแต่ 23 มกราคม พ.ศ. 2555 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้...

มาตรา 3 ให้ยกเลิกข้อความในมาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้ แทน

ข้อ 4 ในข้อบังคับนี้

² หนังสือพิมพ์มติชน. เรื่อง “ช่วยประชาชน ช่วยแพทย์ และช่วยชาติ”, ฉบับวันที่ 12 ม.ค. 2558. สืบค้น 16 กุมภาพันธ์ 2558, จาก <http://www.hfocus.org/content/2015/01/9062>

“การรักษาพยาบาล” หมายความว่า การรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

“ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายเงินช่วยเหลือให้แก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ในกรณีที่ผู้รับบริการสุขภาพได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด”

การประชุมของแพทย์สภายังให้ความเห็นว่าหากมีการแก้ไขมาตรา 41 โดยให้ขยายความคุ้มครองให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระบบแล้วจะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าที่จะให้มีการจัดทำร่างฉบับใหม่หรือจัดตั้งกองทุนใหม่ขึ้นมาดังนี้

ผลดีของร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 41 และ 42) พ.ศ....

1. ผู้เสียหายทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพฯ ในระบบประกันสังคม และในระบบสวัสดิการข้าราชการได้รับการเยียวยาอย่างถูกต้องและเหมาะสม (ทำโดยมีอาชีพของสำนักงานหลักประกันฯที่มีอยู่แล้วทั่วประเทศ)

2. แพทย์มีความกล้าที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยโดยไม่ต้องวิตกกังวล (เพราะยุติการฟ้องร้องได้อย่างสิ้นเชิง)

3. ไม่ต้องสิ้นเปลืองภาษีอากรของประชาชนในการจัดตั้งกองทุนใหม่
 ดังนี้ เห็นได้ว่าร่าง (แก้ไขเพิ่มเติม) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ... เป็นการแก้ไขเพียงเล็กน้อย (ตามร่างฯที่แพทย์สภาได้เสนอแก้ไขไปแล้ว) ก็จะคุ้มครองประชาชนและแพทย์ทั่วประเทศได้อย่างแท้จริงและสามารถยุติการฟ้องร้องได้โดยไม่จำเป็นต้องจัดตั้งกองทุนใหม่ให้สิ้นเปลืองงบประมาณของชาติ”

แนวทางที่สองของแพทย์ซึ่งไม่เห็นด้วยกับการแก้ไขเพียงมาตรา 41

ดร.นพ.ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) อธิบดีรองเลขาธิการแพทยสภาปี พ.ศ. 2550 ได้ให้ความเห็นไว้ดังนี้³

³ บทสัมภาษณ์นายแพทย์ไพโรจน์. พรบ.คุ้มครองช่วยแพทย์ทุกมาตรา ดึงแพทย์สภาทำสังคมเข้าใจผิด.

“สำหรับประเทศไทยนั้นมีความจำเป็นมากที่ต้องมี พ.ร.บ. ดังกล่าว โดยในหลักการแล้วคนที่ได้รับผลกระทบจากการรักษาพยาบาลหรือการประกอบวิชาชีพ มีทั้งในส่วนของคนไข้และตัวแพทย์เอง เมื่อคนไข้ได้รับความเสียหายจากการรักษา ตัวแพทย์จะได้รับผลกระทบจากการฟ้องร้องตามมา วิธีการแก้ปัญหาดังกล่าวตามหลักการ คือ

1. คนไข้ซึ่งได้รับความเสียหายจากการรักษาจะได้รับการช่วยเหลือ เพราะความเสียหาย มันเกิดขึ้นแล้ว ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเหมาะสม และครอบคลุม

2. ในส่วนทางแพทย์ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ เพื่อที่จะได้ไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์ถูกผิดที่เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ซึ่งสร้างความทุกข์ให้ทั้งคนไข้และแพทย์”

จากความเห็นทั้งสองแนวทางจะเห็นได้ว่า แนวความคิดแรกที่ต้องการเพียงแก้ไขมาตรา 41 โดยขยายความคุ้มครองให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระบบ และยังคงให้ใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เช่นเดิมสำหรับการเยียวยา “ค่าเสียหายเบื้องต้น” ให้กับผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหาย แต่ถึงอย่างไรก็ตาม แม้จะมีการแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 41 ตามแนวทางของแพทยสภา ก็ยังคงต้องพบกับปัญหาที่ตามมา โดยที่ตามแนวทางของแพทยสภาต้องการให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิของผู้เข้ารับบริการ คือให้แก้ไขเป็นว่า⁴

“ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายเงินช่วยเหลือให้แก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ในกรณีที่ผู้รับบริการสุขภาพได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด” เห็นได้ว่า แม้จะเป็นการแก้ไขโดยระบุให้ผู้รับบริการทุกระบบได้รับเงินช่วยเหลือทุกระบบก็ตาม แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมกรณีที่ผู้เข้ารับบริการจ่ายเงินเองโดยไม่พึ่งพาระบบทั้งสาม

จากการศึกษากฎหมายของนิวซีแลนด์และราชอาณาจักรสวีเดนแล้ว พบว่า ทั้งสองประเทศดังกล่าว มีกฎหมายสำหรับเยียวยาความเสียหายให้กับผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะ กล่าวคือ ในนิวซีแลนด์ มีการจัดตั้งองค์กรเยียวยาผู้ได้รับความเสียหายจากการ

⁴ หนังสือพิมพ์มติชน, “เรื่อง ช่วยประชาชน ช่วยแพทย์ และช่วยชาติ,” ฉบับวันที่ 12 ม.ค. 2558. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2558, จาก <http://www.hfocus.org/content/2015/01/9062>

⁵ จาก *ประสบการณ์ต่างแดนระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข บทวิเคราะห์และผลการทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ*. โดย ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงศ์ ภักดิ์, จิราพร ชมศรี, และจร วิชชาไทย, 2553, นนทบุรี: วันดีคืนดี.

รักษาพยาบาลไว้เป็นกฎหมายเฉพาะ ส่วนในราชอาณาจักรสวีเดนก็มีการจัดตั้งกองทุนเยียวยาความเสียหายจากการรักษาพยาบาลไว้เป็นการเฉพาะเช่นกัน

การได้รับเงินเยียวยาของประเทศไทยจึงมีความไม่เสมอภาคเท่ากันอย่างเช่นของนิวซีแลนด์และราชอาณาจักรสวีเดน

ดังนั้น จึงถือได้ว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกองทุนที่ให้ความคุ้มครองและเยียวยาความเสียหายเบื้องต้นให้แก่บุคคลซึ่งลงทะเบียนใช้สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น แม้ต่อมาแพทยสภาจะได้แนวทางให้แก่ใจมาตรา 41 เพื่อให้ครอบคลุมทุกคนที่อยู่นอกระบบหลักประกันสุขภาพ กล่าวคือ ให้มาตรา 41 คุ้มครองผู้ซึ่งอยู่ในระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการด้วยก็ตาม แต่แนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติมนั้น ใช้คำว่า “จ่ายเงินช่วยเหลือให้แก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ...” ซึ่งผู้เขียนพบว่าก็ยังคงไม่ครอบคลุมประชาชนในประเทศเช่นเดิม เนื่องจาก แม้จะมีผู้ใช้สิทธิทั้ง 3 ประเภท ก็ตาม แต่ก็มีส่วนหนึ่งที่ออกค่าบริการรักษาพยาบาลด้วยเงินของตนเองโดยมิได้ใช้สิทธิทั้ง 3 ประเภท ดังกล่าว ทำให้แม้ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 41 แล้วก็ตาม แต่หากความเสียหายเกิดแก่ผู้ซึ่งออกเงินค่ารักษาพยาบาลเองก็ย่อมจะทำให้เกิดปัญหากับบุคคลดังกล่าวได้อีก ทั้งการบัญญัติมาตรา 41 จึงเป็นการจำกัดสิทธิของบุคคลที่มีสิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งยังถือได้ว่าขัดกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่ให้การรับรองสิทธิของประชาชนชาวไทยซึ่งทุกคนต้องมีสิทธิ เสมอภาค และเท่าเทียมกันในด้าน การรักษาพยาบาล เพื่อเป็นการคุ้มครองให้ประชาชนได้รับสิทธิในการคุ้มครองความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึงและมีสิทธิเสมอภาคเท่ากันทุกคน จึงควรที่จะมีการแก้ไขมาตรา 41 นี้ เพื่อให้เกิดประโยชน์และเป็นธรรมต่อประชาชน

4.3 ปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาของประเภทการเยียวยาความเสียหายให้กับผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเภทของค่าเขี่ยยานั้น ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้วางหลักเกณฑ์การเยียวยาตามกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไว้ในข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ซึ่งมีผลใช้บังคับในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ข้อ 4 ในข้อบังคับนี้... “เงินช่วยเหลือ” หมายความว่า เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการหรือทายาท ในกรณีที่ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข

“ข้อ 6 ประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขและอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือ แบ่งเป็น

(1) กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวรหรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท

(2) กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท

(3) กรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือได้ไม่เกิน 100,000 บาท”

ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวจะมีการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แล้วก็ตามแต่ก็เป็นเพียงการกำหนด “เบื้องต้น” และมีเขตแดนการใช้จ่ายเงินตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว

ความเสียหายที่ขอรับการเยียวยาไม่ได้กล่าวคือ ไม่ได้ได้รับความคุ้มครองได้แก่

1. กลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐาน

1.1 การรักษาภาวะมีบุตรยาก

1.2 การผสมเทียม

1.3 การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

1.4 การตรวจวินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

แพทย์

1.5 การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

2. กลุ่มบริการที่มีงบประมาณจัดสรรเป็นการเฉพาะ

2.1 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด อุบัติเหตุการประสพภัยจากรถและอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถเฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย

3. กลุ่มบริการอื่นๆ

3.1 โรคเดียวกัน ที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นกรณีมีความจำเป็น ต้องรักษาต่อเนื่อง จากการแทรกซ้อน หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

การจ่ายค่าเสียหายตามมาตรา 41 ประกอบข้อบังคับ ข้อ 6 นี้ หากความเสียหายมีเกินไป
กว่าค่าเสียหายตามข้อ 6 แล้ว ผู้ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลต้องนำคดีไป
ฟ้องร้องในส่วนที่ค่าเสียหายไม่สามารถเสียหายได้เพียงพอ

ความเห็นซึ่งต่อมาเป็นมติของแพทยสภาที่เห็นชอบให้มีการแก้ไขส่วนนี้คือ

ร่าง (แก้ไขเพิ่มเติม) ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือกรณีผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายจากการรักษา
พยาบาล พ.ศ.....

ข้อ 6 "ประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการและ
อัตราจ่ายเงินช่วยเหลือ แบ่งเป็น

- (1) เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือได้ไม่เกิน 2,000,000 บาท
- (2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ จ่ายเงินช่วยเหลือได้ไม่เกิน 1,000,000 บาท
- (3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือได้ไม่เกิน 500,000 บาท"

ข้อ 10 ในกรณีผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะของบุคคลดังกล่าว เห็นด้วยกับ
การวินิจฉัยของคณะกรรมการที่สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือ ให้ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะ
ของบุคคลดังกล่าว รับเงินพร้อมทำบันทึกกับคณะกรรมการสวัสดิการดำเนินคดีในศาลทันที
ที่รับเงินช่วยเหลือ"

ตามมติของแพทยสภาดังกล่าวยังไม่ได้รับการพิจารณาแต่อย่างใด

การจ่ายเสียหายของนิวซีแลนด์ที่มีการจ่ายเสียหายความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับ
บริการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมค่าเสียหายทั้งการดูแล การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จำเป็น
ระหว่างที่มีการบาดเจ็บอีกด้วย

การบาดเจ็บส่วนบุคคลที่ให้ความคุ้มครองได้แก่ การเสียชีวิต การบาดเจ็บทางกาย การ
บาดเจ็บทางจิตใจที่เกี่ยวข้องจากการบาดเจ็บทางร่างกาย ความเสียหายต่องานทัศนกรรมประดิษฐ์
ทุกชนิด

ราชอาณาจักรสวีเดนมีการให้ผู้ซึ่งทำหน้าที่เชี่ยวชาญคือบริษัทประกันจากภาคเอกชน
โดยเชี่ยวชาญความเสียหายจะครอบคลุม การให้บริการสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลที่บ้าน
การจ่ายค่าเสียหายรายสัปดาห์

สรุปได้ว่า การจ่ายค่าเสียหายของประเทศไทยมีหลักเกณฑ์ครอบคลุมความเสียหายที่
แคบกว่าการจ่ายเสียหายของราชอาณาจักรสวีเดนและนิวซีแลนด์ที่มีความครอบคลุมกว่า เนื่องจาก

⁶ ประสพการณ์ต่างแดนระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข บทวิเคราะห์และผล
การทบทวนประสพการณ์ใน 6 ประเทศ. เล่มเดิม.

ประเทศไทยกำหนดให้มีการจ่ายเยียวยาเพียง “ค่าเสียหายเบื้องต้น” ซึ่งระบุไว้เพียง 3 กรณี คือ (1) กรณีเสียชีวิต ทูพลาอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต (2) กรณีสูญเสียอวัยวะ หรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และ (3) กรณีบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง เพียง 3 กรณีเท่านั้นที่กฎหมายให้ความคุ้มครองถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น แต่หากเป็นกรณีอื่นนอกเหนือจากนี้ เช่น บาดเจ็บและต้องหยุดงาน หากคณะกรรมการพิจารณามีความเห็นให้จ่ายเงินได้ตามมาตรา 41 ก็คงได้เพียงเงินเยียวยา “ค่าเสียหายเบื้องต้น” เท่านั้น แต่ในส่วนของกรหยุดงานและทำให้ต้องถูกหักเงินจากการทำงานซึ่งก็คือได้ว่าเป็นความเสียหายที่ต่อเนื่องจากการเข้ารับบริการเช่นเดียวกัน ในส่วนนี้ประเทศไทยยังคงไม่ให้ความคุ้มครองได้เท่ากับของต่างประเทศ ทำให้ผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายของประเทศไทยไม่ได้รับการเยียวยาที่ครอบคลุม และแม้ผู้เข้ารับบริการได้รับการเยียวยาแล้วก็ตาม แต่หากเงินจำนวนดังกล่าวไม่เพียงพอต่อการรักษาที่ต้องทำการรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้เข้ารับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการรักษาพยาบาลโดยเป็นเจ้าของนิทรา ซึ่งกรณีดังกล่าวจะหลักเกณฑ์การได้รับเงินเยียวยาตามข้อ (1) ซึ่งสูงสุดคือจำนวน 400,000 บาท แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในปัจจุบันมีราคาสูงมาก ซึ่งจำนวนเพียง 400,000 บาทคงไม่เพียงพอและเป็นประโยชน์ต่อผู้เสียหายหรือทายาท แต่หากกำหนดประเภทของค่าเยียวยาเป็นให้แพทย์ทำการรักษาจนกว่าอาการจะหายดีโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย น่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้เสียหายและทายาทมากกว่า ทั้งยังไม่เป็นภาระให้ผู้เสียหายหรือทายาทต้องนำคดีมาฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายเพิ่มเติมอีก จึงเห็นว่าหากได้มีการกำหนดประเภทของการจ่ายเยียวยาให้ครอบคลุมและคำนึงถึงผลประโยชน์ต่อตัวผู้เสียหายและทายาทที่จะได้รับแล้ว ก็จะเป็นธรรมมากกว่า ซึ่งปัญหาดังกล่าวควรที่จะต้องนำมาแก้ไขเพื่อประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวมยิ่งขึ้น

4.4 ปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาของแหล่งที่มาของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 39⁷ เป็นการบัญญัติถึงแหล่งที่มาของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพว่ามาจากที่ใด ซึ่งส่วนใหญ่เงินของกองทุนจะมาจาก

⁷ มาตรา 39 กองทุนประกอบด้วย

- (1) เงินที่ได้รับงบประมาณรายจ่ายประจำปี
- (2) เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
- (3) เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้
- (4) เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้
- (5) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน

เงินของรัฐคือภาษีของประชาชนนั่นเอง โดยที่ไม่มีเงินในส่วนของสถานบริการพยาบาลเอกชน เข้าร่วมสมทบด้วยแต่อย่างใด โดยที่ส่วนใหญ่สถานบริการพยาบาลเอกชนจะทำการซื้อประกันภัย กับบริษัทที่รับประกันภัยเพื่อรับผิดชอบในความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยมีแหล่งที่มาของเงินกองทุนตามมาตรา 33 (2) เงินที่บริษัท จ่ายสมทบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดตามมาตรา 36 และเงินเพิ่มที่ได้รับตามมาตรา 36 ทวิ กล่าวคือ เงินของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยมีแหล่งที่มาจากเงินอุดหนุนของรัฐ และเงินที่บริษัทประกันภัย ทุกบริษัทต้องร่วมจ่ายสมทบให้แก่กองทุนในรอบสามเดือน ในอัตราไม่เกินร้อยละสิบของเบี้ย ประกันภัยที่ได้รับจากผู้เอาประกันภัยในแต่ละสามเดือน เหตุที่ต้องให้บริษัทประกันภัยร่วมจ่ายคือ ความเสียหายที่เกิดจากรถอาจไม่สามารถหาตัวผู้กระทำผิดได้ เช่น กรณี ชนแล้วขับรถหนีไป แต่มี ผู้เสียชีวิต กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจะเป็นผู้ทำหน้าที่จ่ายเงินอันเป็นค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ ทายาทของผู้เสียชีวิต ซึ่งบริษัทที่รับประกันภัยได้รับประโยชน์จากการรับประกันภัย จึงควรที่จะมี ส่วนร่วมรับผิดชอบในความสูญเสียในชีวิต ร่างกาย อนามัย ที่เกิดจากรถเป็นเหตุที่ย่อมเป็น ประโยชน์มากกว่า

สำหรับประเทศราชอาณาจักรสวีเดน⁸ รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายเงินให้กับบริษัทประกันอัน ถือได้ว่าเป็นการซื้อประกันให้กับประชาชน โดยหากเกิดความเสียหายขึ้นบริษัทประกันจะเข้ามา ดำเนินการเยียวยาความเสียหายให้กับประชาชนเอง เพียงแต่เงินค่าเบี้ยประกันมาจากรัฐบาล

สำหรับประเทศไทยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีแหล่งที่มาของเงินกองทุน มาจากเงินอุดหนุนของรัฐซึ่งถือได้ว่าเป็นเงินภาษีของประชาชนทั้งสิ้น โดยที่ไม่มีเงินสมทบของ สถานบริการพยาบาลเอกชนร่วมอยู่ด้วย

การนำเอาแนวความคิดข้างต้น คือการแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 41 ที่ต้องการให้ความ คุ่มครองครอบคลุมผู้รับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายให้ได้รับเงินเยียวยาเสมอภาค

(6) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน

(7) เงินหรือทรัพย์สินใด ๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน

(8) เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

เงินและทรัพย์สินที่เป็นของกองทุนไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดินตามกฎหมายว่า ด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

ในการเสนอขอรับงบประมาณตาม (1) ให้คณะกรรมการจัดทำคำขอต่อรัฐมนตรีโดยพิจารณา ประกอบกับรายงานความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ตลอดจนบัญชีการเงินและ ทรัพย์สินของกองทุนในขณะจัดทำคำขอดังกล่าว

⁸ ประสพการณ์ต่างแดนระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข บทวิเคราะห์และผล การทบทวนประสพการณ์ใน 6 ประเทศ. เล่มเดิม.

เท่าเทียมกันทุกคนนั้น แต่ถ้าความเสียหายที่เกิดขึ้นเกิดจากสถานบริการพยาบาลที่เป็นเอกชนเป็นผู้กระทำ แต่สถานบริการพยาบาลเอกชนนั้นมิได้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน แต่ได้รับประโยชน์จากกฎหมายที่มีเจตนารมณ์เพื่อคุ้มครองผู้รับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายโดยการนำเงินภาษีของประชาชนไปจ่ายเยียวยาให้แทนก็จะเป็นไม่เป็นธรรมแก่ประชาชนที่ต้องเสียภาษีให้แก่กับรัฐ

สำหรับในประเทศไทย เคยมีกรณีที่คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมายได้เคยมีความเห็นและข้อเสนอแนะให้มีการตรากฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยจัดทำเป็นร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พุทธศักราช ... มาตรา 18 บัญญัติว่า “สถานพยาบาลเอกชนที่แสดงความจำนงจ่ายเงินเข้าสมทบเข้ากองทุนให้ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่คณะกรรมการประกาศกำหนด ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงขนาด ของสถานพยาบาล จำนวนผู้รับบริการสาธารณสุข ความถี่หรือความรุนแรงของการเกิดความเสียหาย การประชาสัมพันธ์และการแจ้งให้ผู้รับบริการสาธารณสุขทราบเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามพระราชบัญญัตินี้ การประสานงานเพื่อให้ผู้เสียหายหรือทายาทยื่นคำขอรับเงินค่าเยียวยาตามพระราชบัญญัตินี้ การสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบสาธารณสุขและการพัฒนาระบบความปลอดภัย เพื่อลดความเสี่ยงจากความเสียหายที่จะเกิดจากบริการสาธารณสุขให้น้อยที่สุด”

มาตรา 19 บัญญัติว่า “ที่มาของกองทุนประกอบด้วย

(1) ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรเงินตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาสมทบเป็นรายปีในอัตราไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จ่ายให้หน่วยงานบริการในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

(2) ให้คณะกรรมการประกันสังคมกำหนดจำนวนเงินเพิ่มอีกไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และส่งเงินให้กองทุนเป็นรายปี

(3) เงินอุดหนุนจากรัฐบาลไม่เกินร้อยละหนึ่งของจำนวนเงินที่จัดสรรไว้สำหรับสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ โดยคำนวณเป็นเงินจัดสรรต่อคนในปีงบประมาณที่ผ่านมา และส่งเงินให้กองทุนเป็นรายปี

(4) เงินที่สถานพยาบาลเอกชนสมัครใจจ่ายสมทบตามมาตรา 18

(5) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้กองทุน

(6) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน...”

