

การคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ประเทศสวีเดน*

NO-FAULT COMPENSATION IN THE MEDICAL CARE SECTOR

ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย

Pairoj Boonsirikamchai

บริษัท สำนักกฎหมายการแพทย์ จำกัด

Medical Law office Co.,Ltd, Thailand

E-mail: pairojemail@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาแนวทางการพัฒนากฎหมายเพื่อช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการรับบริการทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสมโดยพิจารณาจากแนวทางของประเทศสวีเดน ปัจจุบันนี้การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ของประเทศไทยอยู่ในรูปแบบการพิสูจน์ความผิดแล้วจึงพิสูจน์ความเสียหายตามกฎหมายละเมิดของประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายทำให้มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่ต้องการค่าชดเชยความเสียหายที่กฎหมายรับรองตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ จะต้องเข้าสู่กระบวนการพิจารณาทางศาลและก่อให้เกิดการฟ้องร้อง ต้องมีการพิสูจน์ว่าแพทย์ผิดพลาดอย่างไร การตัดสินว่าแพทย์ขาดความระมัดระวังในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นเรื่องยากเพราะเป็นเรื่องซับซ้อนก่อให้เกิดผลกระทบหลายฝ่าย ผู้เสียหายส่วนใหญ่ไม่ได้รับการช่วยเหลือเยียวยาทันที่ที่ อาจจะต้องรอผลถึงขั้นฎีกา การให้มีการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิดก่อนจะทำให้ผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ได้รับการช่วยเหลือเยียวยาแก้ไขปัญหาคความเดือดร้อนได้เร็วและผู้ประกอบวิชาชีพก็ต้องกังวลใจกับการพิสูจน์ความผิดที่ยาวนาน นอกจากนี้การกำหนดให้ยุติการฟ้องร้องไว้ในกฎหมายบัญญัตินั้นเป็นการจำกัดสิทธิตามบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ ซึ่งจะต้องตราเป็นกฎหมาย สำหรับความเสียหายที่จ่ายชดเชยเพียงเป็นกรณีความเสียหายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้หรือสามารถป้องกันได้ตามรูปแบบของประเทศสวีเดน เป็นการประกันความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นแนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ การ

* Received 23 June 2019; Revised 23 July 2019; Accepted 25 August 2019



จ่ายค่าชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ความผิดเป็นทางออกในการแก้ไขปัญหาการชดเชยความเดือดร้อนเสียหายและการฟ้องร้องทางการแพทย์ได้

คำสำคัญ: การชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิด, ความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์

Abstract

The purpose of this article was to investigate a study of guidelines for developing laws to help people affected by receiving medical services appropriately based on Swedish guidelines. At present, compensation for damage from receiving medical assistance in Thailand is in the form of proof of guilt and then proving the damage according to the infringement law of the Civil and Commercial Code. Patients who have suffered injury affect their lives in various fields that require compensation for damages legally guaranteed under the Civil and Commercial Code. Must go to court and cause litigation How wrong must the doctor be proved? It is difficult to judge a physician's lack of care in the medical profession because it is a complex matter that has multiple consequences. Most of the victims did not receive prompt treatment. They may have to wait until the result of the Supreme Court Providing compensation for damages without proving guilt before giving the injured person medical assistance to resolve their trouble quickly. And professionals don't have to worry about lengthy proof of guilt. In addition, the termination of litigation in the statute is a limitation of rights under the constitution, which must be enacted as a law For damages to be compensated only in the event of damage that can be avoided or prevented according to the Swedish model. It is insurance for the damage caused by receiving public health services, a concept of the welfare state. Compensation for damages from unproven health services is a solution to the problem of compensation for injuries and medical litigation.



Keywords: No-Fault Compensation, Medical Care Damage

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีการประกอบธุรกิจรักษาพยาบาลได้อย่างกว้างขวาง ทั้งคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน และเป็นหนึ่งในเพียงไม่กี่ประเทศที่เปิดโอกาสให้ธุรกิจรักษาพยาบาลสามารถเข้าซื้อขายในตลาดหลักทรัพย์ได้ การประกอบธุรกิจรักษาพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สามารถพัฒนาเทคโนโลยีการรักษาพยาบาลให้มีความเจริญก้าวหน้าจากภาคเอกชนได้ ประชาชนที่เจ็บป่วยสามารถซื้อหาบริการด้วยเงินของตนเองได้อย่างเสรี สามารถเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์ที่ตนเองต้องการได้ ชาวต่างชาติที่มั่นใจในการแพทย์ของประเทศไทยเป็นส่วนหนึ่งที่ทำรายได้ให้ประเทศได้อย่างมากในระยะเวลาที่ผ่านมา แต่อย่างไรก็ตามค่ารักษาพยาบาลได้เพิ่มสูงขึ้นโดยลำดับ เป็นเหตุให้คนไทยเองต้องจ่ายค่ารักษาด้วยเงินของตนเองได้รับความเดือดร้อนและหลายคนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ สถานบริการของรัฐถูกเบียดเบียนจากทรัพยากรบุคคลากรด้านสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญจากภาคเอกชนและบริการอย่างแออัด ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำอย่างมากแม้ว่าภาครัฐจะมีการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้วยบัตรสงเคราะห์แต่ก็ไม่ทั่วถึง ลำบาก ไม่เท่าเทียมและเป็นธรรม จึงเป็นที่มาของการเรียกร้องให้มีสวัสดิการสังคมด้านการรักษาพยาบาลขึ้น การประกันสุขภาพโดยรัฐ เป็นส่วนหนึ่งของรัฐสวัสดิการ ที่ประเทศไทยได้พัฒนาโดยอาศัยบทเรียนและรูปแบบกฎหมายจากประเทศในภาคพื้นยุโรปรวมถึง พ.ร.บ.สุขภาพของประเทศสวีเดนเป็นต้นแบบ (National Social Insurance Office, 2003) นอกจากสวัสดิการข้าราชการที่มีก่อนแล้ว จึงได้พัฒนาให้มีการประกันสังคมที่เน้นคุ้มครองสุขภาพกลุ่มลูกจ้างโดยหักเบี้ยประกันจากเงินเดือนของลูกจ้างและนายจ้างมีส่วนร่วมจ่ายด้วย นอกจากนี้ยังมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มุ่งคุ้มครองประชาชนทั่วไป เพื่อให้ประชาชนทั้งประเทศมีหลักประกันสุขภาพได้ครอบคลุม คนไทยทุกคนจึงมีสิทธิในการประกันสุขภาพโดยรัฐสิทธิใดสิทธิหนึ่ง เช่นเดียวกับประเทศสวีเดนที่งบประมาณในการประกันสุขภาพมาจากระบบภาษีเงินได้ และการเก็บสมทบจากนายจ้าง โดยมีกองทุนสุขภาพแยกบริหารจัดการออกมาต่างหาก ประชาชนสวีเดนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลสุขภาพจากรัฐ ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 6,000 เหยียดสวีเดน จะได้รับการชดเชยในกรณีการเจ็บป่วยทำให้สูญเสียรายได้ สำหรับผู้ที่ไม่มียาได้ เมื่อเข้ารับบริการผู้รับบริการต้องจ่ายค่าปรึกษาแพทย์ครั้งละ 60 ถึง 300 เหยียดสวีเดน ไม่เกิน 900 เหยียดต่อคนต่อปี ส่วนเกินรัฐจะรับภาระแทน



สำหรับผู้ป่วยในผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายด้วย (Act on Pharmaceutical Benefits, 2002) (Swedish Institute, 2009) รายจ่าย

