

ต่อจากหน้า ๑

เผยมติสมัชชาสุขภาพพหุน พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายการแพทย์ สช. วอนสังคมศึกษา ร่างกฎหมาย

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้แถลงในเรื่องนี้ว่า ร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้มีกระบวนการร่างมานานกว่า ๓ ปี เริ่มจากการศึกษาข้อมูลทางวิชาการโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีการยกร่าง พ.ร.บ. โดยรับฟังความเห็นจากหลายฝ่ายในสังคม จากนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงรับเป็นเจ้าภาพเสนอกฎหมายเข้าสู่ขั้นตอนปกติ โดยร่างกฎหมายฉบับนี้ที่ผ่านการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาแล้ว มี ๕๐ มาตรา วัตถุประสงค์หลักคือ จัดให้มีกองทุนเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติกรณีที่ได้รับผลกระทบจากการรักษาพยาบาล โดยไม่ต้องรอพิสูจน์ว่าใครผิดใครถูก ทำให้แพทย์ ผู้ป่วย และญาติไม่ต้องเผชิญหน้าหรือต้องฟ้องร้องกัน ซึ่งต้องใช้เวลาและเงินทุกฝ่าย

นพ.อำพล กล่าวว่า การมีกองทุนนี้เป็นการขยายความช่วยเหลือตาม มาตรา ๔๑ ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่ปัจจุบันมีอยู่แล้ว แต่จะทำให้เพิ่มเขตความช่วยเหลือในวงเงินที่สูงขึ้น และครอบคลุมประชาชนทุกคน ไม่ว่าจะรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนก็ได้ เกิดผลก็คือ ทำให้การฟ้องร้องทางแพ่งเพื่อเรียกค่าเสียหายลดน้อยลง เพราะการชดเชยจากกองทุนนี้จะทำให้ผู้ป่วยและญาติพอใจมากขึ้น และเมื่อรับเงินชดเชยและทำสัญญาประนีประนอมยอมความกันแล้ว หากมีการฟ้องคดีอาญาต่อแพทย์ ศาลสามารถนำหลักฐานนี้มาพิจารณาเพื่อที่จะไม่ลงโทษหรือลดโทษให้ออกก็ได้ ถ้าศาลพิจารณารว่าแพทย์มีความผิด ซึ่งตรงนี้เป็นผลดีต่อแพทย์โดยตรง นอกจากนี้ยังมีระบบที่เป็นทางเลือกโดยความสมัครใจสำหรับผู้ป่วยและญาติสามารถร้องขอให้มีการไกล่เกลี่ยระหว่างผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง อันจะทำให้ทั้งสองฝ่ายเกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ลดการฟ้องร้องกันลงได้ และทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีความเป็นหัวใจมนุษย์มากยิ่งขึ้น

“ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเดือนธันวาคม ๒๕๕๑ ที่มีผู้เข้าร่วมประชุมจากเครือข่ายภาคีทุกจังหวัดทั่วประเทศ จำนวน ๑๕๐ กลุ่ม เครือข่าย กว่า ๑,๐๐๐ คน ได้มีมติสนับสนุนให้รัฐบาลเร่งผลักดันกฎหมายนี้ให้ออกมาใช้โดยเร็ว”

นพ.อำพล กล่าวว่า ในฐานะที่ตนมีหน้าที่ดูแลองค์กรที่มีหน้าที่ประสานความร่วมมือและความเข้าใจของทุกฝ่ายในสังคมเกี่ยวกับงานด้านสุขภาพ มีความเห็นว่า หากสังคมศึกษาวัตถุประสงค์หลักและสาระสำคัญของร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้อย่างละเอียดถี่ถ้วนจะพบว่า เป็นกฎหมายที่มีคุณค่าต่อประชาชนและต่อแพทย์ ไม่ได้มีผลกระทบเสียหายต่อการประกอบวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ดังที่มีแพทย์บางกลุ่มออกมาคัดค้าน กลับจะทำให้สถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ดีขึ้นและใจเย็นขึ้น การฟ้องร้องจะลดน้อยลง เหมือนอย่างประเทศสวีเดนที่มีการใช้กฎหมายทำนองนี้มาก่อน และจะไม่ใช่เหมือนประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีการฟ้องร้องกันมาก เพราะไม่มีระบบการช่วยเหลือเยียวยาที่ดีเช่นนี้

“ผมขอวิงวอนให้เพื่อนแพทย์และเพื่อนผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขอื่นๆ ที่ยังคงยึดมั่นอยู่ในคำสอนของสมเด็จพระราชาบิดาที่ให้อยู่ดี ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นที่หนึ่ง ได้ศึกษาทำความเข้าใจร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ให้ถ่องแท้ แล้วจะพบว่า แทนที่จะออกมาคัดค้านๆ กันไป ท่านควรจะได้รับอภิมานับสนุนด้วยซ้ำไป” เลขาธิการ คสช. กล่าว

ต่อจากหน้า ๑

เกาะติด คสช.

ได้ลงนามในระเบียบเมื่อวันที่ ๒ กรกฎาคม ขณะนี้ มีผลบังคับใช้แล้ว หลังประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๗ ตอนพิเศษ ๔๔ ง เมื่อวันที่ ๒๑ กรกฎาคม สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในฐานะหน่วยงานแม่ของสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ กำลังเร่งเครื่องเรือการตั้งคณะกรรมการและสำนักงานให้เป็นจริงอย่างรวดเร็วสมกับที่นายกรัฐมนตรีสนับสนุนการทำงาน อีกหนึ่งกลไกที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กันคือ คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งที่ประชุม คสช. เมื่อ ๑๕ มิถุนายน ได้เห็นชอบให้แต่งตั้ง นพ.สมศักดิ์ ชุนทรศรีมี นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ มีฝ่ายเลขานุการจาก ๓ หน่วยงานคือ สวรส. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อดูแลและบริหารแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๖๒ เรียกได้ว่า การขับเคลื่อนกลไกภายใต้การนำของ คสช. เป็นไปอย่างรวดเร็วทุกเรื่อง รวมถึงแนวทางการปฏิรูปประเทศไทย ที่ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูปภายใต้การนำของท่านอานันท์ ปันยารชุน และ อาจารย์ประเวศ วะสี และสำนักงานปฏิรูปฯ ก็พร้อมเริ่มดำเนินงานแล้ว

กลับมาสู่เรื่องติดค้างรายงานจากขอมติประชุม คสช. เมื่อเดือนมิถุนายน คือ ประธาน คสช. ได้ลงนามหนังสือถึง ประธานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ หรือ บอร์ดสภาพัฒน์ฯ เพื่อส่งประเด็นระบบสุขภาพที่ คสช. เห็นควรให้เสนอบรรจุเพิ่มเติมใน ร่างแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ ที่แม้จะเป็นเพียงทิศทางการพัฒนาที่ปรากฏใน ธรรมนุญญาด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ครอบคลุมตั้งแต่ ขอให้ปรากฏคำว่า “สุขภาพะ” ในแผนฯ ๑๑ รวมไปถึงประเด็นการขยายหลักประกันทางสังคมและสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน การบังคับใช้กฎหมายสุขภาพควบคู่กับกฎหมายสิ่งแวดล้อมและอื่นๆ ในการพัฒนาเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศในพื้นที่เศรษฐกิจหลัก การเสนอเพิ่มเติมข้อความตามธรรมนูญฯ หมวดการคุ้มครอง

ผู้บริโภค ในแนวทางการผลักดันการจัดทำความตกลงการค้าเสรี และเร่งรัดการใช้ประโยชน์จากข้อตกลงที่มีผลบังคับใช้แล้ว รวมถึงการสร้างโอกาสอย่างเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการทางสังคมและสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เยาวชน ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม คนยากจนและผู้อยู่ในพื้นที่ห่างไกล นอกจากข้อเสนอจาก คสช. แล้ว ยังได้แนบข้อเสนอเพื่อปรับปรุงแผนฯ ๑๑ ของภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพไปด้วย คงต้องรอดูติดตามกันในเวทีใหญ่ของสภาพัฒน์ฯ ต้นสิงหาคมนี้ว่า ร่าง แผนฯ ๑๑ จะมีสาระส่วนที่ คสช. หรือ ภาคีสมัชชาสุขภาพเสนอไปบ้างหรือไม่

ปิดท้ายฉบับนี้ด้วยความดีของ ร่างแผนยุทธศาสตร์ สช. ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) หลังจากมีเวทีรับฟังความเห็นก่อนยกร่างไปเมื่อเดือนเมษายน ต้นเดือนกรกฎาคมที่ผ่านมา สช. ได้จัดเวทีวิพากษ์ร่างแผนครั้งแรก โดยได้รับเกียรติจาก อาจารย์วิจัย โชควิวัฒน์ ประธานกรรมการบริหาร เป็นประธานเวทีและ อาจารย์ทิวทอง หงษ์วิวัฒน์ และ ดร.นฤมล ทับจุมพล เป็นผู้ให้ความเห็นนำ น่าชื่นใจที่เวทีนี้มีผู้แทนหน่วยงานราชการ วิชาชีพ องค์กร และเพื่อนภาคีองค์กรเอกชนและแกนสมัชชาสุขภาพหลากหลายมาร่วมให้ความเห็นกันอย่างจริงจัง และตรงไปตรงมา สำหรับประเด็น “สานพลัง สร้างสุขภาพะ” คงสะท้อนคำต่อนี้ได้ไม่ยากนักว่า สช. วางตนเองไว้ในส่วนกลางของสามเหลี่ยม เป็นพื้นที่เปิดสำหรับทุกภาคส่วน โดยเฉพาะสนับสนุนภาคประชาสังคมในการเข้าถึงกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะด้วย

