



การวิเคราะห์มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. 2545: บทบาทและข้อจำกัดในการเยียวยาความเสียหาย

จากการรับบริการสาธารณสุข*

AN ANALYSIS OF SECTION 41 OF THE NATIONAL HEALTH SECURITY ACT

B.E. 2545: THE ROLE AND LIMITATIONS IN COMPENSATING FOR DAMAGE FROM
THE PUBLIC HEALTH SERVICES

ยุพยงค์ วิงวร*, กรรณิภา วาณิชสุวรรณ

Yupyong Wingworn*, Kannipa Wanichsuwan

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ราชบุรี ประเทศไทย

Faculty of Humanities and Social Sciences, Muban Chombeung Rajabhat University, Ratchaburi, Thailand

*Corresponding author E-mail: yuppyongwin@mcruc.ac.th

บทคัดย่อ

ความขัดแย้งระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้รับบริการสุขภาพเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขไทย โดยมีสาเหตุมาจากความคาดหวังที่ไม่สอดคล้องกัน การสื่อสารที่คลาดเคลื่อน ความไม่เข้าใจระหว่างกัน รวมถึงข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งเมื่อไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ความขัดแย้งเหล่านี้อาจนำไปสู่การฟ้องร้องทางกฎหมาย และส่งผลกระทบต่อความไว้วางใจของประชาชนต่อระบบสาธารณสุข พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 กำหนดให้มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนและลดการดำเนินคดีในชั้นศาล แม้มาตราดังกล่าวจะมีเจตนารมณ์ที่ดี แต่ในทางปฏิบัติกลับประสบข้อจำกัดหลายประการ เช่น วงเงินเยียวยาที่ไม่เพียงพอต่อความเสียหายที่แท้จริง การตีความหลักฐานในกระบวนการเยียวยาที่อาจส่งผลกระทบต่อพิจารณาในชั้นศาล และความลังเลของแพทย์ในการจ่ายเงินช่วยเหลือ ด้วยเกรงว่าจะถูกนำไปใช้ในชั้นศาล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพิจารณาคดีในอนาคต บทความนี้จึงเสนอแนวทางปรับปรุงกลไกการเยียวยาตามมาตรา 41 โดยเน้นการเพิ่มวงเงินเยียวยาให้เหมาะสมกับความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ทั้งฝ่ายแพทย์และผู้เสียหายเลือกใช้กระบวนการเยียวยาแทนการฟ้องร้อง นอกจากนี้ยังเสนอให้จัดตั้ง “ศูนย์ไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางการแพทย์” ที่ทำหน้าที่เป็นกลไกกลางในการประสานความเข้าใจ โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และกฎหมายร่วมพิจารณา เพื่อแก้ไขความขัดแย้งก่อนเข้าสู่กระบวนการในชั้นศาล เพื่อลดความตึงเครียดและหลีกเลี่ยงการฟ้องร้องโดยไม่จำเป็น นำไปสู่การสร้าง ความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: ความขัดแย้งทางการแพทย์, มาตรา 41, การเยียวยาความเสียหาย, การไม่พิสูจน์ผิด, พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Abstract

Conflicts between healthcare professionals and patients represent a significant challenge impacting public confidence in Thailand's healthcare system. These conflicts often arise from misaligned expectations, miscommunication, lack of mutual understanding, and potential medical errors. When left unresolved, such issues frequently escalate into legal disputes, thereby weakening trust in public health services. Section 41 of the National Health Security Act B.E. 2545 (2002) provides a mechanism for preliminary financial assistance to individuals harmed by medical treatment, without requiring proof of fault. This provision is intended to offer immediate relief and reduce the likelihood of litigation. Despite its commendable objectives, the practical implementation of Section 41 faces several limitations. These include insufficient compensation that does not reflect the actual extent of harm, concerns over the use of evidence from the compensation process in legal proceedings, and reluctance among medical practitioners to authorize payments due to fear that such actions may later be construed as admissions of guilt in court. This article proposes improvements to the compensation mechanism under Section 41. Specifically, it advocates for increasing the compensation ceiling to better align with the real damages suffered by patients. This would encourage both patients and healthcare providers to engage with the compensation process rather than resort to litigation. Furthermore, the article recommends establishing a Medical Dispute Mediation Center as an independent body to facilitate dialogue and resolution. Comprising medical and legal experts, this center would serve to mediate disputes before they progress to formal legal action. By enhancing the compensation framework and introducing structured mediation, these proposed reforms aim to reduce medical litigation, ease tensions between healthcare providers and patients, and foster a more trusting and sustainable healthcare system.

Keywords: Medical Conflict, Section 41, Compensation for Medical Harm, No-Fault Compensation, National Health Security Act

บทนำ

ในปัจจุบันข้อพิพาทระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในหมู่ผู้ใช้บริการ หากแต่ยังส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขโดยรวม เมื่อพิจารณาในมุมของการรักษาทางการแพทย์ แม้จะมีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าขึ้น แต่ก็ยังไม่สามารถ



หลีกเลี่ยงความเสี่ยงและผลลัพธ์จากการรักษาที่อาจเกิดขึ้นได้ในทุกวัน แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ และระมัดระวังอย่างที่สุดแล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงมีความเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด หรือข้อผิดพลาดที่แม้ไม่ได้เกิดจากความประมาทโดยตรง ก็อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยได้เช่นกัน ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ถูกนำไปสู่ผลลัพธ์คือความเสียหายด้านร่างกาย จิตใจ หรือรุนแรงถึงชีวิตของผู้มารับบริการและเป็นมูลเหตุแห่งข้อพิพาทหรือคดีทางการแพทย์ในที่สุด (สมิหรา ศักดิ์รัตน์, 2556)