ของระบบบริการสุขภาพประมาณร้อยละ 70 มาจากภาษี คิดเป็นร้อยละ 9.2 ของ GDP ส่งผลให้สถิติประเทศสวีเดนมีประชากรถึง 9 ล้านคนในปี 2004 มีคุณภาพชีวิตจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่ดีที่สุดในโลก (Glenngård, A.H. et al., 2005) ประเทศไทยจึงเป็นประเทศที่มีระบบสุขภาพที่มีการถ่วงดุลของธุรกิจรักษาพยาบาลกับหลักประกันสุขภาพโดยรัฐในขณะที่ชาวอเมริกันที่มีรายได้น้อยได้รับความเดือดร้อนเข้าไม่ถึงการรักษาที่เหมาะสม ส่วนใหญ่ต้องซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชนที่เสียเบี้ยประกันในราคาสูงมาก ในขณะที่ประชาชนภาคพื้นยุโรปไม่สามารถเลือกหาบริการจากแพทย์เฉพาะทางได้ทันทีโดยถูกบังคับให้ต้องพบกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวก่อน และเป็นเหตุผลหนึ่งของชาวยุโรปที่เกษียณแล้วชอบอาศัยอยู่ในประเทศไทย เพราะสามารถเลือกหาบริการสุขภาพได้อย่างเต็มที่

อย่างไรก็ตามแม้ว่าประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงครอบคลุมให้โรงพยาบาลเอกชนมีส่วนร่วมด้วยนั้น แต่การรักษาพยาบาลย่อมมีภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบได้บ่อยๆทั้งจากเหตุสุดวิสัยหรือเกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ทั้งที่ไม่สามารถป้องกันไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้หรือสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ เรียกกรณีนี้ว่าความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ ซึ่งอาจจะต้องมีการชดเชยเยียวยาผู้เสียหายตามกฎหมาย โดยเฉพาะความเสียหายที่สามารถป้องกันได้หรือหลีกเลี่ยงได้นั้นอาจจะต้องมีการพิสูจน์ความระมัดระวังว่าเกิดจากความจงใจหรือประมาทเลินเล่อหรือไม่ เพราะไม่เพียงแต่ความเสียหายที่เป็นความเจ็บป่วยซึ่งสามารถได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลตามสิทธิที่มีอยู่ แต่ความเสียหายที่เกิดจากความจงใจหรือประมาทเลินเล่อจำเป็นต้องชดเชยความเสียหายอีกหลายประการตามกฎหมายต่างๆที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังอาจจะต้องรับผิดชอบทางอาญา ทางวินัย และทางจริยธรรมอีกด้วย ผลกระทบหรือความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ เป็นเรื่องที่จะเกิดขึ้นได้อยู่ตลอดเวลา ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้นที่เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบหรือได้รับความเสียหายโดยตรง แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นอาจมีผลกระทบต่อเนื่องไปอีกทำให้มีผลต่อการดำรงชีวิตตามปกติหรือการทำกิจกรรมหรือหน้าที่การงาน รวมไปถึงผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับผู้อื่นและต่อกิจกรรมทางสังคมด้วย บุคคลที่อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู ญาติพี่น้องหรือผู้เกี่ยวข้องก็อาจจะได้รับผลกระทบและความเสียหายด้วย นอกจากนี้ผลกระทบหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นย่อมเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการไปในขณะเดียวกันด้วย อันเนื่องจากความผิดพลาดหรือความล้มเหลวในการดูแลรักษา การพิจารณาความเสียหายเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาาร่วมกันจึงต้อง



คำนึงถึงผลกระทบหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นกับทั้งสองฝ่ายหรือหลายฝ่าย รวมทั้งต้องคำนึงถึงผลของความเสียหายที่กระทบสังคมโดยรวมด้วย ด้วยกฎหมายต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบันนี้นั้น นอกจาก พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพฯ มาตรา ๔๑ บัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยจ่ายค่าชดเชยเบื้องต้นเท่านั้น โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดก่อน (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) แต่ก็เป็นจำนวนไม่มาก ผู้เสียหายยังไปฟ้องร้องเรียกร้องค่าเสียหายตามสิทธิที่มีอยู่ตามกฎหมายได้ แต่ต้องผ่านกระบวนการพิสูจน์ทางคดี ซึ่งต้องใช้เวลามาก ผู้เสียหายหลายรายที่ขาดแคลนอาจจะมีความจำเป็นต้องอาศัยค่าชดเชยที่ศาลตัดสินและพิจารณาให้ได้รับมาใช้ให้ทันทั่วๆไป มิฉะนั้นการรอคอยผลของกระบวนการยุติธรรมอาจจะไม่ทันการและก่อให้เกิดผลกระทบหรือความเสียหายที่สืบเนื่องต่อไปอีกมากน้อยได้ ในบางประเทศได้มีการบัญญัติกฎหมายเพื่อให้มีการคุ้มครองชดเชยเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ความผิดก่อน เพื่อให้สามารถแก้ไขความเดือดร้อนที่เกิดจากผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างทันทั่วๆไป ทั้งผู้ให้บริการและผู้เสียหายก็ต้องทนทุกข์กับการฟ้องร้องดำเนินคดีและต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายและเสียความรู้สึกอีกมาก ทั้งๆที่ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเองก็ไม่มีใครปรารถนาที่จะให้เกิดความเสียหายตั้งแต่ต้น แต่ความเดือดร้อนจากความเสียหายที่เกิดขึ้นแม้ได้ผ่านกระบวนการพิสูจน์ ไม่ว่าผู้ให้บริการจะถูกพิจารณาว่าผิดหรือไม่ ผู้ได้รับความเสียหายยังสมควรได้รับการดูแลตามความเหมาะสม ด้วยหลักประกันสุขภาพและหลักสวัสดิการสังคม เช่นเดียวกับกรณีของรัฐได้เยียวยาให้กับบ้านเรือนได้รับความเสียหายจากอุทกภัยหรือชดเชยรายได้จากโรคระบาดซึ่งไม่มีใครผิด แต่ปัจจุบันผู้เสียหายที่ศาลตัดสินว่าผู้ให้บริการมีความผิดเท่านั้นจึงจะได้รับการเยียวยา และผู้ให้บริการที่ศาลตัดสินว่าไม่ผิดก็ไม่สมควรต้องจ่ายค่าชดเชย แต่ความเสียหายที่เกิดขึ้นก็ไม่ใช่ความผิดของผู้รับบริการ เหตุใดจึงไม่ได้รับการช่วยเหลือที่สมควรจากสังคมโดยรวม นอกจากนี้กระบวนการรักษาพยาบาลต้องใช้ความรู้ทางวิชาชีพที่ซับซ้อนยากแก่ความเข้าใจของประชาชนทั่วไปหรือนักกฎหมายที่อยู่ในกระบวนการพิสูจน์คดี เป็นการกระทำไม่ใช่ครั้งเดียวแต่เป็นการกระทำหลายครั้งต่อเนื่องกันไปของบุคลากรหลายคนเป็นทีมและผลัดเปลี่ยนกันไปหลายผลัดและช่วงเวลา การพิสูจน์ว่าการกระทำใดส่งผลเมื่อใดเพียงใดโดยใครหรือเป็นไปตามการดำเนินของโรคหรือพยาธิสภาพของโรคเอง ทำให้หลายครั้งแม้บุคคลที่เกี่ยวข้องอยู่ในกระบวนการยุติธรรมเองไม่มั่นใจต่อพยานหลักฐานที่มีอยู่ในสำนวน รวมถึงความมั่นใจเพียงใดในการใช้ดุลพินิจในการพิจารณาพิพากษา การฟ้องคดีเพื่อให้มีการพิสูจน์ความผิดก่อนจึงเป็นเงื่อนไขในการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายต่อผู้เสียหาย ซึ่งต้องเสียเวลามากในการพิสูจน์ทางศาลกว่าผู้เสียหายจะ



