

ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหาย : ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างหมอ กับคนไข้ แต่หมอกลับค้าน

ฉบับนี้เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์สาธารณสุขไทย เมื่อกลุ่มแพทย์สลดเสียกวนใส่ชุดดำ ร่วมกันคัดค้าน ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหาย ที่เสนอโดยภาคประชาชนด้วยเล่ห์เหลี่ยมอันดุเดือดแหลมคม แม้ทั้งสองฝ่ายจะเห็นพ้องในหลักการ ทว่ารายละเอียดปลีกย่อยกลับสวนทางจนยากประสานรอย ความขัดแย้งรอบนี้ถือเป็นริ้วรอยหนึ่งของปัญหาระบบสาธารณสุขไทยทั้งระบบ ซึ่งไม่ง่ายหากใครจะลุกขึ้นมาแก้ไข และ...นี่อาจจะเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์สาธารณสุขไทยเช่นกัน ที่ประชาชนลุกขึ้นมาสั่นคลอนอำนาจของแพทย์ที่ผูกขาดความรู้ – ความจริง ในระบบสาธารณสุขมาอย่างยาวนาน



เมื่อหมอและคนไข้ประลองกำลัง

7 เมษายน 2553 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... อันเป็นผลจากการผลักดันอย่างยาวนานของเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์และเครือข่ายองค์กรผู้บริโภค ด้วยเจตนาจะให้เกิดกลไกการให้ความช่วยเหลือผู้เสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข ลดการฟ้องร้องและความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

โดยหลักการก็ไม่น่ามีปัญหา ทว่าเมฆหมอกแห่งความขัดแย้งกลับก่อตัวอย่างรวดเร็วซัดเข้าให้ความสัมพันธ์อันประมาทอยู่แล้วระหว่างแพทย์และผู้ป่วยต้องปริร้าว เมื่อกลุ่มแพทย์นำโดยหัวเรือใหญ่อย่างแพทย์สภาแสดงจุดยืนคัดค้านอย่างแข็งกร้าว การประลองกำลังระหว่างกลุ่มแพทย์และภาคประชาชนจึงเกิดขึ้นโดยมีรัฐบาลคอยรับแรงกระแทกอยู่ตรงกลาง

ทั้งสองฝ่ายใช้ทั้งการชุมนุม ยื่นหนังสือ แต่งชุดดำ โทนสีขาว เพื่อกดดันรัฐบาลและอีกฝ่าย ฟังแพทย์ถึงกับออกมาตรึงการเคลื่อนไหว 3 ขั้นตอนออกมา คือ¹

1. มาตรการตรวจละเอียด เน้นการตรวจวินิจฉัยตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างละเอียดจากปกติตรวจคนไข้คนละ 5 นาที จะเพิ่มเป็น 20 นาที หรือครึ่งชั่วโมง
2. มาตรการกระชับพื้นที่ โดยการรับผู้ป่วยเท่าที่รับได้ตามสภาพความเป็นจริง จะไม่มีปัญหาผู้ป่วยล้น เพราะจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่
3. หยุดงานพิทักษ์สิทธิ

มาตรการหยุดงานของหมอ ส่งผลให้ถูกดำเนินเป็นวงกว้าง เนื่องจากประหนึ่งกำลังใช้ผู้ป่วยเป็นตัวประกัน และยังต่างกล่าวหากันและกันว่ามีผลประโยชน์แอบแฝงในการเคลื่อนไหว กลุ่มแพทย์วิเคราะห์ไปถึงขั้นว่า กลุ่มแพทย์ ‘ตระกูล ส.’ ผู้อยู่เบื้องหลังการผลักดันกฎหมายฉบับนี้ต้องการสยายปีกอำนาจของตนออกไป เล่นกันแรงถึงขนาดใช้กลยุทธ์ได้เข้มงวด ลากปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ไพจิตร วราชาติ ในฐานะคนกลางคอยไกล่เกลี่ยเข้าไปพัวพันกับกรณีคลิปปา