สำหรับประเทศไทย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติให้ “ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานในการได้รับการบริการทางการแพทย์ตามมาตรฐานวิชาชีพโดยไม่เลือกปฏิบัติ” และสิทธิในการได้รับการบริการด้านสุขภาพถูกกำหนดไว้ในข้อที่ 1 ของคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ประกาศ ณ วันที่ 12 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 แสดงถึง ความสำคัญของการได้รับการบริการทางสุขภาพและถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน ที่ประชาชนคนไทยควรได้รับ และเป็นสิ่งจำเป็นที่รัฐจะต้องจัดให้แก่ประชาชน โดยประชาชนที่เป็นคนไทย จะได้รับการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐ โดย 3 ระบบใหญ่ ได้แก่ สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ซึ่งในแต่ละสิทธิรัฐบาลจะให้การดูแลค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน แต่สิ่งที่เหมือนกันคือประชาชนคนไทยทุกคนจะมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สิทธิบัตรทอง หรือสิทธิ 30 บาท แล้วแต่ชื่อเรียก ทุกคนจะได้สิทธินี้ตั้งแต่กำเนิดและตลอดช่วงชีวิต ไม่ใช่สิทธิที่เป็นการสงเคราะห์เฉพาะกลุ่มอย่างสิทธิข้าราชการหรือสิทธิประกันสังคม (คณะกรรมการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544)

เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในเรื่องระบบการรักษาพยาบาลที่มีอยู่หลายระบบ จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อจัดระบบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ สิ่งที่สำคัญของพระราชบัญญัติฉบับนี้นอกจากการกำหนดสิทธิการรักษาของประชาชนแล้ว แต่ยังได้กำหนดให้มีมาตรา 41 เพื่อเยียวยาผู้ที่ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด อันเป็นแนวทาง “การเยียวยาโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (No-fault Compensation)” ที่มุ่งบรรเทาความเดือดร้อนของผู้เสียหายอย่างรวดเร็วและเป็นธรรม

หลักการของมาตรา 41 คือ การกันเงินไว้ไม่เกินร้อยละหนึ่งของงบประมาณที่จัดสรรให้หน่วยบริการสุขภาพ เพื่อนำมาใช้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ไม่ว่าจะสามารถระบุผู้กระทำผิดได้หรือไม่ก็ตาม จากบทบัญญัตินี้จะเห็นได้ว่านอกจากการได้รับการบริการสุขภาพตามมาตรฐานแล้ว รัฐยังเห็นความสำคัญถึงการช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการรักษาพยาบาลเพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้รับบริการให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) ซึ่งการจ่ายเงินช่วยเหลือนี้เป็นกลไกหนึ่งในการลดข้อพิพาทที่อาจนำไปสู่การฟ้องร้อง ช่วยคลี่คลายความตึงเครียดระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

อย่างไรก็ตาม แม้มาตรา 41 จะมีเจตนารมณ์ที่ชัดเจนในการบรรเทาความเดือดร้อนของผู้เสียหายแต่ในทางปฏิบัติกลับพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น วงเงินช่วยเหลือที่ไม่สอดคล้องกับความเสียหายจริง ทำให้ผู้ได้รับผลกระทบยังต้องเข้าสู่กระบวนการฟ้องร้องเพื่อเรียกร้องความเป็นธรรม อีกทั้งยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในสังคมที่มองว่าการจ่ายเงินตามมาตรา 41 เท่ากับการยอมรับผิดของแพทย์หรือหน่วยบริการหมายความว่าแพทย์หรือสถานพยาบาลนั้นมีความผิด ทำให้ปัญหาย้อนกลับมาถึงการพิสูจน์ความผิดอีกครั้งแต่เป็นในชั้นศาลในคดี

ทางการแพทย์ เป็นคดีระหว่างรัฐและเอกชนที่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (ชาญชัย แสวงศักดิ์, 2554) ซึ่งส่งผลให้เกิดการระมัดระวังในการจ่ายเงินเยียวยาเกินควร อีกทั้งการพิสูจน์ความผิดของแพทย์ในคดีทางการแพทย์นั้นมีความซับซ้อนเป็นอย่างมาก ต้องมีผู้เชี่ยวชาญมาเบิกความในชั้นศาลเพื่อให้ข้อมูลทางการแพทย์ และยังต้องพิจารณาถึงกระบวนการวินิจฉัย การรักษา การดูแลผู้ป่วยว่าเป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เป็นที่ยอมรับในขณะนั้นหรือไม่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) การประเมินความประมาทเลินเล่อ การขาดความระมัดระวัง หรือการปฏิบัติที่ต่ำกว่ามาตรฐาน จะเป็นหลักการสำคัญในการพิจารณาความรับผิดของแพทย์ นอกจากนี้กระบวนการพิจารณาจ่ายเงินเยียวยายังขาดความโปร่งใสและความสม่ำเสมอ เนื่องจากไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ และขาดความเชื่อมั่นในกระบวนการเยียวยาในสายตาของผู้เสียหาย เมื่อเปรียบเทียบกับระบบเยียวยาแบบไม่พิสูจน์ความผิดในต่างประเทศ เช่น นิวซีแลนด์ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์เจตนารมณ์ของมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้ในทางปฏิบัติและเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงมาตรา 41 โดยอ้างอิงจากแนวคิด no-fault compensation และระบบการเยียวยาของต่างประเทศ เพื่อให้การเยียวยาผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และเป็นธรรมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยลดข้อพิพาททางการแพทย์ สร้างความไว้วางใจในระบบสาธารณสุข และเพิ่มประสิทธิภาพในการคุ้มครองสิทธิของประชาชน

การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขในต่างประเทศ

ในต่างประเทศมีการนำหลักการเยียวยาโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดมาใช้ในการจัดการบาดเจ็บของบุคคล ยกตัวอย่างประเทศนิวซีแลนด์ โดยประเทศนิวซีแลนด์ถือเป็นประเทศที่มีระบบบริการสังคมถ้วนหน้าที่ให้ความคุ้มครองประชาชนได้อย่างครอบคลุมเบ็ดเสร็จ โดยประเทศนิวซีแลนด์นั้น ได้นำหลักการเยียวยาโดยไม่พิสูจน์ความรับผิดมาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1900 โดยนำมาในใช้กับการบาดเจ็บจากการทำงานให้กับคนงานหรือพนักงาน ซึ่งในปัจจุบันได้มีการขยายการคุ้มครองครอบคลุมค่าชดเชยทั้งการดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในระหว่างมีการบาดเจ็บด้วย ซึ่งครอบคลุมถึงพลเมืองของนิวซีแลนด์ที่อาศัยอยู่ในประเทศและนอกประเทศ รวมถึงผู้ที่พักอาศัยอยู่ในประเทศนิวซีแลนด์แบบชั่วคราว โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Compensation Corporation: ACC) เป็นหน่วยงานของรัฐที่ให้การคุ้มครองการบาดเจ็บส่วนบุคคลแบบไม่มีความผิด (no-fault) ซึ่งการบาดเจ็บทางการแพทย์ก็เป็นหนึ่งในแผนความรับผิดชอบของ องค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ เรียกว่า Medical Misadventure Scheme (สุจาร์ ตั้งเสียมวิสัย และคณะ, 2556)

หลักการของระบบ Accident Compensation Corporation: ACC (ระบบ No Fault)

หลักการไม่คำนึงถึงความผิด (No Fault) คือ หัวใจสำคัญของระบบ ACC ทุกคนที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในนิวซีแลนด์ จะได้รับการคุ้มครอง โดยไม่คำนึงว่าใครเป็นผู้กระทำผิด หรือแม้แตกรณีที่ผู้บาดเจ็บเองเป็นสาเหตุของอุบัติเหตุก็ตาม หลักการนี้ทำให้ผู้บาดเจ็บสามารถได้รับการช่วยเหลือ และการเยียวยาได้โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดของผู้อื่นและไม่ต้องฟ้องร้อง โดยองค์กรชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ ทำงานในลักษณะของการประกันสังคม ได้รับเงินทุนจากการเก็บภาษีจากนายจ้าง ลูกจ้าง เจ้าของยานยนต์ และเงินสมทบจากรัฐบาล



เพื่อสร้างกองทุนรวมสำหรับช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ ซึ่งเป้าหมายหลักขององค์กรการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ ไม่เพียงแต่จ่ายค่าชดเชย แต่ยังรวมถึง การช่วยเหลือให้ผู้บาดเจ็บสามารถฟื้นตัวและกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับ ก่อนเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด ซึ่งรวมถึงการรักษาพยาบาล การฟื้นฟู และการสนับสนุนด้านอาชีพ อีกทั้งระบบยัง พยายาม ให้การช่วยเหลือที่สอดคล้องกันแก่ผู้ที่มีอาการบาดเจ็บในลักษณะเดียวกัน แม้ว่ารายละเอียดการ ช่วยเหลืออาจแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ของแต่ละบุคคล

แนวทางการจ่ายค่าชดเชยขององค์กรการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุ Accident Compensation Corporation: ACC

องค์กรการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุจะให้ความช่วยเหลือและจ่ายค่าชดเชยในหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับ ลักษณะและความรุนแรงของการบาดเจ็บ รวมถึงความต้องการของแต่ละบุคคล ดังนี้ ค่ารักษาพยาบาลและการ รักษา (Medical and Treatment Costs) ซึ่งครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายที่จำเป็นสำหรับการรักษาพยาบาล ได้แก่ ค่า พบแพทย์ ค่ารักษาในโรงพยาบาล ค่าผ่าตัด ค่ายา ค่ากายภาพบำบัด การจัดกระดูก และบริการทางการแพทย์อื่น และการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ (ในบางกรณี)

ค่าชดเชยรายได้รายสัปดาห์ (Weekly Compensation for Loss of Earnings) หากผู้เสียหายได้รับ บาดเจ็บทำให้ไม่สามารถทำงานได้ จะจ่ายเงินชดเชยรายได้เป็นรายสัปดาห์ โดยปกติจะคิดเป็น 80% ของรายได้ เฉลี่ยก่อนการบาดเจ็บ สูงสุดตามอัตราที่กำหนด

ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟู (Rehabilitation Costs) โดยสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูต่างๆ เพื่อช่วยให้ ผู้บาดเจ็บกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ เช่น กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด การฝึกพูด การให้คำปรึกษาและการ สนับสนุนทางจิตใจ โครงการกลับสู่การทำงานและการฝึกอาชีพ

การปรับปรุงบ้านและยานพาหนะ (Home and Vehicle Modifications) สำหรับผู้ที่มีอาการบาดเจ็บรุนแรง โดยช่วยออกค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงบ้านหรือยานพาหนะเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งานของผู้บาดเจ็บ

ค่าดูแลส่วนบุคคลและการสนับสนุน (Personal Care and Support) หากผู้บาดเจ็บต้องการความ ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ก็อาจสนับสนุนค่าบริการดูแลส่วนบุคคล