จากร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวมีการบัญญัติถึงแหล่งที่มาของเงินกองทุนตาม มาตรา 18 และมาตรา 19(4) เป็นกรณีที่เกี่ยวข้องถึงเงินที่มาจากสถานพยาบาลที่เป็นของเอกชนจ่ายสมทบเข้ากองทุนด้วย หากมีการจ่ายสมทบเข้ามาจะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้เข้ารับบริการเป็นจำนวนมาก เนื่องจากปัจจุบันประชาชนเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลเอกชนเป็นจำนวน

เพิ่มมากขึ้น เมื่อเกิดความเสียหายจากการเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลเอกชนก็จะทำให้ประชาชนผู้เข้ารับบริการได้รับความคุ้มครองคือได้รับการเยียวยาความเสียหายจากกองทุนทันที ทั้งความผิดพลาดของสถานพยาบาลเอกชนก็จะได้มีการจัดเก็บเข้าระบบตรวจสอบเพื่อหาแนวทางแก้ไขป้องกัน ไม่ให้เกิดความผิดพลาดซ้ำอีก

เมื่อมีการเสนอร่างดังกล่าวเข้าสภาเพื่อให้ความเห็นชอบกลับมีกระแสต่อต้านของแพทย์และสถานพยาบาลเอกชนที่คัดค้านโดยให้เหตุผลว่า ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องจัดส่งเงินเข้าสมทบกองทุนเนื่องจากสถานพยาบาลเอกชนได้ทำประกันการรักษาพยาบาลไว้กับบริษัทประกันไว้แล้ว จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุน เพราะหากเกิดความผิดพลาดขึ้นจากการรักษาพยาบาลสถานพยาบาลเอกชนเห็นว่า บริษัทประกันจะเข้ามาดูแลโดยไม่จำเป็นต้องพึ่งกองทุนของภาครัฐแต่อย่างใด คือ เป็นกรณีที่สถานพยาบาลเอกชนผลักระใน ส่วนในส่วนของการเยียวยาเยียวยา ความเสียหายที่เกิดขึ้นให้กับบริษัทประกันภัยที่รับประกันภัยเป็นผู้เข้ามาดูแลแทน ซึ่งเมื่อเกิดความเสียหายขึ้นผู้เข้าดำเนินการเจรจาค่าเสียหายจะเป็นตัวแทนบริษัทประกันภัยที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ของภาครัฐ หรือตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคคือตัวผู้ป่วยซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการ มาร่วมเจรจาด้วยแต่อย่างใด ทำให้อำนาจต่อรองของบริษัทประกันภัยมีอำนาจเหนือกว่าผู้บริโภคคือผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการ ทำให้การเจรจาต่อรองอยู่ในภาวะที่ต้องเสียเปรียบบริษัทประกันภัยเป็นอย่างมาก การทำประกันภัยของสถานพยาบาลเอกชนจึงไม่มีประโยชน์ต่อตัวผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการ สาธารณสุขแต่อย่างใด หากแต่เป็นผลดีกับสถานพยาบาลที่ผลักระใน ความเสียหายที่ตนเป็นฝ่ายก่อให้เกิดขึ้นไปให้กับบริษัทประกันภัย จึงทำให้ผู้ซึ่งเข้ารับบริการต้องเสียเปรียบและต้องเสียหายเป็นจำนวนมากยิ่งขึ้น

จากกรณีการคัดค้านของสถานพยาบาลเอกชนที่ไม่ต้องการจ่ายเงินสมทบทำให้การพิจารณาร่างกฎหมายฉบับนี้ต้องหยุดการพิจารณาจากกระแสต่อต้าน ทั้งที่เป็นเพียงความต้องการของสถานพยาบาลเอกชนที่ไม่ต้องการส่งเงินเข้าร่วมสมทบกับกองทุน ซึ่งควรจะต้องกระทำ เพราะประโยชน์จากเงินดังกล่าวเพื่อคุ้มครองประชาชนซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข แต่จากการคัดค้านทำให้ร่างกฎหมายฉบับดังกล่าวไม่ผ่านการพิจารณารับรองจากสภาผู้แทนราษฎรในที่สุด

ปัจจุบันร่างที่เกี่ยวกับการเยียวยาความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขหรือที่มีชื่อเรียกอย่างอื่นโดยที่มีเจตนารมณ์เช่นเดียวกันคือ มุ่งเยียวยาผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข ตกลงสภาผู้แทนราษฎรแล้วทั้งสิ้น จึงไม่มีร่างที่เกี่ยวกับการมุ่งเยียวยาผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขค้างอยู่ในการพิจารณาของรัฐสภาแต่อย่างใด

การที่สถานบริการพยาบาลเอกชนอ้างว่าตนได้ทำประกันกับบริษัทรับประกันภัยไว้แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องจ่ายเงินสมทบนั้น ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายบังคับอย่างเช่น สาธารณรัฐฝรั่งเศสและสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีที่บังคับให้ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ เช่น แพทย์ และทนายความ ต้องทำประกันวิชาชีพเพื่อป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นได้ จึงไม่อาจที่จะมั่นใจได้หากสถานบริการพยาบาลเอกชนใดที่ไม่ได้จัดทำประกันภัยไว้ก็อาจทำให้เกิดความเสียหายขึ้นมาได้

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า แหล่งเงินทุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัจจุบันไม่มีเงินสมทบของสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วมอยู่ด้วย หากรัฐนำแนวความคิดของการแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 41 มาใช้บังคับ เพียงเพราะต้องการให้ความคุ้มครองครอบคลุมแก่ประชาชนให้ได้รับการเยียวยาในความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลทั่วทุกคนอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน โดยการนำเอาเงินอุดหนุนของภาครัฐอันเป็นภาษีของประชาชนไปจ่ายแทนให้กับผู้รับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายแทนสถานพยาบาลเอกชนก็จะเป็นธรรมเพราะเป็นเงินภาษีของประชาชน ทั้งยังไม่มีกฎหมายบังคับให้สถานพยาบาลเอกชนหรือผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ เช่น แพทย์ ให้ต้องจัดทำประกันภัยเพื่อป้องกันความเสียหาย เมื่อความเสียหายเกิดขึ้นจึงทำให้เกิดปัญหายุ่งยากในเรื่องของการฟ้องเป็นคดีความตามมาได้ ซึ่งทำให้เห็นได้ว่าแนวความคิดของการแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 41 ยังมีปัญหาในส่วนแหล่งที่มาของเงินทุนอยู่ หากได้รับการแก้ไขในส่วนของการกำหนดให้สถานพยาบาลเอกชนจ่ายเงินสมทบหรือออกกฎหมายเพื่อบังคับให้มีการจัดทำประกันภัยก็จะเป็นการดีต่อประชาชนที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลต่อไป

4.5 ปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการ และดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่มีความเป็นอิสระ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งขึ้นตามมาตรา 38 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงถูกจัดตั้งขึ้นในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมาย โดยกองทุนดังกล่าวอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับ ดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การเก็บเงิน จ่ายเงิน บริหารจัดการ จึงต้องอยู่ภายใต้ความควบคุมของสำนักงานฯ หากดูตามมาตรา 39 บัญญัติว่า...เงินและทรัพย์สินที่เป็นของกองทุนไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดินตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ” แม้จะบัญญัติให้ทรัพย์สินเป็นของกองทุนแต่ก็อยู่ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งมาตรา 40 บัญญัติว่า “การรับเงิน การจ่ายเงิน และการ

เก็บรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการนำเงินกองทุนไปจัดหาประโยชน์ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด”

ปัจจุบันงบประมาณในกองทุนหลักประกันสุขภาพมาจากเงินภาษีทั้งทางตรง และทางอ้อมที่เก็บจากประชาชนปีละกว่าแสนล้านบาท การเข้ารับบริการรักษาพยาบาลของประชาชนผู้มีสิทธิใช้หลักประกันสุขภาพจึงไม่ได้ไปรักษา “ฟรี” เพียงแต่ไม่ต้องชำระค่าใช้จ่ายเองโดยตรง เนื่องจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่ในการจ่ายค่าใช้จ่ายดังกล่าวให้แก่หน่วยบริการแทนประชาชนซึ่งไปรับบริการ

กองทุนดังกล่าวจึงอยู่ภายใต้การควบคุมและกำกับดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุน ทั้งการจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ และรับเงินจากการจัดสรรงบประมาณของรัฐ แต่เนื่องจากกองทุนไม่มีฐานะเป็นนิติบุคคล ทำให้การบริหารจัดการไม่มีความเป็นอิสระต้องอยู่ภายใต้การอนุมัติ ควบคุมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงทำให้เกิดปัญหา ของการถูกรอรับงำของสำนักงานที่กำกับ ควบคุม ดูแล จึงทำให้การบริหารเงินในกองทุนไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เกี่ยวกับประเด็นกรณีที่เลขธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพที่มีหน้าที่ในการจัดการบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจากรายงานของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินมีการสรุปข้อตรวจพบและข้อเสนอแนะของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน⁹

ข้อตรวจพบที่ 1 การใช้จ่ายงบบริหารไม่ถูกต้อง และไม่ประหยัด

ข้อตรวจพบที่ 1.1 การปรับอัตราเงินเดือนให้เลขธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่เป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรี กล่าวคือ การปรับอัตราเงินเดือนให้เลขธิการหลังจากการประเมินผลการปฏิบัติงานปีที่ 1 นั้น คณะกรรมการมีมติเห็นชอบให้ปรับอัตราเงินเดือนเป็นเดือนละ 200,000 บาท และเงินประจำตำแหน่งเดือนละ 50,000 บาท ซึ่งเป็นกรอบอัตราสูงสุดของกรอบเงินเดือนเลขธิการ ตามมติคณะรัฐมนตรี ที่ให้การปรับอัตราเงินเดือนของเลขธิการปรับได้เฉพาะการปฏิบัติงานปีที่ 2 ไม่สามารถปรับอัตราเงินเดือนตามผลงานเป็นระยะๆ ตลอดอายุสัญญา จึงไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของการได้รับเงินเดือนของเลขธิการตามมติคณะรัฐมนตรี

⁹ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประชาสัมพันธ์. “ข้อเท็จจริงและคำชี้แจงต่อรายงานการตรวจสอบประเมินผล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามรายงานของ สตง.” สืบค้น 21 มกราคม 2557, จาก <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjEy>

ข้อตรวจพบที่ 1.2 การจ่ายเงินค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการตรวจสอบไม่เป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรี

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นองค์การมหาชนในกลุ่มที่ 3 อัตราเบี้ยประชุมกรรมการขั้นต่ำและขั้นสูงเท่ากับ 6,000 -12,000 บาท อนุกรรมการให้ได้รับเบี้ยประชุมเป็นรายเดือนตามที่คณะกรรมการกำหนด แต่ไม่เกินครึ่งหนึ่งของอัตราเบี้ยประชุมกรรมการ และประธานอนุกรรมการให้ได้รับในอัตราสูงกว่าอนุกรรมการร้อยละ 25 ดังนั้นอนุกรรมการตรวจสอบจะได้รับเบี้ยประชุมขั้นต่ำและขั้นสูงเท่ากับ 3,000-6,000 บาท และประธานอนุกรรมการจะได้รับเบี้ยประชุมในอัตราไม่เกินเดือนละ 7,500 บาท จากการตรวจสอบพบว่าอนุกรรมการตรวจสอบได้รับเบี้ยประชุมในอัตรา คนละ 16,000 บาท ต่อเดือน และประธานอนุกรรมการตรวจสอบได้รับเบี้ยประชุมในอัตราเดือนละ 20,000 บาท ทำให้ตั้งแต่มีมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2547 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการตรวจสอบสูงเกินกว่าที่คณะรัฐมนตรีกำหนดเป็นเงินจำนวน 3,105,000 บาท

ข้อตรวจพบที่ 1.3 การจ่ายเงินค่าตอบแทนพิเศษ (โบนัส) ให้แก่เจ้าหน้าที่พนักงาน และลูกจ้างไม่เหมาะสม

จากการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายเงิน โบนัสให้แก่ เจ้าหน้าที่ พนักงาน และลูกจ้างของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าไม่ได้นำเสนอข้อมูลที่ครบถ้วนต่อคณะกรรมการ โดยมีรายละเอียดคือ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายเงิน โบนัสจำนวนเงิน 18,702,836.00 บาท โดยไม่มีมติเห็นชอบจากคณะกรรมการ ในขณะที่ปีอื่นๆ ทุกปีจะมีมติคณะกรรมการอนุมัติให้จ่าย และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2550-2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายเงิน โบนัสให้พนักงานซึ่งไม่เป็นลูกจ้างของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกำหนดนโยบายบริหารทรัพยากรบุคคล แต่ไม่ได้นำเสนอการจ่าย โบนัสให้พนักงานเพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการ ทำให้คณะกรรมการยังไม่ได้พิจารณาว่า การจ่าย โบนัสให้พนักงานถูกต้องตามแนวทางหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน โบนัสที่คณะกรรมการกำหนด การจ่ายเงิน โบนัสให้พนักงานในปีงบประมาณ 2550-2551 เป็นจำนวนเงิน 2,751,615.00 บาท¹⁰

¹⁰ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประชาสัมพันธ์. “ข้อเท็จจริงและคำชี้แจงต่อรายงานการตรวจสอบประเมินผล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามรายงานของ สตง.” สืบค้น 21 มกราคม 2557, จาก <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjEy>

ข้อตรวจพบที่ 1.4 การใช้จ่ายเงินบางรายการเป็นไปโดยไม่ประหยัด

รายละเอียดคือ การเดินทางโดยเครื่องบินไม่ เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ค่าใช้จ่ายในการบริหารและการจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จากการตรวจสอบพบ ว่าการเดินทางโดยเครื่องบินของผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็น ผู้ปฏิบัติงานหรือพนักงานตำแหน่งอื่นๆ ที่มีผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญ หรือรองผู้อำนวยการสำนัก ทูกรายการไม่ได้ระบุถึงเหตุผลความจำเป็นที่ต้องเดินทางโดยเครื่องบิน และการจ่ายเงินค่าเบี้ยเลี้ยง การเดินทางในการจัดประชุม อบรมสัมมนาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถือ ปฏิบัติตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวข้างต้นนั้น ทำให้การเข้าร่วม ประชุมอบรมสัมมนาเมื่อมีการจัดอาหารเลี้ยงยังคงเบิกค่าเบี้ยเลี้ยงได้เต็มสิทธิ แต่จากระเบียบ กระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. 2549 ข้อ 20 ได้กำหนดกรณีที่มี การจัดอาหารให้แก่ผู้เข้าประชุมอบรมสัมมนาที่ได้รับค่าเบี้ย เลี้ยงด้วยนั้น ให้หักค่าเบี้ยเลี้ยงได้ในอัตรามือละ 1 ใน 3 ของอัตราเบี้ยเลี้ยงหมาจ่ายต่อวัน แต่ ประกาศของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังกล่าวไม่ได้วางหลักเกณฑ์ข้อนี้ไว้ทำให้ หน่วยงานมีการเบิกค่าใช้จ่ายซ้ำซ้อน

ข้อตรวจพบที่ 3 การนำเงินสนับสนุนกิจกรรมภาครัฐจากการซื้อยาจากองค์การเภสัช กรรมโดยใช้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปใช้ เป็นเงินสวัสดิการเป็นการปฏิบัติที่ไม่ เหมาะสม

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ จัดทำโครงการเพื่อขอรับเงินสนับสนุนกิจกรรมภาครัฐจากองค์การเภสัชกรรมเป็นจำนวนเงิน 165,564,740.00 บาท เงินจำนวนดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับเป็นเงิน บริจาคเข้ากองทุนสวัสดิการตามระเบียบ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการจัด สวัสดิการของสำนักงาน พ.ศ. 2550 และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เบิกจ่ายเงินจาก กองทุนสวัสดิการ ไปจัดสวัสดิการในหลายๆ ด้าน เช่น การจัดทำโครงการศึกษาดู งานต่างประเทศ การจ่ายเพื่อช่วยเหลือแก่ผู้ทำคุณประ โยชน์แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการจ่าย เพื่อประโยชน์แก่การสนับสนุนการปฏิบัติงาน เพียงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 มีการเบิกจ่ายเป็น เงิน 90,435,151.82 บาท ทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเงินสนับสนุนกิจกรรม ภาครัฐคงเหลือในกองทุนสวัสดิการ จำนวน 75,129,588.18 บาท¹¹ การใช้จ่ายเงินดังกล่าวเพื่อ

¹¹ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประชาสัมพันธ์. “ข้อเท็จจริงและคำชี้แจงต่อ รายงานการตรวจสอบประเมินผล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามรายงานของ สดง.” สืบค้น 21 มกราคม 2557, จาก <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjE5>

สวัสดิการ ไม่เหมาะสมเนื่องจากงบประมาณในการจัดซื้อจากองค์การเภสัชกรรมเป็นเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บริการประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อตรวจพบที่ 6 การใช้จ่ายงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

จากการตรวจสอบการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 พบว่าเลขาธิการได้อนุมัติให้นำเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจำนวน 95,325,000.00 บาท ไปจ่ายให้หน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่หน่วยบริการ เพื่อดำเนินงานที่นอกเหนือจากบริการสาธารณสุข ซึ่งการนำเงินกองทุนไปใช้จ่ายไม่เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลกระทบทำให้หน่วยบริการไม่ได้รับงบประมาณเพื่อดำเนินงานตามที่ควรจะเป็น

ข้อเสนอแนะที่ 6 เพื่อให้การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของเงินกองทุน

2. ให้เลขาธิการกำกับดูแลสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่ ปฏิบัติตามคู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของแต่ละปีงบประมาณอย่างเคร่งครัด

ข้อตรวจพบที่ 7 การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายการงบบุคลากรเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่เป็นไปตามที่คู่มือกำหนด

จากการตรวจสอบการจัดสรรงบบุคลากรเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand services) พบว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรงบดังกล่าวแก่หน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่หน่วยบริการ ซึ่งคู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้เป็นการจัดสรรในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวให้แก่หน่วยบริการ ทำให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับ

จากข้อตรวจพบของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินจะเห็นได้ว่า การที่ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยนั้น ทำให้การบริหารจัดการงบประมาณของแผ่นดินเป็นไปโดยไม่โปร่งใส มีการนำเงินในกองทุนไปใช้โดยไม่ถูกต้องไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ทำให้เกิดปัญหาของการนำเงินที่เป็นภาษีของประชาชนมาใช้จ่ายโดยไม่เกิดประโยชน์ให้กับประชาชนอย่างแท้จริง

นิวซีแลนด์¹² มีหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลกรณีการบาดเจ็บและความเจ็บป่วยอย่างครอบคลุม ได้แก่ องค์กรเยียวยาการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation (ACC)) ที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการเยียวยาการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Act) โดยมีหน่วยงานเยียวยากรณีการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ (Misadventure Unit (MMU)) เป็นหน่วยงานในองค์กรเยียวยาการเกิดอุบัติเหตุที่ดูแลรับผิดชอบแผนงานการเยียวยากรณีการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์

ราชอาณาจักรสวีเดน ประชาชนจะได้รับความคุ้มครองจากรัฐโดยรัฐจะมีหน้าที่เป็นผู้จ่ายเบี้ยประกัน คือการซื้อประกันสุขภาพให้กับประชาชนภายในประเทศ โดยมีบริษัทประกันเข้ามาทำหน้าที่ของการจ่ายเงิน

ดังนั้น จากการศึกษาพบว่าระบบสุขภาพของประเทศไทยแม้จะมีหน่วยงานของภาครัฐที่ทำหน้าที่กำกับ ควบคุม ดูแล ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับการรักษาพยาบาลอยู่ โดยมีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่จ่ายเงินเยียวยาค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ แต่ก็พบว่ากองทุนยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับการเบิกจ่าย ควบคุม เงินของกองทุนที่ขาดความเป็นอิสระจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีการนำเงินไปใช้นอกเหนือจากที่กฎหมายกำหนดไว้ จึงควรที่จะได้รับการแก้ไข ในส่วนของการจัดตั้งกองทุนให้เป็นหน่วยงานอิสระ มีลักษณะที่เป็นนิติบุคคลซึ่งจะทำให้กองทุนมีสภาพการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและเป็นอิสระ คล่องตัวในการตรวจสอบและควบคุมเกี่ยวกับระบบการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่เกิดความผิดพลาดบ่อยครั้งได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

4.6 ปัญหาวิเคราะห์ปัญหาของการใช้สิทธิไล่เบี้ยตามมาตรา 42 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

แม้รัฐต้องการที่จะให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพที่ดี โดยการจัดทำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ตาม แต่ก็ยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับความผิดพลาดที่เกิดจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ สาธารณสุข จึงได้มีการนำความแนวความคิดของต่างประเทศคือระบบเยียวยาความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พึงโทษตัวบุคคล และไม่พิสูจน์ความผิดมาบัญญัติไว้ในมาตรา 41 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 แต่ถึงอย่างไรก็ตาม มาตรา 41 เป็นเพียงการจ่ายเงินเพื่อเยียวยาค่าเสียหายเบื้องต้น โดยมีข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับ

¹² ประสพการณ์ต่างแดนระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข บทวิเคราะห์และผลการทบทวนประสพการณ์ใน 6 ประเทศ (น. 118-126). เล่มเดิม.

ความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ.2555 ซึ่งมีผลใช้บังคับในวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ข้อ 4 ในข้อบังคับนี้... “เงินช่วยเหลือ” หมายความว่า เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการหรือทายาท ในกรณีที่ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข¹³

“ข้อ 6 ประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขและอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือ แบ่งเป็น

(1) กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวรหรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท

(2) กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท

(3) กรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือได้ไม่เกิน 100,000 บาท”

ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวจะมีการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริการจัดการกองทุนเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ติดตามแต่ในข้อ 12 “การจ่ายเงินช่วยเหลือให้แก่ผู้ให้บริการหรือทายาทตามข้อบังคับนี้ ไม่เป็นการรอนสิทธิของผู้ให้บริการหรือทายาทที่จะได้รับความช่วยเหลือจากทางราชการหรือหน่วยงานต้นสังกัด”เท่ากับว่า หากผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการในการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วก็ยังคงมีสิทธิที่จะได้รับเงินช่วยเหลือทางจากราชการอีกด้วย ทั้งยังไม่มีกฎหมายตัดสิทธิผู้ที่ได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่หากเมื่อได้รับเงินจากกองทุนแล้วห้ามมิให้ผู้ป่วยดังกล่าวฟ้องร้องคดีกับแพทย์เพื่อเรียกค่าเสียหายอีก

ประเทศนิวซีแลนด์มีการออกกฎหมายกำหนดไว้ว่าหากได้รับเงินเยียวยาแล้วตัดสิทธิในการฟ้องคดีของผู้เสียหายอีก

มีความมติของแพทยสภาที่ให้มีการเลิกมาตรา 42 ดังกล่าวและให้แก้ไขเพิ่มเติมใหม่เป็น “มาตรา 4 ให้ยกเลิกข้อความในมาตรา 42 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

¹³ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555.

“ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการและได้ตกลงรับเงินช่วยเหลือจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว ให้สิทธิการฟ้องร้องต่อศาลเป็นอันระงับสิ้นไป”

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 มีการจ่ายเงินตามกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยอันเป็นค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัยจากรถ แม้ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ มาตรา 22 บัญญัติว่า “การได้รับชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นตามมาตรา 20 ไม่ตัดสิทธิผู้ประสบภัยที่จะเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเพิ่มเติมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์” แม้ผู้ประสบภัยที่ได้รับความเสียหายจากรถจะได้รับเงินค่าเสียหายเบื้องต้นตามกฎหมายฉบับนี้แล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงมีสิทธิที่จะนำคดีไปฟ้องเรียกค่าเสียหายเพิ่มเติมได้อีก แต่ในกฎหมายฉบับนี้ได้มีการบัญญัติ มาตรา 25 บัญญัติว่า ... “ให้ถือว่าค่าเสียหายเบื้องต้นเป็นส่วนหนึ่งของเงินค่าสินไหมทดแทนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์” เพื่อให้มีการนำเอาจำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้นที่ผู้เสียหายได้รับ ไปจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยไปหักกับจำนวนเงินที่ผู้เสียหายอาจได้รับเพิ่มเติมจากการนำคดีไปฟ้องร้องต่อศาลอีก เพื่อมิให้เป็นการได้รับค่าเสียหายซ้ำซ้อนกันจึงมีการบัญญัติกำหนดให้ถือว่าค่าเสียหายเบื้องต้นเป็นส่วนหนึ่งของเงินค่าสินไหมทดแทนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

การจ่ายเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นการพิจารณาจ่ายโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพเป็นผู้วินิจฉัยคำร้องขอของผู้เสียหายและเป็นผู้กำหนดจำนวนเงิน โดยไม่เกินกว่าจำนวนเงินที่ข้อบังคับของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้อ 6 กำหนดไว้แต่โดยที่ไม่มีการกำหนดเป็นข้อบังคับ หรือบัญญัติเป็นกฎหมายไว้ในมาตราใดของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพว่าหากได้ยินยอมรับเงินเยียวยาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแล้วจะไม่ฟ้องคดี หรือตัดสิทธิผู้ป่วยที่ได้รับเงินเยียวยาจากกองทุนแล้วไม่มีสิทธิฟ้องคดีอีกต่อไป เพื่อให้เป็นการใช้สิทธิทางเดียวไม่เป็นการนำเหตุการณ์เดียวกันมาใช้สิทธิซ้ำซ้อนกันเพื่อให้ได้รับเงินเยียวยา

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 42 บัญญัติว่า “ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการโดยหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41 เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้” เป็นกรณีที่หากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จ่ายเงินเยียวยาไปแล้วทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพสามารถเข้ารับช่วงสิทธิเรียกร้องเงินคืนได้จากผู้กระทำผิดเมื่อหาตัวผู้กระทำผิดได้แล้ว ดังนั้น การรับช่วงสิทธิเรียกเงินคืนกลับเข้ากองทุนจึงควรที่จะมีการ

กำหนดไว้ให้เงินจำนวนที่กองทุนได้จ่ายเป็นค่าเสียหายเบื้องต้นให้กับผู้ได้รับความเสียหายไปแล้ว เป็นส่วนหนึ่งของเงินค่าสินไหมทดแทนที่ผู้ได้รับความเสียหายจะไปเรียกร้องอีกด้วย เพราะเมื่อไม่มีการกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของค่าเสียหายไว้แล้ว เมื่อผู้เสียหายได้รับเงินเยียวยาค่าเสียหายเบื้องต้นตามจำนวนเงินที่คณะกรรมการกองทุนได้วินิจฉัยแล้วเห็นสมควรจ่ายเยียวยาจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว หากผู้เสียหายเห็นว่าไม่เพียงพอต่อความเสียหายที่ผู้เสียหายได้รับ เมื่อไม่มีกฎหมายบัญญัติตัดสิทธิผู้เสียหายที่จะใช้สิทธิทางศาลแล้ว ผู้เสียหายก็อาจจะนำคดีขึ้นฟ้องร้องต่อศาลต่อไป หากผู้เสียหายพิสูจน์ให้ศาลเห็นว่าผู้เสียหายควรได้รับเงินเยียวยาอันเป็นค่าสินไหมทดแทนเพิ่มเติมอีกจากผู้กระทำผิดก็จะมีคำพิพากษาให้ผู้กระทำผิดชดใช้เงินให้กับผู้เสียหายตามจำนวนเงินที่ศาลใช้ดุลพินิจเห็นสมควร

ตามมาตรา 42 ที่ให้สำนักงานที่ได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว มีสิทธิไล่เบี้ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้ ดังนั้น หากสำนักงานรู้ถึงตัวผู้กระทำผิดก็จะใช้สิทธิรับช่วงสิทธิไปฟ้องร้องเรียกเงินที่ได้จ่ายเยียวยาค่าเสียหายเบื้องต้นกลับคืนเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อไม่มีกฎหมายที่บัญญัติให้ถือว่าค่าเสียหายเบื้องต้นที่กองทุนได้จ่ายไปให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์แล้ว ก็จะทำให้ผู้เสียหายได้รับเงินอันเป็นค่าสินไหมทดแทนโดยอาศัยมูลเหตุเดียวแต่ได้รับชดใช้ถึง 2 จำนวน และอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ที่ถูกตัดสินว่าเป็นผู้กระทำผิดเพราะนอกจากต้องถูกกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับช่วงสิทธิของผู้เสียหายมาฟ้องเรียกร้องเงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายเยียวยาค่าเสียหายเบื้องต้นไปให้กับผู้เสียหายแล้ว ยังอาจต้องถูกศาลมีคำพิพากษาให้ชดใช้ซ้ำจากมูลเหตุเดียวกันอีกด้วย ซึ่งอาจทำให้ผู้เสียหายได้รับมากกว่าความเสียหายที่แท้จริงตามลักษณะของการชดใช้ในเหตุละเมิดที่ชดใช้ตามความเสียหายที่แท้จริง แต่เมื่อไม่มีการบัญญัติไว้ในกฎหมายว่าให้ถือว่าค่าเสียหายเบื้องต้นเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์แล้ว ผู้กระทำผิดก็ต้องชดใช้เกินกว่าความเสียหายที่แท้จริงและผู้เสียหายก็จะทำได้รับชดใช้เกินไปกว่าความเสียหายที่แท้จริงอันเป็นการได้รับชดใช้ซ้ำกับหลักกฎหมายลักษณะละเมิดที่ต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในความเสียหายที่แท้จริงเท่านั้น จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการแก้ไขเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับทั้งสองฝ่าย คือทั้งผู้เสียหายและผู้กระทำผิด

ดังนั้น การที่กฎหมายบัญญัติไว้ในมาตรา 42 ถึงเงินค่าเสียหายเบื้องต้น โดยให้สิทธิแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่นำเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพไปจ่ายเยียวยาให้กับผู้ได้รับความเสียหายซึ่งจ่ายตามมาตรา 41 คือกรณี “หาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร นั้น” สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิ

ไล่เบี้ยคืนเอาแก่ผู้กระทำผิดได้เมื่อได้จ่ายเงินแทนไปแล้ว ซึ่งถือว่าเป็นการเข้ารับช่วงสิทธิจากตัวผู้ได้รับความเสียหาย แต่กลับไม่มีการบัญญัติในส่วนของเงินที่จ่ายไปว่าเงินดังกล่าวนั้นถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทนที่ผู้เสียหายมีสิทธิฟ้องเรียกในคดีแพ่งหรือในคดีผู้บริโภคร่วมด้วยหรือไม่ ซึ่งผู้รับบริการอาจใช้สิทธิฟ้องคดีต่อศาลได้ด้วย จึงอาจทำให้เกิดปัญหาของผู้กระทำผิดต้องจ่ายเงินซ้ำซ้อนกันขึ้นได้ และทำให้ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายได้รับเงินซ้ำซ้อนกันอีกด้วย กล่าวคือได้รับเงินเยียวยาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้วหากเห็นว่ายังไม่เพียงพอก็นำคดีขึ้นฟ้องเรียกค่าสินไหมเพิ่มเติมอีก เมื่อกฎหมายมิได้บัญญัติให้เงินที่ได้รับเยียวยาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์หรือตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ด้วย ก็จะทำให้เกิดได้แย้งกัน ในจำนวนเงินดังกล่าวได้ เพื่อประโยชน์และความเป็นธรรมต่อทั้งตัวผู้ได้รับความเสียหายและผู้กระทำผิด จึงควรที่จะให้มีการบัญญัติเพิ่มเข้าไปให้ชัดเจนว่าเงินของกองทุนถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทนในคดีแพ่งตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ หรือตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 เพื่อให้เกิดความชัดเจนต่อการใช้กฎหมายต่อไป

4.7 วิเคราะห์ปัญหาของการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในส่วนของผู้ที่ถูกจำกัดสิทธิโดยกฎหมาย และในส่วนที่เกินกว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดไว้โดยนำพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาใช้บังคับ

การฟ้องร้องคดีของผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายที่ได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นตามมาตรา 41 ไม่เพียงพอต่อความเสียหาย หรือกรณีผู้ที่ได้รับความเสียหายนั้นเป็นผู้ถูกจำกัดสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ คือ มิใช่ผู้ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ซึ่งอาจเป็นผู้ใช้สิทธิประกันสังคม หรือ ผู้ที่ใช้สวัสดิการข้าราชการ จึงมิได้รับประโยชน์ โดยการชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหากต้องการได้รับการเยียวยาชดเชยต้องนำคดีไปฟ้องร้องต่อศาลโดยแบ่งประเภทของการฟ้องร้องสถานพยาบาลดังนี้

1. สถานบริการพยาบาลเอกชน

การฟ้องสถานพยาบาลเอกชนเป็นการฟ้องตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ การพิจารณาความผิดทางแพ่งเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข จะต้องพิจารณาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ โดยแบ่งออกเป็นความรับผิดชอบตามสัญญาและความรับผิดในมูลละเมิดอันเนื่องมาจากความประมาทเลินเล่อหรือความผิดพลาดไม่ใช้ความระมัดระวังในการประกอบวิชาชีพ กระบวนการพิจารณาคดีเป็นไปตามบทบัญญัติของประมวล

กฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งที่ใช้ระบบกล่าวหา (Accusatorial System) ยึดถือหลักการดำเนินคดีตามหลักภาระการพิสูจน์ (Burden of Proof) การนำสืบข้อเท็จจริงที่ว่าผู้ใดกล่าวอ้างผู้นั้นนำสืบตลอดจนการซึ่งนำหลักพยานหลักฐาน การรับฟังความเห็นจากพยานผู้เชี่ยวชาญที่ศาลแต่งตั้ง หรือพยานที่คู่ความกล่าวอ้าง จึงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายซึ่งเป็นผู้กล่าวอ้างจึงมีภาระการพิสูจน์ โดยจะต้องนำพยานหลักฐานมาสืบให้ศาลเห็นว่า ความเสียหายที่ผู้ป่วยได้รับนั้นเกิดจากการกระทำของแพทย์ ซึ่งเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก ถ้าหากเป็นอย่างมาก เนื่องจากกระบวนการรักษา ขั้นตอนเป็นเรื่องทางเทคนิคที่บุคคลธรรมดาทั่วไปที่ไม่ได้ศึกษาอาจเข้าไปไม่ถึง จึงทำให้คดีประเภทนี้ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยไม่สามารถนำสืบได้ ศาลจะมีคำพิพากษายกฟ้อง ยิ่งทำให้เป็นการซ้ำเติมผู้ป่วยที่นอกจากจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้องคดี แล้วยังไม่ได้รับการเยียวยาอีกด้วย

กรณีตัวอย่างคดีที่มีการยกฟ้องเกี่ยวกับความเสียหายทางการแพทย์

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 3528/2547 หลังจากโจทก์ที่ 3 คลอดโจทก์ที่ 1 และเกิดเหตุละเมิดจากการทำคลอดของจำเลยทั้งสามต่อโจทก์ที่ 1 โจทก์ที่ 3 ได้พยายามให้โจทก์ที่ 1 ได้รับการรักษาทั้งจากจำเลยทั้งสามและโรงพยาบาลอื่น และได้เรียกร้องให้จำเลยทั้งสามรับผิดชอบกับร้องเรียนต่อรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขแต่ไม่เป็นผล วันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2537 โจทก์ที่ 3 ได้ทำหนังสือร้องเรียนจำเลยที่ 2 และที่ 3 กับพวกต่อแพทยสภาย่อมชี้ชัดว่า โจทก์ที่ 1 โดยโจทก์ที่ 2 และที่ 3 ในฐานะผู้ใช้อำนาจปกครองและเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมผู้มีอำนาจทำการแทนผู้เยาว์ และโจทก์ที่ 2 และที่ 3 ในฐานะส่วนตัว ได้รู้ถึงการละเมิดกับรู้ตัวผู้จะพึงต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่โจทก์ที่ 1 และที่ 3 ตั้งแต่ก่อนวันที่ 9 กันยายน 2537 มิใช่ตั้งแต่วันที่โจทก์ทราบผลการสอบสวนข้อเท็จจริงจากแพทยสภา โจทก์ที่ 1 และที่ 3 ฟ้องคดีเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2539 ล่วงเลยกำหนด 1 ปีแล้ว คดีจึงขาดอายุความตาม ป.พ.พ. มาตรา 448 วรรคหนึ่ง

ศาลชั้นต้นพิพากษายกฟ้อง ให้โจทก์ทั้งสามร่วมกันใช้ค่าฤชาธรรมเนียมแทนจำเลยทั้งสาม

โจทก์ทั้งสามอุทธรณ์

ศาลอุทธรณ์พิพากษายืน ค่าฤชาธรรมเนียมชั้นอุทธรณ์ให้เป็นพับ

ศาลฎีกาพิพากษายืน ค่าฤชาธรรมเนียมชั้นฎีกาให้เป็นพับ.

จะเห็นได้ว่าแม้จะได้ยกฟ้องในประเด็นเรื่องอายุความการฟ้องคดีมิได้ยกฟ้องในประเด็นเรื่องการรักษาก็ตามแต่ก็ทำให้เห็นได้ว่าผู้เสียหายไม่ได้รับการเยียวยาที่เป็นธรรมแต่อย่างไร

2. สถานพยาบาลของรัฐ

กรณีแพทย์ประจำโรงพยาบาลของรัฐซึ่งเป็นส่วนราชการหรือหน่วยงานของรัฐนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และโรงพยาบาลหาได้เกิดขึ้นและมีลักษณะเป็นไปเพราะผลของนิติ

กรรมสัญญาดังเช่นนายจ้างลูกจ้างและตัวการตัวแทนไม่ เนื่องจากความสัมพันธ์เป็นไปตามกฎหมายเฉพาะ เช่น กฎหมายว่าด้วยระเบียบการบริหารราชการแผ่นดินหรือกฎหมายอื่นๆ ดังนั้นความรับผิดชอบเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ จึงเป็นไปตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ. 2539 ที่วางหลักไว้ว่า เมื่อแพทย์ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่รัฐได้กระทำละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่ ฝ่ายผู้เสียหายไม่สามารถที่จะฟ้องเรียกค่าเสียหายจากแพทย์ได้โดยตรงก็ต้องฟ้องเรียกค่าเสียหายจากหน่วยงานของรัฐที่ผู้นั้นสังกัดอยู่เท่านั้น เว้นแต่การกระทำของแพทย์ผู้นั้นมิใช่การกระทำในการปฏิบัติหน้าที่ แพทย์ต้องรับผิดชอบในการกระทำนั้นเป็นการเฉพาะตัว

ผู้เสียหายจากการกระทำของแพทย์ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลของรัฐมีสิทธิในการดำเนินการสองแนวทาง ดังนี้

แนวทางแรก ยื่นคำร้องขอต่อหน่วยงานที่แพทย์ผู้นั้นสังกัดอยู่ให้ชดเชยค่าเสียหายหรือค่าสินไหมทดแทน โดยแสดงให้เห็นว่าตนเองได้รับความเสียหายจากการดำเนินการของเจ้าหน้าที่ของรัฐ และเมื่อหน่วยงานของรัฐมีคำสั่งอย่างไรแล้ว หากผู้เสียหายไม่พอใจในคำสั่ง ผู้เสียหายสามารถใช้สิทธิที่จะฟ้องเป็นคดีต่อศาลปกครอง ตามมาตรา 9(1) แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พุทธศักราช 2542 ได้ ตัวอย่างเช่น แพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขหากทำการรักษาก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้ารับการรักษา ผู้เสียหายจะต้องเรียกร้องค่าเสียหายจากกระทรวงสาธารณสุข(ไม่สามารถฟ้องโรงพยาบาลได้เพราะมิได้เป็นนิติบุคคล)

ตัวอย่างคดีที่ผู้ป่วยฟ้องหน่วยงานของรัฐคือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้รับผิดชอบ

ระหว่าง นายสมาน คงวารินทร์ ผู้ฟ้องคดี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 1 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ที่ 2 ผู้ถูกฟ้องคดี

ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 ยื่นคำร้องอุทธรณ์คำสั่ง ในคดีหมายเลขดำที่ 293/2549 หมายเลขแดงที่ 112/2552 ของศาลปกครองชั้นต้น (ศาลปกครองนครราชสีมา)

คดีนี้ผู้ฟ้องคดีฟ้องว่า ผู้ฟ้องคดีเป็นสามีโดยชอบด้วยกฎหมายของนางวันเพ็ญ วงษ์น้อย (นามสกุลเดิม) เมื่อวันที่ 23 มกราคม 2549 เวลาประมาณ 13.00 นาฬิกา ผู้ฟ้องคดีได้นำนางวันเพ็ญเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ เนื่องจากมีอาการแน่นหน้าอก เดินได้ พูดได้ปกติ แล้วเสียชีวิตในเวลาต่อมาของวันเดียวกัน โดยใบมรณะบัตรระบุเหตุที่ตายว่าภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ผู้ฟ้องคดีเห็นว่านางวันเพ็ญเสียชีวิตเพราะแพทย์ไม่รีบตรวจและทำการรักษา และไม่มีแพทย์ที่ชำนาญการอยู่ที่ห้องฉุกเฉินในขณะนั้น ต่อมา เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549 ผู้ฟ้องคดีจึงยื่นคำร้องต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เพื่อขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นต่อผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะอนุกรรมการ

พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้รับบริการหรือทายาทจังหวัดสุรินทร์มีมติ เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2549 และมีหนังสือที่ สร 0027.005/973 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2549 แจ้งผลการวินิจฉัยคำร้องของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ว่าไม่เข้าหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แต่เพื่อเป็นการช่วยเหลือทางด้านศีลธรรมและบรรเทาความเดือดร้อนจึงมีมติจ่ายเงินจำนวน 20,000 บาท ให้แก่ผู้ฟ้องคดีเป็นการช่วยด้วยเหตุสุดวิสัย โดยผู้ฟ้องคดีได้รับเงินจำนวนดังกล่าวไว้แล้ว เมื่อวันที่ 12 เมษายน 2549 ผู้ฟ้องคดีได้ยื่นอุทธรณ์ เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2549 และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 มีมติในการประชุมครั้งที่ 7/2549 เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2549 โดยมีหนังสือที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 03/10800 ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2549 แจ้งผลการพิจารณาอุทธรณ์ให้ผู้ฟ้องคดีทราบว่า ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพิ่มขึ้นอีกเป็นเงิน 60,000 บาท โดยเห็นว่าเป็นความเสียหายที่เกิดจากเหตุสุดวิสัยในระบบการให้บริการสาธารณสุข ผู้ฟ้องคดีได้รับเงินจำนวน 80,000 บาท จากผู้ถูกฟ้องคดีทั้งสองแล้วเห็นว่า สาเหตุจากการเสียชีวิตของนางวันเพ็ญเกิดจากความบกพร่องในการรักษาของโรงพยาบาลสุรินทร์ และจำนวนเงินที่ได้รับน้อยกว่าที่กำหนดใน มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในกรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ จ่ายไม่เกิน 200,000 บาท ซึ่งน้อยกว่าขั้นสูงของกรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการซึ่งจ่ายไม่เกิน 120,000 บาท จึงยื่นฟ้องคดี

เรื่องที่ได้รับ ความเสียหายยื่นฟ้องคดีต่อศาลปกครองเพื่อให้วินิจฉัยคดีเกี่ยวกับการใช้ดุลพินิจของคณะอนุกรรมการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ทำหน้าที่พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ซึ่งแม้จะมีกฎหมายช่วยเหลือแล้วก็ตามแต่ก็ยังคงพบว่าผู้ได้รับความเสียหายก็ยังต้องยื่นฟ้องต่อศาลเป็นคดีอยู่เรื่อยไป

กรณีแนวทางที่สอง ฟ้องที่ศาลยุติธรรมเป็นคดีละเมิด เพื่อเรียกร้องค่าเสียหายหรือค่าสินไหมทดแทนจากหน่วยงานที่แพทย์ผู้นั้นสังกัดอยู่ ซึ่งหากเป็นแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ผู้เสียหายต้องฟ้องกระทรวงสาธารณสุขเป็นจำเลย และการฟ้องคดีดังกล่าวต้องฟ้องต่อศาลยุติธรรม ไม่ใช่ศาลปกครอง ซึ่งในเรื่องนี้ศาลปกครองสูงสุดได้มีคำวินิจฉัยไว้ชัดเจนว่า “การกระทำในหน้าที่ของแพทย์ในการตรวจรักษาโรคนั้นถือเป็นการกระทำในหน้าที่ของแพทย์ตามหน้าที่ปกติทั่วไป ซึ่งการบริการทางการแพทย์ดังกล่าวเป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนผู้เจ็บป่วย มิใช่เป็นการใช้อำนาจตามกฎหมายหรือใช้อำนาจทางปกครอง หรือการดำเนินกิจการทางปกครองที่ผู้ถูกฟ้องคดีมีอำนาจพิเศษเหนือปัจเจกบุคคลหรือผู้เจ็บป่วยที่มาขอรับบริการทั้ง ไม่เป็นการละเลย

ต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติหรือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ล่าช้าเกินสมควร คดีดังกล่าวจึงไม่อยู่ในอำนาจของศาลปกครอง ตามนัยคำสั่งศาลปกครองสูงสุดที่ 68/2544¹⁴

อย่างไรก็ตาม ต่อมาได้มีคำวินิจฉัยของประธานศาลอุทธรณ์(คำวินิจฉัยที่ 8/2551 ในคดีหมายเลขคำที่ 2884/2551 ของศาลแขวงสุรินทร์ ระหว่าง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โจทก์ กับ บริษัทสัมพันธ์ประกันภัย จำกัด จำกัดที่ 1 และนายพรศักดิ์ สันประโคน จำกัดที่ 2 โดยมีความสำคัญคือ “โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งเป็นส่วนราชการในสังกัดโจทก์ ดำเนินกิจการให้บริการด้านการสาธารณสุขแก่ประชาชน โดยเรียกค่าพยาบาลเป็นการตอบแทน จึงถือได้ว่า โจทก์เป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้ประกอบธุรกิจ ส่วนจำกัดที่ 2 เป็นผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล โดยมีความรับผิดชอบที่จะต้องชำระค่ารักษาพยาบาล จำกัดที่ 2 จึงเป็นผู้ใช้บริการและผู้บริโภค เมื่อโจทก์ฟ้องเรียกให้จำกัดที่ 2 ชำระค่ารักษาพยาบาลดังกล่าวจึงเป็นผู้ใช้บริการและผู้บริโภค เมื่อโจทก์ฟ้องเรียกให้จำกัดที่ 2 ชำระค่ารักษาพยาบาลดังกล่าว จึงเป็นคดีพิพาทระหว่าง ผู้ประกอบธุรกิจกับผู้บริโภค เกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการใช้บริการ เป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3(1) และคำวินิจฉัยที่ 22/2552 ในคดีหมายเลขคำที่ ผบ.283/2551 วินิจฉัยว่า “โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ ได้ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ตายหายจากอาการเจ็บป่วย อันมีลักษณะเป็นการจัดทำกรงานอย่างหนึ่ง แม้มิได้แสวงหากำไร เมื่อโรงพยาบาลมีการหรือเพื่อประโยชน์ทางการค้าและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ แต่ตามปกติโรงพยาบาลของรัฐเองก็มีการเรียกเก็บค่าบริการตรวจรักษาจากคนไข้เว้นแต่มีเหตุยกเว้น ทั้งจำกัดที่มิได้ยืนยันว่าได้ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ตาย โดยไม่ได้มีการเรียกเก็บค่าบริการใด ๆ ทั้งสิ้น เมื่อโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ มีการเรียกเก็บค่าบริการบางอย่างเป็นการตอบแทน การดำเนินงานของจำกัดที่จึงเป็นการให้บริการและเป็นผู้ประกอบธุรกิจด้านสาธารณสุข เมื่อผู้ตายเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลดังกล่าว จึงเป็นการใช้บริการและผู้บริโภค เมื่อโจทก์ทั้งสองซึ่งเป็นบิดามารดาโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ตายฟ้องเรียกให้จำกัดที่รับผิดชอบค่าสินไหมทดแทน จึงถือเป็น