นอกจากแนวโน้มก็ยังมีแนวโน้ม ทั้งสองฝ่ายนำเสนอข้อมูลสู่สังคมผ่านบทความตามสื่อต่างๆ และเวทีสัมมนาที่จัดขึ้นอย่างกว้างขวาง โดยฝ่ายสนับสนุนพยายามชี้ให้เห็นถึงข้อดี ขณะที่ฝ่ายคัดค้านก็พยายามชี้ข้อโหว่ต่างๆ ในกฎหมาย และพยายามชี้ว่าหากกฎหมายนี้ถูกบังคับใช้แล้ว จะนำไปสู่ความล่มสลายของการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทย² รวมถึงรายละเอียดเล็กๆ น้อยๆ อย่างชื่อของกฎหมายที่กลุ่มแพทย์เห็นว่าไม่นัยในเชิงลบ

แม้จะมีความพยายามให้ทั้งสองฝ่ายพูดคุยเพื่อหาจุดร่วมหลายครั้ง แต่ก็ไม่เป็นผล ถึงที่สุดแล้ว ความเห็นต่างที่บานปลายเป็นความขัดแย้งนี้ ทำให้รัฐบาลไม่สามารถรักษาสัญญาที่ให้กับเครือข่ายผู้เสียหาย ที่ว่าจะดันเข้าเป็นวาระในที่ประชุมรัฐสภาได้ เป็นเหตุให้ ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ ยังคงค้างเติ่งอยู่นอกสภา และมีแนวโน้มว่าร่างนี้อาจลากยาวไปถึงหลังเลือกตั้ง ซึ่งก็จะขึ้นอยู่กับรัฐบาลใหม่ที่จะเกิดขึ้นประมาณหลังครึ่งปี 2554

ทำไมต้อง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหาย?

การขยายตัวของระบบสวัสดิการด้านสุขภาพท่ามกลางสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่รุดหน้าอย่างรวดเร็ว และทวีความสลับซับซ้อน ทำให้ปัจจุบันปัญหาการให้บริการด้านสาธารณสุข กลายเป็นใจกลางสำคัญของการศึกษาวิจัยระบบสาธารณสุขของสังคมไทย

ในทัศนะของฝ่ายกลุ่มแพทย์ที่คัดค้านร่าง พ.ร.บ.นี้ นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา และที่ปรึกษาคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา กล่าวว่า ปัจจุบันมีแพทย์ประมาณ 2,700 คน ในโรงพยาบาล

ชุมชน 720 แห่ง ต้องดูแลประชาชนประมาณ 26 – 27 ล้านคน เป็นเหตุให้แพทย์ 1 คน ต้องตรวจคนไข้ประมาณวันละ 80 – 100 คน ภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมง ซึ่งเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดได้มาก³

หากพิจารณาจากสถิติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ยืนยันว่าตัวเลขการจ่ายเงินมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2547 สปสช. จ่ายเงินช่วยเหลือ 4.9 ล้านบาท แต่ในปีงบประมาณ 2552 ตัวเลขพุ่งขึ้นไปถึง 73.2 ล้านบาท (ตาราง 1) **แต่ตัวเลขคำร้องเพิ่มขึ้นนี้ มิได้สะท้อนว่ามีความเสียหายเพิ่มขึ้น แต่สะท้อนว่าเป็นเพราะประชาชนรู้ถึงสิทธิของตนมากขึ้นต่างหาก**

ดังคำอธิบายของนายแพทย์วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ รองเลขาธิการ สปสช. ที่ว่า มีการร้องเรียนเพื่อขอความช่วยเหลือตามมาตรา 41 เป็นจำนวนมาก วงเงินที่ใช้ไม่มากอย่างที่หลายฝ่ายคาดการณ์ คือ 6 ปีที่ผ่านมา ใช้เงินไปทั้งสิ้น 200 กว่าล้านบาท เท่านั้น สรุปได้ว่ามาตรา 41 ไม่ได้ก่อให้เกิดการเรียกร้องค่าเสียหายเพิ่มขึ้นอย่างที่หลายฝ่ายกลัว และในจำนวนที่มีการร้องเรียนจำนวนมากนี้ นำไปสู่การฟ้องร้องน้อยมากไม่ถึง 1% เท่านั้น “จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นว่า หลังจากที่เกิดความเสียหายจะมีการช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้น โดยมีคณะกรรมการซึ่งทุกฝ่ายให้ความเชื่อถือในการเข้ามาช่วยพิจารณาข้อเท็จจริง ทำให้ทุกอย่างเกิดความเข้าใจกันได้ ซึ่งจะทำให้ไม่มีการฟ้องร้องเกิดขึ้น”⁴