หลังเวทีวิพากษ์ สช. รับการบ้านใหญ่ไปปรับแผนยุทธศาสตร์ที่ต้องสะท้อนให้เห็นก้าวที่ต่าง และเป้าหมายที่ชัดเจนกว่า ๔ ปีแรก ที่เป็นระยะก่อสร้างตัว มุ่งพัฒนาไกลและเครื่องมือตามกฎหมายสุขภาพให้เข้มแข็ง ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือประเมินผลกระทบทางสุขภาพ สมัชชาสุขภาพรูปแบบใหม่ หรือธรรมนูญด้วยระบบสุขภาพ

๕ ปีข้างหน้าคงถึงเวลาผลิดอกออกผลที่เก็บเกี่ยวได้เป็นกอบเป็นกำเสียที

“เห็นสร้างสุข” โดย หมอ



คั่นคนปฏิรูป

>> เรื่องและภาพ กองบรรณาธิการ

เจาะเรื่อง “ไม่จริง”



เรื่องราวเกี่ยวกับ “ร่าง พ.ร.บ. คุ่มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข” ที่กล่าวขานกันอยู่ในสังคมไทยเวลานี้ มีหลายประเด็นที่เป็นความเข้าใจคลาดเคลื่อน

“คั่นคนปฏิรูป” ฉบับนี้ ขวนเจาะลึกข้อกังขาเหล่านี้ จาก “เครือข่ายผู้เสนอกฎหมาย” ที่ออกมาพร้อมกันชี้แจงข้อเท็จจริงสู่สังคม ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อสำคัญ

๑. เมื่อมี พ.ร.บ. คุ่มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขจะทำให้เกิดการฟ้องร้องแพทย์มากขึ้นกว่าเดิมมากไม่จริง ความจริงก็คือ พ.ร.บ. นี้ใช้หลัก

การเดียวกับมาตรา ๔๑ ใน พ.ร.บ. หลัก

ประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งพิสูจน์มากกว่า ๖ ปีแล้วว่า สามารถลดการฟ้องร้องแพทย์และบุคลากรการแพทย์ และช่วยเหลือบรรเทาความเดือดร้อนของผู้เสียหาย เพียงแต่มาตรา ๔๑ เยียวยาเฉพาะผู้เสียหายที่ใช้บัตรทองที่มีอยู่ประมาณ ๔๗ ล้านคน ฉะนั้น พ.ร.บ. ฉบับนี้จะขยายการคุ้มครองเยียวยาไปให้ครบ ๖๕ ล้านคนที่เหลือ ที่ใช้บัตรประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ และคนที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง

๒. พ.ร.บ. นี้จะทำให้มีผู้ฉวยโอกาสขอเงินชดเชยเยียวยาตามมา

ไม่จริง ความจริงที่ปฏิเสธไม่ได้คือ ผู้เสียหายต้องเอาชีวิตของตนเอง ความพิการ และการเป็นโรคที่ไม่ต้องการมาแลกกับเงินชดเชย การฉวยโอกาสนั้นเป็นไปไม่ได้ จากประสบการณ์ของไทยเอง การเข้ามาตรา ๔๑ ของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า มีผู้ได้รับการเยียวยาชดเชยเพียงประมาณ ๒,๗๑๔ คน และกองทุนนั้นนอกจากจะไม่ล้มละลายแล้ว ยังมีเงินเหลือสะสมมากกว่าที่คาดไว้

๓. หมอที่ทำงานหนักเพื่อรักษาประชาชน ไม่ได้ได้รับความเป็นธรรมจากกฎหมายนี้

ไม่จริง พ.ร.บ. นี้ เป็นกฎหมายที่ไม่มีโทษอาชญากรรม หรือการกล่าวโทษ แต่เป็น พ.ร.บ. ที่ยอมรับว่า ความผิดพลาดทางการบริการทางการแพทย์เกิดขึ้นได้โดยไม่เป็นเจตนา แต่เมื่อมีความผิดพลาดก็ควรมีการเยียวยาต่อผู้เสียหาย โดยให้รู้จักสถานพยาบาลมาช่วยกันเฉลี่ยความรับผิดชอบต่อความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น เมื่อไหร่ก็ได้ แพทย์และบุคลากรที่ทำการรักษาไม่ต้องรับผิดชอบต่อความเสียหาย หรือต่อวิชาชีพ จึงสามารถดูแลคนไข้อื่น ๆ ต่อไปอย่างเต็มความสามารถโดยไม่ต้องกังวลต่อการฟ้องร้อง หรือกรณีหาเงินมาชดเชยต่อผู้เสียหาย **ที่สำคัญคือ** ในมาตรา ๔๕ มีการกำหนดให้อำนาจศาลพิจารณาระงับโทษให้แก่แพทย์หรือบุคลากรการแพทย์หากมีการนำเรื่องไปฟ้องอาญา ซึ่งการระงับโทษขนาดนี้ไม่เคยมีปรากฏในกฎหมายอื่น ถือว่าเป็นการปกป้องและให้ประโยชน์แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเพื่อประชาชน

๔. มีตัวแทนเอ็นจีโอมากกว่าตัวแทนแพทย์ในคณะกรรมการพิจารณาเยียวยาช่วยเหลือ

ไม่จริง ในมาตรา ๗ กำหนดว่า มีตัวแทนภาคประชาชนเพียง ๓ คน กรรมการที่เหลือส่วนมากมีอาชีพเดิมและอาชีพปัจจุบันเป็นแพทย์ประมาณ ๕ คน และหากต้องการให้มีตัวแทนสาขาวิชาชีพในคณะกรรมการก็สามารถเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงได้ในชั้นการพิจารณาของคณะกรรมการในสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา โดยไม่จำเป็นต้องล้ม พ.ร.บ. ทั้งฉบับ ดังที่เป็นอยู่ในขณะนี้ ✕



ทำไมต้อง no-fault compensation

ได้อ่านข่าว พ.ร.บ. คุ่มครองผู้เสียหาย จากการรับบริการสาธารณสุข ก็เกิดความงุนงงสงสัย

ถ้าจะชดเชยค่าเสียหายแก่ผู้ป่วยที่ได้รับ ความเสียหาย ไม่ต้องถามใครผิดใครถูก ก่อนหรือ เออ...แปลกแฮะ เราเองก็อยู่ในโลกของถูก-ผิด ชาว-ด้าเสมอมา ถ้าฉันไม่ผิด ก็ไม่ยอมแน่นอน

ในข่าวหนังสือพิมพ์ได้ลงอีกว่า หลายประเทศ ในแถบยุโรป เช่น เดนมาร์ก นอร์เวย์ สวีเดน ฟินแลนด์ ไอร์แลนด์ เขาก็มีกองทุนชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเหมือนกัน และก็ใช้ระบบคุ้มครองผู้เสียหาย โดยไม่คำนึงถึงความผิดถูก หรือที่เรียกว่า no-fault compensation

คุณหมอวิระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ ผอ.โรงพยาบาลขอนแก่น เล่าเหตุการณ์กรณีคนไข้ของโรงพยาบาล ติดเชื้อจากการผ่าตัดต่อกระดูกถึง ๑๐ ราย ให้ฟังว่า **สิ่งแรกที่ผมทำ คือ “กล่าวขอโทษ และยินยอมกับคนไข้ว่าพร้อมรับผิดชอบ”** ทั้งๆ ที่ไม่ได้สอบถามเลยว่ามีความผิดของใคร **เมื่อเห็นคนไข้เดือดร้อนมา เรียกว่าร้อนทั้งกาย ร้อนทั้งใจ ก็รีบแก้ไขจัดการ เาน้ำเย็นเข้าลูบทันที นี้แหละ คือหลักการ no-fault compensation** ถึงช่วยสร้างสัมพันธภาพของหมอกับคนไข้ให้ดีขึ้น ปรากฏว่าไม่มีคนไข้รายไหนฟ้องร้องโรงพยาบาลขอนแก่นเลย

Dr. Marie Bismark ที่ปรึกษาด้านกฎหมายของคณะกรรมการด้านสุขภาพและผู้พิการ ประเทศนิวซีแลนด์ เล่ากรณีตัวอย่างที่ประเทศเขาว่า ผู้ป่วยคนหนึ่งอายุ ๒๒ ปี มีโรคประจำตัว ปวดท้องน้อยเป็นประจำ พอส่งกล้องดู ปรากฏว่าพบก้อนเนื้อที่โพรงมดลูก จำเป็นต้องผ่าตัด แต่พอผ่าตัด กลับทำให้ลำไส้เธอทะลุ แล้วพาลทำให้เชื้อบุงของท้องอักเสบตามมา ต้องผ่าตัดกันอีกรอบ เพื่อเอาลำไส้ส่วนที่ทะลุออก ผลจากการผ่าตัดครั้งนั้น เธอไม่สามารถขับถ่ายได้ตามปกติ ต้องขับถ่ายผ่านถุงเก็บอุจจาระที่หมอบีบติดไว้ที่

หน้าท้องให้ และต้องพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลถึง ๓ สัปดาห์

โชคดีที่นิวซีแลนด์มีระบบ no-fault compensation มานานกว่า ๓๐ ปี รู้ไหมเธอได้รับค่าชดเชยความเสียหายไปเท่าไร? ไม่บอกดีกว่า ตัวเงินไม่สำคัญเท่ากับได้รับค่าชดเชยเรื่องอะไรบ้าง จริงไหม สรุปค่าชดเชยของเธอ ประกอบด้วยค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าเดินทางไปพบหมอ ค่าฟื้นฟูเมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน และค่าสูญเสียรายได้ในขณะที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ นี่หมายความว่า หากเธอพิการไปชั่วชีวิต เงินค่าชดเชยก็จะสูงตามความเป็นจริง

คุณแมรี่บอกว่า ประสพการณ์จากที่ใช้ระบบ no-fault compensation นี้มา ผู้ป่วยโดยทั่วไปไม่ได้คิดจะโทษเอาความหมอ แต่อยากเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างเป็นระบบ ไม่อยากให้เกิดกรณีร้ายๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง เกิดขึ้นซ้ำกับคนอื่นอีก ก็เท่านั้นเอง