ค่าเดินทาง (Transport Costs) โดยจะช่วยจ่ายค่าเดินทางที่สมเหตุสมผลที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับ การรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟู

เงินช่วยเหลือแบบจ่ายครั้งเดียว (Lump Sum Payments) ในกรณีที่ผู้บาดเจ็บมีความพิการถาวร อันเป็นผลมาจากการบาดเจ็บ อาจจ่ายเงินช่วยเหลือแบบครั้งเดียวเพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้เสียหายจากผลกระทบ ระยะยาว

เงินช่วยเหลือค่าจัดงานศพและการสนับสนุนผู้รอดชีวิต (Funeral Grants and Survivor Support) หาก มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่ได้รับการคุ้มครอง จะมีการช่วยเหลือเงินค่าจัดงานศพ และอาจให้การสนับสนุนทาง การเงินแก่คู่สมรสและผู้ที่อยู่ในอุปการะ (มีนวรา ตันติภาคย์, 2551)

ซึ่งการนำระบบองค์การการชดเชยการเกิดอุบัติเหตุมาใช้ในประเทศนิวซีแลนด์ก็มีแนวโน้มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อีกทั้งเมื่อมีกระบวนการชดเชยที่สมเหตุสมผลก็สามารถลดปัญหาการฟ้องร้องคดีในชั้นศาลและความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้รับบริการ

โดยในแต่ละประเทศก็จะมีวางแผนปฏิบัติในเรื่องของความรับผิดชอบของแพทย์จากการรักษา การไล่เกลี้ยข้อพิพาท และบทลงโทษทางจริยธรรมที่แตกต่างไป ยกตัวอย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีคดี *Canterbury v. Spence* ซึ่งเป็นการวางแผนปฏิบัติและใช้มาจนถึงปัจจุบัน (Lauren Sutherland, 2020)

ในประเทศอังกฤษที่มีการวางรากฐานมาจากคดีที่เกิดขึ้นจริง นำมาสู่แนวปฏิบัติในการพิจารณาความรับผิดชอบ ยกตัวอย่างคดี *Bolam v. Friern Hospital Management Committee* (1957) ซึ่งกลายมาเป็นการวางรากฐานในกฎหมายเกี่ยวกับละเมิดทางการแพทย์ โดยแพทย์จะไม่ถือว่ากระทำโดยประมาท หากการปฏิบัติของแพทย์นั้นเป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติที่ถือว่าเหมาะสมโดยกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสาขานั้นๆ โดยหลักการนี้เรียกว่า “หลัก Bolam” (The Legal Quorum, 2024) และต่อมาได้มีการปรับปรุงหลักการดังกล่าวจากคดี *Bolitho v City and Hackney Health Authority* [1998] AC 232 ซึ่งเป็นคดีสำคัญในกฎหมายอังกฤษที่เข้ามาปรับปรุงหลักการเรื่องความประมาทเลินเล่อทางการแพทย์ที่เคยวางไว้ในคดี *Bolam v. Friern Hospital Management Committee* (1957) ในคดี *Bolitho* ได้พิจารณาหลัก Bolam อีกครั้ง และได้เพิ่มเติมการตีความเข้าไป โดยระบุว่า “แม้ว่าการกระทำของแพทย์จะเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับโดย “กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรับผิดชอบ” (Responsible Body of Medical Opinion) ตามหลัก Bolam แต่ศาลยังมีอำนาจในการตรวจสอบว่าความเห็นของกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญนั้นมี “พื้นฐานทางตรรกะ” (Logical Basis) หรือไม่” หากความเห็นของกลุ่มแพทย์นั้นไม่มีพื้นฐานทางตรรกะ ศาลก็อาจวินิจฉัยว่าแพทย์มีความประมาทเลินเล่อได้ แม้ว่าการกระทำนั้นจะได้รับการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญบางกลุ่มก็ตาม (Elliott, T., 2024)

นอกจากนี้ยังมีประเทศฝรั่งเศสที่มีการกำหนดบทบัญญัติทางกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองบุคคลด้านสุขภาพ ซึ่งในบทบัญญัตินี้จะครอบคลุมถึงสิทธิขั้นพื้นฐานในการได้รับการคุ้มครองสุขภาพ การรักษาและการป้องกัน รวมไปถึงการตัดสินใจที่จะรักษาหรือไม่รับการรักษาโดยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน (Légifrance, 2002) และยังมีประเทศเยอรมันที่กำหนดสิทธิของป่วย เพื่อเป็นการแจ้งให้ผู้ป่วยได้รับทราบถึงสิทธิในการรักษาของตนเอง (Mlindsey, 2013) การวางแผนปฏิบัติเช่นนี้ก็มีขึ้นเพื่อเป็นบรรทัดฐานในการทำงาน ของแพทย์และป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบกฎหมายและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ในบริบทของประเทศไทยและต่างประเทศ

ประเด็น	ประเทศไทย	สหรัฐอเมริกา	อังกฤษ	เยอรมนี	ฝรั่งเศส	ญี่ปุ่น
สิทธิได้รับข้อมูลก่อนการรักษา (Informed Consent)	มาตรา 8 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550	Canterbury v. Spence, 464 F.2d 772 (1972)	ยึดหลักการตัดสินใจตามมาตรฐานผู้ป่วยโดยเฉลี่ย	Patients' Rights Act, 2013	Code de la santé publique	ต้องแจ้งข้อมูลโดยละเอียดเพื่อเลี่ยงความรับผิดชอบทางละเมิด