ตาราง 1 ผลการพิจารณาการจ่ายเงินชดเชยกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย ปี 2547 – 2552

ปี	รวมคำร้อง	ไม่เข้าเกณฑ์	เข้าเกณฑ์	ประเภทความเสียหาย			อุทธรณ์	ผลรวมการพิจารณาจ่าย (บาท)
				เสียชีวิต	พิการ	บาดเจ็บ		
2547	99	26	73	49	11	13	12	4,865,000
2548	221	43	178	113	29	36	32	12,815,000
2549	443	72	371	215	71	85	60	36,653,500
2550	511	78	433	239	74	120	58	52,177,535
2551	658	108	550	303	73	174	74	64,858,148
2552	810	150	660	344	97	219	67	73,223,000
รวม	2,742	477	2,265	1,263	355	647	303	244,592,183

ที่มา : สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, พฤษภาคม 2553

ในส่วนการฟ้องร้องที่เกิดขึ้นจริงนั้น กระบวนการพิจารณาคดีกลับล่าช้ามาก แม้จะมี พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 แล้วก็ตาม นางสาวบุญยืน ศิริธรรม ตัวแทนเครือข่ายผู้บริโภคภาคตะวันตก รายงานว่า ปัญหาการฟ้องร้องอาญาแพทยนั้น ข้อเท็จจริงไม่มีคนชื้ออยากฟ้องแพทย์ เพราะในจำนวนผู้เสียหายที่เข้ามาปรึกษา 600 ราย มีไม่ถึง 10 ราย ที่ฟ้องคดีอาญา แต่สาเหตุมาจากการพิจารณาของแพทยสภาล่าช้าจนเกิดปัญหาอายุความแพ่งที่จะหมดลง จึงต้องยื่นฟ้องคดีอาญาเพื่อยืดอายุความคดีแพ่งออกไป นอกจากนี้ การฟ้องส่วนใหญ่ยังเป็นการฟ้องร้องโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช้การฟ้องแพทย์⁵ สำหรับช่องทางการฟ้องร้องเมื่อเกิดความเดือดร้อนในการรับบริการด้านสาธารณสุข ก่อนที่จะมีการใช้มาตรา 41 นั้น มี 3 ช่องทาง คือ

(1) ฟ้องผ่านทางแพทยสภา หรือสภาวิชาชีพอื่น ซึ่งมีอำนาจเพียงการลงโทษแพทย์เท่านั้น แพทยสภามีหน้าที่ควบคุมคุณภาพของการประกอบวิชาชีพ เพื่อกู้คุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งถือเป็นหน้าที่หลัก

(2) ฟ้องผ่านสื่อมวลชน แม้สื่อไม่มีอำนาจชี้ถูกผิดหรืออำนาจในการพิจารณาคำร้องเรียน แต่ด้วยสถานการณ์ปัจจุบันทำให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นที่เปลี่ยนไป ดังนั้นเมื่อร้องเรียนผ่านสภาวิชาชีพได้ผลช้า จึงหันไปร้องเรียนผ่านสื่อมวลชนมากขึ้น ทำให้สังคมวงกว้างได้ร่วมเรียนรู้ข้อเท็จจริงด้วย แม้อาจส่งผลให้เกิดการเผชิญหน้ากันมากขึ้น แต่ก็ส่งผลให้วงการแพทย์ โดยเฉพาะแพทยสภาต้องกลับมาพิจารณาคำร้องอย่างจริงจังและรวดเร็วขึ้น