นิวซีแลนด์ มองความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เป็นอุบัติเหตุอย่างหนึ่ง คือไม่มีใครเจตนาให้เกิด จึงอยู่ภายใต้กฎหมายชดเชยผู้ประสบอุบัติเหตุ (Accidental Compensation Act) ไม่ต้องมีการพิสูจน์ใครผิดใครถูก ก่อนการชดเชยค่าเสียหาย ระบบนี้จะมีคณะกรรมการดำเนินการเฉพาะ เรียกว่า Medical Misadventure Unit (MMU) ซึ่งอยู่ภายใต้คณะกรรมการพิจารณาค่าชดเชยเนื่องจากอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation - ACC) เป็นผู้รับผิดชอบ

อย่างไรก็ตาม คุณแมรี่ก็ยังย้ำไว้ว่า ระบบนี้ไม่ใช่จะแก้ปัญหาความสัมพันธภาพกับคนไข้ได้ทั้งหมด หากหมอไม่รักษาคคนไข้ด้วยความรักและเคารพในศักดิ์ศรีของคนไข้แล้ว ความสัมพันธ์หมอกับคนไข้ก็ยากจะเยียวยา

และอันที่จริง เราว่า ระบบถูก-ผิด ชาว-ด้า อาจใช้ไม่ได้กับทุกสถานการณ์ โดยเฉพาะด้านศีลธรรม ความเป็นความตายของผู้คน ✕



อาจจะมีความคิดว่า สข. เข้าไปเกี่ยวข้องอย่างไร กับ (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับ บริการสาธารณสุข พ.ศ.... ที่กำลังเป็นประเด็นถกเถียงกัน อยู่ในสังคมขณะนี้

“กว่าจะถึงวันนี้” จึงเป็นเรื่องอธิบายความเป็นมาของ เรื่องราว และความเชื่อมโยงในอีกด้านหนึ่งระหว่าง สข. กับ ร่างกฎหมายฉบับนี้

หากย้อนหลังกลับไปเมื่อปลายปี ๒๕๕๑ ได้เกิดกลไกระดับ ชาติที่ชื่อ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการดังกล่าวได้แต่งตั้งให้ ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย เป็นประธานกรรมการ มีผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข (สวรส.) และผู้อำนวยการสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (สนย.) เป็นเลขานุการ ร่วมกัน ทำหน้าที่ขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตาม แผนยุทธศาสตร์กระทรวงกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติที่ ครม. ได้มีมติเห็นชอบไปก่อนหน้านี้

เรื่องหนึ่งที่ถูกหยิบยกเข้าสู่การพิจารณาก็คือ การแก้ปัญหา ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ที่นับวันจะทวีความ รุนแรงขึ้นตามลำดับ จึงได้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนานโยบาย สาธารณะ เพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับ แพทย์ขึ้น และมอบหมายให้ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เป็น

กว่าจะถึงวันนี้

ประธานคณะทำงาน และมี นพ.พงษ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ เป็นเลขานุการ มีหน้าที่วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลทาง วิชาการ จัดเวทีสาธารณะและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อ แก้ไขปัญหา

จากการศึกษาข้อมูลของคณะทำงานชุดนี้ พบว่าในขณะนั้น ครม. ได้มีมติเห็นชอบต่อ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.... ที่เสนอโดย กระทรวงสาธารณสุขไปแล้ว เมื่อคณะทำงานได้ศึกษาร่าง กฎหมายฉบับนั้น เห็นว่าเป็นกฎหมายที่ดีและจะช่วยลดการ ฟ้องร้องคดีในวงการศึกษาสาธารณสุขลงได้ จึงได้นำเสนอต่อที่ ประชุมคณะกรรมาธิการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๕๑ และที่ประชุมมีมติเห็นชอบให้จัดทำ ข้อเสนอแนะต่อ ครม. และสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว โดยขอเพิ่มแนวคิด กลไก และมาตรการด้านการไกล่เกลี่ย และเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขไว้ ในกฎหมายด้วย

หลังจากนั้นสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา จึงได้เชิญ ผู้แทนจาก สข. เข้าไปร่วมชี้แจงในการยกย่องกฎหมายตาม กระบวนการ โดยมีการประชุมมากกว่า ๔๐ ครั้ง และแต่ละครั้งจะมีผู้แทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุม ทุกครั้ง ไม่ว่าจะเป็น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม สำนักงานอัยการ สปสช. แพทยสภา สมาคมโรงพยาบาล

เอกชน และเครือข่ายภาคประชาชน จนในที่สุดก็ได้ร่าง กฎหมายที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา (ชุดพิเศษ) ที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนออกมา และนำเสนอ ต่อคณะรัฐมนตรีในที่สุด

ทั้งนี้ ในร่างกฎหมายที่ผ่านการพิจารณาของสำนักงานคณะ กรรมการกฤษฎีกา ได้นำข้อเสนอให้เพิ่มกลไกไกล่เกลี่ยและ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขบรรจุไว้ ในกฎหมายด้วย

เรื่องนี่ยังถูกบรรจุไว้เป็นข้อเสนอหนึ่งใน (ร่าง) นโยบายสร้าง เสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยนโยบายสาธารณะเรื่องนี้ได้นำเสนอต่อที่ประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ และสมาชิกได้มีฉันทามติ เห็นชอบต่อข้อเสนอนี้ร่วมกัน และต่อมารัฐบาลได้มอบหมาย ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ

จากเรื่องราวข้างต้น จะเห็นว่านี่คือความเกี่ยวข้องเกี่ยวพัน ในบทบาทหนึ่งของ สข. ที่เป็นหน่วยงานที่มีพันธกิจหลักใน การพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่มี เป้าหมายเพื่อสร้างสังคมสุขภาพะในทุกมิติ

และร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ก็ถือเป็นนโยบาย สาธารณะเรื่องหนึ่ง ที่ สข. มีความภาคภูมิใจที่ได้เข้าไปมีส่วน ร่วมในการผลักดัน



สมัชชา ชายัน ชายล

>> เรื่อง จารึก ไชยรักษ์

การที่มีแพทย์บางกลุ่มต้องการจัด “สมัชชา ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข” โดยอ้างถึงการจัดสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ นับเป็นเรื่องที่น่าสนใจ

ที่ผ่านมา มีการใช้ “สมัชชา” แตกต่างกันไปตามบริบทและ ความเข้าใจ เช่น สมัชชาวิทยาศาสตร์ สมัชชาการศึกษา เป็นต้น หรือบางครั้งก็เป็นการจัดสมัชชาเฉพาะเรื่องเพื่อชวน กันมาคุย ขบคิด และแสวงหาแนวทางการทำงานที่ สร้างสรรค์ร่วมกัน เช่น สมัชชาคุณธรรม เป็นต้น หรือบาง ครั้งสมัชชาถูกใช้กับการเคลื่อนไหวเรียกร้องสิทธิและความ เป็นธรรมในด้านต่างๆ เช่น สมัชชาคนจน เป็นต้น

ในระดับสากล ก็มีการจัดประชุมสมัชชาอนามัยโลกมาแล้ว กว่า ๖๐ ปี เพื่อใช้เป็นเวทีให้ประเทศสมาชิกร่วมกันพัฒนา ประเด็นสำคัญเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

สำหรับ “สมัชชาสุขภาพ” ของประเทศไทย มีการทดลอง พัฒนามาได้ ๑๐ ปีแล้ว ตั้งแต่เริ่มมีแนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้สรุปความหมายไว้ว่า

เป็นกระบวนการที่เปิดให้ทุกภาคส่วนในสังคม ไม่ว่าจะ เป็นประชาชน เอกชน นักวิชาการ นักวิชาชีพ ข้าราชการ บุคลากรของรัฐ และผู้ทำงานการเมืองในทุกระดับ ได้ เข้ามาร่วมกันพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพ ทางออกของความขัดแย้ง

(healthy public policy) ซึ่งก็คือนโยบายสาธารณะที่จะ เกิดผลดีต่อสุขภาพของมหาชน โดยเน้นการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วนอย่างเท่าเทียมกัน ให้เกียรติและมอง เห็นคุณค่าศักดิ์ศรีของกันและกัน

กระบวนการดังกล่าว ครอบคลุมตั้งแต่การวางแผนการจัด ที่มีทุกฝ่ายเข้าร่วมเป็นกรรมการ การเสนอประเด็น การคัดเลือกประเด็น การพัฒนาประเด็นและข้อเสนอเชิงนโยบาย การแสวงหาความเห็นร่วมด้วยกระบวนการสันติวิธี เพื่อให้ได้ ฉันทามติร่วมกัน

สมัชชาสุขภาพจึงเป็นกระบวนการสาธารณะที่ดำเนินการ ต่อเนื่องตลอดปี ที่ไม่ใช่แค่เวทีการประชุมวันสองวันเท่านั้น และสมัชชาสุขภาพก็ไม่ใช่เวทีพรั่บปัญหา หรือเวที เรียกร้องหรือปกป้องผลประโยชน์ของคนในวิชาชีพใดหรือ กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้กำหนดสมัชชา สุขภาพไว้ ๓ ประเภท คือ (๑) สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ (๒) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (๓) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ที่ผ่านมามีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในชั้นทดลองมา แล้ว ๖ ครั้ง ก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และเมื่อ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติประกาศใช้แล้ว ก็มีการจัดสมัชชาสุขภาพ

แห่งชาติอย่างเป็นทางการแล้ว ๒ ครั้ง โดยประยุกต์ แนวทางการดำเนินงานมาจากสมัชชาอนามัยโลก

สำหรับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทางการครั้งที่ ๓ จะจัดใน เดือนธันวาคมที่จะถึงนี้ จะมีมีการพิจารณาข้อเสนอเชิง นโยบายสำคัญ ๔ เรื่อง โดยมีการออกการจัดว่า “ร่วมฝ่าวิกฤต ความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาพะ” ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่ของ ประเทศอยู่ในขณะนี้

นายินดีที่มีแพทย์กลุ่มหนึ่งได้กล่าวถึงการมี สมัชชา ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข โดยอ้างอิงแนวคิดของสมัชชา สุขภาพแห่งชาติที่จัดขึ้นทุกปี

แต่ก็ต้องฝากว่าให้ดูที่หลักการและแนวทางของกระบวนการ สมัชชาสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมี ส่วนร่วมของทุกฝ่าย

อย่าให้กลายเป็นสมัชชาเรียกร้องหรือปกป้องผล ประโยชน์ของใครหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งไป ซึ่งถ้าเป็น อย่างนั้น ก็จะไม่ใช้จิตวิญญาณของ “สมัชชาสุขภาพ” อย่างแน่นอน

เรียบเรียงจากบทความ “ดีที่ใช้สมัชชา” โดย นพ.อำพล จินดาวัฒนะ



ถอดรหัส “สัมพันธ์แบบสองโลก” ความจริงที่ซ่อนเร้นและกำลังบาดลึก

“แทบจะเรียกได้ว่าความสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วยในยุคปัจจุบันเป็นความสัมพันธ์แบบสองโลก คือ โลกของผู้ป่วยกับโลกของแพทย์”

รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง อาจารย์คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สะท้อนภาพความสัมพันธ์ในสังคมไทยที่กำลังเปลี่ยนแปลงไป ในมิติของ “การรักษาพยาบาล”

สังคมไทยเป็นสังคมเกื้อกูลกัน การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่เป็นสิ่งที่เห็นได้ไม่ยาก แต่ในปัจจุบันการหันหน้าเข้าสู่สังคมยุคใหม่ที่เน้นการให้บริการ ทำให้การเอื้อเฟื้อเกื้อกูลกันลดน้อยลง

เดิมผู้ป่วยมองว่าแพทย์เป็นผู้มีพระคุณ เป็นผู้มีเมตตา เพราะการรักษาคือ การแก้ทุกข์ แต่ในวัันนี้ระบบการแพทย์สมัยใหม่ แพทย์ได้กลายเป็นวิชาชีพวิชาชีพหนึ่ง แพทย์กลายเป็นสถาบันอีกสถาบันหนึ่ง ที่แยกตัวออกไปจากสังคมและชุมชน ก่อปรกกับการแพทย์สมัยใหม่เป็นภาคธุรกิจและเอกชนมากขึ้น การแพทย์มุ่งเน้นในเรื่องของการให้บริการหรือการขายบริการ อันนำไปสู่ความคาดหวังที่ถูกตั้งขึ้นจากการซื้อบริการของผู้ป่วยและญาติ อดีตปัญหาความป่วยไข้เป็นเรื่องของการรักษา โดยนำภูมิปัญญาพื้นบ้านมาใช้ในเบื้องต้น การใช้ภูมิปัญญาถือเป็นหน้าที่พื้นฐานในการดูแลตนเองของคุณคน แต่ด้วยระบบการศึกษาและการพัฒนาสุขภาพสมัยใหม่ในปัจจุบัน ทำให้ชาวบ้านมองข้ามคุณค่าของการรักษาและพึ่งพาภูมิปัญญาตนเอง

ดังนั้น ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาดั้งเดิม การช่วยเหลือเกื้อกูลกันถูกบั่นทอนให้ลดน้อยด้อยค่าลง กลายเป็นความล้าหลัง เป็นสิ่งที่ไม่ทันสมัย และถูกแทนที่ด้วยความคิดที่ว่าแพทย์ยุคใหม่ ที่มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพ ความเห็นเช่นนี้ทำให้การใช้ภูมิปัญญาในการพึ่งตนเองของชาวบ้านลดน้อยด้อยค่าลงอย่างต่อเนื่อง

เมื่อการแพทย์เปลี่ยนไปสู่การให้บริการ ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยถูกเปลี่ยนสถานะให้เป็นผู้เสียเงินเพื่อซื้อบริการ

เส้นแบ่งระหว่างความเกื้อกูลกันถูกเปลี่ยนเป็นการซื้อและให้บริการ นำมาสู่ความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยได้ทุกเมื่อ

รศ.ดร.ลือชัย ได้ให้ความเห็นต่อประเด็นความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ในมิติเชิงสังคมไว้อย่างน่าสนใจว่า

“เรื่องความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ต้องมองให้รอบด้านมากขึ้น อย่าไปมองว่าทุกวันนี้นำผู้ป่วยคิดจะฟ้องแพทย์ ทั้งๆ ที่แพทย์ทำงานหนัก มองแบบนี้เท่ากับเรามองไม่เห็นข้อเท็จจริง

จริงๆ แล้วปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเป็นเพียงอาการเล็กๆ อากาการหนึ่งในความขัดแย้งของสังคมที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน เราเห็นความขัดแย้งเกิดขึ้นในเรื่องของเศรษฐกิจ การเมือง ศาสนา มากมาย ฉะนั้นความขัดแย้งในทางการแพทย์เป็นเพียงรูปธรรมหนึ่งของความขัดแย้งที่กำลังเกิดขึ้น

ถ้าถามว่าทำไมความขัดแย้งจึงเกิดขึ้น? คำตอบคือโลกของแพทย์กับโลกของผู้ป่วยแยกออกจากกันมากขึ้นทุกขณะ แพทย์เองด้วยความเป็นวิชาชีพทำให้โลกทัศน์มีความรู้ มีความรู้สึกที่เรื่องนี้เป็นเรื่องที่คนธรรมดาเข้าถึงไม่ได้ ไม่ควรที่จะเข้าใจ ขณะเดียวกันกระบวนการพัฒนาทางการแพทย์ที่ผ่านมา แพทย์พยายามบอกว่าแพทย์สมัยใหม่มีประสิทธิภาพนำไปสู่การคาดหวัง และการคาดหวังเป็นส่วนที่นำไปสู่การผิดพลาด การพึ่งพิงมากเกินไปสู่ความคาดหวังมาก เมื่อคาดหวังมากก็จะนำไปสู่การผิดพลาดได้มาก ถือเป็นเรื่องปกติ

นอกจากนั้นกระแสผู้บริโภค ทำให้คนมองจากตัวของตัวเองมากขึ้น การที่ผู้ป่วยเป็นผู้บริโภคนี่คือหัวใจสำคัญ การทำให้คนมองมาที่ผลประโยชน์ของตัวเองโดยแลกกับเงินที่ต้องซื้อไป สิ่งต่างๆ เหล่านี้มันทำให้คู่ความสัมพันธ์เปลี่ยนไปโดยสิ้นเชิง”

เมื่อความเชื่อมโยงของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยถูกผูกไว้กับการให้บริการและการรับบริการ ดังนั้นความคาดหวังต่อการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการจึงมากขึ้นตามลำดับ ก่อให้เกิดความเสี่ยงในความสัมพันธ์เกื้อกูลกันของแพทย์และผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ และเมื่อความผิดพลาดเกิดขึ้น เป็นเหตุให้การคิดถึงผลประโยชน์ภายใต้ความเห็นแก่ตนจึงค่อยๆ ก่อตัวขึ้นภายใต้การพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค

นักวิชาการด้านสังคมวิทยาการแพทย์ท่านนี้ เสนอแนะว่า การแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นเรื่องสำคัญ จึงต้องการหาทางออกร่วมกันด้วยดีและต้องเร่งแก้ไข

การเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกันบนพื้นฐานทางความคิดที่แตกต่างแต่ไม่แตกแยกอาจเป็นเรื่องยาก แต่ยังสามารถทำได้ หากทุกฝ่ายร่วมใจกันพัฒนาโลกทางสังคมให้อยู่ร่วมกันได้บนพื้นฐานความแตกต่างอย่างสันติ...





ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหาย จากการรับบริการสาธารณสุข รู้ให้ชดก่อนตัดสินใจ



ความเสียหายจากการรับบริการทางสาธารณสุข เป็นสิ่งที่พบได้ในระบบบริการสาธารณสุขทั่วโลก

แม้ในประเทศไทยจะไม่มีการรวมสวัสดิการสูญเสียจาก ปัญหาดังกล่าวชัดเจน แต่ความเสียหายจากการรับบริการ สาธารณสุขเป็นประเด็นที่ปรากฏเป็นข่าวทางสื่อมวลชน และได้รับความสนใจจากสังคมอย่างกว้างขวาง

ภาพที่ปรากฏต่อสังคม คือ ความทุกข์ของผู้ป่วย ที่ไม่ได้รับ การชดเชยจากผู้ที่เกี่ยวข้อง จนต้องเรียกร้องความ เป็นธรรมด้วยกระบวนการทางศาล ซึ่งภาระการพิสูจน์ตก อยู่กับฝ่ายผู้เสียหาย ซึ่งประสบปัญหาต่างๆ มากมาย ทั้ง ความลำบากในการเข้าถึงเวชระเบียนของตนเอง การหา แพทย์มาอ่านเวชระเบียน ความลำบากในการหาพยาน ผู้เชี่ยวชาญมาให้การ

นอกจากนี้กระบวนการทางศาลก็มีค่าใช้จ่ายในการ ดำเนินการ เช่น ค่าธรรมเนียมศาล ค่าทนายความ เป็นต้น ไม่เพียงเท่านั้นกระบวนการพิสูจน์ยังเป็นกระบวนการที่ใช้ เวลายาวนาน ทำให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยที่ล่าช้า จน บางรายตัดสินใจไม่เรียกร้องความเป็นธรรม