ได้รับค่าชดเชย ถ้าจำเป็นต้องบรรเทาความเดือดร้อนก็ไม่ทันการณ์เสียก่อน แบบแผนวิธีการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายไปก่อนโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดหรือพิสูจน์ภายหลังจะทำให้สามารถบรรเทาความเดือดร้อนของผู้เสียหายได้รวดเร็วและบรรเทาความเสียหายในจำนวนรายที่มากขึ้น เพราะผู้เสียหายจำนวนมากที่ต้องแพ็คคดีจะไม่ได้รับการบรรเทาความเดือดร้อนจากการได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์เนื่องจากพิสูจน์ไม่ได้ว่าเป็นความผิดของผู้กระทำ ฝ่ายผู้กระทำเองก็อาจจะไม่ได้ยอมรับว่าการกระทำของตนนั้นเป็นการขาดความระมัดระวังแต่เป็นการตัดสินใจภายใต้ข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่อาจมีความยืดหยุ่นและเปิดกว้างได้ในการกระทำเวลานั้น ซึ่งกรณีดังกล่าวมีแนวคิดที่ฝ่ายผู้กระทำเองอาจจะถือได้ว่าเป็นผู้ที่ได้รับความเสียหายด้วย มีความเห็นว่าทั้งผู้กระทำและผู้เสียหายสมควรได้รับความช่วยเหลือหรือคุ้มครองด้วยหรือไม่ การชดเชยความเสียหายโดยพิสูจน์ความผิดก่อนจึงเป็นแนวทางที่ได้รับการหยิบยกขึ้นเพื่อพิจารณาในบริบทของสวัสดิการสังคม ได้มีการศึกษาในหลายประเทศทั่วโลกและมีบางประเทศที่มีกฎหมายบัญญัติขึ้นตามหลักการดังกล่าวนี้ ประเทศสวีเดนเป็นประเทศหนึ่งที่มีกฎหมายคุ้มครองผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์โดยไม่มีการพิสูจน์ความผิดก่อน

เนื้อหา

การพัฒนากฎหมายชดเชยค่าเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์โดยไม่พิสูจน์ความผิดของประเทศสวีเดน

ประเทศสวีเดนเป็นประเทศแรกที่ได้ริเริ่มระบบการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1970 โดยมีการเสนอร่างพระราชบัญญัติ Tort Damage Act เพื่อให้มีการชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์ไม่ว่าจะเกิดจากความผิดพลาดหรือไม่ก็ตาม แต่ยังคงพิสูจน์ว่าความบกพร่องดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการแพทย์หรือการรักษาทางการแพทย์หรือไม่ ซึ่งในการพิสูจน์ต้องใช้ความรู้ทางการแพทย์เฉพาะด้านทำให้ นักกฎหมายเห็นว่าอาจจะพิสูจน์ได้ยาก ระบบการชดเชยดังกล่าวจึงได้รับการปฏิเสธ ในเวลาต่อมาก็ได้มีการยกประเด็นปัญหาความไม่เหมาะสมและไม่พอเพียงของระบบการชดเชยความเสียหายจากการรักษาทางการแพทย์ด้วยการฟ้องร้องตามกฎหมายการละเมิด (tort system) ขึ้นมาพิจารณา ประเด็นสำคัญคือ ผู้ป่วยขาดโอกาสในการเข้าถึงการร้องเรียนทางกฎหมาย และยังมีอุปสรรคด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้เสียหายในการร้องเรียนเพื่อเรียกร้องค่าเสียหาย ประกอบกับปัจจุบันการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น มีการนำวิธีการรักษาโรคแบบใหม่



มาใช้ เทคโนโลยีทางการแพทย์พัฒนาขึ้น ประชาชนมีโอกาสเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้น ทำให้โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นด้วย แต่มีผู้ที่ได้รับการชดเชยจากความเสียหายดังกล่าวอยู่น้อยมาก (Espersson, 2000)

รัฐบาลให้ความสำคัญกับระบบการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์มากขึ้น ต่อมาปี 1972 รัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติ Tort Liability Act กำหนดจำนวนเงินในการจ่ายค่าชดเชยความเสียหาย เช่น ในกรณีของการประกันสังคมหรือการชดเชยคนงาน เป็นต้น ได้ใช้เป็นแนวทางในการชดเชยความเสียหายทางการแพทย์ด้วย ปี 1974 เมื่อมีระบบประกันสังคมเกิดขึ้นให้มีการช่วยเหลือครอบคลุมการบาดเจ็บและโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน ภายใต้ระบบนี้ลูกจ้างจะไม่สามารถฟ้องร้องนายจ้างได้ แต่จะมีการจ่ายเงินชดเชยถ้าเป็นการบาดเจ็บจากการทำงาน (The Patient Injury Act 1996, 2002) ในปี 1975 รัฐบาลร่วมกับบริษัทประกันขนาดใหญ่ในสวีเดน 3 บริษัท ได้แก่ Folksam, Skandia และ Trygg-Hansa ร่วมกันคิดรูปแบบการให้ประกันขึ้นมาเป็นบริษัทประกันร่วมโดยมีหน่วยงานเรียกชื่อย่อว่า FCC ซึ่งเป็นเป็นผู้ดูแลระบบการเงินของระบบสุขภาพในสวีเดนอยู่แล้ว รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเสียหายในแผนการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์ ครอบคลุมไปถึงผู้ให้บริการทางการแพทย์ภาคเอกชนซึ่งเป็นการบริการนอกสถานพยาบาลของรัฐ เริ่มจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General practitioners; GPs) และการบริการที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ (Publicly funded services) ทำให้มีระบบประกันที่ชดเชยจากการบาดเจ็บจากการบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมมากขึ้นเป็นการเสริมระบบเดิมเรียกว่า Patient Compensation Insurance (PCI) ในช่วงต้นเป็นการประกันโดยสมัครใจ และไม่ต้องพิสูจน์ว่าผู้ให้บริการผิดหรือไม่ ครอบคลุมทั้งการแพทย์ภาครัฐในระดับท้องถิ่นและภาคเอกชนด้วย โดยมีการตั้งกองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วย (Swedish Patient Insurance Compensation Fund; SPICF) สำหรับจ่ายค่าชดเชยดังกล่าว

ต่อมาปี 1978 รัฐบาลร่วมกับบริษัทผู้ผลิตยาได้จัดตั้งกองทุนเพื่อชดเชยความเสียหายจากการใช้ยาขึ้น ชื่อ The Swedish Pharmaceutical Insurance Compensation Association Fund; SPICF ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากบริษัทผู้ผลิตยา เพื่อชดเชยความเสียหายด้านการแพทย์ที่เกิดจากผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาอย่างถูกต้องเท่านั้น เนื่องจากการทำประกันโดยสมัครใจจึงพบว่ายังมีผู้ให้บริการจำนวนหนึ่งประมาณร้อยละ 5 ที่ยังไม่เข้าร่วมในระบบประกันการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล ระบบประกันดังกล่าวให้การคุ้มครองผู้ที่ได้รับความเสียหายจากผู้ให้บริการที่ไม่ได้มีประกันด้วย จึงไม่กระตุ้นผู้ให้บริการที่