¹⁴ คำสั่งที่ 2/2545 คดีที่ฟ้องขอให้กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐและแพทย์ประจำโรงพยาบาล ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนเนื่องมาจากการที่แพทย์ทำการรักษาพยาบาลโดยประมาทเลินเล่อเป็นเหตุให้คนไข้ซึ่งถูกพิษกัดถึงแก่ความตาย ถือว่าเป็นการกระทำละเมิดทางกายภาพในระหว่างปฏิบัติหน้าที่เท่านั้น มิใช่เป็นการกระทำละเมิดอันเนื่องมาจากการใช้อำนาจตามกฎหมายหรือจากการละเลยหรือปฏิบัติหน้าที่ล่าช้าตามที่กฎหมายกำหนดไว้ทั้งมิใช่เป็นการฟ้องคดีเนื่องจากยังไม่พอใจในคำวินิจฉัยของหน่วยงานของรัฐตามมาตรา 11 และมาตรา 14 แห่งพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 อันอยู่ในเขตอำนาจของศาลปกครอง 7 ตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 มาตรา 9 วรรคหนึ่ง (3) คดีนี้จึงอยู่ในเขตอำนาจของศาลยุติธรรม

การกล่าวอ้างสิทธิในการเรียกค่าสินไหมทดแทนที่เกี่ยวข้องกับคดีผู้บริโภค เป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ทำให้การดำเนินคดีตกอยู่ภายใต้ระบบวิธีพิจารณาคดีตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ที่มีหลักการแตกต่างจากประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งหลายประการ เช่น การยื่นคำฟ้องหรือคำให้การคู่ความอาจกระทำด้วยวาจาได้ การยกเว้นค่าฤชาธรรมเนียมให้แก่ผู้บริโภคหรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคภาระการพิสูจน์ (Burden of Proof) ที่ใช้หลักผลภาระการพิสูจน์ “Res Ipta Loquitur” ที่ผลภาระการพิสูจน์ข้อเท็จจริงที่อยู่ในความรู้อันเห็น โดยเฉพาะของผู้ประกอบธุรกิจให้ตกแก่ ผู้ประกอบธุรกิจ โดยประเด็นข้อพิพาทข้อใดจำเป็นต้องพิสูจน์ถึงข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับการผลิต การประกอบ การออกแบบ หรือการดำเนินการใดๆ ที่ศาลเห็นว่าข้อเท็จจริงดังกล่าวอยู่ในความรู้อันเห็น โดยเฉพาะของคู่ความฝ่ายซึ่งเป็นผู้ประกอบธุรกิจ ให้ภาระการพิสูจน์ในประเด็นดังกล่าวตกอยู่กับคู่ความฝ่ายซึ่งเป็นผู้ประกอบธุรกิจ รวมทั้งการให้ศาลมีบทบาทเชิงรุกในการนำระบบการไต่สวน (Inquisitorial System) มาใช้ในการพิจารณาคดี โดยให้อำนาจศาลในการพิจารณาค้นหาความจริงเพื่อนำมาวินิจฉัยและตัดสินคดี โดยศาลมีอำนาจเรียกพยานพยานหลักฐานมาสืบได้เองตามที่เห็นสมควร ศาลจะเป็นผู้ซักถามพยานเอง คู่ความหรือทนายความจะซักถามพยานได้ต่อเมื่อศาลอนุญาต ศาลขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมาให้ความเห็นเพื่อประกอบการพิจารณาพิพากษาคดีได้

สำหรับการรับฟังพยานผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์ ศาลไทยยังมีข้อจำกัดในการรับฟังพยานผู้เชี่ยวชาญทั้งในเรื่องของความเชื่อถือ มาตรฐานหรือระดับความเชี่ยวชาญ ตลอดจนความเป็นกลางในการให้ความเห็น ในขณะที่สหรัฐอเมริกา อังกฤษ สาธารณรัฐฝรั่งเศส และสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีต่างได้ให้ความสำคัญกับพยานผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ (Medical Experts) เป็นอย่างมาก โดยพยานผู้เชี่ยวชาญมีหน้าที่ในการให้รายละเอียดและความเห็นในข้อเท็จจริงของรูปคดีต่อศาล นอกจากนั้นยังมีปัญหาในส่วนของ การกำหนดจำนวนค่าเสียหายทางแพ่งของศาลซึ่งไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนแน่นอน รวมทั้งในส่วนของผู้ประกอบการทางการแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่า การกำหนดให้คดีแพทย์เป็นคดีผู้บริโภคทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมต่อการปฏิบัติงานของแพทย์ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยของส่วนราชการ แต่ทำให้เกิดความเป็นธรรมต่อผู้บริโภคซึ่งเป็นผู้เสียหายจากการสมัครใจเข้าใช้บริการในโรงพยาบาล สถานพยาบาลหรือคลินิกรักษาโรคเฉพาะทางของเอกชนที่มีวัตถุประสงค์ในการแสวงหากำไรจาก

การประกอบการ โดยถือว่าเป็นหลักการลงโทษผู้ประกอบการซึ่งไม่สุจริต หลักความเป็นธรรม และหลักการคุ้มครองประโยชน์สาธารณะ¹⁵

แม้ว่าคดีที่เกี่ยวกับการได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์จะได้มี คำวินิจฉัยของประธานศาลอุทธรณ์ให้เป็นคดีผู้บริโภคและนำพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดี ผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาใช้ในการดำเนินกระบวนการพิจารณาสืบพยาน ซึ่งถือเป็นผลดีต่อผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหาย ไม่ต้องมีการพิจารณาพิสูจน์ก็ตาม แต่ก็ยังคงมีปัญหาในประเด็นเรื่องการกำหนดจำนวน ค่าเสียหายที่ปัจจุบันยังไม่มีหลักเกณฑ์ในการกำหนดจำนวนที่แน่นอนได้ คงมีเพียงการกำหนดโดย ใช้ดุลพินิจของศาลที่เป็นตัวกำหนดเท่านั้น ซึ่งในความเป็นจริงแล้วศาลควรจำเป็นต้องใช้คนกลางที่มี ความรู้ ความเข้าใจ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับทางการแพทย์มาผู้เป็นให้คำแนะนำในเรื่อง ดังกล่าวซึ่งถือว่ามีความจำเป็นต่อกระบวนการพิจารณาคดีเป็นอย่างมาก ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับทั้ง ผู้ป่วย แพทย์ ตลอดจนการพิจารณาคดีของศาล

การดำเนินคดีผู้บริโภคนั้น ศาลสามารถกำหนดจำนวนค่าเสียหายเชิงลงโทษ (Punitive Damages) ให้แก่ผู้เสียหายได้อีกด้วย ซึ่งเป็นแนวความคิดของประเทศที่ใช้หลักกฎหมายจารีต ประเพณีต่างกับแนวคิดหลักในเรื่องละเมิดของประเทศที่ใช้หลักกฎหมายลายลักษณ์อักษรที่ถือว่า ละเมิดเป็นลักษณะหนึ่งของหนี้ในทางแพ่งที่จะต้องชดใช้ให้แก่กัน โดยมุ่งหมายให้ผู้กระทำละเมิด ชดใช้ความเสียหายที่เกิดขึ้นในทำนองเดียวกับหนี้ตามสัญญาเพื่อชดใช้ทดแทนความเสียหายที่ ผู้ถูกกระทำละเมิดได้สูญเสียไป (Compensatory Damages) โดยในการกำหนดค่าเสียหายนั้นวางอยู่ บนพื้นฐานของการชดใช้ค่าเสียหายตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง (Actual Damage) ทั้งนี้เพื่อให้ ผู้เสียหายสามารถกลับคืนสู่ฐานะเดิมหรือใกล้เคียงกับฐานะเดิมมากที่สุด โดยเหตุผลที่ว่าผู้เสียหาย ไม่พึงได้รับการชดใช้ค่าเสียหายเกินกว่าหนี้ที่ผู้กระทำละเมิดมีต่อตน ส่วนกลุ่มประเทศที่ใช้ระบบ กฎหมายจารีตประเพณีมีแนวความคิดที่ว่า การกำหนดค่าเสียหายทางละเมิดเป็นเรื่องของพฤติกรรม และความร้ายแรงในแต่ละคดี โดยมีได้ยึดมั่นตามทฤษฎีว่าด้วยหนี้ เพราะนอกจากศาลจะกำหนดให้ ผู้กระทำละเมิดต้องชดใช้ค่าเสียหายตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงแล้ว ศาลยังอาจกำหนด ค่าเสียหายในส่วนที่เป็นการลงโทษผู้กระทำละเมิดได้อีก โสดหนึ่งด้วย ดังนั้น การกำหนดค่าเสียหายทางละเมิดในระบบกฎหมายจารีตประเพณีจึงมีแนวความคิดในทางอาญาเจือปนอยู่

เมื่อมาดูความหมายของค่าเสียหายเชิงลงโทษ (Punitive Damages) ซึ่งมีรากศัพท์มาจาก ภาษาอังกฤษว่า “Punish” ซึ่งแปลว่า “ลงโทษ” หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “ค่าเสียหายเพื่อเป็น

¹⁵ “แนวทางการพิจารณาความผิดทางแพ่งและทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะ : ศึกษารณณ์ วิชาชีพทนายความและวิชาชีพแพทย์” (รายงานผลการวิจัย) (น.178-189), โดย ภูมิ โชคเหมาะ, และคณะ, 2557, สถาบันวิจัยรพพัฒนาศักดิ์ สำนักงานศาลยุติธรรม.

เยี่ยงอย่าง (Exemplary Damages)” ค่าเสียหายในเชิงลงโทษนั้นถือเป็นค่าเสียหายอีกประเภทหนึ่ง นอกเหนือไปจากค่าเสียหายแบบค่าสินไหมทดแทน ซึ่งในสหรัฐอเมริกาเรียกว่า “Smart Money” ความหมายโดยทั่วไปของ “ค่าเสียหายในเชิงลงโทษ” หมายความว่า ค่าเสียหายในทางแพ่งซึ่งกำหนดให้เป็นค่าเสียหายที่เพิ่มเติมขึ้นนอกเหนือจากค่าเสียหายในเชิงทดแทน (Compensatory Damages) อันมีสาเหตุมาจากลักษณะและพฤติกรรมของจำเลยซึ่งได้กระทำละเมิดโดยมีเจตนาชั่วร้าย (Malice) จงใจหรือเจตนา (Willful Action) ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง (Gross Negligence) ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงโดยไม่คำนึงสิทธิของบุคคลอื่น (Recklessness) กดขี่ข่มเหง (Oppressive) ใ้ร้าย (Invidious) อันเป็นค่าเสียหายที่กำหนดขึ้นเพื่อเป็นการลงโทษผู้กระทำละเมิด และเพื่อเป็นการยับยั้งป้องปรามมิให้กระทำมิชอบเช่นนั้นอีก ขณะเดียวกันยังมุ่งเพื่อมิให้เป็นเยี่ยงอย่างแก่บุคคลอื่นมิให้กระทำตามเช่นนั้นด้วย ทั้งนี้จะไม่กำหนดให้สำหรับการกระทำละเมิดอันเป็นความสะเพร่าเพียงเล็กน้อยหรือเป็นความประมาทเลินเล่อโดยทั่วไป

วัตถุประสงค์ของการกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษถูกกำหนดเพิ่มเติมขึ้น นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนโดยทั่วไปมีวัตถุประสงค์เพื่อเยียวยาเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้น แต่เพียงอย่างเดียวแต่สำหรับค่าเสียหายในเชิงลงโทษนั้นถือเป็นค่าเสียหายอีกประเภทหนึ่งที่แยกต่างหากจากค่าสินไหมทดแทนและมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างไปจากการกำหนดค่าสินไหมทดแทน โดยการกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษนั้นวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการลงโทษจำเลยในคดีแพ่งในกรณีที่พฤติกรรมของจำเลยนั้นเป็นการกระทำโดยมีเจตนาชั่วร้าย จงใจ ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง กดขี่ข่มเหง การกระทำที่เลวร้ายรุนแรงอื่นๆ รวมทั้งการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ ขณะเดียวกันยังมุ่งเพื่อเป็นการยับยั้งป้องปรามการกระทำละเมิดที่อาจเกิดขึ้นหรือเพื่อเป็นเยี่ยงอย่างแก่บุคคลอื่นมิให้กระทำตามในอนาคต

อังกฤษถือเป็นประเทศแรกที่มีการนำเอาแนวความคิดของการกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษมาบังคับใช้ ซึ่งอังกฤษได้กำหนดหลักเกณฑ์ไว้คือ 1. กรณีที่เจ้าหน้าที่ของรัฐกระทำการตามอำเภอใจอันเป็นการกดขี่ข่มเหงประชาชนหรือกระทำการอันขัดต่อรัฐธรรมนูญ 2. กรณีจำเลยได้คำนวณแล้วว่าตนจะได้รับประโยชน์จากการกระทำละเมิดเกินไปจากค่าเสียหายที่จะต้องชดใช้ให้แก่โจทก์ และ 3. กรณีที่มีกฎหมายบัญญัติให้ต้องชดใช้ค่าเสียหายเชิงลงโทษไว้อย่างชัดเจน สำหรับความผิดนั้น ต่อมาได้วางแนวทางในการกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษว่าการพิจารณาศาลจะกำหนดค่าเสียหายเชิงลงโทษหรือไม่นั้นควรดูที่รูปแบบของการกระทำ โดยสามารถฟ้องเรียกค่าเสียหายในเชิงลงโทษได้ในกรณีความผิดร้ายแรงอื่นๆ ที่ไม่ใช่เป็นการกระทำละเมิดภายใต้ขอบเขตและข้อจำกัดในสามกรณีดังกล่าว

นิวซีแลนด์¹⁶ ได้วางหลักเกณฑ์ของการกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษไว้ว่า “ศาลอาจจะกำหนดจำนวนค่าเสียหายในเชิงลงโทษได้ เมื่อเห็นว่าเป็นกรณีจำเป็นเพื่อเป็นการสั่งสอนผู้กระทำละเมิดที่ไม่เกรงกลัวต่อกฎหมายของบ้านเมือง” นอกจากนี้การกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษของประเทศนิวซีแลนด์จะต้องปรากฏต่อศาลว่าการกระทำของจำเลยมีพฤติการณ์ร้ายแรง อุกอาจไม่นำพาต่อกฎหมายโดยไม่เหลียวแลเคารพสิทธิของโจทก์ หรือเป็นการกระทำโดยมีเจตนา ร้ายต่อโจทก์รวมทั้งการกระทำโดยประมาทเลินเล่อก็สามารถนำไปปรับใช้ได้ด้วย โดยต้องพิจารณาองค์ประกอบ 6 ประการดังต่อไปนี้¹⁷ คือ

1. ลักษณะความรุนแรงจากการทำความผิดของจำเลย
2. การกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษจะต้องมีความเหมาะสม และมีจำนวนที่แน่นอน
3. เป็นลาภที่ได้มาโดยโจทก์คาดไม่ถึง
4. เป็นการเอาทรัพย์สินของจำเลยไปให้แก่โจทก์
5. ความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเป็นความเสียหาย หรือสูญเสียของโจทก์
6. ต้องพิจารณาถึงความผิดครั้งก่อนที่จำเลยเคยถูกลงโทษ

ประเทศไทย มีการนำแนวความคิดในการกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษมาใช้ในคดีผู้บริโภค ตามมาตรา 42¹⁷ ที่ให้อำนาจศาลใช้ดุลพินิจกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษในคดีผู้บริโภคได้ เมื่อคดีเกี่ยวกับการความเสียหายทางการเข้ารับบริการทางการแพทย์เป็นคดีผู้บริโภคจึงทำให้ศาลสามารถกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษให้แก่ผู้ป่วยได้รับชดใช้ได้ แม้จะเป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วยซึ่งได้รับชดใช้ก็ตามแต่เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษเพื่อเป็นการ

¹⁶ จาก การกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษ : การนำมาใช้ในระบบกฎหมายไทย (น.52-54), โดย ว่าที่ร้อยตรีสุรชัย พ่วงชูศักดิ์, 2548, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก.

¹⁷ มาตรา 42 บัญญัติว่า “ถ้าการกระทำที่ถูกฟ้องร้องเกิดจากการที่ผู้ประกอบธุรกิจกระทำโดยเจตนาเอาเปรียบผู้บริโภค โดยไม่เป็นธรรมหรือจงใจให้ผู้บริโภคได้รับความเสียหายหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ไม่นำพาต่อความเสียหายที่จะเกิดแก่ผู้บริโภคหรือกระทำการอันเป็นการฝ่าฝืนต่อความรับผิดชอบในฐานะผู้มีอาชีพหรือธุรกิจอันยอมเป็นที่ไว้วางใจของประชาชน เมื่อศาลมีคำพิพากษาให้ผู้ประกอบธุรกิจชดใช้ค่าเสียหายแก่ผู้บริโภค ให้ศาลมีอำนาจสั่งให้ผู้ประกอบธุรกิจจ่ายค่าเสียหายเพื่อการลงโทษเพิ่มขึ้นจากจำนวนค่าเสียหายที่แท้จริงที่ศาลกำหนดได้ตามที่เห็นสมควร ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงพฤติการณ์ต่างๆ เช่น ความเสียหายที่ผู้บริโภคได้รับผลประโยชน์ที่ผู้ประกอบธุรกิจได้รับ สถานะทางการเงินของผู้ประกอบธุรกิจ การที่ผู้ประกอบธุรกิจได้บรรเทาความเสียหายที่เกิดขึ้น ตลอดจนการที่ผู้บริโภคมีส่วนในการก่อให้เกิดความเสียหายด้วย

การกำหนดค่าเสียหายเพื่อการลงโทษตามวรรคหนึ่ง ให้ศาลมีอำนาจกำหนดได้ไม่เกินสองเท่าของค่าเสียหายที่แท้จริงที่ศาลกำหนด แต่ถ้าค่าเสียหายที่แท้จริงศาลกำหนดมีจำนวนเงินไม่เกินห้าหมื่นบาท ให้ศาลมีอำนาจกำหนดค่าเสียหายเพื่อการลงโทษได้ไม่เกินห้าเท่าของค่าเสียหายที่แท้จริงที่ศาลกำหนด

ลงโทษจำเลยซึ่งกระทำโดยมีเจตนาร้าย จงใจ ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง กดขี่ข่มเหง การกระทำที่เลวร้ายรุนแรงอื่นๆ รวมทั้งการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ ขณะเดียวกันยังมุ่งเพื่อเป็นการยับยั้งป้องปรามการกระทำละเมิดที่อาจเกิดขึ้นหรือเพื่อเป็นเยี่ยงอย่างแก่บุคคลอื่นมิให้กระทำตามในอนาคต ซึ่งจะเห็นได้ว่า ค่าเสียหายในเชิงลงโทษนั้น ผู้กระทำต้องมีเจตนาร้าย กดขี่ข่มเหง แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ แต่ในคดีที่เกี่ยวกับการเข้ารับบริการทางการแพทย์แล้วได้รับความเสียหายขึ้นนั้น จึงมิใช่การกระทำของการมีการเจตนาร้าย แสวงหาประโยชน์ แต่การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วย ซึ่งบางครั้งความเสียหายอาจเกิดจากผลข้างเคียงของการรักษาโดยมิได้เกิดจากการกระทำโดยประมาทของแพทย์เพียงอย่างเดียว การกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษมาใช้ในคดีเกี่ยวกับการเข้ารับบริการทางการแพทย์จึงไม่น่าจะเหมาะสมและเป็นธรรมต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา นัก เพราะอาจทำให้แพทย์เกิดความเกรงกลัวที่จะทำการรักษาผู้ป่วยรายนั้น และผลเสียก็จะตกอยู่กับตัวของผู้ป่วยเอง

ปกติความเสียหายจากการกระทำโดยละเมิด มีหลักการชดใช้คือมุ่งหมายให้ผู้เสียหายสามารถกลับคืนสู่ฐานะเดิมหรือใกล้เคียงกับฐานะเดิมมากที่สุด คือการชดใช้ตามความเสียหายที่แท้จริง หากนำค่าเสียหายในเชิงลงโทษมาใช้กับคดีดังกล่าวจะทำให้ขัดกับหลักการดังกล่าว ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยได้รับความเสียหายที่เกิดจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์นั้น บางครั้งจำนวนเงินดังกล่าวก็ไม่สามารถเยียวยาได้ดีเท่ากับให้แพทย์ทำการรักษาให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจนกระทั่งกลับหายเป็นปกติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์มากกว่าที่จะมุ่งเพียงแต่ให้ชดใช้เป็นจำนวนเงิน

ส่วนของการจ่ายเงินที่เกินกว่าจำนวนเงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายเป็นค่าเสียหายในเบื้องต้นแล้ว ผู้ป่วยจะต้องนำคดีมาฟ้องร้องเอง ซึ่งหากฟ้องร้องบางครั้งก็ใช้หนทางที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยนัก ทั้งการกำหนดค่าเสียหายให้ นั้น ศาลควรที่จะมีการนำพยานผู้เชี่ยวชาญที่ศาลแต่งตั้งและได้มีการตรวจสอบมาตรฐานมาเป็นพยานผู้เชี่ยวชาญคนกลางเพื่อให้คำแนะนำศาลในการกำหนดจำนวนค่าเสียหายอีกด้วย หากได้มีการแก้ไขในส่วนของการเรียกร้องจากกองทุนหลักประกันสุขภาพด้วยการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นเป็นตัวเงิน และให้มีการเจรจาทำการรักษา หรือดูแลผู้ป่วยย่อมจะเป็นผลดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่าที่จะให้มีการฟ้องร้องคดีกัน ทั้งยังเป็นธรรมและไม่เป็นการทำลายขวัญและกำลังใจต่อแพทย์ที่ทำการรักษาอีกด้วย หากได้มีการแก้ไขในส่วนนี้จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมมากกว่า

สรุปได้ว่า ปัญหาที่เกิดจากเงินในส่วนที่เกินกว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้จ่ายได้แล้วนั้น เมื่อผู้รับบริการรักษาพยาบาลซึ่งได้รับความเสียหายต้องการที่ฟ้องร้องเรียกเงินเพิ่มเติม หรือกรณีผู้รับบริการรักษาพยาบาลนั้น ไม่มีสิทธิตามมาตรา 41 แล้วก็ตาม ผู้รับบริการจะต้องนำคดีไปฟ้องร้องโดยศาลถือว่าคดีเกี่ยวกับการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลเป็นคดี