ในระยะหลังเมื่อฝ่ายผู้เสียหายเริ่มเป็นฝ่ายชนะคดี ปัญหา ที่ตามมาคือความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพกับ กลุ่มผู้ป่วย บางวิชาชีพพยายามจะเสนอมาตรการเพื่อ ปกป้องวิชาชีพของตน เช่น การประกาศสิทธิในการ ปฏิเสธการให้บริการ หรือสร้างเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคใน การเข้าถึงเวชระเบียนของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความ สัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ในสภาพการณ์ดังกล่าว ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวง สาธารณสุข สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ และผู้ให้บริการทาง สาธารณสุข รวมถึงเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ เห็น สอดคล้องกันในการแก้ปัญหาด้วยการจัดตั้งกลไกชดเชย ความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข และยกร่าง กฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการทาง สาธารณสุขขึ้น

ข้อมูลพื้นฐาน

“ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการ สาธารณสุข” มีทั้งหมด ๗ ร่าง ได้แก่ ร่างพระราช บัญญัติของกระทรวงสาธารณสุข ร่างพระราชบัญญัติของ สมาพันธ์ผู้บริโภค เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ และ อีก ๕ ร่างของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (ส.ส.) โดยมีชื่อ ของ ส.ส. ที่ยื่นเสนอในนามของตนเองคนละร่าง

สมาพันธ์ผู้บริโภค เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ และ เครือข่ายต่างๆ ให้การสนับสนุน “ร่างพระราชบัญญัติ คุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...” เพราะเชื่อมั่นว่า ร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้เป็นเครื่องมือสำคัญใน การแก้ปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์และคนไข้ ช่วย ให้การฟ้องร้องคดีอาญาต่อแพทย์ลดน้อยลง

หลักการสำคัญของ พ.ร.บ. ฉบับนี้คือ

“กองทุนชดเชยผู้เสียหายจากระบบบริการสาธารณสุข เพื่อช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหาย โดยที่ไม่มีการพิสูจน์ ความผิด มุ่งชดเชยความเสียหายมิใช่มุ่งหาผู้กระทำ ความผิดมาลงโทษ”

เพราะตระหนักว่า ความผิดพลาดทางการแพทย์นั้น สามารถเกิดขึ้นได้แม้จะดำเนินการอย่างดีแล้วก็ตาม

กองทุนชดเชยความเสียหาย ช่วยลดการฟ้องร้องได้อย่างไร

จากสถิติของการฟ้องร้องของผู้เสียหายจากการรับบริการ ทางสาธารณสุขที่มีคดีมาสู่ศาลแพ่งฯ ในปี ๒๕๓๑ มีการ ร้องเรียน ๕๒ เรื่อง เพิ่มขึ้นเป็น ๑๗๓ เรื่องในปี ๒๕๔๒ และ เพิ่มขึ้นเป็น ๒๕๘ เรื่อง ในปี ๒๕๔๘

เมื่อคดีที่ไปสู่ศาลแพ่งใช้เวลายาวนาน และขาดการมี ส่วนร่วมทำให้เกิดข้อกังวลถึงการช่วยเหลือกันเองในหมู่ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำให้เกิดการร้องเรียนผ่าน สื่อมวลชนและปรากฏข่าวการฟ้องคดีที่สำคัญเพิ่มขึ้น

การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของ ไทยในปัจจุบัน ใช้วิธีการ พิสูจน์ความรับผิด โดยอาศัย กลไกทางศาลตามหลักกฎหมายละเมิด ทำให้ผู้เสียหาย ต้องนำเรื่องเข้าสู่กระบวนการทางศาลหากต้องการได้รับการ ชดเชย และต้องเป็นฝ่ายรับภาระในการพิสูจน์ความ ผิด ดังที่กล่าวแล้วว่ามิใช่ปัญหายุ่งยากตามมามากมาย

ส่วน การชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความ รับผิด เริ่มมีการนำมาใช้ในพระราชบัญญัติหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งมีข้อกำหนดให้มีการ เยียวยาความเสียหายตาม มาตรา ๔๑

กฎหมายดังกล่าวมีกระบวนการพิจารณาที่ค่อนข้างเร็ว แต่ ยังมีข้อจำกัด คือ

- วงเงินในการช่วยเหลือแต่ละรายไม่สูง
- เป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นไม่ใช่การชดเชยความเสียหายที่แท้จริง
- ครอบคลุมเฉพาะผู้รับบริการในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมผู้รับบริการใน ระบบอื่นๆ เช่น ระบบประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ โรงพยาบาลเอกชนฯ

ร่างกฎหมายใหม่ กับ การฟ้องร้องทางอาญา

ข้อมูลจาก มูลนิธิผู้บริโภค พบว่า ผู้ได้รับความเสียหาย ทางทางการแพทย์ ๓๓ ราย ในปี ๒๕๕๒ ทุกราย ไม่มีความ ประสงค์จะฟ้องอาญาต่อแพทย์



.....
หลักการสำคัญของ พ.ร.บ. ฉบับนี้คือ “กองทุน
ชดเชยผู้เสียหายจากระบบบริการสาธารณสุข
เพื่อช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหาย โดยที่ไม่มีภาระพิสูจน์
ความผิด หรือมุ่งหาผู้กระทำความผิดมาลงโทษ”
เพราะตระหนักว่า ความผิดพลาดทางการแพทย์นั้น
สามารถเกิดขึ้นได้ แม้จะดำเนินการอย่างดีที่สุดแล้วก็ตาม
.....

ข้อมูลของเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ที่มีผู้เสียหาย
เข้ามาปรึกษากว่า ๖๐๐ ราย มีเพียงไม่ถึง ๑๐ ราย ที่
จำเป็นต้องฟ้องอาญาเหตุ เพราะการพิจารณาคดีโดย
แพทยสภาล่าช้า จนทำให้เกิดปัญหาหมดอายุความ
ผู้เสียหายอยู่ในภาวะจำยอมที่จะต้องเลือกฟ้องคดีอาญา
เพื่อทำให้อายุความเพิ่มขึ้น

ในความเป็นจริงการฟ้องคดีอาญาเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของ
ประชาชน หากได้รับความเสียหายจากการรับการรักษาซึ่ง
สามารถพิสูจน์ได้ว่าเกิดจากความประมาทเลินเล่ออย่าง
ร้ายแรง และสิทธิการฟ้องอาญาเกิดขึ้นก่อนจะมี พ.ร.บ.
ฉบับนี้ นั่นคือข้อก้ำกั้นในร่าง พ.ร.บ. ไม่ได้เปลี่ยนแปลง
สภาพปัจจุบัน

จุดมุ่งหมายของกองทุนที่ตั้งขึ้นมาใหม่ ทำให้ผู้ที่ได้
รับความเสียหายรู้สึกว่าได้รับการชดเชยอย่างเป็น
ธรรมมากขึ้น ช่วยลดอารมณ์คุกรุ่นที่ต้องการดำเนิน
การทางกฎหมายลงได้

สมมุติฐานนี้มีหลักฐานยืนยันในกรณีของการดำเนินการ
ตาม มาตรา ๔๑ ซึ่งพบว่าผู้ฟ้องจำนวนหนึ่งเปลี่ยนใจ
ไม่ฟ้องร้อง เพราะได้เงินชดเชยตาม มาตรา ๔๑ ซึ่งเกิด
จากความสนใจและเอาใจใส่ของผู้ให้บริการในความ
พยายามที่จะให้ผู้ป่วยได้รับเงินชดเชย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า
ตนเองได้รับความเป็นธรรมและการเหลียวแลจาก
เจ้าหน้าที่ของรัฐ

ในอนาคตผู้เสียหายอาจจะไม่ต้องไปฟ้องร้องต่อ
หน่วยงานต้นสังกัด หนังสือพิมพ์ หรือ ศาล แต่หันมา
ร้องเรียนที่ สำนักงานกองทุนฯ ซึ่งตั้งขึ้นมาใหม่
โดยตรงแทน

และเรื่องนี้ก็ไม่กระทบต่อการฟ้องร้อง หรือร้องขอให้
แพทยสภาสอบสวนความประพฤติของแพทย์ ซึ่งมิ
มีการดำเนินการอยู่แล้วแต่อย่างใด เพราะการฟ้องต่อ
แพทยสภาเป็นการฟ้องเพื่อให้มีการดำเนินการ
เอาผิดกับแพทย์ในเชิงของมาตรฐานในการประกอบ
วิชาชีพ

ส่วนการฟ้องศาลเพื่อต้องการเรียกเงินชดเชย หรือ
กรณีอาญาก็เพื่อลงโทษแพทย์ที่ทำความผิดในเชิงละเมิดต่าง
กรณีไป

มองไปข้างหน้า

แพทย์ไทยส่วนใหญ่ยังให้บริการทางวิชาชีพอยู่ในระบบ
บริการสาธารณสุขภาครัฐซึ่งไม่ใช่บริการเชิงธุรกิจ หาก

แพทย์ยึดหลักคุณธรรม และจริยธรรมแห่งวิชาชีพไว้
ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติก็
จะยังคงอยู่ คนไทยส่วนใหญ่ยังรัก ศรัทธา และไว้วางใจ
แพทย์อยู่มาก

การสนับสนุนพระราชบัญญัตินี้ให้ออกมาใช้โดยเร็ว จะ
เป็นการช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย
ส่งผลให้อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับ
หลักการสำคัญใน “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๕๒” ที่มุ่งส่งเสริมระบบบริการทางการแพทย์ที่มี
หัวใจความเป็นมนุษย์

บทเรียนต่างแดน กรณีกองทุนชดเชยความเสียหายที่สวีเดน

สวีเดนเป็นประเทศหนึ่งที่มีระบบชดเชยที่ครอบคลุมเบ็ดเสร็จ เป็นระบบที่ให้ความสำคัญกับการชดเชยที่เหมาะสม
พอเพียง โดยมีแหล่งที่มาของเงินผู้ให้บริการภาครัฐมาจากระบบภาษี ส่วนผู้ให้บริการภาคเอกชนต้องซื้อประกันจาก
เอกชน ในส่วนของการชดเชยมีหลักพิจารณา ๓ ประการ คือ