เหลือให้ทำประกัน ทำให้ผู้ให้บริการที่มีประกันอยู่แล้วไม่เห็นด้วย ประกอบกับในปี 1993 สวีเดนมีกฎหมายที่ส่งเสริมการแข่งขันในการลงทุนเกิดขึ้นการมีบริษัทร่วมเพียงบริษัทเดียวในการดูแลการใช้จ่ายจึงไม่สอดคล้องกับกฎหมายดังกล่าวในปี 1994 จึงมีมติให้ยกเลิกบริษัทประกันร่วมที่มีก่อนหน้านี้ โดยให้จัดตั้งบริษัทประกันร่วมของเขตมาแทนที่ (County Council Mutual Insurance Company; CCMIC) บริษัทประกันแห่งหนึ่งถอนตัวออกไป คณะกรรมการเขตมีการจัดตั้งหน่วยงานสำหรับดูแล CCMIC ร่วมกับบริษัทที่เหลืออีกสองบริษัท และตั้งคณะกรรมการที่ดูแลการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลขึ้น

ปี 1997 มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติ Patient Injury Act (The Patient Injury Act, 1996) จากระบบการประกันสมัครใจเดิม กำหนดให้ผู้ให้บริการทุกคนต้องมีประกันการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ เอกชนก็ต้องซื้อประกันจากบริษัทประกันเอกชน บริษัทประกันมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องให้การประกันอุบัติเหตุหรือความเสียหายที่เกิดจากการรักษาทางการแพทย์ตามที่กำหนด บริษัทประกันสามารถเสนอข้อตกลงอื่นๆ ในการเสนอสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ สำหรับความเสียหายจากการรักษาโดยแพทย์หรือผู้ให้บริการที่ไม่ได้มีการประกัน จะมีการจ่ายค่าชดเชยจากสมาคมการประกันตนผู้ป่วย (Patient Insurance Association) โดยที่ผู้ให้ประกันทุกรายจะต้องเป็นสมาชิกสมาคมดังกล่าว การชดเชยจะครอบคลุม การให้บริการสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลที่บ้าน การจ่ายค่าชดเชยรายสัปดาห์ ภายใต้ระเบียบการประกันสังคม (Adelman and Westerlund, 2004)

ที่มาของระบบการชดเชยของสวีเดน จึงไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมากจากระบบกฎหมาย แต่เกิดจากการให้ความสำคัญกับความพอเพียงในการชดเชยมากกว่า อีกทั้งยังได้ชื่อว่าเป็นระบบการชดเชยที่ครอบคลุมเบ็ดเสร็จที่ใหญ่ที่สุดในโลกด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับความเสียหายหรือการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล สวีเดนกำหนดให้ผู้ให้บริการมีหน้าที่รายงานรายละเอียดของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นไปยัง National Board of Health and Welfare (NBW) และถ้าพบว่าความผิดพลาดดังกล่าวมาจากผู้ให้บริการคนหนึ่งๆ ข้อมูลจะถูกส่งต่อไปยัง Medical Responsibility Board (MRB) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลและควบคุมวิชาชีพ โดยที่ MRB ทำหน้าที่ตักเตือนลงโทษ แต่ไม่มีบทบาทในการพิจารณาจ่ายค่าชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นแต่อย่างใด กระบวนการชดเชยการบาดเจ็บเป็นหน้าที่ของระบบประกันผู้ป่วยที่แยกออกมาต่างหาก (Dute J. Faure, G.M., & Koziol, H., 2004)



กฎหมาย “The Patient Injury act 1996” ความจริงแล้วได้พัฒนามาจากหลักการประกันวิชาชีพเดิม แทนที่บริษัทผู้รับประกันจะทำความตกลงสัญญากับแพทย์แต่ละราย แต่ให้มีการรวมบริษัทผู้รับประกันไว้ด้วยกันโดยมีการตั้งเป็นสมาคมขึ้นมาเป็นหน่วยงานกลางในกิจการประกันวิชาชีพและมีการออกกฎหมายเพื่อเป็นกรอบบังคับให้เป็นธรรม ถ้าจะย้อนไปในอดีตตั้งแต่ก่อนปีค.ศ. 1972 ขณะนั้นยังไม่มีประกันวิชาชีพ เป็นการยากที่ผู้ป่วยจะได้รับการชดเชย (Compensation) ทางแพ่ง หลังจากมีกฎหมายประกันวิชาชีพแล้ว ก็ยังยากที่จะพิสูจน์ได้ว่าเป็นความผิดพลาดหรือเกิดจากการละเลยต่อการรักษา เพราะเรื่องทางการแพทย์เป็นเรื่องที่ซับซ้อน ก่อนปี 1975 มีผู้ป่วยเพียง 100 รายที่ได้รับการชดเชยเนื่องจากการรักษาที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งล้วนแต่เป็นการชดเชยในรายที่มีการประกันวิชาชีพ มีการพัฒนาการประกันวิชาชีพเพื่อให้ทั้งผู้รักษาและผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นต่อระบบการประกันวิชาชีพมากขึ้นทั้งสองฝ่าย ในขณะที่มีถึงร้อยละ 60-70 ทั้งแพทย์ พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพอื่นได้ช่วยผู้ป่วยในการทำรายงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการชดเชยอันเนื่องมาจากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการประกอบวิชาชีพด้วย มีการเขียนรายงานของการเกิดภาวะแทรกซ้อนถึง 9,500 ครั้งต่อปี และ 45% ของรายงานดังกล่าวได้รับการจ่ายเงินชดเชย (4,000 ราย) คิดเป็นมูลค่าประมาณ 300 ล้านเหรียญสวีเดนต่อปี ต่อมาประมาณเดือน พ.ย. 1992 ได้มีการสำรวจและศึกษาระบบการประกันวิชาชีพโดยความสนใจนั้นพบว่า รายละเอียดของการประกันมีความแตกต่างกัน ไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน เบี้ยประกันและการจ่ายค่าชดเชยในเหตุการณ์ที่คล้ายกันก็แตกต่างกัน และประมาณร้อยละ 5 ของสถานพยาบาลหรือผู้ประกอบการวิชาชีพไม่ซื้อประกัน ทำให้สิทธิของประชาชนต่อการได้รับค่าชดเชยเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้รับไม่ทัดเทียมกัน The Patient Injury act 1996 ดังกล่าวได้เริ่มบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. 1997 โดยมีหลักการพื้นฐานในการจ่ายค่าชดเชยอิงตามกฎหมายประกันวิชาชีพโดยความสมัครใจ (The compensation rules of the voluntary patient insurance) เป็นแบบและแก้ไขบางจุดเพื่อให้ครอบคลุมทุกๆ การประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพทุกคน เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับสิทธิในการเข้าถึงการชดเชยทางแพ่ง เท่ากับเป็นการบังคับให้ต้องซื้อประกันวิชาชีพ แต่ใครจะซื้อประกันเพิ่มเติมอีกโดยสมัครใจก็มีสิทธิทำได้

เนื้อหาต่างๆ ของกฎหมายนี้ หมวด 1-5 คุ่มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการชดเชย เมื่อได้รับอันตรายจากการรับบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน และบังคับให้ผู้ให้บริการต้องมีประกันเพื่อการชดเชยนี้ สิทธิของผู้ป่วยให้ครอบคลุมถึงอาสาสมัครที่เข้าร่วมทดลองวิจัยทางการแพทย์และผู้บริจาคอวัยวะ จะเห็นว่ากฎหมายนี้เป็นการต่อขยาย