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบกฎหมายและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย
ในบริบทของประเทศไทยและต่างประเทศ (ต่อ)

ประเด็น	ประเทศไทย	สหรัฐอเมริกา	อังกฤษ	เยอรมนี	ฝรั่งเศส	ญี่ปุ่น
ความรับผิดทางแพ่งจากการรักษา	มาตรา 420 ป.พ.พ. และ พ.ร.บ.ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539	พิจารณาตามความละเลย (negligence)	Bolam test และ Bolitho test ใช้มาตรฐานวิชาชีพ	ใช้ “duty of care” และ burden of proof อยู่ที่แพทย์	มีระบบชดเชยโดยรัฐร่วมด้วยในบางกรณี	ศาลตีความอย่างเคร่งครัดต่อมาตรฐานการรักษา
กลไกไกล่เกลี่ยข้อพิพาท	ยังไม่มีระบบกลางระดับประเทศ (เสนอจัดตั้ง)	มี Alternative Dispute Resolution (ADR) หลายระดับ	ใช้ระบบศาลแพ่งทั่วไป	มีระบบไกล่เกลี่ยผ่านองค์กรสุขภาพ	CCI: คณะกรรมการชดเชยและไกล่เกลี่ย	มี K-Medi ใช้ระบบไกล่เกลี่ยและอนุญาโตตุลาการทางการแพทย์
บทลงโทษทางจริยธรรม	แพทยสภา กำกับ มี บทลงโทษทางวิชาชีพ	State Medical Board ควบคุมใบอนุญาต	GMC (General Medical Council) กำกับ	ปรับและพักใช้ใบอนุญาต	Ordre des Médecins กำกับวิชาชีพ	มีคณะกรรมการจริยธรรมร่วมกับศาล

หลักการเยียวยาโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด (No-Fault Compensation)

แนวคิดของการเยียวยาโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด (No-Fault Compensation) คือ การมุ่งเน้นการชดเชยความเสียหายเป็นเป้าหมายสำคัญมากกว่าการหาตัวผู้กระทำผิด โดยกระบวนการนี้จะมีความรวดเร็วกว่าการฟ้องร้องทางศาล อีกทั้งยังช่วยให้ผู้เสียหายได้รับการเยียวยาที่แน่นอน โดยมีหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1. การชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดและหาผู้กระทำความผิด หลักการที่เป็นหัวใจสำคัญคือการช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดหรือผู้ใดเป็นผู้ทำผิด
2. มีการเยียวยาชดเชยอย่างรวดเร็วเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว เนื่องจากผู้ที่ได้รับความเสียหายจากความผิดพลาดในการรักษาย่อมได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยอยู่แล้ว แต่เมื่อเกิดความผิดพลาดจากการรักษาจนเกิดความเสียหายหรือความสูญเสีย ย่อมได้รับความทุกข์มากขึ้นไปอีก จึงมีความจำเป็นต้องมีกลไกที่เยียวยาความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น
3. การชดเชยอย่างเป็นธรรม กลไกนี้มีขึ้นเพื่อทดแทนการฟ้องคดีต่อศาล โดยจำนวนเงินที่ได้รับจากการชดเชยนี้ต้องมีจำนวนเทียบเคียงกับการชดเชยที่ได้รับจากการฟ้องร้องต่อศาล แต่มีกระบวนการที่รวดเร็วกว่า ไม่มีภาระค่าใช้จ่าย เพื่อจูงใจให้ผู้เสียหายเข้าสู่ระบบการชดเชยนี้แทนการฟ้องคดี และลดความขัดแย้งที่มีระหว่างผู้รับบริการและแพทย์
4. มุ่งแก้ปัญหาในระยะยาว โดยเน้นการแก้ไขปัญหามาไม่ใช่แก้ข้อกล่าวหา โดยพิจารณาและวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบไม่ใช่เชิงบุคคล เปลี่ยนจากวัฒนธรรมการกล่าวโทษ (Culture of Blame) ไปสู่การสร้างวัฒนธรรมการสร้าง

ความปลอดภัย (Culture of Safety) และเปลี่ยนวัฒนธรรมในการปกปิดปัญหาเป็นการเผชิญหน้าปัญหาอย่างตรงไปตรงมาและเรียนรู้จากปัญหาเพื่อนำไปสู่การแก้ไข (สิทธิพร ชันธพร, 2556)

ในปัจจุบันต้องยอมรับว่าปัญหาดีทางการแพทย์เป็นปัญหาที่มีการฟ้องร้องมากขึ้น เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่มีระบบหรือกลไกที่จะมาช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหายได้อย่างครอบคลุม จนอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อปัญหาในระบบสาธารณสุข เช่น มีการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเกิดความจำเป็น เนื่องจากแพทย์กลัวการถูกฟ้องร้อง ส่งผลให้ประชาชนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการส่งตรวจมากขึ้น หรือปัญหาการรับผู้ป่วยเข้ารักษา โดยปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในอาการวิกฤตหรือมีโอกาสรอดน้อย จึงทำให้ในหลายครั้งจะเกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์และประชาชนได้บ่อยในสถานพยาบาล (ธารินี ปากสิทธิ์, 2546)

สาเหตุของความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสามารถจำแนกได้ ดังนี้