๑. เป็นความเสียหายหรืออุบัติเหตุจากการรับบริการทางการแพทย์ รวมถึงความบกพร่องของเครื่องมือ
๒. เป็นการรักษาที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน
๓. เป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ด้วยกระบวนการรักษาอื่น

ส่วนในประเด็นกระบวนการพิจารณา มีองค์กรรับเรื่องร้องเรียน และพิจารณาโดยคณะกรรมการ ระบบนี้ทำให้
ผู้เสียหายโดยมากได้รับการชดเชยภายในระยะเวลา ๑ ปี โดยเฉลี่ย

การชดเชยที่เป็นธรรมและรวดเร็วทำให้ผู้เสียหายส่วนใหญ่เลือกที่จะไม่ฟ้องคดี มีผู้เสียหายเพียง
๕-๑๐ ราย ในแต่ละปี ที่ฟ้องร้องคดีต่อศาล

“หมอ” ก็มีหัวใจ เรียนรู้จากเส้นทางชีวิต ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย

ที่สังคมมานี้ แพทย์จึงเป็นวิชาชีพที่ได้รับมอบความไว้วางใจให้จัดการชีวิต และความเป็นความตายของผู้คนในสังคม

แต่ปัจจุบัน สังคมซึ่งก้าวไปสู่สังคมยุค “ทุนนิยม” “บริโภคนิยม” ซึ่งบูชารัตนมากกว่าจิตใจ ได้ลั่นคลอน “หัวใจ” แห่งความเป็นแพทย์อย่างรุนแรง

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์แปรเปลี่ยนจากความอุปถัมภ์กึ่งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย กลายเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับลูกค้า อิงไปว่านั่นคือการตรวจรักษาที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วยยิ่งห่างเหินเมื่อมีเทคโนโลยีมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อมองย้อนถึงช่วงเวลาอันยาวนานแห่งสายสัมพันธ์ระหว่าง แพทย์กับเพื่อนร่วมสังคม “หัวใจแห่งแพทย์” ที่แสดงอาการถูกลั่นคลอนดังกล่าว ถือได้ว่าเพิ่งเกิดขึ้นแค่แวบในชั่วระยะเวลาสั้นๆ ในช่วงเวลาวาทกรรม

ความคิดการทำงานเพื่อสังคมของคุณหมอเกษมมีลักษณะเป็นกลางและมั่นคง มิได้ขึ้นลงตามกระแสการเมืองภายนอก เห็นได้จากหลังเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๖ คุณหมอเกษมกลับจากการไปเรียนต่อที่สหรัฐอเมริกา แต่อุดมคติ “หมอมือคนจน” มิได้รับอิทธิพลขึ้นมาจากกระแส ๑๔ ตุลาฯ หากแต่ได้รับการปลูกฝังมาจากครอบครัวและสภาพสังคมคนจนที่ได้คลุกคลีพบเห็นมาแต่เด็ก

คุณหมอเกษม ออกค่ายชกชมาตั้งแต่ครั้งไม่ถ้วนสมัยเป็นนักศึกษาแพทย์ จนกระทั่งเป็นอาจารย์แพทย์ โดยสนับสนุนให้นักศึกษาออกค่ายอาสาพัฒนาอนามัยและชนบท (พ.อ.ช.) ได้ผลิตนักศึกษาแพทย์ที่มีอุดมคติออกสู่สังคมออกมาจำนวนมากไม่น้อย หลายคนเป็นแพทย์ชนบทดีเด่น หลายคนมีความเข้าใจสังคมชนบทอย่างถึงแก่น

วันหนึ่งในปี ๒๕๒๙ ขณะที่คุณหมอเกษมดำรงตำแหน่งเป็นรองอธิการบดีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับการชักชวนให้ออกหน่วยแพทย์รักษาชาว

“ที่หมอเกษมและที่แอ (คุณหญิงรัชนิภาวรรณ วัฒนชัย) ทำให้ฉันได้รู้จักถึงความหมายที่แท้จริงของคำว่า ‘เสียสละ’ เป็นความเสียสละเพื่อสร้างความสุขให้แก่ผู้อื่น โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนใดๆ แต่ต้องเหนื่อยยากหรือลำบากแค่ไหน ฉันก็ไม่เคยได้ยินแม้แต่คำพูดว่า ‘เหนื่อย’ จากปากที่ทั้งสองเลย แต่มีรอยยิ้มปรากฏอยู่บนใบหน้าตลอดเวลา ...ฉันจะมีโอกาสร่วมเดินทางไปกับที่หมอและที่แอในโครงการหลวง มักจะเป็นช่วงเวลาที่มีความสุขมาก เพราะนอกจากจะได้ช่วยเหลือผู้อื่นแล้วยังมีโอกาสได้รู้จักถึงคุณค่าความเป็นคนจากการปฏิบัติของทั้งสองด้วย...”

นั่นคือเศษเสี้ยวจากเรื่องราวที่เกิดขึ้นบนเส้นทางทรงดำเนินชีวิตและการปฏิบัติตนของ ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย ในฐานะ “หมอ” คนหนึ่ง ที่แสดงให้สังคมและสมาชิกร่วมวิชาชีพได้เห็นประจักษ์ว่า “หัวใจ” แห่งวิชาชีพนี้มิได้เวียนอยู่เพียงที่เรื่องของการวัดด้วยสติปัญญา

แต่ยังมีองค์ประกอบที่ลึกซึ้งยิ่งกว่านั้น อันได้แก่ การมองเห็นความทุกข์ของผู้อื่นสำคัญไม่น้อยกว่าประโยชน์สุขของตนเอง

นี่คือเป็นความจริงที่เกิดขึ้นและยืนหยัดท่ามกลางกระแสความเจริญทางด้านวัตถุ การแสวงหาความร่ำรวยและลาภยศถาภพทำให้กลายเป็นเป้าหมายของชีวิต ระบบการแพทย์ในปัจจุบันก็มีพัฒนาการในลักษณะที่เน้นค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน ก่อให้เกิดการเปรียบเทียบกันในเรื่องของรายได้ คนทำงานเสียสละเพื่อส่วนรวมหรือทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมีค่าตอบแทนพอควรกลายเป็นคนที่ไม่ฉลาด ทั้งๆ ที่วิชาชีพแพทย์นั้น เป็นโอกาสยิ่งใหญ่ในการที่จะทำงานไปพร้อมกับการสร้างสมผลคืนกลับที่ล้ำค่าเกินกว่าทรัพย์สินเงินทอง

ไม่ว่าจะเป็นความสุขและความภาคภูมิใจในการได้ทำความดี การได้รับความรัก ความเคารพนับถือ และศรัทธาอย่างจริงใจจากเพื่อนมนุษย์ทุกชนชั้น



(ซ้าย) นั่งคุยกับชาวบ้านตามสารทุกซอกตึบได้หลังคามุงจาก (กลาง) ผู้เด็กน้อยขวามือ (ขวา) ประคองผู้ป่วยพาไปห้องตรวจ

คุณปการของแพทย์ที่มีต่อสังคมไทยอย่างใหญ่หลวง อันมีที่มาจากรากฐานการทำงานอุทิศตนของบุคคลากรทางการแพทย์จำนวนมากที่สามารถเป็นแบบอย่างและสร้างแรงบันดาลใจให้กับแพทย์รุ่นหลังได้ ทั้งที่เป็นอาจารย์ที่ทุ่มเทฝึกสอน ปลูกฝังวิชาการและคุณธรรมให้กับนักเรียนแพทย์ หรือทุ่มเทในการขยายบริการให้ครอบคลุมคนไทยทุกคนอย่างทั่วถึงอุทิศตนเพื่อรับใช้ชาวบ้านในชนบทที่ห่างไกลยังเป็นที่จดจำ และเป็นความอบอุ่นใจของผู้คนในสังคม

“ความแกร่ง” หรือจะสู้ “หัวใจแกร่ง”
ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย ผู้ดำรงตำแหน่งคณบดีในวันนี้ คือหนึ่งในผู้ที่ใช้ชีวิตในฐานะแพทย์ ทั้งด้วยปัญญาและ “หัวใจ” แห่งวิชาชีพให้สังคมได้เห็นประจักษ์อย่างไร้ข้อกังขา

อดีตอาจารย์แพทย์ท่านนี้ ได้พยายามปลูกฝังอุดมคติให้กับนักเรียนแพทย์รุ่นน้องให้มีจิตสำนึกรับใช้คนจน ไม่เพียงแต่คำสอน แต่ปฏิบัติให้เห็นเป็นตัวอย่าง

ปะหล่องหลายร้อยครอบครัว ที่อพยพมาจากฝั่งพม่ามาอยู่ที่โครงการส่วนพระองค์อ่าวขวางบริเวณบ้านขอบด้ง มีผู้เจ็บไข้ได้ป่วยจำนวนมาก ต้องการหน่วยแพทย์ไปช่วย

ในเวลานั้นจะอาศัยหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของมหาวิทยาลัยไม่ได้แล้ว คุณหมอเกษมปรึกษากรรยาวว่าจะทำกันเป็นกรรส่วนตัว ขอแรงอาสาจากญาติสนิทมิตรสหาย และลูกศิษย์มาร่วมงานกันด้วยใจอาสา ยินดีแบกรับภารกิจปิดทองฉลองพระบาทให้น้อยเต็มหัวใจ

จากวันนั้นถึงปัจจุบันนี้กว่า ๒๐ ปี “กลุ่มประชาอาสา” ได้ขยายจากครอบครัวผู้ใกล้ชิดคุณหมอเกษม ไปสู่แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร รวมทั้งพยาบาล นักธุรกิจ และผู้มีใจอาสาทั้งหลาย ที่ช่วยเหลือจนเจ็บผู้ยากไร้อย่างไม่เห็นแก่เหน็ดเหนื่อย