จากการประกันวิชาชีพ โดยมีหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยตามหมวด 6-7 จ่ายชดเชยถ้าเสียหายจาก 1.การตรวจ การดูแล การรักษา หรือการให้บริการอื่นที่เทียบเท่า ซึ่งพิสูจน์ย้อนหลังแล้วทำให้ทราบได้ว่าความเสียหายที่ผู้ป่วยได้รับนี้สามารถหลีกเลี่ยงได้ ด้วยวิธีการอื่นที่เสี่ยงน้อยกว่า 2.ความบกพร่องของผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์เครื่องมือรวมถึงการใช้ผลิตภัณฑ์ไม่ถูกต้อง 3.วินิจฉัยผิดพลาด 4.การทำให้เกิดการแพร่เชื้อเข้าสู่ผู้ป่วยจากการตรวจ ดูแล รักษา บริการอื่นที่เทียบเท่า 5.อุบัติเหตุจากการตรวจ ดูแล รักษา บริการอื่นที่เทียบเท่า การขนส่งผู้ป่วย เพลิงไหม้ บาดเจ็บจากสถานบริการหรือเครื่องมือ 6.การจ่ายยาหรือเตรียมยาที่ไม่เป็นไปตามปกติของการจ่ายยาหรือเตรียมยาหรือไม่ตรงตามคู่มือ จากข้อ 1 และข้อ 3 ให้คำนึงถึงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการในสาขานั้นๆ จากข้อ 4 ไม่มีสิทธิชดเชยในกรณี que ผู้ป่วยสามารถต้านทานการติดเชื้อนั้นได้ ความสามารถในการต้านทานการติดเชื้อนั้นให้คำนึงถึงธรรมชาติของการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย สัมพันธ์กับสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยที่อาจเป็นไปได้ว่ามีการติดเชื้อมาก่อน จะไม่ได้รับการชดเชยกรณีความเสียหายเกิดจากเหตุการณ์ที่จำเป็น สำหรับการวินิจฉัยหรือรักษาการเจ็บป่วยนั้น ถ้าปราศจากการใช้เหตุการณ์เหล่านี้ จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือพิการขั้นรุนแรง จะเห็นว่ากฎหมายนี้มีเกณฑ์การจ่ายอย่างชัดเจนซึ่งต้องมีผู้เชี่ยวชาญแพทย์สาขานั้นๆร่วมเป็นกรรมการพิจารณาว่าสมควรจ่ายค่าชดเชยหรือไม่ด้วย

ในหมวดนี้แม้เป็นไปตามหลักการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิด ซึ่งเป็นส่วนที่แตกต่างจากกฎหมายละเมิดโดยรวมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ การวินิจฉัย การดูแล การรักษา หรือการให้บริการอื่นที่เทียบเท่า ซึ่งพิสูจน์ย้อนหลังแล้วทำให้ทราบได้ว่าความเสียหายที่ผู้ป่วยได้รับนี้สามารถหลีกเลี่ยงได้ (avoidable injury) หรือป้องกันได้ (preventable injury) แต่ก็มีส่วนที่เป็นความเสียหายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้บางกรณี (unavoidable injury) เช่นการทำให้เกิดการแพร่เชื้อเข้าสู่ผู้ป่วย เป็นกรณีที่แพทย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ซึ่งก็ต้องจ่ายค่าชดเชยตามกฎหมายนี้ นอกจากนี้ยังมีกรณีที่เป็นความเสียหายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ได้แก่กรณีอุบัติเหตุและความบกพร่องของยาหรือผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ซึ่งก็จะไม่พิสูจน์ความผิดโดยถือว่าเป็นความผิดโดยไม่ต้องพิสูจน์คือความรับผิดโดยเคร่งครัดด้วย (strict liability) ดังนั้นกฎหมายจึงมีทั้งส่วนที่สามารถหลีกเลี่ยงได้และส่วนที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้แต่ความสำคัญอยู่ที่การจ่ายค่าชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ความผิด

หลักเกณฑ์การพิสูจน์ว่าเป็นการบาดเจ็บทางการแพทย์ที่สามารถหลีกเลี่ยงได้คือการบาดเจ็บเนื่องจากการรักษารวมทั้งการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคซึ่งจะไม่เกิดขึ้นในมือผู้เชี่ยวชาญใน



สถานการณ์เดียวกัน ในบางรายอาจจะต้องพิสูจน์ย้อนหลังและในกรณีที่มีข้อจำกัดเรื่องข้อมูลที่ไม่สามารถจะมีอยู่ในขณะที่ทำการรักษานั้น รวมถึงการบาดเจ็บที่น่าจะหลีกเลี่ยงได้ถ้าเลือกใช้ทางเลือกอื่นที่มีประสิทธิผลดีกว่าและปลอดภัยกว่า แต่ถ้าเป็นกรณีการวินิจฉัยโรคการบาดเจ็บเนื่องจากการวินิจฉัยผิดพลาดซึ่งจะไม่เกิดขึ้นในมือผู้เชี่ยวชาญในสถานการณ์เดียวกัน แต่จะไม่มี การพิสูจน์ย้อนหลังเว้นแต่ในกรณีที่มีข้อจำกัดเรื่องข้อมูลที่ไม่สามารถจะมีอยู่ในขณะที่ทำการวินิจฉัยนั้น การบาดเจ็บเนื่องจากการบกพร่องหรือการใช้ผิดพลาดของผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์หรือเครื่องมือโรงพยาบาลและการบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุเช่นตกเตียงหรือไฟไหม้โรงพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษา ทั้งสองกรณีเป็นการรับผิดชอบโดยเคร่งครัดซึ่งก็จะต้องพิสูจน์ความผิดเช่นเดียวกัน ส่วนการบาดเจ็บเนื่องจากการติดเชื้อไปยังผู้ป่วยในระหว่างการรักษานั้นต้องไม่ใช่เป็นกรณีที่เป็ นบุคคลที่ง่ายต่อการติดเชื้ออยู่แล้ว และการติดเชื อนั้นไม่สอดคล้องกับความรุนแรงของโรคกับความจำเป็นต้องรักษา หมวด 8-11 ผู้ป่วยต้องสมทบเงินกองทุนด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายและได้รับการตัดสินให้รับการชดเชยตามกฎหมายละเมิด (The Tort Liability Act) ยอดรวมที่ได้รับชดเชยต้องหักหนึ่งในยี่สิบ (ร้อยละ 5) ของจำนวนเงินที่ได้รับสมทบกลับเข้ากองทุน ได้รับในกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Insurance Act 1962:381) มีการกำหนดเพดานไว้ด้วย คือในแต่ละเหตุการณ์ของการได้รับความเสียหายให้ได้รับการชดเชยมากที่สุดไม่เกิน 1,000 เท่า ของตัวเลขที่ได้กำหนดไว้เป็นฐานกำหนดในกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Insurance Act 1962:381) และในแต่ละการบาดเจ็บของเหตุการณ์ที่เสียหาย ให้ได้รับ ชดเชยมากที่สุดไม่เกิน 200 เท่าของตัวเลขที่ได้กำหนดไว้เป็นฐาน แต่ถ้าไม่เพียงพอจ่ายชดเชย ให้ลดการจ่ายลงตามส่วน จะเห็นว่ากฎหมายนี้ได้กำหนดเพดานและกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยเป็นรายการไว้ล่วงหน้า หมวด 12-16 ให้เป็นหน้าที่ของรัฐที่ดำเนินการให้ผู้ให้บริการทุกคนทั้งภาครัฐและเอกชนต้องมีประกันสำหรับการจ่ายชดเชยให้ผู้ป่วย รัฐบาลเป็นผู้ให้การรับรองสมาคมผู้รับประกันซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้รับประกันซึ่งผู้รับประกันต้องเป็นสมาชิก ถ้ามีผู้รับประกันหลายรายทุกรายต้องมีหน้าที่จ่ายชดเชยร่วมกันและสัดส่วนเท่ากัน สมาคมฯมีสิทธิในการเก็บเบี้ยประกันจากผู้ให้บริการต่อปี จะเห็นว่ากฎหมายนี้บังคับผู้รับประกันให้มีเกณฑ์เดียวกัน บังคับให้ผู้ให้บริการชำระเบี้ยประกันร่วมกันอย่างเป็นธรรมและบังคับให้เฉลี่ยประกันแก่ประชาชนถ้วนทุกคน หมวด 17-23 สมาคมฯมีหน้าที่สนับสนุนการเงินให้กับคณะกรรมการชุดหนึ่ง (The Patient Claims Panel) ซึ่งแต่งตั้งโดยรัฐบาล โดยประธานมีที่มาจากผู้พิพากษาหรือคือผู้พิพากษาเอง กรรมการ 3 คนเลือกมาจากฝ่ายผู้ป่วยหรือประชาชน หนึ่งคนเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์สาขาที่เกี่ยวข้อง