1. ความคาดหวังที่ไม่สอดคล้องกัน ผู้ป่วยมักคาดหวังผลการรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงสุด ขณะที่แพทย์มีข้อจำกัดในด้านข้อมูล ทรัพยากร และข้อพิจารณาทางการแพทย์
2. การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน แพทย์อาจใช้ภาษาทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ หรือไม่อธิบายข้อมูลอย่างครบถ้วน ทำให้เกิดความเข้าใจผิด
3. ความผิดพลาดทางการแพทย์ แม้ไม่ใช่ความบกพร่องโดยเจตนา แต่ความผิดพลาดดังกล่าวสามารถสร้างความไม่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ได้
4. ความไม่รู้กฎหมายของทั้งสองฝ่าย ผู้ป่วยไม่ทราบสิทธิของตนตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ขณะที่แพทย์ไม่ตระหนักถึงหน้าที่ตามกฎหมายหรือหลักจริยธรรม

หลักการและเจตนารมณ์ของมาตรา 41

การเยียวยาผู้เสียหายเบื้องต้นตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ถูกพัฒนามาเรื่อย ๆ ตั้งแต่ที่พระราชบัญญัติฉบับนี้ประกาศใช้ โดยมีการขยายระยะเวลายื่นคำร้องแต่เดิมที่ต้องยื่นคำร้องภายใน 90 วัน ปัจจุบันผู้ที่ได้รับความเสียหายสามารถยื่นคำร้องภายใน 2 ปี โดยนับแต่วันที่ทราบความเสียหาย โดยก่อนที่จะมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากรักษาพยาบาล หากต้องการเรียกค่าชดเชยจากความเสียหาย จะต้องทำผ่านกระบวนการในชั้นศาลเท่านั้น ซึ่งในหลาย ๆ ครั้งก็ต้องใช้เวลาและเงินเป็นจำนวนมาก เพราะการพิจารณาคดีทางการแพทย์มีความยุ่งยากซับซ้อนกว่าคดีทั่ว ๆ ไป ทั้งการหาพยานหลักฐานและพยานผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิสูจน์ความถูกต้องก็มีไม่เรื่องง่าย อีกทั้งเป็นคดีระหว่างเอกชนและภาครัฐย่อมทำให้ประชาชนอาจเสียเปรียบ (กมลชัย รัตนสกววงศ์, 2544) ทำให้ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายนั้นนอกจากจะได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลแล้ว ยังได้รับความทุกข์ทั้งกายและใจในการฟ้องคดีในชั้นศาลอีกด้วย อีกทั้งยังทำความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์และผู้มารับบริการเสียหายจนรู้สึกกลับมาได้ยาก

มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงเปรียบเสมือนทางออกให้แก่ปัญหาตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น ทั้งช่วยเยียวยาผู้เสียหาย และยังไม่จำเป็นต้องพิสูจน์ความถูกต้องของแพทย์หรือสถานพยาบาลผู้ทำการรักษา ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการออกข้อบังคับกำหนด



หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยกำหนดให้ “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” หมายถึง “เงินที่จ่ายให้ผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยไม่ต้องการพิสูจน์ถูกผิด” (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) และเมื่อพิจารณาบทบัญญัติในมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

“ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้มารับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด”

จะเห็นได้ว่าตามบทบัญญัติมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ได้มีการระบุข้อความที่เกี่ยวข้องกับการพิสูจน์ถูกผิด แต่ในหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้มีการกล่าวถึงการไม่ต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด อยู่ในความหมายของเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งตรงนี้เองแม้จะมีเจตนาเพื่อให้ความช่วยเหลือเยียวยาที่รวดเร็วจึงไม่ต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด แต่มิได้หมายความว่าสามารถจ่ายได้โดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด ซึ่งทำให้ผู้ได้รับความเสียหายอาจเข้าใจผิดว่าเมื่อมีการจ่ายเงินตามพระราชบัญญัตินี้หมายถึง การยอมรับผิดของสถานพยาบาล และเมื่อพิจารณาถึงวงเงินตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพกำหนดให้จ่ายได้ แม้จะมีการกำหนดเกณฑ์ไว้ก็ตาม แต่การพิจารณาการจ่ายเงินนั้นยังคงใช้ดุลยพินิจของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ม.41 ทำให้ผู้ที่ได้รับความเสียหาย แม้จะมีความเสียหายแบบเดียวกันก็อาจได้รับเงินต่างกัน

แม้มาตรา 41 จะถูกบัญญัติขึ้นเพื่อลดข้อพิพาทระหว่างแพทย์และผู้รับบริการ แต่การชดเชยนั้นไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตประจำวันได้หากมีการทุพพลภาพถาวรหรือเสียชีวิต โดยมาตรา 41 ของไทยนั้นมีเพียงการจ่ายเงินเพื่อช่วยเหลือเยียวยาในเบื้องต้น แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาในระยะยาวของผู้ได้รับความเสียหายได้ ทำให้ยังคงมีการฟ้องร้องคดีทางการแพทย์ไม่สามารถลดความขัดแย้งได้ตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

ในประเทศไทยระบบการเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขนั้น ยังคงมีศาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการเรียกร้องค่าชดเชย โดยได้มีการบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ที่ทำในหน้าที่ต้องชดเชยค่าเสียหายจากมูลละเมิด โดยพระราชบัญญัตินี้ได้นำมาใช้กับการเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขด้วย

พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ได้ถูกประกาศใช้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ความรับผิดของเจ้าหน้าที่รัฐในการทำละเมิดต่อผู้อื่น อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ โดยจะแยกความรับผิดของเจ้าหน้าที่ออกจากการกระทำส่วนตัว และการกระทำในการปฏิบัติหน้าที่ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมั่นใจ โดยไม่เกิดความกังวลว่าจะต้องรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดจากปฏิบัติหน้าที่โดยสุจริต (กนกศักดิ์ พ่วงลาภ, 2549)

หลักการสำคัญของพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด คือ การกำหนดความรับผิดของเจ้าหน้าที่หรือความรับผิดของหน่วยงานที่มีต่อผู้เสียหาย และการกำหนดความรับผิดของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อหน่วยงานที่ได้รับความเสียหายหลังจากมีการจ่ายค่าชดเชยให้แก่ผู้เสียหายแล้ว ซึ่งได้กำหนดความรับผิดต่อเมื่อมีการพิสูจน์ว่าเจ้าหน้าที่ได้กระทำละเมิดแก่ผู้เสียหายจริง ซึ่งในการฟ้องคดีผู้เสียหายจะไม่สามารถฟ้องเจ้าหน้าที่รัฐได้โดยตรง แต่จะต้องฟ้องหน่วยงานของรัฐที่เจ้าหน้าที่ของรัฐสังกัดอยู่ (ชาญชัย แสวงศักดิ์, 2544)

การชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิดในประเทศไทย

นอกจากการฟ้องร้องในศาลแล้ว ประเทศไทยได้มีการนำแนวคิดระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมาใช้ ซึ่งกำหนดอยู่ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 41 ซึ่งกำหนดให้มีการกันเงินส่วนหนึ่งของกองทุนประกันสังคมไว้เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544) เพื่อให้ผู้ได้รับความเสียหายได้รับการเยียวยาอย่างรวดเร็ว ซึ่งได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเงินไว้ ดังนี้

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) โดยผู้มีสิทธิยื่นคำร้องคือผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลและทายาทโดยธรรมของผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการเสียชีวิต (ฉัตรสมุน พดุมิภิญโญ, 2558) ซึ่งความเสียหายที่ได้รับการช่วยเหลือ ต้องเป็นผลโดยตรงจากการรักษาพยาบาล หรือเป็นผลข้างเคียงที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้จากการรักษาพยาบาลนั้น และมีเงื่อนไขสำคัญ คือ ความเสียหายนั้นไม่ได้เกิดจากความจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงของผู้รับบริการเอง ต้องยื่นคำร้องต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบถึงความเสียหาย

เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับคำร้องแล้ว จะมีการตรวจสอบข้อเท็จจริงและรวบรวมหลักฐานที่เกี่ยวข้อง โดยมีคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จะเป็นผู้พิจารณาคำร้องและมีอำนาจสั่งจ่ายเงินช่วยเหลือ ซึ่งจะมีการพิจารณาจะคำนึงถึงประเภท และความรุนแรงของความเสียหาย รวมถึงความเหมาะสมและเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ (ฉัตรรัตน์ ขาวเงินยวง, 2558)

เกณฑ์จำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้น คณะอนุกรรมการฯ จะพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามความเหมาะสมของแต่ละกรณี โดยมีกรอบวงเงิน ดังนี้

กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท

กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการ จ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท

กรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือ ไม่เกิน 100,000 บาท

แต่อย่างไรก็ตามในพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้กำหนดถึงการไล่เบี้ยผู้กระทำความผิดหลังจากที่มีการจ่ายเงินชดเชยไปแล้ว ซึ่งกำหนดอยู่ในมาตรา 42 บัญญัติว่า “ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาตัวผู้กระทำความผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอัน



สมควรตามมาตรา 41 เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยเอาแก่ผู้กระทำความผิดได้” ซึ่งดูเหมือนเป็นการขัดหลักเจตนารมณ์ของหลักการเยียวยาโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด

สรุป

การบังคับใช้มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ของประเทศไทย ได้กำหนดกลไกการเยียวยาผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ในเบื้องต้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนแก่ผู้ได้รับความเสียหาย โดยไม่จำเป็นต้องพิสูจน์ความผิด อย่างไรก็ตาม กลไกดังกล่าวมิได้ตัดสิทธิของผู้เสียหายในการดำเนินการฟ้องร้องคดีทางแพ่งต่อศาลเพื่อเรียกค่าชดเชยเพิ่มเติม ผู้เสียหายยังสามารถดำเนินการฟ้องร้องคดีเพื่อเรียกค่าชดเชยความเสียหายในคดีแพ่งได้และยังสามารถฟ้องเอาผิดหากผู้เสียหายพิสูจน์ได้ว่าแพทย์หรือผู้ให้บริการประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ซึ่งการฟ้องร้องคดีในชั้นศาลนั้นเป็นภาระทั้งในแง่เวลา ค่าใช้จ่าย และความยุ่งยากทางกฎหมาย ระบบการเยียวยาผู้เสียหายของประเทศไทยยังขาดการชดเชยที่เป็นธรรมเพียงพอที่จะทดแทนการดำเนินคดีในชั้นศาลได้ และไม่มีกลไกที่ส่งเสริมความเชื่อมั่นระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอย่างแท้จริง แพทย์ยังคงต้องแบกรับภาระในการพิสูจน์ว่าการรักษาเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งนอกจากจะเป็นภาระเพิ่มเติมแล้ว อาจก่อให้เกิดความวิตกในการให้บริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ วงเงินการเยียวยาตามมาตรา 41 ยังไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตของผู้เสียหาย ผู้เสียหายบางรายต้องนำเงินส่วนหนึ่งไปใช้ในการดำเนินคดี เช่น ค่าเดินทาง ค่าจ้างทนายความ ฯลฯ อีกทั้งกระบวนการพิจารณาคดีทางการแพทย์เองก็มีลักษณะเฉพาะซึ่งซับซ้อน ศาลจำเป็นต้องพิจารณาจากหลักฐานทางวิชาการและมาตรฐานทางการแพทย์ ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความคาดหวังหรือความเข้าใจของสังคมทั่วไป และหากศาลตัดสินให้แพทย์มีความผิด แพทย์ยังอาจถูกหน่วยงานเรียกคืนเงินค่าชดเชย ส่งผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน จากปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า มาตรา 41 ยังไม่สามารถลดจำนวนคดีทางการแพทย์หรือคลี่คลายความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากไม่มีการพัฒนากลไกเชิงระบบเพิ่มเติม อาจกล่าวได้ว่ามาตราดังกล่าวเป็นเพียงการเลื่อนกระบวนการพิสูจน์ความผิดออกไปเท่านั้น โดยมีได้แก่ไขรากฐานของปัญหาอย่างแท้จริง ในการลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไม่อาจอาศัยมาตรการทางกฎหมายเพียงลำพัง หากแต่ต้องดำเนินควบคู่กับการส่งเสริมจริยธรรมวิชาชีพ การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์ และการมีส่วนร่วมของประชาชน การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered Care) จะเป็นแนวทางสำคัญในการเสริมสร้างความไว้วางใจ ลดความขัดแย้ง และพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้มีความยั่งยืนในระยะยาวข้อเสนอแนะที่ผู้เขียนเห็นว่าควรมีการปรับเพิ่มจำนวนวงเงินที่ใช้ในการเยียวยาผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากขึ้นหรือใกล้เคียงกับค่าเสียหายที่อาจได้จากการฟ้องร้องคดี เพื่อจูงใจให้ผู้ที่มีความเสียหายจากการรักษาหันมาใช้ระบบการเยียวยา มากกว่าการฟ้องคดี และยกเลิกมาตรา 42 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเรื่องสิทธิการไล่เบี้ยเพื่อให้แพทย์เกิดความสบายใจในการรักษา และช่วยลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง และนอกจากนี้ผู้เขียนขอเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยภาครัฐควรจัดตั้ง “ศูนย์ไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางการแพทย์” ในระดับจังหวัด เพื่อรองรับข้อร้องเรียนของประชาชน โดยมีคณะทำงานประกอบด้วย แพทย์ ทนายความ นักจริยธรรม และผู้แทนภาคประชาชน โดยแนวทางการลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ดังนี้

1) ส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ แพทย์ควรอธิบายข้อมูลการรักษาอย่างครบถ้วน ชัดเจน และเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย 2) พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทางจริยธรรมและกฎหมาย จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรมทางการแพทย์ให้คำปรึกษาแก่แพทย์ในกรณีที่มีโอกาสเกิดความขัดแย้ง 3) สร้างระบบการไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางการแพทย์ในโรงพยาบาล เพื่อเป็นช่องทางในการแก้ไขปัญหาโดยไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา (Shared Decision-making) และรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยอย่างจริงจัง และ 5) ปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตร์ เพิ่มเนื้อหาด้านจริยธรรม การสื่อสาร และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

- กนกศักดิ์ พ่วงลาภ. (2549). ความรับผิดชอบละเมิดของเจ้าหน้าที่: ศึกษากรณีการกระทำในการปฏิบัติหน้าที่. ใน วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขากฎหมายมหาชน. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กมลชัย รัตนสกววงศ์. (2544). หลักกฎหมายปกครองเยอรมัน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2545). นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2561). การจัดการคดีสำหรับแพทย์จบใหม่. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.). (2544). ข้อเสนอหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ฉัตรสุนัน พงษ์ภิรมย์. (2558). ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ความผิด. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 1(1), 60-75.
- ชาญชัย แสวงศักดิ์. (2544). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายปกครอง. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- _____. (2554). คำอธิบายกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่และความรับผิดชอบของรัฐโดยปราศจากความผิด. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน.
- ธารณี ปากสิทธิ์. (2546). การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข. ใน วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธิดารัตน์ ขาวเงินยวง. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 1(3), 196-207.
- มีนรวา ตันติภาคย์. (2551). ระบบการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องรับผิด. ใน วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2544). ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.



- สมิทธา ศักดิ์รัตน์. (2556). ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้รับและผู้ให้บริการสาธารณสุข. ใน วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). คู่มือการดำเนินงานจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2557). คู่มือประชาชนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- สิทธิพร ชันธพร. (2556). ปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ใน วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- สุจาริ ตั้งเสียมวิสัย และคณะ. (2556). การศึกษาเปรียบเทียบการบริการสุขภาพของไทยตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กับการบริการสุขภาพตามกฎหมายอื่น. วารสารพยาบาล, 62(3), 52-58.
- Elliott, T. (2024). How The Bolitho Test Changed the Understanding of Medical Negligence. Retrieved April 17, 2025, from <https://www.ukcmls.co.uk/articles/tony-elliott/how-the-bolitho-test-changed-the-understanding-of-medical-negligence>
- Lauren Sutherland. (2020). Canterbury v Spence - the birth of “informed consent”. Retrieved April 18, 2025, from <https://laurensutherlandqc-lawandethics.com/cases/canterbury-v-spence-the-birth-of-informed-consent/>
- Légifrance. (2002). Code de la santé publique. Retrieved April 17, 2025, from https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/
- Mlindsey. (2013). German Patients' Rights Act. (2013). Retrieved April 17, 2025, from <https://iall.org/german-patients-rights-act/>
- The Legal Quorum. (2024). Bolam v. Friern Hospital Management Committee (1957). Retrieved April 16, 2025, from <https://thelegalquorum.com/bolam-v-friern-hospital-management-committee-1957/>