คุณเรวดี ธนานิมิตร หนึ่งในสมาชิกกลุ่มประชาอาสา สะท้อนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าวว่า

แพทยศาสตร์ กับ ใจอาสา สองสิ่งที่ไม่อาจแยกจากกัน

ในปี ๒๕๒๑ คุณหมอเกษมดำรงตำแหน่งเป็นผู้ช่วยคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้เยี่ยมชมบรรณาธิการใน วารสารแพทยสภาสาร ประกาศจุดยืนอย่างเป็นทางการว่า การเรียนการสอนวิชาแพทย์กับงานอาสาพัฒนาชนบทต้องควบคู่กันไป

“งบประมาณสำหรับโรงเรียนแพทย์ทุกแห่งในประเทศไทยมาจากภาษีอากรของรัฐ เงินเหล่านี้ได้มาจากประชาชนคนไทยทุกคน หรือจะกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งเป็นของประชาชน...เพราะฉะนั้นนโยบายของโรงเรียนแพทย์จึงควรกำหนดเพื่อสนองความต้องการของประชาชนโดยส่วนรวม ทั้งนี้ รวมถึงการจัดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตด้วย

เหตุผลที่แพทย์ไม่ยอมออกไปสู่ชนบทหรืออยู่ชนบทได้ไม่นานนั้นมิมีมากมาย ทั้งเหตุผลส่วนตัว และเหตุผลจากสภาวะแวดล้อมต่างๆ แต่เหตุผลอีกประการหนึ่งคือ ขาดแรงจูงใจ

ที่ขาดแรงจูงใจอาจเป็นเพราะไม่เคยออกไปพบเห็นชีวิตของชาวชนบท ไม่เคยรู้ว่าชาวชนบทมีชีวิตอยู่อย่างไร สุขอนามัยเป็นอย่างไร การขาดยา ขาดการรักษา ขาดการแนะนำทางการแพทย์ ถ้านักศึกษาแพทย์ได้มีโอกาสออกไปสัมผัสกับชีวิตชาวชนบทเหล่านี้ เขาอาจเกิดจิตสำนึกผูกพัน เกิดแรงจูงใจที่จะออกไปให้บริการแก่เพื่อนร่วมชาติของเขาได้...”

บางส่วนของบรรณาธิการแพทยสภาสาร ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๑๑, พฤศจิกายน ๒๕๒๑

ขอขอบคุณข้อมูลและภาพประกอบข่าว-คำ จากหนังสือ “ชีวิตพอเพียง หมอเกษม วัฒนชัย” สนับสนุนการพิมพ์โดย มูลนิธิหมอชาวบ้าน พิมพ์ครั้งที่ ๑ มีนาคม ๒๕๕๑

สานสืบทิศ

อุ๊ก็ ทำอิฐ



นพ.สมยศ ตีระศมี นพ.สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชช์

※ เก็บตกจากเวทีสัมมนาสุขภาพ ว่าด้วย **ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. ...** ณ โรงแรมทีเค พาเลซ กรุงเทพมหานคร จัดโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิสร้างความรู้สุขภาพผู้หญิง (สคส.) เมื่อวันที่ ๑๖ สิงหาคม ที่ผ่านมา

นพ.สมยศ ตีระศมี อธิบดีกรมอนามัย และ นพ.สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชช์ รองอธิบดีกรมอนามัย มองตรงกันว่ากระบวนการสัมมนาสุขภาพ ที่ยึดหลักสานพลังจับมือกันเขยื้อนภูเขาแห่งปัญหา เมื่อนำมาใช้กับ **ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. ...** ทำให้เกิดพื้นที่ให้ ภาคประชาชน ภาควิชาการ และภาควิชาชีพอื่น ๆ ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนทัศนคติ เสนอความคิดเห็นที่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงเพิ่มเติมต่อร่าง พ.ร.บ.ฯ และท้ายสุด จะนำข้อเสนอที่ได้ไปปรับแก้ร่าง พ.ร.บ. นี้ เพื่อนำไปสู่การพิจารณาของสภาผู้แทนฯ ต่อไป

ชวนกันคุยชวนกันคิด ย่อมได้ข้อเสนอที่ดี

นี่แหละคือความมหัศจรรย์ของการทำงานเป็นทีม และเป็นมหัศจรรย์ของการมีส่วนร่วมในการทำเรื่องยาก ๆ จนเป็นนวัตกรรมของระบบสาธารณสุข และจะต้องถูกบันทึกไว้ในประวัติศาสตร์สุขภาพไทยด้วยเลยครับ



※ สำหรับประเด็นร้อนมาแรงอย่างร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.... **คุณวิญญู พิทักษ์ปกรณ์** ที่ปรึกษาด้านกฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในฐานะนักกฎหมายที่ทำงานคลุกคลีกับประเด็นนี้ เห็นว่าระบบชดเชยความเสียหายระหว่าง ม. ๔๑ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ กับ ร่าง พ.ร.บ.ฯ มีความต่างกัน คือ ม. ๔๑ จะครอบคลุมเฉพาะ “สิทธิบัตรทอง” และพิจารณาครั้งเดียว จ่ายครั้งเดียวเท่านั้นและเป็น การบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้นเท่านั้น ในขณะที่

ร่าง พ.ร.บ.ฯ จะจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น สำหรับใครก็ตามที่เข้าเกณฑ์ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจะได้รับ การพิจารณาจ่ายเงินชดเชยความเสียหายด้วย อีกทอดหนึ่ง



※ ในขณะที่ **นายวันชัย สอนศิริ** หลังจากได้ดูร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองฯ นี้ ทั้งหมดและมองภาพรวมของสังคมไทย คิดว่าเป็นประโยชน์กับทุกฝ่าย และต้องยอมรับว่าการให้การรักษาพยาบาลย่อมเกิดความผิดพลาดได้เหมือนกับอาชีพอื่นในสังคม ในขณะเดียวกันการใช้สิทธิในศาลตามกฎหมายก็เป็นเรื่องปกติของมนุษย์และเป็นเรื่องที่ยอมรับกันในสากล

และเมื่อเกิดความบกพร่องจากการรักษา บุคลากรของสถานพยาบาลนั้นๆ ควรช่วยกันบูรณาการช่วยเหลือความบกพร่องที่เกิดขึ้น ทุกคนควรมีส่วนร่วมเยียวยาแก้ไขเหมือนที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ที่ไม่มีกองทุน แต่สามารถดูแลให้คนพอใจได้

แต่การที่จะมีกองทุนเกิดขึ้น และมีคณะกรรมการขึ้นมาดูแลเมื่อเกิดเหตุ ซึ่งมีแพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุขรวมอยู่ทุกชั้นตอน จะเป็นการช่วยเหลือโรงพยาบาลทั่วไปที่อาจจะไม่มีเงินสำรองเหมือนโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

การตั้งกองทุนจะเป็นการช่วยเหลือทั้งแพทย์และผู้ป่วยด้วย...ยังเป็นประโยชน์ในการจัดการอีกด้วย



※ **นพ.วิระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เล่าหลักคนสำคัญในการแก้ไขปัญหา กรณีเกิดการติดเชื้อผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก ที่กลายเป็นกรณีศึกษาในชื่อ

“ขอนแก่นโมเดล” ได้ให้หลักการทันทีเมื่อเกิดเหตุว่า “ต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วย เรื่องนี้โทษใครไม่ได้” และ “ต้องพูดความจริง เพราะความจริงพูดกี่ครั้ง ที่ไหน ก็เหมือนเดิม” และหลังจากที่โรงพยาบาลมอบเงินเยียวยาเบื้องต้นแล้ว ก็เปิดวงพูดคุยจากทุกฝ่ายเพื่อหาข้อตกลงในการเยียวยาที่เห็นพ้องร่วมกัน

กรณีนี้อาจไม่ใช่การเยียวยาที่ดีที่สุดของประเทศไทย แต่เป็นการเยียวยาที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางเป็นกรณีแรกๆ ของสังคม และเป็นเครื่องยืนยันการดูแลกันด้วยหัวใจมนุษย์ และทำให้เห็นพลังแห่งการให้อภัยจากผู้สูญเสียที่ไม่มีอะไรมาชดเชยได้

เรื่องดีแบบนี้ต้องบอกต่อและนำไปเป็นตัวอย่างปรับใช้ครับ...