(3) ฟ้องศาล การฟ้องศาลทำให้เกิดจุดแตกหัก แพทย์เองก็เกิดความไม่สบายใจ และบั่นทอนจิตใจในการทำงาน ส่วนประชาชนก็ได้รับความเดือดร้อน ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้องเป็นจำนวนมาก และต้องอาศัยเวลาค่อนข้างนาน และเป็นฝ่ายเสียเปรียบมาก

เพื่อแก้ปัญหาให้ลุล่วงไป จำเป็นต้องใช้ประสิทธิภาพของมาตรา 41 ขยายต่อไปให้กว้างขึ้น เพื่อคุ้มครองประชาชนที่ได้รับความเสียหาย และเพื่อแลกกับการไม่ฟ้องแพทย์ทางแพ่ง รวมถึงการทุเลาโทษทางอาญาในกรณีที่แพทย์ผิดจริง ทั้งหมดนี้จึงนำมาสู่แนวคิดควมควมการจัดตั้งกองทุนขึ้น เพื่อยุติความเสียหายอย่างรวดเร็วและลดการฟ้องร้องแพทย์ลง ด้วยการเสนอร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...

กลไกลดความขัดแย้งที่ยังเห็นไม่ตรงกัน

กลไกสำคัญประการหนึ่งที่จะเกิดขึ้นหากกฎหมายฉบับนี้ผ่านออกมา คือ การตั้งกองทุนชดเชยความเสียหาย โดยการเก็บเงินสมทบทั้งจากโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เพื่อยุติความขัดแย้งตามหลักการการช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดและใครเป็นคนผิด (No-fault liability compensation) ซึ่งเป็นระบบที่มุ่งชดเชยความเสียหายมากกว่าการมุ่งหาตัวผู้กระทำผิดมาลงโทษ⁶ ด้วยเชื่อว่าระบบนี้ นอกจากจะลดความไม่พอใจของผู้เสียหายและช่วยลดการฟ้องร้องลงแล้ว ก็น่าจะช่วยลดความสัมพันธ์อันตึงเครียดระหว่างแพทย์กับคนไข้ลงด้วย

กองทุนดังกล่าวจะดึงเอาเม็ดเงินจากกองทุนมาตรา 41 ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และเงินสมทบจากสถานพยาบาลเอกชนเป็นเบี้ยสมทบ ส่วนโรงพยาบาลของรัฐ กองทุนจะขอสมทบปีต่อปีจากรัฐบาล⁷ และมีคณะกรรมการกองทุนเป็นผู้อนุมัติการใช้จ่าย โดยคณะกรรมการจะต้องประกอบด้วยบุคคลหลายฝ่ายที่ได้รับการยอมรับจากทั้งฝ่ายแพทย์และคนไข้ สรุปแล้ว ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองฯ มีสาระสำคัญ 5 ประการคือ⁸

1. การตั้งคณะกรรมการเพื่อประเมินให้เงินชดเชยคนไข้ที่ได้รับความเสียหาย
2. ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และเงินชดเชยเบื้องต้น จากกองทุนตามร่าง พ.ร.บ. โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด
3. คนไข้หรือญาติต้องยื่นเรื่องภายใน 3 ปี นับจากวันที่รู้เรื่อง แต่ต้องไม่เกิน 10 ปี
4. คนไข้สามารถฟ้องคดีอาญาได้ แม้จะได้รับเงินชดเชยแล้ว
5. สถานพยาบาลทุกแห่งต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนฯ เพื่อเตรียมไว้จ่ายชดเชย
6. หากฝ่าฝืนคำสั่งกรรมการ มีโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1 หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สาระสำคัญข้อ 4 และข้อ 5 เป็นข้อที่กลุ่มแพทย์ยกมาใช้ต่อสู้คัดค้านมากที่สุด กลุ่มแพทย์เห็นว่าหากได้รับเงินชดเชยแล้ว จะต้องไม่มีการฟ้องร้องต่อทั้งทางแพ่งและทางอาญา มิฉะนั้นจะเท่ากับเปิดช่องให้คนไข้เรียกผลประโยชน์หลายต่อและจะไม่ช่วยให้การฟ้องแพทย์