หนึ่งคนเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินเป็นตัวแทนของฝ่ายผู้รับประกัน อีกหนึ่งคนเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสาธารณสุขของประเทศ คณะกรรมการรวมทั้งสิ้น 7 คน คณะกรรมการทำหน้าที่พิจารณาเรื่องที่ยื่นขอชดเชยตามคำร้องของผู้ป่วยหรือผู้ได้รับความเสียหาย ผู้ให้บริการ ผู้รับประกัน หรือศาล คณะกรรมการมีหน้าที่ให้ความเห็นในการให้ค่าชดเชย ซึ่งผู้รับประกันต้องชดเชยให้ตามนั้น ให้ผู้ป่วยเลือกฟ้องแพ่งได้โดยไม่ตัดสิทธิทางแพ่ง แต่ถ้าได้รับการจ่ายชดเชยไปแล้วจะยื่นเรื่องฟ้องแพ่งซ้ำอีกไม่ได้เว้นแต่ถ้าเกิดจากเจตนาหรือบกพร่องอย่างชัดแจ้งให้ฟ้องแพ่งได้ตามสิทธิที่ระบุในกฎหมายละเมิด รวมทั้งยังมีสิทธิจากกฎหมายผลิตภัณฑ์ (Product Liability Act 1992:18) หรือสิทธิกฎหมายจราจรด้วย (Traffic Damage Act 1975:1410) สำหรับอายุความนั้น 3 ปีนับจากรู้ หรือ 10 ปีนับจากได้รับความเสียหาย จะเห็นว่ากฎหมายนี้เป็นเรื่องการประกันวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการชดเชยไปแล้วไม่มีความเสียหายที่จะต้องเรียกร้องทางแพ่งได้อีกต่อไปโดยไม่ได้ไปแก้กฎหมายแพ่งและไม่พูดถึงคดีอาญาเลย แต่ถ้าเป็นความเสียหายที่เป็นการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ยังสามารถใช้สิทธิเรียกร้องค่าเสียหายตามกฎหมายละเมิดได้ แม้ว่าผู้ป่วยอาจได้รับการจ่ายค่าชดเชยการบาดเจ็บแก่ผู้ป่วยภายใต้กฎหมายนี้แล้ว เมื่อมีผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ ขั้นตอนกระบวนการช่วยเหลือในขั้นต้นนั้นเริ่มจากการติดต่อกับผู้ให้บริการหรือหัวหน้างาน แพทย์ผู้ให้บริการหรือสถานบริการเป็นด่านแรกในการให้ความช่วยเหลือผู้เสียหาย ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขหรือไม่พอใจ สามารถติดต่อ Patient Authority ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน เพื่อขอความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ให้บริการหรือหน่วยงานคำร้องของผู้เสียหายส่วนใหญ่จะมีคำรับรองจากแพทย์ โรงพยาบาล ตัวแทนทางกฎหมายของผู้ป่วย หรือคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้ป่วย ก่อนปี 1995 คำร้องของผู้เสียหายจะถูกส่งไปยังบริษัทประกันโดยตรง แต่ในปี 1995 ได้เปลี่ยนไปเป็นส่งให้กับ County Council Mutual Insurance Company (Studdert and Brennan, 2001) สำนักงานประกันสังคมหรือบริษัทประกันร่วมของสภาเขต (CCMIC) ได้จัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์แผนงานการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ รายละเอียดสิทธิที่พึงมีพึงได้ รวมทั้งกระบวนการในการเสนอเรื่องร้องขอไว้สำหรับผู้รับบริการในทุกสถานบริการไม่ว่าจะเป็นในภาครัฐหรือเอกชน ขั้นที่สอง ถ้าผู้รับบริการเห็นว่าเป็นความผิดพลาดของผู้ให้บริการ สามารถเสนอเรื่องต่อหัวหน้าหน่วยงาน หรือ Health Care Supervisor ได้ภายใน 2 ปีนับจากรับรู้ความผิดพลาดนั้น เพื่อส่งเรื่องไปที่ Personskaderreglering AB หรือ PSR ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับเรื่องร้องเรียนและพิจารณาโดยคณะกรรมการ ผู้เสียหายสามารถเลือกที่จะยื่นฟ้องร้องทาง



กฎหมาย ต่อคณะกรรมการอนุญาโตตุลาการ หรือเสนอต่อศาลด้วยตนเองได้ แต่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมดเอง ขั้นตอนที่สาม ในกรณีที่ได้รับการพิจารณาว่าได้รับความเสียหายจากการรักษาสามารถขอรับเงินชดเชยได้จาก patient insurance ภายใน 3 ปีแต่ไม่เกิน 10 ปีหลังจากการรับรู้ความเสียหาย

จากประสบการณ์ของสวีเดนตั้งแต่มีการใช้ระบบการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิด และเริ่มมีการตั้งกองทุนเพื่อจ่ายค่าชดเชยดังกล่าวขึ้น Swedish Patient Insurance Compensation Fund 1975 ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. 1975 ถึง 31 ธ.ค. 1999 จากรายงานที่มีการจ่ายชดเชยของผู้รับประกันจำนวน 140,000 ราย คณะกรรมการได้พิจารณาเฉพาะเรื่องที่ผู้เสียหายไม่เห็นด้วยกับการจ่ายค่าชดเชยของผู้ประกัน โดยคณะกรรมการได้รับคำร้องให้พิจารณาเพียง 7,223 รายที่ไม่เห็นด้วย ในจำนวนนี้คณะกรรมการได้สรุปค่าชดเชยที่แตกต่างจากตัวเลขของผู้ประกันเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น แสดงให้เห็นว่าระบบนี้มีข้อได้เปรียบน้อย และมีกลไกการจัดการการโต้แย้งที่ไม่เป็นภาระมาก และประชาชนก็เข้าใจสิทธิของตนเองในการเรียกร้องค่าชดเชยได้ จำนวนรายที่เรียกร้องจึงเพิ่มขึ้นทุกปี และต่อมาหลังจากมีการใช้กฎหมาย The Patient Injury act 1996 เพื่อครอบคลุมผู้ให้บริการทั้งหมดเข้ามาในระบบการประกันและการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิดดังกล่าว จากการศึกษาเฉพาะปี ค.ศ. 1998 ได้รับเรื่องไว้จำนวน 8,552 ราย ในจำนวนนี้ได้รับการชดเชยเพียงร้อยละ 45 จำนวนเงินชดเชยแต่ละรายอยู่ระหว่าง 110-805,700 เหยริยญูโร โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 9,050 เหยริยญูโร ต้นทุนรวมของการประกันอยู่ที่ 29 ล้านเหยริยญูโร มีเพียงไม่เกิน 10 รายต่อปีที่นำคดีไปสู่ศาล ในแต่ละปีมีผู้ไม่พอใจต่อการตัดสินใจของบริษัทประกัน และนำเรื่องยื่นต่อคณะกรรมการพิจารณาการชดเชยประมาณ 1,000 ราย หรือประมาณร้อยละ 10 ของข้อร้องเรียนทั้งหมด มีเพียง 5-10 รายนำสู่การฟ้องศาล และเพียง 1 รายที่ชนะคดี (Hoffman, S. Z., 2009) จำนวนเงินที่ชดเชยอ้างอิงจากกฎหมายเดิม (Tort damage Act 1972) อย่างไรก็ดี มีที่แตกต่างออกไปคือมีการกำหนดเพดานสูงสุดในการจ่ายเงินชดเชย ในแต่ละกรณีโดยทั่วไปหลักในการพิจารณาเกณฑ์การเรียกร้องขอค่าชดเชยมี 3 ประการคือ ประการแรก การบาดเจ็บจะต้องเกี่ยวข้องกับการรักษาทางการแพทย์ ได้แก่ การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การจ่ายยา หรือกระบวนการอย่างอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การให้เลือด การติดเชื้อและอุบัติเหตุระหว่างการรักษา ความบกพร่องของเครื่องมือ แต่ไม่รวมถึงการรักษาเพื่อช่วยชีวิต เช่น ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ประการที่สอง การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน โดยเปรียบเทียบมาตรฐานการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในสาขานั้นๆ ประการที่สาม ถ้ามีทางเลือกอย่างอื่นในกระบวนการรักษาแล้วสามารถ