ผู้บริโภคจึงต้องดำเนินคดีตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ซึ่งตามพระราชบัญญัติดังกล่าวให้ศาลสามารถใช้ดุลพินิจกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษแก่ผู้กระทำผิดได้ด้วย แต่ตามหลักการของการกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษนั้นเพื่อลงโทษผู้กระทำความผิดซึ่งมีเจตนาชั่วร้าย ซึ่งแตกต่างจากกรณีการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่ผู้ให้บริการต้องการให้ผู้รับบริการรักษาพยาบาลหายจากอาการที่ต้องทนทุกข์ทรมาน จึงเป็นการขัดกับหลักการของการกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษ จึงควรที่จะทำการแก้ไขในส่วนนี้โดยการไม่นำมาใช้กับการฟ้องร้องเพิ่มเติมเพื่อเรียกค่าเสียหายในคดีที่เกี่ยวกับการบริการทางการรักษาพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ยังคงพบว่ามีปัญหาที่ยังคงต้องทำการแก้ไข ไม่ว่าจะเป็นวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุน ผู้ซึ่งมีสิทธิได้รับการเยียวยาความเสียหาย แหล่งที่มาของเงินกองทุน รวมถึงตลอดถึงประเภทของการเยียวยาความเสียหาย ดังนั้น เพื่อให้มีการจัดตั้งกองทุนที่สามารถคุ้มครองและให้การเยียวยาแก่ผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงการจ่ายเยียวยาความเสียหายที่ครอบคลุมความเสียหายได้ทั้งหมดทุกส่วน ซึ่งจะได้เสนอแนะแนวทางในบทที่ 5 ต่อไป

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

จากที่ได้ทำการศึกษาถึงปัญหาและวิเคราะห์ปัญหากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยศึกษาเปรียบเทียบกับกฎหมายว่าด้วยการเยียวยาความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์ที่มีการจัดตั้งกองทุนเยียวยาของนิวซีแลนด์ และราชอาณาจักรสวีเดนดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ทำให้ทราบถึงปัญหาทางกฎหมายของประเทศไทยที่ยังมีปัญหาคงสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

5.1.1 ปัญหาของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ไม่ได้กำหนดไว้เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายเงินเยียวยาให้แก่ผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น มาตรา 38 ที่บัญญัติให้จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ นั้น เห็นได้ว่า การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นตามมาตรานี้ เจตนารมณ์ของกฎหมายที่ให้มีการจัดตั้งกองทุนขึ้นเพื่อต้องการให้มีเงินไว้สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายให้กับประชาชนซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข แต่วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนตามมาตรา 38 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มิใช่เพื่อเป็นค่าเยียวยาความเสียหาย แต่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายให้กับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับประชาชนที่ลงทะเบียนใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันเป็นค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อเข้าทำการรักษาแล้วร่วมจ่ายเพียง 30 บาท ส่วนที่เหลือจะเป็นเงินอุดหนุนจากรัฐบาลที่จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข เมื่อความเสียหายเกิดขึ้นและต้องการได้รับการเยียวยาคือการจ่ายเงินเยียวยาอันเป็นค่าเสียหายเบื้องต้นจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การจ่ายเงินจากกองทุนเป็นการจ่ายเงินตามมาตรา 41 บัญญัติไว้ว่า “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงิน

ช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำความผิดมิได้หรือหาผู้กระทำความผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับความเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด” เห็นได้ว่า แม้จะมีการจ่ายเงินเยียวยาให้กับผู้ได้รับความเสียหายก็ตามแต่การจ่ายเงินดังกล่าวก็มิได้จ่ายอันเนื่องมาจากวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่อย่างใด แต่เป็นการจ่ายตามมาตรา 41 นี้ต่างหาก วัตถุประสงค์หลักของกองทุนจึงมิได้มุ่งที่จะเยียวยา เยียวยาความเสียหายให้กับทายาทหรือผู้เข้ารับบริการซึ่งได้รับความเสียหายแต่เป็นการจัดตั้งกองทุนขึ้นมาเพื่อนำเงินจากกองทุนไว้สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายให้กับผู้ซึ่งใช้สิทธิลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขเกิดค่าใช้จ่ายขึ้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้กับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมตามโครงการกับรัฐบาล เงินที่จ่ายให้กับสถานพยาบาลก็นำมาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดไว้เป็นวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามมาตรา 38

ดังนั้น การจ่ายเงินอันเนื่องมาจากความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข จึงมิใช่เป็นการจ่ายเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดวัตถุประสงค์ไว้เพื่อเยียวยาทายาทหรือผู้เข้ารับบริการที่ได้รับความเสียหายไว้เป็นการเฉพาะแต่อย่างใด เนื่องจากวัตถุประสงค์ของกองทุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายให้กับสถานพยาบาลให้กับผู้ซึ่งใช้สิทธิลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น วัตถุประสงค์หลักของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมิใช่กำหนดขึ้นเพื่อเป็นการเยียวยาความเสียหายให้กับผู้เข้ารับบริการหรือทายาทซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขเป็นการเฉพาะ จึงทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่สามารถเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.1.2 ปัญหาของผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองและเยียวยาโดยได้รับเงินเยียวยาตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

การเยียวยาผู้ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 41 ผู้ที่ได้รับสิทธิจากมาตราดังกล่าวคือ ผู้ที่ใช้สิทธิลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียงกลุ่มเดียวเท่านั้นจากประชาชนทั้งประเทศที่ปัจจุบันสิทธิของการเข้ารับบริการสาธารณสุขมี 3 สิทธิ คือ (1) สิทธิประกันสังคม (2) สิทธิสวัสดิการข้าราชการ (3) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยังมีผู้ที่เข้ารับรักษาพยาบาลที่ไม่ใช้สิทธิใดๆ เลย แต่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลด้วยการจ่ายเงินของตนเอง แต่ผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินเยียวยาตามมาตรา 41 กลับมีเพียงผู้เข้ารับบริการที่ใช้สิทธิหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ส่วนสิทธิอื่นๆ เมื่อเกิดความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขจะไม่สามารถขอรับเงินเยียวยาตามมาตรา 41 นี้ได้ กลับต้องใช้สิทธิเรียกร้องจากศาลเอง

การบัญญัติมาตรา 41 แม้จะมีประโยชน์ต่อประชาชนก็ตามแต่ก็เป็นเพียงกลุ่มบุคคลเดียวเท่านั้นที่ได้รับประโยชน์ ซึ่งไม่ครอบคลุมประชาชนทั้งประเทศ ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคเท่าเทียมกันระหว่างประชาชนและสิทธิการเข้ารับบริการสาธารณสุข แม้ปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร พุทธศักราช 2550 จะได้ถูกยกเลิกไปแล้ว เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 เกิดรัฐประหาร โดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา เป็นหัวหน้า ประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 สิ้นสุดลง ก็ตาม แต่ก็มี การประกาศให้ใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 เป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ 19 ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย(ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 ยังได้บัญญัติเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค ที่ชนชาวไทย เคยได้รับการคุ้มครองมาก่อน ย่อมได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญนี้เช่นเดิม

บทบัญญัติ มาตรา 4 “ภายใต้บังคับบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค บรรดาที่ชนชาวไทยเคยได้รับการคุ้มครองตามประเพณี การปกครองประเทศไทย ในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขและตามพันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศไทย มีอยู่แล้ว ย่อมได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญนี้”

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคที่ได้กล่าวไว้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ประชาชนชาวไทยเคยได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 จึงย่อมได้รับเช่นเดิมตามมาตรา 4 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 จึงไม่สอดคล้องกับมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ให้ความคุ้มครองคือเยียวยาประชาชนซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการเพียงผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น จึงทำให้เกิดความไม่เสมอภาคเท่าเทียมกัน หากได้รับการแก้ไขให้ประชาชนได้รับสิทธิเยียวยาที่เสมอภาคกันจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกันยิ่งขึ้น

5.1.3 ปัญหาของประเภทการเยียวยาความเสียหายให้กับผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การเยียวยาความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขตามกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น ได้วางหลักเกณฑ์การเยียวยาไว้ในข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 ซึ่งมีผลใช้บังคับในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ข้อ 4 ในข้อบังคับนี้...

“เงินช่วยเหลือ” หมายความว่า เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการหรือทายาท ในกรณีที่ผู้ให้บริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข

“ข้อ 6 ประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขและอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือ แบ่งเป็น

(1) กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวรหรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท

(2) กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท

(3) กรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือได้ไม่เกิน 100,000 บาท”

ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวจะมีการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แล้วก็ตามแต่ก็เป็นเพียงการกำหนด “เบื้องต้น” และมีเพดานการใช้จ่ายเงินตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว

การจ่ายค่าเยียวยาตามมาตรา 41 ประกอบข้อบังคับ ข้อ 6 นี้ หากได้รับความเสียหายที่มีมากเกินไปกว่าค่าเยียวยาตามข้อ 6 แล้ว ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลต้องนำคดีไปฟ้องร้องในส่วนที่ค่าเยียวยาเองซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่สามารถเยียวยาได้เพียงพอ

สรุปได้ว่า การจ่ายค่าเยียวยาของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหลักเกณฑ์ครอบคลุมความเสียหายที่แคบเนื่องจากกำหนดให้มีการจ่ายเยียวยาเพียง “ค่าเสียหายเบื้องต้น” ซึ่งระบุไว้เพียง 3 กรณี คือ (1) กรณีเสียชีวิต ทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต (2) กรณีสูญเสียอวัยวะ หรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และ (3) กรณีบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง เพียง 3 กรณี เท่านั้นที่กฎหมายให้ความคุ้มครองถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น แต่หากเป็นกรณีอื่นนอกเหนือจากนี้ เช่น บาดเจ็บและต้องหยุดงาน คงได้เพียงเงินเยียวยา “ค่าเสียหายเบื้องต้น” เท่านั้น แต่ในส่วนของการหยุดงานและทำให้ต้องถูกหักเงินจากการทำงานซึ่งก็ถือได้ว่าเป็นความเสียหายที่ต่อเนื่องจากการเข้ารับบริการเช่นเดียวกัน ในส่วนนี้ประเทศไทยยังคงไม่ให้ความคุ้มครองได้เท่ากับของต่างประเทศ ทำให้ผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความเสียหายของประเทศไทยไม่ได้รับการเยียวยาที่ครอบคลุมเมื่อเทียบกับต่างประเทศ และแม้ผู้เข้ารับบริการได้รับการเยียวยาแล้วก็ตาม แต่หากเงินจำนวนดังกล่าวไม่เพียงพอต่อการรักษาที่ต้องทำการรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง ก็คงไม่เพียงพอ

ต่อการรักษาพยาบาลในสภาวะปัจจุบันที่มีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ซึ่งหากใช้ระยะเวลารักษาค่าที่ยาวนานจะทำให้เป็นภาระและมีค่าใช้จ่ายที่สูง แต่หากกำหนดประเภทของค่าเสียหายเป็นให้แพทย์ทำการรักษาจนกว่าอาการจะหายดีโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย น่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้เสียหายและทายาทมากกว่า ทั้งยังไม่เป็นภาระให้ผู้เสียหายหรือทายาทต้องนำคดีมาฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายเพิ่มเติมอีก จึงเห็นว่าหากได้มีการกำหนดประเภทของการจ่ายเสียหายให้ครอบคลุมและคำนึงถึงผลประโยชน์ต่อตัวผู้เสียหายและทายาทที่จะได้รับแล้ว ก็จะเป็นธรรมมากกว่า ซึ่งปัญหาดังกล่าวควรที่จะต้องนำมาแก้ไขเพื่อประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวมยิ่งขึ้น

5.1.4 ปัญหาของแหล่งที่มาของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมาตรา 39 เป็นการบัญญัติถึงแหล่งที่มาของเงินกองทุนว่ามาจากที่ใดบ้าง ซึ่งส่วนใหญ่เงินของกองทุนจะมาจากเงินของรัฐคือภาษีของประชาชนนั่นเอง โดยที่ไม่มีเงินในส่วนของสถานบริการพยาบาลเอกชนเข้าร่วมสมทบด้วยแต่อย่างใด ส่วนใหญ่สถานบริการพยาบาลเอกชนจะทำการซื้อประกันไว้กับบริษัทที่รับประกันภัยเพื่อรับผิดชอบในความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีแหล่งที่มาของเงินกองทุนมาจากเงินอุดหนุนของรัฐซึ่งถือได้ว่าเป็นเงินภาษีของประชาชน ทั้งสิ้น โดยที่ไม่มีเงินสมทบของสถานบริการพยาบาลเอกชนร่วมอยู่ด้วย

ความเสียหายที่เกิดจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนี้เกิดขึ้นได้ทั้งจากสถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลของเอกชน การที่สถานพยาบาลเอกชนเลือกที่จะไม่ส่งเงินเข้าร่วมสมทบกับหน่วยงานของภาครัฐโดยอ้างว่าได้ซื้อประกันภัยไว้กับบริษัทที่รับประกันภัยแล้ว หากมีกรณีที่เกิดความเสียหายขึ้นจากสถานพยาบาลของเอกชนที่มีการเอาประกันภัยไว้ บริษัทที่รับประกันภัยก็จะเข้ามาดูแลรับผิดชอบผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการดังกล่าว แต่ตามเจตนารมณ์ของการจัดตั้งกองทุนขึ้นมาเพื่อต้องการให้ประชาชนที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขไม่ต้องยุ่งยากในการต้องติดตามการเยียวยา เพื่อให้การเยียวยาที่ทันต่อเหตุการณ์ของความเสียหายได้ทันทั่วถึง แม้สถานพยาบาลเอกชนจะอ้างถึงการเอาประกันภัยดังกล่าวไว้แล้วก็ตาม แต่เมื่อเกิดความเสียหายการจ่ายเงินเยียวยาของบริษัทประกันภัยย่อมมีขั้นตอนการพิสูจน์ที่ยุ่งยาก ทำให้ผู้ซึ่งได้รับความเสียหายได้รับความยุ่งยากของขั้นตอนการเรียกร้องสิทธิ และต้องเป็นผู้ดำเนินเรื่องเองทั้งหมด เมื่อเทียบกับการจัดตั้งกองทุนที่มีเจตนารมณ์ที่ต้องการให้ประชาชนได้รับความรู้สึกอุ่นใจเมื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขหากเกิดความเสียหายก็ไม่ต้องยุ่งยาก จะได้รับความคุ้มครองจากเงินกองทุนโดยไม่ต้องรู้สึกว่าการซ้ำเติมอีกแต่อย่างใดกับขั้นตอนของการเรียกร้องเงินเยียวยา

ดังนั้น เมื่อความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขในปัจจุบันเกิดขึ้นได้ทั้งจากสถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลของเอกชน ประชาชนต้องการที่จะได้รับความคุ้มครองที่เสมอภาคเท่าเทียมกัน โดยที่หากเป็นของภาครัฐจะได้รับเงินเยียวยาจากกองทุน แต่หากเป็นของภาคเอกชนจะต้องไปเรียกร้องจากบริษัทประกันภัยที่รับประกันภัยจากสถานพยาบาลเอกชนเอง ซึ่งทำให้เกิดความยุ่งยากไม่ทันต่อความเสียหาย สถานพยาบาลเอกชนจึงควรที่จะเข้าร่วมส่งเงินสมทบเข้ากับกองทุนเพื่อให้เกิดความทัดเทียมกันในระหว่างสถานพยาบาลด้วยกันเอง และเพื่อให้ประชาชนได้รับความคุ้มครองที่เท่าเทียมกันในการใช้สิทธิเรียกร้องที่ไม่ต้องยุ่งยากต่อการต่อรองกับบริษัทที่รับประกันภัยแต่อย่างใด

5.1.5 ปัญหาเกี่ยวกับการบริการจัดการ และดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่มีความเป็นอิสระจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปัจจุบันกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดตั้งขึ้นตามมาตรา 38 ที่บัญญัติว่า “ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ...” และมาตรา 40 บัญญัติว่า “การรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการนำเงินกองทุนไปจัดหาประโยชน์ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด”

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงอยู่ภายใต้การควบคุม กำกับ ดูแล ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้มีอำนาจในการจัดการกองทุนจึงได้แก่ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอำนาจกำหนดคน โยบาย การบริหารจัดการเงินในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นหน่วยงานโดยตรงที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล มีหน้าที่ เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุน ทั้งการจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ และรับเงินจากการจัดสรรงบประมาณของรัฐ แต่เนื่องจากกองทุนไม่มีฐานะเป็นนิติบุคคล ทำให้การบริหารจัดการไม่มีความเป็นอิสระต้องอยู่ภายใต้การอนุมัติ ควบคุมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงทำให้เกิดปัญหา ของการถูกรวบงำของสำนักงานที่กำกับ ควบคุม ดูแล จึงทำให้การบริหารการเงินในกองทุนไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นได้ ซึ่งจากที่ผู้เขียนได้ศึกษารายงานของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินที่มีหน้าที่ตรวจสอบการใช้จ่ายเงินงบประมาณของแผ่นดินที่หน่วยงานภาครัฐได้รับจัดสรร ไปจากรัฐบาลทำให้พบว่า การดำเนินการใช้จ่ายเงินของกองทุนไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กฎหมายกำหนดไว้ ทั้งยังมีการเบิกจ่ายเงินผิดประเภท และเกินกว่าความจำเป็นที่ต้องใช้ ทำให้ประโยชน์ที่ประชาชนควรจะได้รับกลับ

ไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่บัญญัติให้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น

จากการศึกษา ผู้เขียนพบว่า ระบบสุขภาพของประเทศไทยแม้จะมีหน่วยงานของภาครัฐที่ทำหน้าที่กำกับ ควบคุม ดูแล ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ตาม แต่การดำเนินงานของกองทุนอยู่ภายใต้การควบคุม กำกับ ดูแล และดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ทำหน้าที่จ่ายเงินเยียวยา “ค่าเสียหายเบื้องต้น” ให้แก่ผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการ แต่ก็พบว่ากองทุนยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับการเบิกจ่าย ควบคุม เงินของกองทุนที่ขาดความเป็นอิสระจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีการนำเงิน ไปใช้นอกเหนือจากที่กฎหมายกำหนดไว้ หากมีการจัดตั้งกองทุน โดยให้เป็นหน่วยงานอิสระ เป็นนิติบุคคลซึ่งจะทำให้กองทุนมีสภาพการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและเป็นอิสระ คล่องตัวในการตรวจสอบและควบคุมเกี่ยวกับระบบการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่เกิดความผิดพลาดบ่อยครั้ง ได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

5.1.6 วิเคราะห์ปัญหาของการใช้สิทธิไล่เบี้ยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามมาตรา 42 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

จากการศึกษาผู้เขียนพบว่า ตามมาตรา 42 บัญญัติว่า “ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41 เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้” เป็นกรณีที่หากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จ่ายเงินเยียวยา “ค่าเสียหายเบื้องต้น” ไปแล้ว ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพสามารถเข้ารับช่วงสิทธิเรียกร้องเงินคืนได้จากผู้กระทำผิด เมื่อหาตัวผู้กระทำผิดได้แล้ว แต่เนื่องจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ไม่มีมาตราใดที่บัญญัติให้เงิน “ค่าเสียหายเบื้องต้น” ถือเป็นส่วนหนึ่งของเงินค่าสินไหมทดแทนที่อาจฟ้องเรียกเพิ่มเติมได้ตามความเสียหายที่แท้จริง หากเงินเยียวยาที่ได้รับไปไม่เพียงพอต่อความเสียหายที่ได้รับ ซึ่งอาจมีบางกรณีที่ผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขเมื่อได้รับเงินเยียวยาไปแล้วอาจนำคดีไปฟ้องเรียกเงินค่าสินไหมทดแทนเพิ่มเติม เมื่อไม่มีกฎหมายบัญญัติให้เงิน “ค่าเสียหายเบื้องต้น” ที่ผู้ซึ่งได้รับความเสียหายได้รับไปจากกองทุนให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทนที่ผู้เสียหายอาจนำคดีไปฟ้องเรียกเพิ่มเติมด้วย จะทำให้เกิดปัญหาของผู้กระทำผิดต้องจ่ายเงินซ้ำซ้อนกันขึ้นได้ และทำให้ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายได้รับเงินซ้ำซ้อนกันอีกด้วย เพื่อประโยชน์และความเป็นธรรมต่อทั้งตัวผู้ได้รับความเสียหายและผู้กระทำผิด จึงควรที่จะให้มีการบัญญัติเพิ่มเข้าไปให้ชัดเจนว่าเงินของกองทุนถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหม

ทดแทนในคดีแพ่งตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ หรือตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดี ผู้บริโภค พ.ศ. 2551 เพื่อให้เกิดความชัดเจนไม่เป็นข้อโต้แย้งกันอีกได้

5.1.7 ปัญหาของการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในส่วนของ ผู้ที่ถูกจำกัดสิทธิโดยกฎหมาย และในส่วนของเกินกว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ โดยนำพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาใช้บังคับ

ปัจจุบันคดีเกี่ยวกับการเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้มีคำวินิจฉัยของประธาน ศาลอุทธรณ์ (คำวินิจฉัยที่ 8/2551 ในคดีหมายเลขดำที่ 2884/2551 ของศาลแขวงสุรินทร์ ระหว่าง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โจทก์ กับ บริษัทสัมพันธ์ประกันภัย จำกัด จำกัดที่ 1 และ นายพรศักดิ์ สันประโคน จำกัดที่ 2) เป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ทำให้การดำเนินคดีตกอยู่ภายใต้ระบบวิธีพิจารณาคดีตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดี ผู้บริโภค พ.ศ. 2551

แม้ว่าคดีที่เกี่ยวกับการได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์จะได้มี คำวินิจฉัยของประธานศาลอุทธรณ์ให้เป็นคดีผู้บริโภคและนำพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดี ผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาใช้ในการดำเนินกระบวนการพิจารณาสืบพยาน ซึ่งถือเป็นผลดีต่อผู้ป่วยที่ได้รับ ความเสียหาย ไม่ต้องมีการพิจารณาพิสูจน์ก็ตาม แต่ก็ยังคงมีปัญหาในประเด็นเรื่องการกำหนดจำนวน ค่าเสียหายที่ปัจจุบันยังไม่มีหลักเกณฑ์ในการกำหนดจำนวนที่แน่นอนได้ คงมีเพียงการกำหนดโดย ใช้ดุลพินิจของศาลที่เป็นตัวกำหนดเท่านั้น ตลอดจนการพิจารณาของศาลก็ตามแต่ในการ ดำเนินคดีผู้บริโภคนั้น ศาลสามารถกำหนดจำนวนค่าเสียหายเชิงลงโทษ (Punitive Damages) ให้แก่ผู้เสียหายได้อีกด้วย ซึ่งเป็นแนวความคิดของประเทศที่ใช้หลักกฎหมายจารีตประเพณี ต่างกับ แนวคิดหลักในเรื่องละเมิดของประเทศที่ใช้หลักกฎหมายลายลักษณ์อักษรที่ถือว่าละเมิดเป็น ลักษณะหนึ่งของหนี้ในทางแพ่งที่จะต้องชดใช้ให้แก่กัน โดยมุ่งหมายให้ผู้กระทำละเมิดชดใช้ ความเสียหายที่เกิดขึ้นในทำนองเดียวกับหนี้ตามสัญญาเพื่อชดใช้ทดแทนความเสียหายที่ ผู้ถูกกระทำละเมิดได้สูญเสียไป (Compensatory Damages) โดยในการกำหนดค่าเสียหายนั้นวางอยู่ บนพื้นฐานของการชดใช้ค่าเสียหายตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง (Actual Damage) ทั้งนี้เพื่อให้ ผู้เสียหายสามารถกลับคืนสู่ฐานะเดิมหรือใกล้เคียงกับฐานะเดิมมากที่สุด เมื่อมาดูความหมายของ ค่าเสียหายเชิงลงโทษ (Punitive Damages) ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาอังกฤษว่า “Punish” ซึ่งแปลว่า “ลงโทษ” หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าค่าเสียหายเพื่อเป็นเยี่ยงอย่าง (Exemplary Damages) ค่าเสียหาย ในเชิงลงโทษนั้นถือเป็นค่าเสียหายอีกประเภทหนึ่งนอกเหนือไปจากค่าเสียหายแบบค่าสินไหม ทดแทน ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาเรียกว่า “Smart Money” ความหมายโดยทั่วไปของ “ค่าเสียหาย