※ สำหรับพื้นที่ของ “ขอนแก่นโมเดล” อย่าง **นพ.วิระศักดิ์ อนุตรอังกูร ผ.ช.ผอ.** ด้านพัฒนาระบบสุขภาพและหัวหน้างานจักษุวิทยา รพ.ศูนย์ขอนแก่น และเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงที่ร่วมกับทีมงานเยี่ยมเยียนผู้ป่วยและทำความเข้าใจกับสังคม เล่าว่าเมื่อพบความผิดปกติของการรักษา ทางโรงพยาบาลก็รีบเปิดช่องทางด่วนพิเศษเพื่อให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้รวดเร็วที่สุด และเป็นการแสดงให้เห็นว่า รพ.จริงใจกับการแก้ไขปัญหา

หากถามว่ากำลังใจที่สำคัญที่ทำให้ฝ่าวิกฤติวิชาชีพครั้งนี้ไปได้ คุณหมอบอกว่า

“มาจากคนไข้ครับ เข้าใจและให้อภัยเรา และบอกให้เราเข้มแข็งอยู่ท่ามกลางน้ำมือของเธอต่อไป”



※ หลังจากเข้าไปคลุกคลีถอดบทเรียนกรณีเยียวยาผู้เสียหายจากการบริการทางการแพทย์ของ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น **นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท** อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขาธิการอนุกรรมการ

ติดตามนโยบายการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ คนเก่งของเราหลังชวนหลายคนไป เอ๊ะ! ก่อนพาไปเออ ว่ามีอะไรในขอนแก่นโมเดล มาวันนี้บินลัดฟ้าไปเรียนต่อ ด้านมานุษยวิทยาที่ประเทศอังกฤษ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว **เก่งและดีเช่นนี้ ไปแล้วอย่าไปลับนะคร้าบบ**



※ ขอบิดท้ายด้วยวาจาจาก “คนจริง” ที่ใช้ชีวิต “แพทย์” มานานกว่าครึ่งศตวรรษ **นพ.บรรลु ศิริพานิช** ที่ว่า

“โลกทุกวันนี้เป็นทุนนิยม คนมีเงิน คนฉลาดและคนแข็งแรงได้เปรียบคนจน คนโง่และคนอ่อนแอกว่าอยู่แล้ว เมื่อได้เปรียบแล้วถ้ายังไปเอาเปรียบอีก คนเสียเปรียบจะทนไม่ได้และสังคมจะเกิดความรุนแรง”

พบกับใหม่เดือนหน้าครับผม

คุยกับเสมา

>> นพ. อ่ำพล จินดาวัฒนะ
เลขาธิการสุขภาพแห่งชาติ

พ.ร.บ.คุ้มครองความเสียหาย “ดีก็ต้องว่าดี”

ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพเสนอต่อ ครม. และผ่านขั้นตอนต่างๆ จนกระทั่งเข้าสู่สภาผู้แทนราษฎรแล้วเมื่อ เดือนมิถุนายน ๒๕๕๓ ต่อมาได้มีแพทย์บางกลุ่มออกมาคัดค้านอย่างเปิดเผยโดยอ้างว่า พ.ร.บ. นี้ จะทำให้แพทย์ถูกฟ้องมากขึ้นจนไม่เป็นอันทำงานกัน

สข. ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ และเป็นเลขานุการของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้ติดตามเรื่องนี้มาอย่างใกล้ชิด เห็นว่า **ร่าง พ.ร.บ. นี้ดีมาก** ซึ่งร่างกฎหมายมีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

หนึ่ง มุ่งให้การช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยที่ได้รับผลเสียหายนั่นไม่เพียงประสงค์จากการรักษาพยาบาล อย่างรวดเร็วและเหมาะสม อันเป็นหลักประกันให้กับคนทุกคนที่เข้าไปรักษาพยาบาลไม่ว่า รพ.รัฐ หรือเอกชน (social safety net)

สอง ไม่มีการมุ่งให้เกิดการฟ้องร้องแพทย์หรือสถานพยาบาลไม่ว่าจะเป็นคดีแพ่งหรืออาญา (no-fault หรือ no-blame) เพราะเมื่อมีระบบที่ช่วยเหลือผู้เสียหายอย่างรวดเร็วและเหมาะสมแล้ว การฟ้องร้องทางศาลก็จะลดลงตามไปด้วย นอกจากนี้ หากมีกรณีแพทย์ถูกฟ้องคดีอาญา

เกิดขึ้น และศาลพิจารณาว່ว่าแพทย์ผิดจริง ในมาตรา ๔๕ ของกฎหมายนี้ก็เขียนช่องทางให้ศาลลดโทษหรือไม่ลงโทษอาญาแก่แพทย์ก็ยังได้ เรียกว่าช่วยแพทย์เต็มๆ

สาม กองทุนที่ใช้เยียวยาความเสียหาย เงินจะมาจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และอาจเก็บเพิ่มเติมบางส่วนจากสถานพยาบาล เพื่อสร้างหลักประกันร่วมกันให้กับคนไทยทุกคน ซึ่งจากประสบการณ์การดำเนินงานชดเชยความเสียหายตาม มาตรา ๔๑ ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ทำมาแล้ว ๗ ปี ใช้เงินกองทุนเพียงปีละประมาณ ๑๐๐-๒๐๐ ล้านบาทเท่านั้น กองทุนนี้ไม่ได้ใหญ่โตหรือจะไปถึงขั้นทำให้ระบบสุขภาพล้มละลาย และกองทุนนี้จะบริหารโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่มีใครหรือกลุ่มใดจะเข้าไปหาประโยชน์ได้อย่างที่มีบางคนเข้าใจ

สี่ มีคณะกรรมการ ๔ ชุด ที่ประกอบด้วยบุคคลหลายฝ่ายทำหน้าที่ดูแลกำกับนโยบายและทิศทางของกองทุน ดูแลการจ่ายเงินชดเชยความเสียหายเบื้องต้น ดูแลความเหมาะสมในการจ่ายเงินชดเชยตามความเสียหาย และอีกชุดหนึ่งดูแลการอุทธรณ์ของผู้เสียหาย สัดส่วนของกรรมการแต่ละชุดอาจยังมีความเห็นไม่ตรงกันอยู่บ้าง ซึ่งก็น่าจะพูดคุยและปรับกันอีกได้ในขั้นตอนนิติบัญญัติ ที่จะมีการพิจารณาใน ๒ สภา รวมกันถึง ๖ วาระ

ห้า มีระบบที่เปิดให้เลือกได้ด้วยความสมัครใจให้ทั้งฝ่ายแพทย์และผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยกันแบบเพื่อนมนุษย์ เพื่อลบสิ่งค้างคาใจต่อกัน อันเป็นการฟื้นฟูความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันอีกด้วย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการสร้างระบบดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ที่เป็นความงามอีกอย่างหนึ่งของกฎหมายฉบับนี้

หก มีระบบส่งเสริมให้นำบทเรียนเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมาใช้สำหรับพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แทนที่จะต้องคอยปิดกั้นข้อเรียน เนื่องจากเกรงจะถูกฟ้องร้องแบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้

ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเดือนธันวาคม ๒๕๕๑ ที่ประชุมซึ่งมีตัวแทนจากทุกภาคส่วนกว่า ๑,๐๐๐ คน มีมติเห็นชอบกับหลักการของกฎหมายฉบับนี้ เพราะเห็นว่าจะเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะสร้างความสมานฉันท์ขึ้นในระบบการดูแลสุขภาพได้ โดยเสนอให้รัฐบาลและรัฐสภาเร่งผลักดันให้ออกมาเป็นกฎหมายโดยเร็ว ซึ่งรัฐบาลก็ได้ทำตามฉันทามติดังกล่าวแล้ว แต่กลับมาสะดุดจากแรงต้านที่เกิดขึ้น จึงต้องรอดูกันต่อไปว่ารัฐสภาไทยจะอย่างไรกับร่างกฎหมายฉบับนี้ ที่ต้องประชาชนและต่อแพทย์ด้วย

ในเมื่อร่างกฎหมายนี้ดี ผมก็ต้องว่าดี จะให้ว่าเป็นอย่างอื่นไม่ได้หรอกครับ ✕



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ชั้น ๒ อาคาร ๔๘/๓๗ ถ.ติวานนท์ ๑๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

ชำระฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตที่ ๑๖๘/๒๕๔๓
ปณ.นนทบุรี

"ทำให้ตอบ"

อย่างเข้าสู่ช่วงปลายฝนต้นหนาว ที่ใครๆ ต่างก็รอคอย เพื่อสูดอากาศดีๆ พักเหนื่อยจากการขนของหน้าหนาว และเตรียมตัวต้อนรับปีใหม่จากอากาศหนาวเพราะลมหนาว (ถ้าหนาวนะ...) "ทำให้ตอบ" ฉบับนี้ ขอถามใจท่านผู้อ่านว่า มีความคิดเห็นอย่างไรต่อ ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นประเด็นเด่นของ "สานพลังปฏิรูปสุขภาพ" ฉบับนี้ กองบรรณาธิการเปิดกว้างรอคำตอบซึ่งไม่มีถูก ไม่มีผิด แต่ขอให้ความคิดรองรับว่า เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย เพราะเหตุใด ส่งมาที่ synergymag@nationalhealth.or.th หรือทางไปรษณีย์ที่ สข. ตามที่อยู่ในกรอบด้านล่างนี้ และวงเล็บมุมของ "นสพ.สานพลัง" ภายใน ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๓ เช่นเคย...๒๐ คำตอบแรก จะได้รับของที่ระลึกสุดเก๋จาก สข. จ้า...



จดหมายข่าว "สานพลังปฏิรูประบบสุขภาพ" รายเดือน เจ้าของ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สข.) ที่ปรึกษา ดร.กาญจนา กาญจนสินีสิทธิ์ นพ.อ่ำพล จินดาวัฒนะ ผศ.โศภิตาวัฒน์ ปุณโกมลวัฒน์ บรรณาธิการผู้พิมพ์โฆษณา ปิติพร จันทร์ทัต ณ อยุธยา บรรณาธิการอำนวยการ พลินี เสริมสินสิริ กองบรรณาธิการ นพ.อุกฤษฏ์ มีสินทางกูร นพ.ชาติวี เจริญศิริ อพรพรรณ ศรีสุขวัฒนา วิสุทธิ์ บุญณะโสภิต นิรัชชา อัครวิรากุล สุณีย์ สุขสว่าง ทิพิชา โปษยานนท์ ณบุต มุจรพจน์ สมพร เพ็งคำ นาดยา แทนนัล จาริก ไชยรักษ์ อนันชัย สุคนธกริกร เขมวดี ขนานแก้ว ขนิษฐา แซ่อึ้งว ฐปณีย์ วังนลินธุ์ สุวรรันนานนท์ **ที่ติดต่อ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชั้น ๒ อาคาร ๔๘/๓๗ ถ.ติวานนท์ ๑๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐**
โทรศัพท์ ๐-๒๕๕๐-๒๓๐๔ แฟกซ์ ๐-๒๕๕๐-๒๓๑๑ อีเมล synergymag@nationalhealth.or.th