หลีกเลี่ยงการบาดเจ็บได้ก็จะได้รับการชดเชย เช่น การรักษาวิธีอื่น การใช้สถานพยาบาลอื่นจากการศึกษาในปี ค.ศ. 1994 พบว่าส่วนใหญ่การเรียกร้องค่าชดเชยความเสียหายจากการรักษาได้แก่ การผ่าตัด (operation) อุบัติเหตุ (accident) การดมยาสลบด้วยยานุพันธ์ของฝิ่น (narcosis) การระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (local anaesthesia) การวินิจฉัยโรค (diagnostics) ซึ่งได้รับการชดเชย ส่วนสาเหตุของรายที่ปฏิเสธการชดเชย ได้แก่ การบาดเจ็บเล็กน้อย ความเจ็บป่วยที่ไม่สัมพันธ์กับการรักษา เป็นผลแทรกซ้อนที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ อุบัติเหตุที่ไม่สัมพันธ์กับการรักษา มีการจ่ายการชดเชยจากการประกันชนิดอื่น ปัจจุบันสวีเดนสามารถพิจารณาเรื่องร้องเรียนประมาณร้อยละ 50 เสร็จภายใน 6 เดือน ร้อยละ 95 เสร็จสิ้นภายใน 8 เดือน ในภาพรวมจากการทบทวนรายงานพบว่าการศึกษาใช้เวลาเร็วขึ้น

โครงสร้างการประกันสุขภาพแห่งชาติได้กระจายความรับผิดชอบไปยังสภาเขต ดังนั้นจึงเป็นความรับผิดชอบของสภาเขตในการจัดการให้บริการสุขภาพ ผู้ให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและศูนย์บริการปฐมภูมิในระดับเขต ได้รับเงินค่าจ้างจากเขตคิดเป็นร้อยละ 95 ของการให้บริการสุขภาพที่อยู่ภายใต้การดูแลของสภาเขตในการดูแลของรัฐ สภาเขตในฐานะนายจ้างจึงเป็นฝ่ายรับผิดชอบในการจ่ายเบี้ยประกันแทนผู้ให้บริการ ยกเว้นผู้ให้บริการอิสระหรือภาคเอกชนซึ่งมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 5 ของผู้ให้บริการทั้งหมด จะถูกบังคับโดยกฎหมายให้ต้องซื้อประกันจากบริษัทประกันเอกชนด้วยตนเอง โดยบริษัทประกันจะเป็นผู้คำนวณจำนวนเบี้ยประกันตามความเสี่ยงของสถานบริการแต่ละประเภท ดังนั้นแหล่งที่มาของเงินชดเชยส่วนใหญ่จึงมาจากภาษีในระดับเขตจากการเก็บภาษีเงินได้ตามสัดส่วนต่อหัวประชากรที่รับผิดชอบ

สรุป

ประเทศสวีเดนได้มีการบัญญัติกฎหมายขึ้นเพื่อให้มีการรวบรวมบริษัทประกันภัยต่างๆ ที่รับประกันวิชาชีพมารวมกันเป็นสมาคมที่กฎหมายบัญญัติขึ้น เพื่อแก้ปัญหาวิกฤติการณ์การฟ้องร้องทางการแพทย์ขึ้น เป็นกฎหมายแรกที่มีการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิด ปี 1997 ประเทศสวีเดนมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติ Patient Injury Act จากระบบการประกันสมัครใจเดิม กำหนดให้ผู้ให้บริการทุกคนต้องมีประกันการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ เอกชนก็ต้องซื้อประกันจากบริษัทประกันเอกชน บริษัทประกันมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องให้การประกันอุบัติเหตุหรือความเสียหายที่เกิดจากการรักษาทาง



การแพทย์ตามที่กำหนด บริษัทประกันสามารถเสนอข้อตกลงอื่นๆ ในการเสนอสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ สำหรับความเสียหายจากการรักษาโดยแพทย์หรือผู้ให้บริการที่ไม่ได้มีการประกันจะมีการจ่ายค่าชดเชยจากสมาคมการประกันตนผู้ป่วย (Patient Insurance Association) โดยที่ผู้ให้ประกันทุกรายจะต้องเป็นสมาชิกสมาคมดังกล่าว การชดเชยจะครอบคลุม การให้บริการสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลที่บ้าน การจ่ายค่าชดเชยรายสัปดาห์ ภายใต้ระเบียบการประกันสังคม ที่มาของระบบการชดเชยของสวีเดน จึงไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมากจากระบบกฎหมาย แต่เกิดจากการให้ความสำคัญกับความพอเพียงในการชดเชยมากกว่า ยังมีการกำหนดให้ผู้ให้บริการมีหน้าที่รายงานรายละเอียดของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นไปยัง National Board of Health and Welfare (NBW) และถ้าพบว่าความผิดพลาดดังกล่าวมาจากผู้ให้บริการคนหนึ่งๆ ข้อมูลจะถูกส่งต่อไปยัง Medical Responsibility Board (MRB) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลและควบคุมวิชาชีพ โดยที่ MRB ทำหน้าที่ตัดสินลงโทษ แต่ไม่มีบทบาทในการพิจารณาจ่ายค่าชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น กฎหมายนี้เป็นการต่อขยายจากการประกันวิชาชีพ มีหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยตามหมวด 6-7 หลักการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิด ซึ่งเป็นส่วนที่แตกต่างจากกฎหมายละเมิดโดยรวมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ การวินิจฉัย การดูแล การรักษา หรือการให้บริการอื่นที่เทียบเท่า ซึ่งพิสูจน์ย้อนหลังแล้วทำให้ทราบได้ว่าความเสียหายที่ผู้ป่วยได้ รับนี้สามารถหลีกเลี่ยงได้ (avoidable injury) หรือป้องกันได้ (preventable injury) แต่ก็มีส่วนที่เป็นความเสียหายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้บางกรณี (un-avoidable injury) เช่นการทำให้เกิดการแพร่เชื้อเข้าสู่ผู้ป่วย เป็นกรณีที่แพทย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ซึ่งก็ต้องจ่ายค่าชดเชยตามกฎหมายนี้ นอกจากนี้ยังมีความเสียหายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ได้แก่กรณีอุบัติเหตุและความบกพร่องของยาหรือผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ซึ่งก็จะไม่พิสูจน์ความผิดโดยถือว่าเป็นความผิดโดยไม่ต้องพิสูจน์คือความรับผิดโดยเคร่งครัดด้วย (strict liability) ดังนั้นกฎหมายจึงมีทั้งส่วนที่สามารถหลีกเลี่ยงได้และส่วนที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้แต่ความสำคัญอยู่ที่การจ่ายค่าชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ความผิด หมวด 8-11 ผู้ป่วยต้องสมทบเงินกองทุนด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายและได้รับการตัดสินให้รับการชดเชยตามกฎหมายละเมิด (The Tort Liability Act) ยอดรวมที่ได้รับชดเชยต้องหักหนึ่งในยี่สิบ (ร้อยละ 5) ของจำนวนเงินที่ได้รับสมทบกลับเข้ากองทุน กฎหมายนี้ได้กำหนดเพดานและกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยเป็นรายการไว้ล่วงหน้า รัฐบาลเป็นผู้ให้การรับรองสมาคมผู้รับประกันซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้รับประกันซึ่งผู้รับประกันต้องเป็นสมาชิก บังคับให้ผู้ให้บริการชำระเบี้ย