ในเชิงลงโทษ” หมายความว่า ค่าเสียหายในทางแพ่งซึ่งกำหนดให้เป็นค่าเสียหายที่เพิ่มเติมขึ้น นอกเหนือจากค่าเสียหายในเชิงทดแทน (Compensatory Damages) อันมีสาเหตุมาจากลักษณะและ พฤติการณ์ของจำเลยที่ได้กระทำละเมิดโดยมีเจตนาชั่วร้าย (Malice) จงใจหรือเจตนา (Willful Action) ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง (Gross Negligence) ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงโดยไม่คำนึงสิทธิของบุคคลอื่น (Recklessness) กดขี่ข่มเหง (Oppressive) ใสร้าย (Invidious) อันเป็น ค่าเสียหายที่กำหนดขึ้นเพื่อเป็นการลงโทษผู้กระทำละเมิดและเพื่อเป็นการยับยั้งป้องปรามมิให้ กระทำมิชอบเช่นนั้นอีก ขณะเดียวกันยังมุ่งเพื่อเป็นเยี่ยงอย่างแก่บุคคลอื่นมิให้กระทำความเช่นนั้น ด้วย ทั้งนี้จะไม่กำหนดให้สำหรับการกระทำละเมิดอันเป็นความสะเพร่าเพียงเล็กน้อยหรือเป็น ความประมาทเลินเล่อโดยทั่วไป

ประเทศไทย มีการนำแนวความคิดในการกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษมาใช้ใน คดีผู้บริโภค ตามมาตรา 42 ที่ให้อำนาจศาลใช้ดุลพินิจกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษในคดี ผู้บริโภคได้ เมื่อคดีเกี่ยวกับการความเสียหายทางการเข้ารับบริการทางการแพทย์เป็นคดีผู้บริโภคจึง ทำให้ศาลสามารถกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษให้แก่ผู้ป่วยได้รับชดใช้ได้ แม้จะเป็นผลดีต่อตัว ผู้ป่วยที่ได้รับชดใช้ก็ตามแต่เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษเพื่อ เป็นการลงโทษจำเลยที่กระทำโดยมีเจตนาชั่วร้าย จงใจ ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง กดขี่ข่มเหง การกระทำที่เลวร้ายรุนแรงอื่นๆ รวมทั้งการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ ขณะเดียวกันยังมุ่งเพื่อ เป็นการยับยั้งป้องปรามการกระทำละเมิดที่อาจเกิดขึ้นหรือเพื่อเป็นเยี่ยงอย่างแก่บุคคลอื่นมิให้ กระทำตามในอนาคต ซึ่งจะเห็นได้ว่า ค่าเสียหายในเชิงลงโทษนั้น ผู้กระทำต้องมีเจตนาชั่วร้าย กดขี่ ข่มเหง แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ แต่ในคดีที่เกี่ยวกับการเข้ารับบริการทางการแพทย์แล้วได้รับความเสียหายขึ้นนั้น จึงมิใช่การกระทำของการมีการเจตนาชั่วร้าย แสวงหาประโยชน์ แต่การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วย ซึ่งบางครั้งความเสียหายอาจเกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา โดยมีได้เกิดจากการกระทำโดยประมาทของแพทย์เพียงอย่างเดียว การกำหนดค่าเสียหายในเชิง ลงโทษมาใช้ในคดีเกี่ยวกับการเข้ารับบริการทางการแพทย์จึงไม่น่าจะเหมาะสมและเป็นธรรมต่อ แพทย์ผู้ทำการรักษานัก เพราะอาจทำให้แพทย์เกิดความเกรงกลัวที่จะทำการรักษาผู้ป่วยรายนั้น และ ผลเสียก็จะตกอยู่กับตัวของผู้ป่วยเอง

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาเกี่ยวกับกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้มีวัตถุประสงค์ที่มุ่งคุ้มครองเยียวยาผู้ที่ได้รับความเสียหายจาก การเข้ารับบริการสาธารณสุขที่ให้ความคุ้มครองครอบคลุมประชาชนทุกคนภายในประเทศที่จะ ได้รับประโยชน์จากเงินกองทุนอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน เพื่อเป็นการรักษาระดับ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการคือแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ กับผู้เข้ารับบริการ คือผู้ป่วย

หรือทายาทของผู้ป่วยให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ไม่หว่าดระแวงกัน ยังเป็นการลดการฟ้องร้อง เป็นคดีความต่อกัน และผู้ป่วยหรือทายาทที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข ก็ได้รับการเยียวยาเยียวยาที่เหมาะสมและยุติธรรม ซึ่งผู้เขียนจะได้มีการนำเสนอในส่วนของ ข้อเสนอแนะต่อไป

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตาม กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้เขียนขอเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข เพิ่มเติมเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดังต่อไปนี้

5.2.1 วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุน

ผู้เขียนมีความเห็นว่า ปัจจุบันกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมิได้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเยียวยาค่าเสียหายให้กับผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขซึ่งได้รับความเสียหายแต่อย่างใด ทำให้การ เยียวยาค่าเสียหายไม่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ดังนั้น จึงควรให้มีการจัดตั้งกองทุนขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการจ่ายเงินเยียวยา ให้กับผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขไว้เป็นการเฉพาะ จะทำให้การจ่ายเงิน เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งเหมือนกับการจัดตั้งกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และกองทุนเงินทดแทน ที่มีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่จัดตั้งตรงตามเจตนารมณ์เพื่อคุ้มครอง ผู้ซึ่งได้รับความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดและรู้ตัวผู้กระทำความผิดจะทำให้การเยียวยา ผู้ที่ได้รับความเสียหายได้รับประโยชน์อย่างสูงสุดดังนี้

“ให้จัดตั้งกองทุนขึ้น เรียกว่า “กองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อจ่ายเงินเยียวยาให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาทซึ่งได้รับความเสียหายจากการ เข้ารับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดและรู้ตัวผู้กระทำความผิด”

5.2.2 บุคคลซึ่งได้รับการเยียวยาความเสียหายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้เขียนเห็นว่า ปัจจุบันปัญหาทางกฎหมายของการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตาม มาตรา 41 ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกิดจากการกำหนดตัวบุคคลผู้ซึ่งได้รับสิทธิว่า จะต้องเป็นผู้เข้ารับบริการที่ลงทะเบียนใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ทำให้เกิดความ ไม่เป็นธรรมและไม่เสมอภาคระหว่างประชาชนคนไทยด้วยกัน ควรมีการแก้ไขเกี่ยวกับบุคคลซึ่ง ได้รับสิทธิคือจากเดิม

“มาตรา 5 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 บัญญัติว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้...” และ

“มาตรา 6 บัญญัติว่า “บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ”

ผู้เขียนมีความเห็นว่า ควรแก้ไขมาตราดังกล่าวโดยให้ยกเลิกและให้บัญญัติใหม่เป็น

“บุคคลทุกคนที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขได้รับการเยียวยาจากกองทุน”

5.2.3 ประเภทของการเยียวยาความเสียหาย

ผู้เขียนเห็นว่า การเยียวยาความเสียหายเบื้องต้นตามกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบันมีการเยียวยาเพียงประเภทที่เป็นตัวเงินเท่านั้น ทั้งยังมีเขตแดนการจ่ายไว้ที่จำนวนสูงสุดคือกรณีเสียชีวิตหรือพิการเป็นจำนวนเงิน 400,000 บาท เมื่อเทียบกับประเทศที่ได้ทำการศึกษาคือประเทศนิวซีแลนด์ และราชอาณาจักรสวีเดนที่จ่ายเยียวยาให้กับผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายเกิดขึ้นครอบคลุมถึงกรณีผู้ซึ่งได้รับความเสียหายต้องหยุดงานเนื่องจากความเสียหายนั้นยังได้รับการเยียวยาจากการหยุดงานอีกต่างหาก โดยไม่ต้องไปฟ้องเรียกร้อง การเยียวยาของต่างประเทศจึงเป็นการจ่ายที่ครอบคลุมมากกว่าของประเทศไทย

ผู้เขียนเห็นว่า ควรยกเลิกและแก้ไขการเยียวยาความเสียหายตามหลักเกณฑ์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในปัจจุบันคือ

“ข้อ 6 ประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขและอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือ แบ่งเป็น

(1) กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวรหรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท

(2) กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือได้ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท

(3) กรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือได้ไม่เกิน 100,000 บาท” การแก้ไขโดยให้ปรับเปลี่ยนวิธีการเยียวยาให้ครอบคลุมทั้งความเสียหายรวมทั้งหมดคือ

“1. กรณีความเสียหายที่ไม่เป็นตัวเงินคือ กรณีของการเป็นเจ้าหญิงนิทราที่มีเพียงลมหายใจแต่ไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ หรือผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจนกระทั่งพิการ ควรได้รับการเยียวยาที่ไม่เพียงแต่เป็นจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ควรให้ได้รับการเยียวยาโดย

การให้ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลและแพทย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจนกระทั่งสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือจนกระทั่งถึงแก่ชีวิต

2. กรณีที่ผู้ซึ่งได้รับความเสียหายใช้สิทธิรับเงินจากกองทุนแล้วยอมไม่มีสิทธิที่น่าคดีไปฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายเพิ่มเติมอีกได้ เว้นแต่จะสละสิทธิรับเงินจากกองทุนนี้”

หากผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขได้รับการเยียวยาความเสียหายที่เพียงพอต่อความเสียหายแล้วก็จะทำให้ไม่น่าคดีไปฟ้องร้องต่อศาลอันเป็นการลดปัญหาการฟ้องร้องได้อีกทางหนึ่งด้วยซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นธรรมต่อผู้ซึ่งได้รับความเสียหายมากยิ่งขึ้น

5.2.4 แหล่งที่มาของเงินกองทุน

ผู้เขียนเห็นว่า ปัจจุบันแหล่งที่มาของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาจากเงินอุดหนุนจากรัฐบาลเพียงแหล่งเดียว โดยที่ไม่มีเงินสมทบของสถานพยาบาลที่เป็นเอกชนด้วยแต่อย่างใด แต่ความเสียหายที่เกิดขึ้นสถานพยาบาลเอกชนก็สามารถก่อให้เกิดขึ้นได้เช่นกัน แม้สถานพยาบาลเอกชนจะอ้างว่าได้ทำประกันไว้กับบริษัทรับประกันภัยแล้วก็ตาม แต่เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นไม่ว่าจะเกิดกับผู้ป่วย ทายาท หรือแม้กระทั่งผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ขึ้นก็ตาม แม้จะมีการผลัดภาระให้กับบริษัทรับประกันภัยเข้ามาดำเนินการจ่ายค่าสินไหมทดแทน แต่หากการเจรจาต่อรอง ผู้ที่เข้าดำเนินการเจรจากับเป็นผู้ซึ่งได้รับความเสียหายกับบริษัทที่รับประกันภัย ทำให้การเจรจาไม่อยู่ในฐานะที่เท่าเทียมกัน ผู้ซึ่งได้รับความเสียหายอาจถูกบีบบังคับให้ต้องรับเงินเพื่อยุติปัญหาได้

เพื่อให้ประชาชนที่ได้รับความเสียหายได้รับความคุ้มครองอย่างเด็ดขาดและเป็นธรรม จึงควรให้มีการแก้ไขในส่วนของแหล่งที่มาของเงินทุน โดยการแก้ไขกฎหมายและกำหนดขึ้นใหม่คือ

“ให้สถานพยาบาลเอกชนส่งเงินสมทบเข้ากองทุน ในกรณีหากสถานพยาบาลไม่ว่าทั้งของภาครัฐและเอกชนก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นเกินกว่าสองครั้ง ต้องจ่ายค่าปรับจากความเสียหายที่ก่อให้เกิดขึ้นด้วยนอกเหนือจากเงินที่จ่ายสมทบแล้วดังกล่าว”

5.2.5 การดำเนินงานที่ไม่เป็นอิสระของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้เขียนเห็นว่า การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามมาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน พบว่าอยู่ภายใต้การควบคุม กำกับ ดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจในการบริหารจัดการกองทุนคือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้การดำเนินการไม่เป็นเอกภาพต้องขึ้นอยู่กับคณะกรรมการ ทั้ง

การเบิกจ่ายเงินยังพบว่ามีปัญหาที่เกิดจากการเบิกจ่ายไม่เป็นไปตามแผนงานและไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกฎหมายอีกด้วย

เพื่อให้การดำเนินงานของกองทุนสามารถเยียวยาความเสียหายให้กับผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรให้มีการแก้ไขในส่วนของการจัดตั้งกองทุนขึ้น คือ ออกกฎหมายที่บัญญัติเป็นการจัดตั้งกองทุนเยียวยาความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขเป็นการเฉพาะ ในอดีตที่เคยมีความพยายามผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข (ปัจจุบัน ไม่มีร่างที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้เสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขอยู่ในสภาแต่อย่างใด) แต่ก็ไม่เป็นผล จึงควรที่จะจัดให้มีการบัญญัติกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้เข้ารับบริการที่ได้รับความเสียหาย โดยให้เป็นกฎหมายเฉพาะ มีหน่วยงานเป็นอิสระไม่ขึ้นกับหน่วยงานใด เพราะจะทำให้เกิดกรณีที่คอร์รัปชันขึ้นจากการเบิกจ่ายเงินของกองทุนที่จะมีต้องเงินเป็นจำนวนมากขึ้น ได้จึงควรให้มีการจัดตั้งหน่วยงานเป็นอิสระ มีฐานะเป็นนิติบุคคลเพื่อความคล่องตัวของการเบิกจ่ายเงิน แต่คงยังอยู่ในการตรวจสอบของหน่วยงานภาครัฐ ไม่ว่าจะสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน หรือสำนักงานใดที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงิน เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของการบัญญัติกฎหมายที่เพื่อต้องการคุ้มครองผู้ซึ่งได้รับความเสียหายให้ได้รับการเยียวยา เยียวยาที่เหมาะสมและทันทั่วถึงโดยไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย หรือต้องเรียกร้องกับบริษัทประกันภัยด้วยตนเอง จะทำให้ประชาชนที่เข้ารับบริการรู้สึกปลอดภัยจากการใช้บริการ ทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ให้บริการและตัวผู้เข้ารับบริการอย่างสูงสุดอีกด้วย

5.2.6 การใช้สิทธิไล่เบี้ยของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการศึกษากองทุนที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายในประเทศไทย พบว่า กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยมีกรณีที่ให้กองทุนสามารถรับช่วงสิทธิสามารถเรียกเงินคืนจากผู้ก่อให้เกิดความเสียหายได้ แต่กองทุนดังกล่าวได้บัญญัติไว้อย่างชัดเจนว่า เงินค่าเสียหายเบื้องต้นที่กองทุนได้จ่ายไปให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ทำให้เกิดความยุ่งยากในการเรียกเงินคืน แต่ตามกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 42 บัญญัติแต่เพียงให้สามารถรับช่วงสิทธิเรียกจากผู้ก่อให้เกิดความเสียหายได้แต่ไม่ได้บัญญัติไว้ในกฎหมายของการจัดตั้งกองทุนว่าให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทนด้วย

ผู้เขียนจึงเห็นว่า เพื่อมิให้เกิดความสับสน ได้เทียบกันเกี่ยวกับจำนวนค่าสินไหมทดแทนที่ผู้ซึ่งได้รับความเสียหายได้รับไป ทั้งจะไม่ต้องกังวลว่าผู้ก่อเหตุความเสียหายจะต้องจ่ายเงินซ้ำซ้อน และผู้ซึ่งได้รับความเสียหายจะได้รับเกินกว่าความเสียหายที่แท้จริงที่ผู้ซึ่งได้รับแต่อย่างใด จึงควรให้มีการบัญญัติในส่วนของการใช้สิทธิไล่เบี้ยไว้ให้ชัดเจนคือ

“ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการโดยหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร เมื่อได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว กองทุนมีสิทธิไต่เบี่ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้ โดยให้ถือว่าเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่กองทุนจ่ายให้เป็นส่วนหนึ่งค่าสินไหมทดแทนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์”

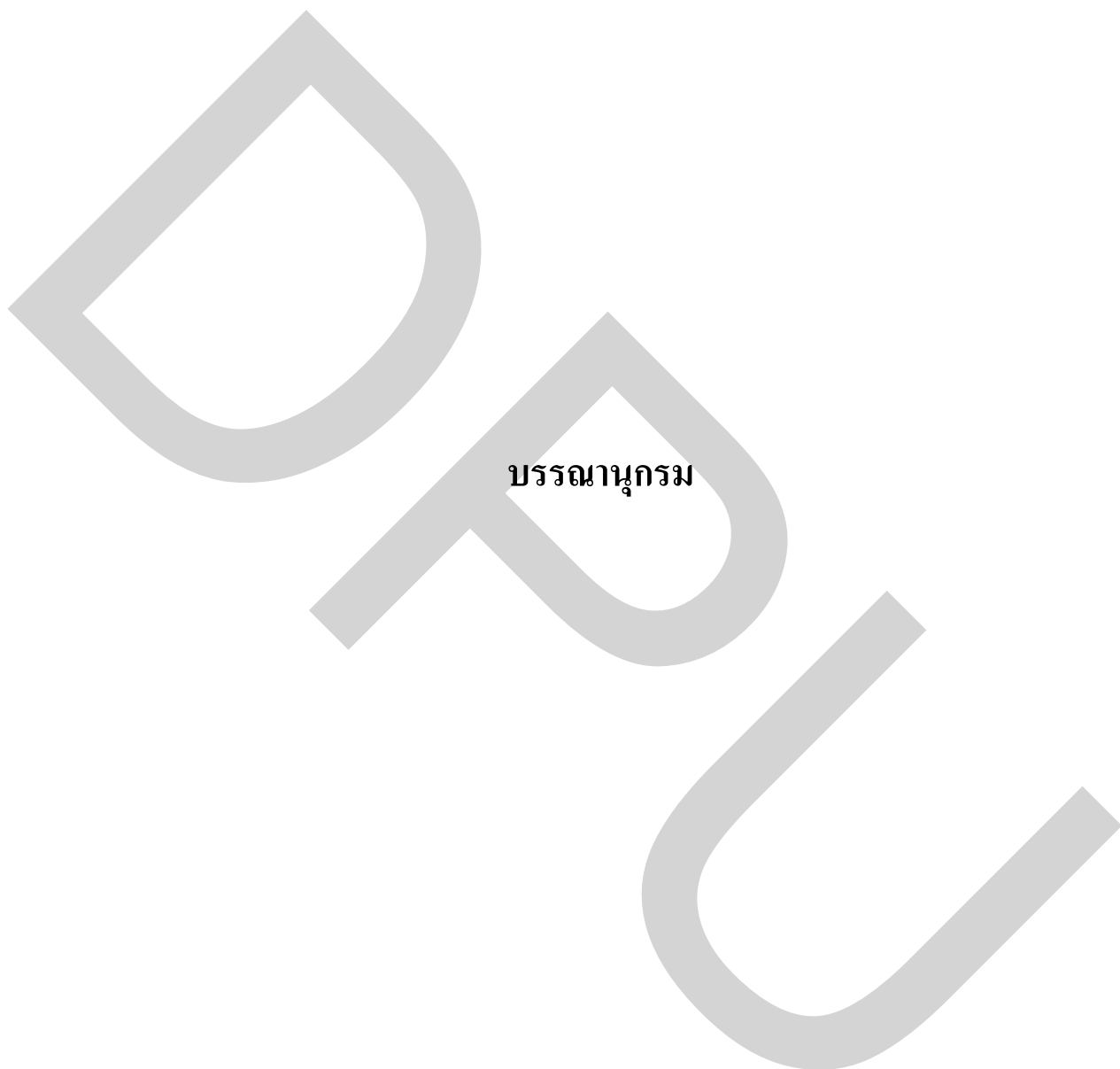
5.2.7 การนำพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาใช้บังคับ

ผู้เขียนเห็นว่า แม้ปัจจุบันคดีเกี่ยวกับการเข้ารับบริการสาธารณสุขจะนำพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาใช้ในการดำเนินกระบวนการพิจารณาสืบพยาน ซึ่งถือเป็นผลดีต่อผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหาย ที่ไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมและไม่ต้องมีภาระการพิสูจน์ก็ตาม แต่ตามพระราชบัญญัติดังกล่าว มาตรา 42 ให้ศาลใช้ดุลพินิจกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษให้แก่ผู้เสียหายได้อีกด้วย ซึ่งเป็นแนวความคิดของประเทศที่ใช้หลักกฎหมายจารีตประเพณีที่ความหมายโดยทั่วไปของ “ค่าเสียหายในเชิงลงโทษ” หมายความว่า ค่าเสียหายในทางแพ่งซึ่งกำหนดให้เป็นค่าเสียหายที่เพิ่มเติมขึ้นนอกเหนือจากค่าเสียหายในเชิงทดแทน อันมีสาเหตุมาจากลักษณะและพฤติการณ์ของจำเลยที่ได้กระทำละเมิด โดยมีเจตนาชั่วร้าย จงใจหรือเจตนา ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงโดยไม่คำนึงสิทธิของบุคคลอื่น กดขี่ข่มเหง ใ้ร้าย อันเป็นค่าเสียหายที่กำหนดขึ้นเพื่อเป็นการลงโทษผู้กระทำละเมิดและเพื่อเป็นการยับยั้งป้องปรามมิให้กระทำมิชอบเช่นนั้นอีก ขณะเดียวกันยังมุ่งเพื่อเป็นเยี่ยงอย่างแก่บุคคลอื่นมิให้กระทำตามเช่นนั้นด้วย ทั้งนี้จะไม่กำหนดให้สำหรับการกระทำละเมิดอันเป็นความสะเพร่าเพียงเล็กน้อยหรือเป็นความประมาทเลินเล่อโดยทั่วไป เมื่อเทียบกับคดีที่เกี่ยวกับการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่แพทย์มีเจตนาให้การรักษาอาการบาดเจ็บเพื่อให้ผู้เข้ารับบริการได้กลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข จึงถือเป็นเจตนาดีขัดกับแนวความคิดของค่าเสียหายในเชิงลงโทษ จึงควรแก้ไขในส่วนนี้คือ

“มิให้กำหนดในส่วนของค่าเสียหายในเชิงลงโทษกับคดีที่เกี่ยวกับการเข้ารับบริการสาธารณสุขในกรณีที่เป็นการเสียหายที่เกิดขึ้นตามธรรมดา เว้นแต่เป็นกรณีผู้ให้บริการกระทำโดยเจตนาให้เกิดความเสียหายหรือเป็นกรณีที่ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง”

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า บทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบันของประเทศไทยยังคงมีข้อบกพร่องที่ควรได้รับการแก้ไขอยู่ เนื่องจาก ยังให้ความสำคัญคุ้มครองที่ยังไม่ครอบคลุมต่อความเสียหายและให้เสมอภาคเท่าเทียมกัน จึงจำเป็นที่จะต้องให้มีการแก้ไขปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดการบัญญัติกฎหมายให้มีการจัดตั้งกองทุนสำหรับเยียวยาความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนเป็นการเฉพาะ ซึ่งจะทำให้ได้สามารถให้ความคุ้มครองได้อย่างทั่ว

ถึงกับทุกคนที่เป็นประชาชนของประเทศไทย และครอบคลุมต่อการเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้น จะทำให้ประชาชนผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขจะได้รับการเยียวยา เยียวยาที่เหมาะสมต่อความเสียหายที่ได้รับและเป็นธรรม มีการบริการจัดการ การเบิกจ่ายเงินที่เป็นไปอย่างสุจริต เทียบตรง เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของการจัดตั้งกองทุนขึ้นตามกฎหมายเพื่อให้มีการเยียวยาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ที่ คปก.01/025
สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายศูนย์
ประสานงานหลักประกัน
กระทรวงสาธารณสุข. (2541). *ระเบียบว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ ฉบับที่ 2*.
เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์. (2543). *ระบบการเมืองการปกครองฝรั่งเศส*. นนทบุรี:
สถาบันพระปกเกล้า.
คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2554). *ข้อเสนอระบบหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
จิรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร. (2552). *สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ: ศึกษาเฉพาะกรณี
การใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
จุฬสมมา โพธิ์อุโมงค์. (2553). *หลักเกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชย
ตามร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ....
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, วีรวัลย์ ไพบูลย์จิตต์อารี, ชารทิพย์ ศรีสุวรรณเกษ และพรชัย พิฬาเวสส.
(2556). *สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย: รายงานฉบับสมบูรณ์ “โครงการ
พัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ”*
ทรงพรรณ สิงห์แก้ว. (2536). *โครงการบัตรสุขภาพ ประวัติ วิวัฒนาการ วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์
และกิจกรรม ไทย-เยอรมัน*. เอกสารประกอบการประชุม การสรุปบทเรียนจากโครงการ
บัตรประกันสุขภาพไทย-เยอรมัน.
เทียนฉาย กิระนันท์. (2529). *แนวคิดเรื่องการประกันสุขภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ:
สถาบันวิจัยสาธารณสุข.
ธารินี ปกาสิทธิ์. (2546). *การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข.
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
นิคม จันทรวาทู. (2528). *การประกันสังคมของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.