เพิ่มสูงขึ้น งบประมาณที่นำมารักษาคอนไจ้อาจลดน้อยลง กลุ่มแพทย์จึงพยายามเสนอให้แหล่งที่มาของเงินสมทบ กองทุนควรมาจากเงินคงค้างบัญชีจากมาตรา 41 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และให้จัดเก็บเงินสมทบเป็นรายปีจากงบประมาณร้อยละ 1 ของ สปสช., กรมบัญชีกลาง, สำนักงานประกันสังคม และเงินเบี้ยประกันโดยความสมัครใจจากสถานบริการเอกชน¹¹

อีกเช่นกัน ข้อเสนอที่ถูกโต้แย้งอย่างหนักจากผู้สนับสนุน ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองฯ ว่าเป็นความพยายามของแพทย์สภาที่จะรักษาผลประโยชน์ของโรงพยาบาลเอกชน ทั้งที่โรงพยาบาลเอกชนควรจ่ายเงินสมทบตามหลักประกันความเสี่ยงร่วมกันทั้งระบบ แทนการรับภาระความเสี่ยงเป็นรายครั้งซึ่งมีมูลค่าสูงกว่า

นอกจากนี้ นางปริยานันท์ ล้อเสริมวัฒนา ประธานเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ ยังเรียกร้องให้มีการนำโครงการ Patient for Patient Safety ซึ่งเป็นโครงการขององค์การอนามัยโลกด้านความปลอดภัยของคนไข้ โดยให้คนไข้มีส่วนร่วมในการสรุปบทเรียนความผิดพลาดจากการรักษา เพื่อเผยแพร่ให้แพทย์และประชาชนรับรู้ มาใช้พัฒนาเป็นระบบป้องกันความเสียหาย¹²

‘ขอนแก่นโมเดล’ บทเรียนเพื่อความเข้าใจอันดี

ในโมฆะมอันครุ่นนั้น ชื่อ ‘โรงพยาบาลขอนแก่น’ กลับพุ่งทะลุความอึมครึม ปรากฏข่าวบนสื่อในรูปแบบที่อ่อนโยนกว่ามาก และถูกเรียกขานว่า ‘ขอนแก่นโมเดล’

ขณะที่ความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ขยายตัวครอบคลุมหลายปริมาตรทางสังคม สิ่งเดียวที่ยังไม่ถูกพรากไปจากโรงพยาบาลขอนแก่นดังเช่นที่อื่นๆ ก็คือ สัมพันธภาพอันดีระหว่างแพทย์และคนไข้

เหตุการณ์เริ่มต้นในปลายปี 2552 เมื่อการผ่าตัดคนไข้ 11 ราย จากการผ่าตัดจำนวนมาก เกิดเหตุสุดิวสัย ส่งผลให้คนไข้ 7 ราย สูญเสียการมองเห็น 3 ราย เลื่อนราง และมีเพียง 1 รายเท่านั้น ที่มองเห็นเป็นปกติ วิตจากความเสียหายแล้ว กรณีนี้สามารถเป็นมหากาพย์การฟ้องร้องระหว่างแพทย์กับคนไข้อีกหนึ่งเรื่องหนึ่งได้ไม่ยาก หากกลับแปรเปลี่ยนเป็นกรณีศึกษาสุดโรแมนติกรณีหนึ่ง ในการเยียวยาคนไข้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษา

ลดลงแต่อย่างใด ทั้งยังจะทำให้กำลังใจของแพทย์ในการทำงานตกต่ำลงอีกด้วย

ทางด้านผู้สนับสนุนแย้งว่า เป็นเพราะสิทธิในการฟ้องร้องถือเป็นสิทธิพื้นฐาน จึงไม่ควรวิตรอนสิทธินี้ของคนไข้ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติมีความเป็นไปได้น้อยมากจนถึงศูนย์ที่คนไข้จะฟ้องร้องดำเนินคดีอีก เพราะเมื่อรับเงินชดเชยแล้วจะต้องทำสัญญาประนีประนอมยอมความตามมาตรา 33 และในมาตรา 34 ก็กำหนดไว้ว่า หากผู้เสียหายนำเรื่องไปฟ้องศาลก็ไม่สามารถกลับมารับการเยียวยาตาม พ.ร.บ. นี้ได้อีก⁹