ประกันร่วมกันอย่างเป็นธรรมและบังคับให้เฉลี่ยประกันแก่ประชาชนถ้วนทุกคน กฎหมายนี้เป็นเรื่องการประกันวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการชดเชยไปแล้วไม่มีความเสียหายที่จะต้องเรียกร้องทางแพ่งได้อีกต่อไปโดยไม่ได้ไปแก้กฎหมายแพ่งและไม่พูดถึงคดีอาญาเลย แต่ถ้าเป็นความเสียหายที่เป็นการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ยังสามารถใช้สิทธิเรียกร้องค่าเสียหายตามกฎหมายละเมิดได้ แม้ว่าผู้ป่วยอาจได้รับการจ่ายค่าชดเชยการบาดเจ็บแก่ผู้ป่วยภายใต้กฎหมายนี้แล้วจากประสบการณ์ของสวีเดนตั้งแต่มีการใช้ระบบการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิด และเริ่มมีการตั้งกองทุนเพื่อจ่ายค่าชดเชยดังกล่าวขึ้น Swedish Patient Insurance Compensation Fund 1975 ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. 1975 ถึง 31 ธ.ค. 1999 จากรายงานที่มีการจ่ายชดเชยของผู้รับประกันจำนวน 140,000 ราย คณะกรรมการได้พิจารณาเฉพาะเรื่องที่ผู้เสียหายไม่เห็นด้วยกับการจ่ายค่าชดเชยของผู้รับประกัน โดยคณะกรรมการได้รับคำร้องให้พิจารณาเพียง 7,223 รายที่ไม่เห็นด้วย ในจำนวนนี้คณะกรรมการได้สรุปค่าชดเชยที่แตกต่างจากตัวเลขของผู้รับประกันเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น แสดงให้เห็นว่าระบบนี้มีข้อโต้แย้งน้อย และมีกลไกการจัดการการโต้แย้งที่ไม่เป็นภาระมาก และประชาชนก็เข้าใจสิทธิของตนเองในการเรียกร้องค่าชดเชยได้ จำนวนรายที่เรียกร้องจึงเพิ่มขึ้นทุกปี และต่อมาหลังจากมีการใช้กฎหมาย The Patient Injury act 1996 เพื่อครอบคลุมผู้ให้บริการทั้งหมดเข้ามาในระบบการประกันและการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่พิสูจน์ความผิดดังกล่าว จากการศึกษาเฉพาะปี ค.ศ. 1998 ได้รับเรื่องไว้จำนวน 8,552 ราย ในจำนวนนี้ได้รับการชดเชยเพียงร้อยละ 45 จำนวนเงินชดเชยแต่ละรายอยู่ระหว่าง 110-805,700 เหยียญูโร โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 9,050 เหยียญูโร ต้นทุนรวมของการประกันอยู่ที่ 29 ล้านเหยียญูโร มีเพียงไม่เกิน 10 รายต่อปีที่น่าคิดไปสู่ศาล ในแต่ละปีมีผู้ไม่พอใจต่อการตัดสินใจของบริษัทประกัน และนำเรื่องยื่นต่อคณะกรรมการพิจารณาการชดเชยประมาณ 1,000 ราย หรือประมาณร้อยละ 10 ของข้อร้องเรียนทั้งหมด มีเพียง 5-10 รายนำสู่การฟ้องศาล และเพียง 1 รายที่ชนะคดี จำนวนเงินที่ชดเชยความเสียหายแต่ละรายมีสิทธิเรียกร้องได้ตามประเภทต่างๆของค่าเสียหายโดยอ้างอิงจากกฎหมายละเมิดเดิม (Tort damage Act 1972) อย่างไรก็ตาม มีที่แตกต่างออกไปคือมีการกำหนดเพดานสูงสุดในการจ่ายเงินชดเชยเอาไว้ล่วงหน้าในแต่ละกรณี ความสำเร็จของแบบแผนการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิดรูปแบบสวีเดนจึงเป็นรูปแบบ (model) ที่ประเทศต่างๆทั่วโลกได้หยิบยกขึ้นเพื่อศึกษาว่าเหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาของประเทศรวมถึงประเทศไทย ซึ่งได้มีความพยายามผลักดันให้มีการร่างพ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขขึ้น ต่อยอดจากการ



จ่ายค่าชดเชยความเสียหายเบื้องต้นจาก มาตรา 41 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการพิจารณาข้อดีข้อเสียของผู้เสียหาย ผู้ให้บริการและระบบการสาธารณสุขของประเทศ ประกอบด้วย

เอกสารอ้างอิง

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2545). ใน ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 119 ตอนที่ 116 ก ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545 (หน้า 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.

Adelman and Westerlund. (2004). The Swedish Patient Compensation System: A Viable Alternative to the U.S. Tort System. Bulletin of The American College of Surgeons, pp. 89(1), 25-30.

Dute J. Faure, G.M., & Koziol, H. (2004). Comparative No-Fault Compensation in the Health Care Sector: Comparative Reports and Conclusions. Austria: Tort and Insurance Law.

Espersson. (2000). The Patient Injury Act: A Comment by Carl Espersson. The Swedish Patient Insurance Association, pp. 1-9.

Glenngård, A.H. et al. (2005). Health systems in transition. World Health Organization 2005, pp. xiii-3.

Hoffman, S. Z. (2009). No-Fault Solutions to the Problem of Medical Injuries: A Focus on Sweden as a Model. Annals of Health Law Advance Directive, 18, 73-93.

National Social Insurance Office. (2003). Social Insurance; General Information about Social Insurance (brochure). Retrieved from Social Insurance in Cyprus:

<http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/sid/sidv2.nsf/All/CFC7F0DD3FCB4E94C2257A170036EE4D?OpenDocument>

Studdert and Brennan. (2001). No-fault compensation for medical injuries: The prospect for error prevention. JAMA, 286(2), 217-223.



Swedish Institute. (2009). Health Care in Sweden. Retrieved from Si.Svenska institutet: <http://www.si.se>

The Patient Injury Act 1996. (2002). Medical Malpractice Systems around the Globe: Examples from the US- tort liability system and the Sweden- no fault system Health. USA: The World Bank Group.