- ประกาศ คงชุ่ม. (2545). ปัญหาทางกฎหมายในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545: ศึกษาเฉพาะกรณีมาตรา 9 มาตรา 10 มาตรา 11 และมาตรา 45 (2) (3) (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปรากรม วุฒิพงศ์, และคณะ. (2532). ระบบประกันสุขภาพของไทย โครงการพัฒนาระบบประกันสุขภาพและกลวิธีดำเนินการสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนัส สิมะเสถียร และคณะ. (2538). สิทธิมนุษยชน: รัฐกับสาธารณสุขในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2535.
- พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551.
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.
- พีระ ตันติเศรณี. (2554). การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข: ข้อเสนอสำหรับประเทศไทย. รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์.
- ภราดร ดังยางหาวย. (2548). ความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภูมิ โชคเหมาะ, และคณะ. (2557). “แนวทางการพิจารณาคดีความผิดทางแพ่งและทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะ: ศักยภาพวิชาชีพทนายความและวิชาชีพแพทย์” (รายงานผลการวิจัย). สถาบันวิจัยและพัฒนาสภาคัด สำนักงานศาลยุติธรรม
- ภูมิ โชคเหมาะ, และคณะ. (2557). “แนวทางการพิจารณาคดีความผิดทางแพ่งและทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะ : ศักยภาพวิชาชีพทนายความและวิชาชีพแพทย์” (รายงานผลการวิจัย) สถาบันวิจัยและพัฒนาสภาคัด สำนักงานศาลยุติธรรม.
- มหาวิทยาลัยนเรศวร. (2549). ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ. เอกสารประกอบการสัมมนาความเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.....(อัดสำเนา)
- มาโรจน์ ขจรไพศาล. (2555). “การฟ้องคดีความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ของฝรั่งเศส”, วารสารกระบวนการยุติธรรม, 5.
- มาโรจน์ ขจรไพศาล. (2555). “การฟ้องคดีความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ของฝรั่งเศส”. วารสารกระบวนการยุติธรรม ปี 5.

ลือชัย ศรีเงินยวง, นฤพงษ์ ภัคดี, จิราพร ชมศรี, และจเร วิษาไทย. (2553). *ประสบการณ์*

*ต่างแดน ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับสาธารณสุข บทวิเคราะห์และผลการ
ทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ.* นนทบุรี: วันดีคืนดี.

วรรณ สุมิรัตน์. (2541). “คำรักษาพยาบาลและสิทธิในการเบิกของผู้ป่วยอุบัติเหตุยานยนต์ที่
ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล.” *วารสารกรมการแพทย์*, 5,2.

วิจิตร ระวิวังศ์, ชย ชีระสุด, ประวิ อ่ำพันธ์, ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล, ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา,
สุริยันต์ สุวรรณราช, และคณะ. (2543). *โครงการวิจัยเรื่องลักษณะปัญหาการรับบริการ
สุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ.* กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ
วิจัย.

วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา) วิเชียรชม. (2557). “*คำอธิบายกฎหมายแรงงานภาครัฐวิสาหกิจ.*” โครงการตำรา
และเอกสารประกอบการสอนคณะนิติศาสตร์ กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2544). *ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศ.* กรุงเทพฯ:
โครงการนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันวิจัยสาธารณสุข.

วิษณุ เครืองาม. (2530). *กฎหมายรัฐธรรมนูญ.* กรุงเทพฯ: นิติบรรณาการ.

ศิริวรรณ พิทยังสฤษดิ์ และหทัยชนก สุมาลี. (2553). *ทางเลือกเชิงนโยบายเรื่องกองทุน
เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข.* สืบค้น 2 ธันวาคม 2553, จาก
<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/3058>.

ศิริวรรณ พิทยังสฤษดิ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, และประพันธ์ สหพัฒนา. (2544). *ระบบ
ประกันสุขภาพในประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

ศุภชัย คุณารัตน์พุกภัย, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, ประดิษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล, และคณะ.
(2537). *รายงานการวิจัยเรื่องราคากลางคำรักษาพยาบาล ผู้ประสบภัยจากรถ.*
กรุงเทพฯ: ม.ป.ท. กรุงเทพฯ.

ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. (2544). *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: กระทรวง
สาธารณสุข.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. *ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย
สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่เพ่งโทษตัวบุคคล และไม่พิสูจน์
ความผิด (No-fault or no-blame liability compensation system): เอกสารเผยแพร่ของ
โครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550.

สัมฤทธิ์ ศรีธีรารังสวัสดิ์. (2543). *ระบบประกันสุขภาพไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย. (2557). *บันทึกความเห็นและข้อเสนอแนะ เรื่อง แนวทางการตราสุขภาพแห่งชาติ “คู่มือประชาชนระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ”*

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2541). *รัฐธรรมนูญแห่งสาธารณรัฐฝรั่งเศส*. แปลโดย นันทวัฒน์ บรมานันท์ กรุงเทพฯ: อรุณสกาลาดพร้าว.

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

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2545). *รายงานผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทย ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544)*. นนทบุรี: ฝ่ายพัฒนาการประกันสุขภาพ สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการรัฐมนตรี. (2536). *อนุมัติโครงการบัตรประกันสุขภาพ*. หนังสือด่วนที่สุด ที่ 0202/6264.

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

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *คู่มือการดำเนินงานจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. *แนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น*. เอกสารประกอบการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ.

สิทธิพร ชันทร. (2556). *ปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

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

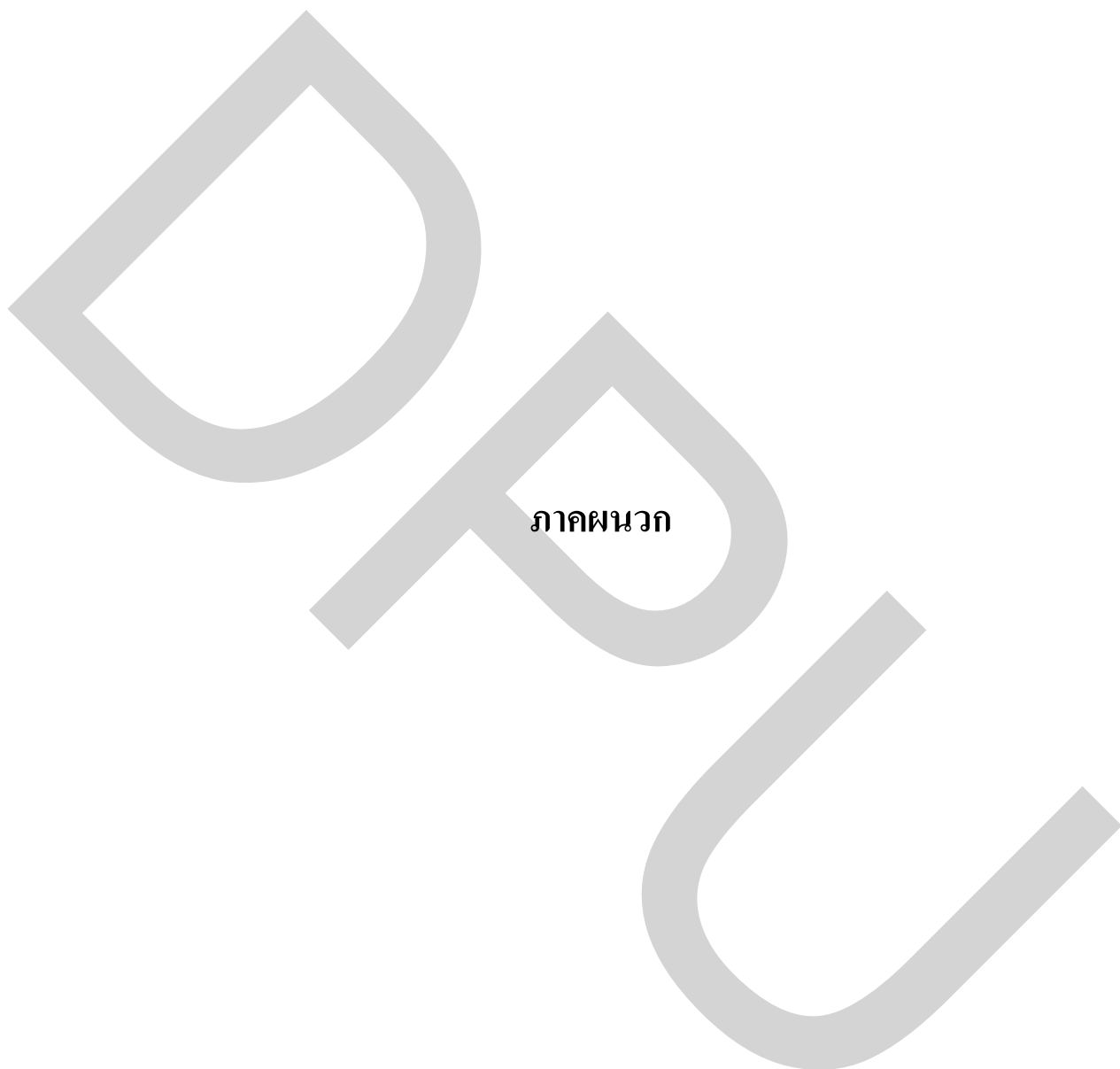
สุพล ลิ้มวัฒนานนท์. (2544). *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสุขภาพ มูลนิธิเยอรมันเพื่อการพัฒนาชาติ.

- เสน่ห์ สุพทรี. (2541). *ความรู้และพฤติกรรมของผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เสาวนีย์ เข้มพุดชา. (2547). *การประเมินผลการดำเนิน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคตามนโยบายรัฐบาล*.
- เสาวนีย์ เข้มพุดชา. (2542). *แผนงบประมาณเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพประจำปี 2543*. หนังสือด่วนที่สุด 0526/22013.
- เสาวนีย์ เข้มพุดชา. (2541). *การขอใช้เงินกู้ธนาคารพัฒนาเอเชีย สำหรับ โครงการบัตรประกันสุขภาพ*. หนังสือด่วนที่สุด ที่ 0205/12650.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2554). “ปัญหาฟ้องร้องทางการแพทย์และแนวทางแก้ไข” *จุดนิติ*.
- อัญชลี หอมหวาน. (2552). *การพัฒนากระบวนการช่วยเหลือผู้เสียหายจากการรับบริการ สาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ภาษาต่างประเทศ

- A Najaf-Zadeh. (2010). F Dubos and I Pruvost “*Epidemiology and aetiology of paediatric malpractice claims*” in *British Medical journal*.
- Esperson. (2002). *The Patient Injury Act: A Comment by Carl Espersson*. The Swedish Patient Insurance Association; 2000 Aug.
- Essinger, K. (2009). *Report on the Swedish Medical Injury Insurance*. Available URL: www.patientforsakring.se/international/english/articles.asp.
- Francois Regnier and Jean-Marc Rouzioux, “Contemporary aspects of medical ethics” in *France Journal of medical ethics*, 1983 (9).
- Hans-Bernd Schafer. Tort law. n.p., 2010
- Hellbaher, U., Espersson, C., & Johansson, H. (2007). *Patient injury compensation for healthcare-related injuries in Sweden*. Available URL: www.patientforsakring.se/international/english.
- Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002
- 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.

- Michel Cannarsa. (2010). Compensation personal injury in France. *Working paper*.
Universite'jean-lyon 3.
- Oliphant K. (2007). *Beyond misadventure: compensation for medical injuries in New Zealand*.
Medical Law Review 15.
- Patient Injury Act 1996.
- Sandier S, Paris V, Polton D. (2004). Health care systems in transition: France. Copenhagen:
WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health
Systems and Policies.
- Sophe Gromb. (1997). "Ethics and law in the field of medical care for the elderly in france" in
Journal of medical ethics.
- T. Hongriatana & W.Charusomboon. (1993). *The Health card and Policy on Roluntary 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). Naitonal Health Accounts
Development: Lessons from Thailand. *Health the Policy and Planing, 14, 4*.
- Wayne Barnes. (2008). *The French subjective theory of contract : separation rhetoric from
reality*, Texas Wesleyan University School of Law.
- Wibulpulprasert, S. (2001). *Thailand Health Profile 1997-1998*. Ministry of Public Health.



ภาคผนวก

(ร่าง)

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหาย

จากการรับบริการสาธารณสุข

พ.ศ.....

.....

.....

โดยที่เป็นการสมควรมีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขพระราชบัญญัติ นี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา 29 ประกอบกับมาตรา 41 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติ ให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ...”

มาตรา 2 พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้

“ผู้เสียหาย” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขจากสถานพยาบาล

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล สถานพยาบาลของรัฐ และของสภาวิชาชีพ ทั้งนี้ ให้รวมถึงสถานบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขประกาศกำหนดฉบับที่ผ่านการตรวจพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ การประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การประกอบวิชาชีพทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทันตกรรม การประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพกายภาพบำบัด การประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ การประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม หรือการประกอบวิชาชีพ

ทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด และให้รวมถึงการให้บริการอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

“สำนักงาน” หมายความว่า กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 4 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจออกกฎกระทรวง ระเบียบ และประกาศ เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ กฎกระทรวง ระเบียบและประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

หมวด 1

การคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

มาตรา 5 ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยจากกองทุนตามพระราชบัญญัตินี้ โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด

มาตรา 6 บทบัญญัติในมาตรา 5 มิให้ใช้บังคับในกรณีดังต่อไปนี้

(1) ความเสียหายที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรคนั้น แม้มีการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ

(2) ความเสียหายซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ

(3) ความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้บริการสาธารณสุขแล้วไม่มีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตตามปกติ

ทั้งนี้ คณะกรรมการอาจประกาศกำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมภายใต้หลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นได้

หมวด 2

คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

มาตรา 7 ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่า “คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข” ประกอบด้วย

- (1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ
- (2) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ
- (3) ผู้แทนสถานพยาบาล จำนวนสามคน
- (4) ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ จำนวนสามคน

(5) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนห้าคนซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ ด้านเศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ สื่อสารมวลชน สิทธิมนุษยชน และการเจรจาไกล่เกลี่ยสาธารณสุข ด้านละหนึ่งคนการคัดเลือกและแต่งตั้งกรรมการตามวรรคหนึ่ง (3) (4) และ (5) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดให้อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นกรรมการและเลขานุการและให้อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของสำนักงานจำนวนไม่เกินสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา 8 กรรมการตามมาตรา 7 วรรคหนึ่ง (3) (4) และ (5) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับคัดเลือกหรือแต่งตั้งใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้เมื่อครบกำหนดตามวาระในวรรคหนึ่ง หากยังมีได้มีการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการขึ้นใหม่ ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับคัดเลือกหรือได้รับแต่งตั้งเข้ารับหน้าที่แต่ต้องไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันที่กรรมการพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลงและให้ผู้ที่ได้รับคัดเลือกหรือได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทนในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน จะไม่ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้ง

กรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ และในการนี้ให้คณะกรรมการประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

มาตรา 9 นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระตามมาตรา 8 วรคหนึ่งกรรมการตาม มาตรา 6 วรคหนึ่ง (3) (4) และ(5) พ้นจากตำแหน่งเมื่อ

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

กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

- (6) รัฐมนตรีให้ออกเพราะบกพร่องหรือไม่สุจริตต่อหน้าที่หรือหย่อนความสามารถ มาตรา 10 คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) กำหนดนโยบายและมาตรการเพื่อคุ้มครองผู้เสียหาย พัฒนาระบบความปลอดภัย และป้องกันความเสียหาย และการสนับสนุนการไกล่เกลี่ยและการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

- (2) กำหนดประกาศการจ่ายเงินสมทบกองทุนตามมาตรา 21

(3) กำหนดระเบียบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการบริหารกองทุน ตามมาตรา 23 รวมทั้งระเบียบเกี่ยวกับค่าพาหนะ ค่าเช่าที่พัก และ ค่าป่วยการตามมาตรา 18 วรคสอง

(4) กำหนดระเบียบเกี่ยวกับการยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหายตามมาตรา 25 ระเบียบการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 24 และระเบียบกาจ่ายเงินชดเชยตาม มาตรา 32

(5) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการอุทธรณ์และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ ตามมาตรา 28 และมาตรา 31

(6) กำหนดระเบียบเกี่ยวกับการทำสัญญาประนีประนอมยอมความตามมาตรา 33 และการดำเนินการไกล่เกลี่ย การทำสัญญาประนีประนอมยอมความ และคำตอบแทนของผู้ไกล่เกลี่ยตามมาตรา 34

(7) จัดประชุมรับฟังความเห็นของสถานพยาบาลและผู้รับบริการสาธารณสุขเพื่อ รับทราบปัญหาข้อเสนอนะในการส่งเสริมและพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกัน ความเสียหาย รวมทั้งการไกล่เกลี่ยและการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

(8) กำหนดนโยบายการบริการงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของสำนักงาน

(9) จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ใกล้ชิดตามมาตรา 39 โดยคัดเลือจากบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เหมาะสมกับการทำหน้าที่ใกล้ชิดข้อพิพาทสาธารณสุข

(10) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสนับสนุนการใกล้ชิดและการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขและพิจารณาอนุมัติเงินกองทุนเพื่อใช้จ่ายในการสนับสนุนกิจกรรมตามมาตรา 43

(11) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมายในการปฏิบัติหน้าที่ตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจมอบหมายหรือมอบอำนาจให้สำนักงานเป็นผู้ดำเนินการแทนได้

มาตรา 11 การประชุมคณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุมให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุมการวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่ง เป็นเสียงชี้ขาดในการประชุม ถ้ามีการพิจารณาเรื่องที่ประธานกรรมการหรือกรรมการผู้ใดมีส่วนได้เสีย ประธานกรรมการหรือกรรมการผู้นั้นมีหน้าที่แจ้งให้คณะกรรมการทราบและมีสิทธิเข้าชี้แจงข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้นแต่ไม่มีสิทธิเข้าร่วมประชุมและลงคะแนนเสียงวิธีการประชุมและการมีส่วนได้เสียซึ่งประธานกรรมการหรือกรรมการมีหน้าที่ต้องแจ้งให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 12 คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย ดังนี้

(1) คณะอนุกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 27 ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านละหนึ่งคน และผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการสาธารณสุข ฝ่ายละหนึ่งคน

(2) คณะอนุกรรมการประเมินเงินชดเชยตามมาตรา 30 ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านละหนึ่งคน

(3) คณะอนุกรรมการอื่นๆ ตามที่เห็นสมควรหลักเกณฑ์และวิธีการที่ได้มา วาระการดำรงตำแหน่ง การพ้นจากตำแหน่งและเขตพื้นที่รับผิดชอบของคณะอนุกรรมการตามวรรคหนึ่ง (1)

และ (2) ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดประธานคณะกรรมการตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการ แต่ละคณะเลือกกันเองให้อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพหรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ที่อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมอบหมายแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ในสำนักงานหรือเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณีเป็นฝ่ายเลขานุการในการแต่งตั้งคณะกรรมการตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจแต่งตั้งมากกว่าหนึ่งคณะก็ได้ให้นำมาตรา 11 มาใช้บังคับกับการประชุม วิธีการประชุม และการมีส่วนได้เสียของคณะกรรมการ และอนุกรรมการ โดยอนุโลม

มาตรา 13 ให้มีคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งประกอบด้วยประธานกรรมการหนึ่งคน และกรรมการอื่นซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านละหนึ่งคน และผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการสาธารณสุข ฝ่ายละหนึ่งคนการแต่งตั้งฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ให้นำมาตรา 12 วรรคสี่ มาใช้บังคับโดยอนุโลมหลักเกณฑ์และวิธีการการได้มาและเขตพื้นที่รับผิดชอบของคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในการแต่งตั้งคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ รัฐมนตรีอาจแต่งตั้งมากกว่าหนึ่งคณะก็ได้ให้นำมาตรา 11 มาใช้บังคับกับการประชุม วิธีการประชุม และการมีส่วนได้เสียของคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์และกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์โดยอนุโลม

มาตรา 14 คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์มีอำนาจหน้าที่พิจารณาและวินิจฉัยอุทธรณ์ตามมาตรา 28 และมาตรา 31

มาตรา 15 ให้กรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์อยู่ในตำแหน่งคราวละสามปีกรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้แต่จะแต่งตั้งติดต่อกันเกินสองวาระไม่ได้ให้นำมาตรา 9 มาใช้บังคับกับคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ด้วยโดยอนุโลม

มาตรา 16 ให้ประธานกรรมการ กรรมการ ประธานกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์กรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ ประธานอนุกรรมการหรืออนุกรรมการ ได้รับเบี้ยประชุม ค่าพาหนะค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่พัก และประโยชน์ตอบแทนอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

มาตรา 17 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้ประธานกรรมการ กรรมการ ประธานกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ กรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ ประธานอนุกรรมการหรืออนุกรรมการ เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

มาตรา 18 ให้คณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ หรือคณะกรรมการมีอำนาจสั่งให้สถานพยาบาล ผู้เสียหายหรือทายาท บุคคล หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องทำ

หนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง หรือมาให้ถ้อยคำด้วยตนเอง หรือส่งข้อมูลหรือเอกสารหลักฐานตาม กำหนดเวลาที่เห็นสมควรให้บุคคลที่มาให้ถ้อยคำด้วยตนเองตามวรรคหนึ่งได้รับคำพินิจชี้แจงที่ พัก และคำปฎิบัติการ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวง การคลัง

มาตรา 19 ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์และคณะอนุกรรมการ และมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (1) รับและตรวจสอบคำขอรับเงินค่าเสียหายและคำอุทธรณ์ตามพระราชบัญญัตินี้
- (2) ประสานงานกับสถานพยาบาลเพื่อให้ส่งเวชระเบียนของผู้เสียหายหรือข้อมูล เอกสารและหลักฐานที่เกี่ยวข้องให้คณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ หรือ คณะอนุกรรมการตามมาตรา 18
- (3) ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ องค์กร หรือบุคคลใดๆ เพื่อขอทราบข้อเท็จจริง หรือความเห็นเพื่อประกอบการพิจารณาในการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้
- (4) รับ จ่าย และเก็บรักษาเงินและทรัพย์สินของกองทุนเพื่อปฏิบัติการตาม พระราชบัญญัตินี้
- (5) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้ และวิธี ป้องกันความเสียหายเพื่อเผยแพร่ต่อสาธารณชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- (6) สนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรการส่งเสริมพัฒนาระบบความปลอดภัยและ ป้องกันความเสียหาย รวมทั้งการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข
- (7) มอบให้หน่วยงานของรัฐ องค์กร หรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ ของสำนักงานตามพระราชบัญญัตินี้
- (8) จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของ คณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ คณะอนุกรรมการ และสำนักงาน เพื่อเผยแพร่ต่อ สาธารณชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- (9) ประชาสัมพันธ์และแจ้งผู้ยื่นคำขอและประชาชนทั่วไปเพื่อความเข้าใจหลักการและ เหตุผล ขั้นตอน วิธีการและเงื่อนไขการใช้สิทธิตามพระราชบัญญัตินี้
- (10) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย หมวด 3 กองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

มาตรา 20 ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงาน เรียกว่า “กองทุนสร้างเสริม ความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข” โดยมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

- (1) เพื่อจ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาท
- (2) เพื่อชำระค่าสินไหมทดแทนตามคำพิพากษาตามมาตรา 34 และมาตรา 35
- (3) เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุน หรือส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายตามแผนงานที่คณะกรรมการอนุมัติและ
- (4) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการพัฒนาาระบบการไกล่เกลี่ยและการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสุขภาพคณะกรรมการอาจจัดสรรเงินจากกองทุนที่ได้รับจากเงินที่สถานพยาบาลจ่ายสมทบและเงินที่รัฐบาลอุดหนุน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายตามมาตรา 16 และมาตรา 18 และเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารของสำนักงานในส่วนที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัตินี้ตามความจำเป็นได้แต่ไม่เกินร้อยละสิบต่อปีของจำนวนเงินดังกล่าว

มาตรา 21 สถานพยาบาลต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราที่คณะกรรมการประกาศกำหนด ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงขนาดของสถานพยาบาล จำนวนผู้รับบริการ สาธารณสุข ความถี่หรือความรุนแรงของการเกิดความเสียหาย การประชาสัมพันธ์และการแจ้งให้ผู้รับบริการสาธารณสุขทราบเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามพระราชบัญญัตินี้การประสานงานเพื่อให้ผู้เสียหายหรือทายาทยื่นคำร้องขอรับเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้การสนับสนุนการไกล่เกลี่ยและการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขและการพัฒนาาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย หากสถานพยาบาลไม่ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนหรือส่งภายหลังระยะเวลาที่กำหนด หรือส่งเงินไม่ครบตามจำนวนที่ต้องส่ง ให้เสียเงินเพิ่มในอัตราร้อยละสองต่อเดือนของจำนวนเงินที่ไม่ส่งหรือส่งภายหลังระยะเวลาที่กำหนดหรือจำนวนเงินที่ส่งขาดไป แล้วแต่กรณี นับแต่วันครบกำหนดส่งจนถึงวันที่ส่งเงินสมทบเข้ากองทุน การคำนวณเงินเพิ่มตามวรรคสองเศษของเดือนให้คำนวณเป็นรายวัน สถานพยาบาลใดไม่จ่ายเงินสมทบตามวรรคหนึ่งหรือไม่เสียเงินเพิ่มตามวรรคสอง ให้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองมาใช้บังคับ และในกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการบังคับ ให้อธิบดีกรมการสนับสนุนบริการสุขภาพมีอำนาจฟ้องคดีต่อศาลปกครองเพื่อบังคับชำระเงินดังกล่าวในการนี้ ถ้าศาลปกครองเห็นว่าควรให้ชำระเงินนั้นชอบด้วยกฎหมาย ก็ให้ศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษาและบังคับคดีให้มีการยึดหรืออายัดทรัพย์สินเพื่อให้ชำระเงินนั้นได้

มาตรา 22 กองทุนประกอบด้วย

- (1) เงินที่โอนมาจากเงินตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ
- (2) เงินที่สถานพยาบาลจ่ายสมทบ
- (3) เงินอุดหนุนจากรัฐบาล

(4) เงินเพิ่มตามมาตรา 21 วรรคสอง

(5) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้กองทุน

(6) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุนเงินและทรัพย์สินตามวรรคหนึ่งไม่ต้องส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดินในการเสนอขอรับเงินอุดหนุนตามวรรคหนึ่ง (3) ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการจัดทำคำขอต่อคณะรัฐมนตรี

มาตรา 23 ให้สำนักงานเก็บรักษาเงินและทรัพย์สินของกองทุนและดำเนินการเบิกจ่ายเงินกองทุนตามพระราชบัญญัตินี้ การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการบริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

มาตรา 24 ภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ ให้คณะกรรมการเสนองบการเงินและรายงานการรับจ่ายเงินของกองทุนในปีที่ล่วงมาซึ่งสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินหรือบุคคลภายนอกตามที่คณะกรรมการแต่งตั้งโดยความเห็นชอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบและรับรองแล้วต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบงบการเงินและรายงานการรับจ่ายเงินดังกล่าว ให้รัฐมนตรีเสนอต่อนายกรัฐมนตรีเพื่อนำเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ และจัดให้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา หมวด 4 การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชย

มาตรา 25 ผู้เสียหายอาจยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้ต่อสำนักงานหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่สำนักงานกำหนด ภายในสามปีนับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายและรู้ตัวผู้ให้บริการสาธารณสุขซึ่งก่อให้เกิดความเสียหาย แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินสิบปีนับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหาย

ในกรณีที่ผู้เสียหายถึงแก่ชีวิต เป็นผู้ไร้ความสามารถ หรือไม่สามรถยื่นคำขอด้วยตนเองได้ บิดามารดา คู่สมรส ทายาท หรือผู้อนุบาล หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใดซึ่งได้รับมอบหมายเป็นหนังสือจากผู้เสียหาย แล้วแต่กรณี อาจยื่นคำขอตามวรรคหนึ่งได้การยื่นคำขอตามมาตรานี้จะกระทำด้วยวาจาหรือเป็นหนังสือก็ได้ ทั้งนี้ ตามวิธีการรูปแบบ และรายละเอียดที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

มาตรา 26 เมื่อมีการยื่นคำขอตามมาตรา 25 ภายในอายุความทางแพ่งในมูลละเมิดอันเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ให้อายุความนั้นระงับอยู่ไม่นับในระหว่างนั้นจนกว่าการพิจารณาคำขอเงินชดเชยนั้นจะถึงที่สุดหรือมีการยุติการพิจารณาคำขอตามมาตรา 34 วรรคหนึ่ง

มาตรา 27 ให้สำนักงานหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่สำนักงานกำหนดแล้วแต่กรณี ส่งคำขอตามมาตรา 25 ให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่ได้รับคำขอ และให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นวินิจฉัยคำขอให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับคำขอ หากคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นเห็นว่าเป็นผู้เสียหายตามมาตรา 5 และไม่อยู่ในบังคับตามมาตรา 6 ให้วินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาทในกรณีที่มีเหตุจำเป็น ให้ขยายระยะเวลาการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นออกไปได้ไม่เกินสองครั้ง ครั้งละไม่เกินสิบห้าวัน แต่ต้องบันทึกเหตุผลและความจำเป็นในการขยายระยะเวลาทุกครั้งไว้ด้วย หากการพิจารณายังไม่แล้วเสร็จภายในกำหนดเวลาที่ขยายดังกล่าวให้ถือว่าคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาทคำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่วินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้เป็นที่สิ้นสุด

มาตรา 28 หากคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีคำวินิจฉัยไม่รับคำขอ ให้ส่งเรื่องให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์และแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอทราบโดยเร็ว

ในการนี้ ผู้ยื่นคำขออาจเสนอข้อมูลหรือเอกสารเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ก็ได้ให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์พิจารณาให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับเรื่องอุทธรณ์ ถ้ายังพิจารณาไม่แล้วเสร็จให้ขยายระยะเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน

เมื่อคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์วินิจฉัยรับคำขอ ให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์กำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยคำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ให้เป็นที่สิ้นสุด

มาตรา 29 การพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นของคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นและคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

มาตรา 30 ให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ แล้วแต่กรณี ส่งคำขอให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่ มีคำวินิจฉัยหรือถือว่า มีคำวินิจฉัยให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 27 หรือนับแต่วันที่คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์มีคำวินิจฉัยให้รับคำขอตามมาตรา 28 ให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยพิจารณาจ่ายเงินชดเชยโดยคำนึงถึงหลักการเกี่ยวกับการชดเชยค่าสินไหมทดแทนเพื่อละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยวินิจฉัยคำขอให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวัน นับแต่วันที่ได้รับเรื่องจากคณะกรรมการพิจารณาให้เงิน

ช่วยเหลือเบื้องต้นหรือคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ แล้วแต่กรณี ในกรณีที่มิเหตุจำเป็นให้ขยายระยะเวลาออกไปได้ไม่เกินสองครั้งครั้งละไม่เกินสิบห้าวัน แต่ต้องบันทึกเหตุผลและความจำเป็นในการขยายระยะเวลาทุกครั้งไว้ด้วย

มาตรา 31 หากผู้ยื่นขอไม่เห็นด้วยกับจำนวนเงินชดเชยที่คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยได้วินิจฉัย ผู้ยื่นคำขอมีสិทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำวินิจฉัยของคณะกรรมการประเมินเงินชดเชย โดยยื่นอุทธรณ์ต่อสำนักงาน และให้สำนักงานส่งคำอุทธรณ์ให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่ได้รับคำอุทธรณ์ให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์พิจารณาให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับคำอุทธรณ์ ถ้ายังพิจารณาไม่แล้วเสร็จให้ขยายระยะเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน คำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ให้เป็นที่สุด

มาตรา 32 การพิจารณาและการจ่ายเงินชดเชยตามคำวินิจฉัยของคณะกรรมการประเมินเงินชดเชยและคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาทให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

มาตรา 33 เมื่อผู้เสียหายหรือทายาทตกลงยินยอมรับเงินชดเชย ให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายและผู้เสียหายจัดทำสัญญาประนีประนอมยอมความ ทั้งนี้ ตามวิธีการ รูปแบบ และรายละเอียดที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

มาตรา 34 ในกรณีที่คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยหรือคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ได้กำหนดจำนวนเงินชดเชยแล้ว หากผู้เสียหายหรือทายาทไม่ตกลงยินยอมรับเงินชดเชย และได้ฟ้องผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายเป็นคดีต่อศาล ให้สำนักยุติการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้และผู้เสียหายหรือทายาทไม่มีสิทธิที่จะยื่นคำขอตามพระราชบัญญัตินี้อีกหากศาลได้มีคำพิพากษาหรือคำสั่งถึงที่สุดให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายชดเชยค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหาย ให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยพิจารณาว่าจะจ่ายเงินจากกองทุนเพื่อชำระค่าสินไหมทดแทนตามคำพิพากษาหรือไม่เพียงใด ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดหากศาลได้มีคำพิพากษาหรือคำสั่งถึงที่สุดยกฟ้องโดยไม่ได้วินิจฉัยว่าผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายไม่ต้องรับผิดชอบ คณะกรรมการอาจพิจารณาจ่ายค่าเสียหายให้แก่ผู้เสียหายหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 35 ในกรณีที่ผู้เสียหายหรือทายาทได้นำเหตุแห่งความเสียหายฟ้องคดีต่อศาลเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหาย โดยได้ขอรับเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้ด้วย ทั้งนี้ไม่ว่าจะขอรับเงินค่าเสียหาย

ก่อนหรือหลังฟ้องคดี ให้ดำเนินการให้มีการพิจารณาเฉพาะการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาทเท่านั้น และเมื่อศาลมีคำพิพากษาหรือคำสั่งถึงที่สุดแล้ว ให้นำความในมาตรา 34 วรรคสองและวรรคสาม มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา 36 ในกรณีที่มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายแล้วหากศาลมีคำพิพากษาหรือคำสั่งถึงที่สุดให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายชดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหาย ให้หักเงินช่วยเหลือเบื้องต้นออกจากค่าสินไหมทดแทนด้วย

มาตรา 37 ในกรณีที่มีความเสียหายปรากฏขึ้นภายหลังการทำสัญญาประนีประนอมยอมความตามมาตรา 33 โดยผลของสารที่สะสมอยู่ในร่างกายของผู้เสียหายหรือเป็นกรณีที่ต้องใช้เวลาในการแสดงอาการ ให้ผู้เสียหายมีสิทธิยื่นคำขอรับเงินชดเชยตามพระราชบัญญัตินี้ภายในสามปีนับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายและรู้ตัวผู้ให้บริการสาธารณสุขซึ่งก่อให้เกิดความเสียหาย แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินสิบปีนับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายที่ปรากฏขึ้นภายหลัง ในกรณีเช่นว่านี้ให้สำนักงานหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่สำนักงานกำหนด แล้วแต่กรณีส่งคำขอของดังกล่าวให้คณะกรรมการประเมินชดเชยภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่รับคำขอโดยให้นำมาตรา 30 มาตรา 31 และมาตรา 32 และมาตรา 33 มาใช้บังคับโดยอนุโลม หมวด 5 การไกล่เกลี่ยและการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

มาตรา 38 หากผู้เสียหายและผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายตกลงให้ใช้วิธีไกล่เกลี่ย ให้สำนักงานดำเนินการให้มีการไกล่เกลี่ยเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างกันหรือเพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันในเรื่องอื่นนอกเหนือจากเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้การไกล่เกลี่ยตามวรรคหนึ่งจะดำเนินการก่อนหรือภายหลังผู้เสียหายได้ยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหายตามมาตรา 25 หรือหลังจากการพิจารณาคำขอรับเงินค่าเสียหายเสร็จแล้วก็ได้

มาตรา 39 ในการไกล่เกลี่ย ผู้เสียหายและผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายมีสิทธิร่วมกันเลือกผู้ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยคนเดียวหรือหลายคนตามที่ตกลงกันจากบัญชีรายชื่อที่คณะกรรมการหรือหน่วยงานหรือองค์กรเอกชนอื่น ได้จัดทำไว้หรือบุคคลอื่นใดที่ผู้เสียหายและผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายเห็นสมควรร่วมกัน เป็นผู้ไกล่เกลี่ย และให้สำนักงานแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของสำนักงานเพื่ออำนวยความสะดวกและให้ข้อมูลในการไกล่เกลี่ยด้วยการไกล่เกลี่ยให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยเร็วซึ่งอย่างช้าต้องไม่เกินสามสิบวันนับแต่วันที่มีการแต่งตั้งผู้ไกล่เกลี่ยหากมีเหตุจำเป็นไม่อาจไกล่เกลี่ยให้แล้วเสร็จภายในกำหนดเวลาดังกล่าว อาจขยายระยะเวลาได้อีกไม่เกินสองครั้ง ครั้งละไม่เกินสามสิบวัน แต่

ทั้งนี้ ผู้เสียหายหรือผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหาย มีสิทธิที่จะยุติการไต่ถามเคลียเสียเมื่อใดก็ได้

หากผู้เสียหายกับผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายสามารถตกลงร่วมกันในเรื่องอื่นนอกเหนือจากเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้ ให้บุคคลดังกล่าวร่วมกันทำสัญญาประนีประนอมยอมความเพื่อให้มีผลผูกพันทั้งสองฝ่ายในเรื่องดังกล่าว หลักเกณฑ์ วิธีการ และรูปแบบของการไต่ถามเคลีย สัญญาประนีประนอมยอมความ และค่าตอบแทนของผู้ไต่ถามเคลีย ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 40 เมื่อมีการไต่ถามเคลียตามมาตรา 38 ให้อายุความฟ้องร้องคดีแพ่งสะดุดหยุดอยู่ไม่นับในระหว่างนั้นจนกว่ามีการยุติการไต่ถามเคลีย

มาตรา 41 ห้ามมิให้บุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับการไต่ถามเคลียใช้ข้อมูลดังต่อไปนี้ ในการดำเนินคดีทางศาล

- (1) ข้อเท็จจริงใดๆ เกี่ยวกับการดำเนินการเพื่อให้การไต่ถามเคลีย
- (2) ความเห็นหรือข้อเสนอใดๆ ซึ่งได้เสนอโดยผู้เกี่ยวข้องในการไต่ถามเคลียในกระบวนการไต่ถามเคลีย
- (3) ข้อเท็จจริงที่ผู้เกี่ยวข้องในการไต่ถามเคลียได้ยอมรับหรือปฏิเสธข้อเสนอในการไต่ถามเคลียเพื่อยังให้เกิดการตกลงซึ่งได้เสนอโดยผู้ทำหน้าที่ไต่ถามเคลีย หมวด 6 การพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย

มาตรา 42 ให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยวิเคราะห์สาเหตุแห่งความเสียหายเพื่อแจ้งให้สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายพิจารณาหาแนวทางพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายรวมทั้งการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข แล้วให้สถานพยาบาลนั้นทำรายการการปรับปรุงแก้ไขและส่งให้สำนักงานภายในหกเดือน เมื่อสถานพยาบาลได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามแนวทางในวรรคหนึ่งแล้ว คณะกรรมการอาจนำมาประกอบการพิจารณากำหนดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามมาตรา 21 ในทางที่เป็นคุณให้แก่สถานพยาบาลก็ได้

มาตรา 43 ให้สำนักงานสนับสนุนสถานพยาบาล หน่วยงาน หรือองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมและพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายของผู้รับบริการสาธารณสุข เพื่อดำเนินกิจกรรมด้านการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายของผู้รับบริการสาธารณสุข และกิจกรรมด้านการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข โดยเสนอแผนงานต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติเงินกองทุน

สำหรับใช้จ่ายในการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 44 สถานพยาบาลใดที่มีการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายตามที่คณะกรรมการกำหนด คณะกรรมการอาจสั่งให้ลดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามมาตรา 21 ได้ หมวด 7 การฟ้องคดีอาญาและบทกำหนดโทษ

มาตรา 45 ในกรณีที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขถูกฟ้องเป็นจำเลยในคดีอาญาฐานกระทำการโดยประมาทเกี่ยวเนื่องกับการให้บริการสาธารณสุข หากศาลเห็นว่าจำเลยกระทำผิด ให้ศาลนำข้อเท็จจริงต่างๆ ของจำเลยเกี่ยวกับประวัติ พฤติการณ์แห่งคดีมาตรฐานวิชาชีพ การบรรเทาผลร้ายแห่งคดี การรู้สำนึกในความผิด การที่ได้มีการทำสัญญาประนีประนอมยอมความตามมาตรา 33 หรือมาตรา 34 การชดใช้เยียวยาความเสียหายและการที่ผู้เสียหายไม่ตั้งใจให้จำเลยได้ รับโทษตลอดจนเหตุผลอื่นอันสมควร มาพิจารณาประกอบด้วยในการนี้ ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดหรือจะไม่ลงโทษเลยก็ได้

มาตรา 46 ผู้ใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ หรือคณะอนุกรรมการ ตามมาตรา 18 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

บทเฉพาะกาล

มาตรา 47 ให้โอนภารกิจเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่ได้มีการกันไว้ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544 มาเป็นของสำนักงานหรือกองทุนแล้วแต่กรณีในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา 48 ในกรณีที่มีการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544 และยังไม่ได้มีการจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่ผู้ยื่นคำร้อง ให้ถือว่าเป็นคำร้องขอรับเงินค่าเสียหายตามมาตรา 25 แห่งพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 49 ในกรณีที่มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544 ให้แก่ผู้ยื่นคำร้องไปแล้ว ผู้เสียหาย หรือทายาทยังคงมีสิทธิที่จะยื่นคำขอตามพระราชบัญญัตินี้ได้อีก หากยังไม่พ้นกำหนดระยะเวลา ตามมาตรา 25 โดยให้หักเงินช่วยเหลือเบื้องต้นดังกล่าวออกจากเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้ด้วย

มาตรา 50 ให้รัฐมนตรีดำเนินการให้มีการคัดเลือกและแต่งตั้งกรรมการ ตามมาตรา 7 วรรคหนึ่ง (3) (4) และ (5) เพื่อให้ได้คณะกรรมการตามพระราชบัญญัตินี้ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวัน นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับในระหว่างที่ยังไม่มีกรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้รัฐมนตรีแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสิบเอ็ดคน โดยในจำนวนนี้ต้องเป็นผู้ทำงานในองค์กร

พัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพจำนวนหกคน เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สื่อสารมวลชน และการเจรจาไกล่เกลี่ยสาธารณสุข อย่างน้อยด้านละหนึ่งคน เป็นกรรมการตามมาตรา 7 วรรค (3) (4) และ(5)

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

.....
นายกรัฐมนตรี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล

ประวัติการศึกษา

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

นภัทสรณ ออกแมน

ปีการศึกษา 2550 ปริญญาตรีนิติศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

พ.ศ. 2525 เนติบัณฑิตไทย สมัยที่ 65 สำนักฝึกอบรม

วิชากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภาในพระบรมราชูปถัมภ์

ทนายความ