ด้าน นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา เห็นว่าประเทศไทยไม่เหมาะสมที่จะใช้กฎหมายนี้ โดยอ้างอิงรายงานวิชาการกว่า 50 ฉบับ ที่เกี่ยวกับประเทศที่ดำเนินการตามกฎหมายนี้ โดยยกตัวอย่างประเทศสวีเดนว่า ในปี ค.ศ.1975 มีผู้ร้องเรียนแพทย์เพียง 600 ราย แต่เพิ่มขึ้นเป็นหมื่นรายในปี ค.ศ. 2004¹⁰ อีกทั้งการเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน (สาระสำคัญข้อ 5) จะทำให้ต้นทุนด้านสาธารณสุขและการรักษา

“โรงพยาบาลต้องเสียอะไร อย่างมากก็เงินกับชื่อเสียง แต่ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะหรือชีวิต เป็นความทุกข์ที่ต่างกันมาก...ต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วยอย่างเต็มที่” คือ คำกล่าวของ นายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น¹³ ที่ดำเนินไปพร้อมกับ การปฏิบัติการที่ทันท่วงที มีการจัดการที่ดี โปร่งใส ต่อเนื่อง จริงใจ และมีการติดตามผล ทำให้ทุกอย่างจบลงด้วยดี ความสัมพันธ์ที่ห่วงวันถูกถักทอขึ้นใหม่อย่างรวดเร็ว

“เริ่มต้นเยียวยา เราขอโทษก่อน แสดงตัวว่ายินดี รับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้น แต่อย่าเพิ่งพูดเรื่องเงิน เขาเจ็บป่วยอยู่ เราก็รักษาไม่ให้โรครุนแรงลุกลามก่อน แสดงความรับผิดชอบด้วยการรักษาโรคที่เราถนัด ต่อไปก็ค่อยๆ เจรจาเรื่องความเสียหาย เรื่องเงินก็สำคัญอยู่ ถ้าเขายื่นเรื่องเอง ฟ้องร้องเอง เรื่องมันก็จะช้า เราต้องใช้วิธีว่า หนักเป็นเบา ค่าใช้จ่ายพวกลูกไม่มีเงินไปโรงเรียน สามีขาดรายได้ ก็ต้องเยียวยาไปก่อน”¹⁴

ที่น่าสนใจคือ โรงพยาบาลขอนแก่นตัดสินใจตั้ง Peace Room หรือทีมเฉพาะกิจที่ตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ ประกอบด้วย 4 ทีมหลัก คือ ทีมรักษา ทีมเยียวยาช่วยเหลือ ทีมสอบสวนโรค และทีมประสานงาน โดยแต่ละทีมทำงานพร้อมกันตามบทบาทหน้าที่¹⁵ การรับฟังอย่างอดทน การใช้กระบวนการไกล่เกลี่ย การเยียวยาผลกระทบจากหนักให้เป็นเบา การไม่ทอดทิ้งและดูแลผู้เสียหายทุกรายอย่างเท่าเทียม การเยี่ยมเยียนถึงบ้าน ฯลฯ ช่วยผ่อนอารมณ์โกรธแค้นให้จางคลาย ผู้เสียหายเข้าใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้น แม้จะเป็นความผิดพลาด แต่ก็ไม่ใช่เจตนาของแพทย์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยสูญเสีย สุดท้าย ไม่มีผู้เสียหายรายใดฟ้องร้อง ชำยังให้พรแก่บุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น

นอกจากนี้ ทางโรงพยาบาลยังมีการตั้งรับสถานการณ์การตกเป็นข่าวอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีกระบวนการดังนี้¹⁶

1. วิเคราะห์ความต้องการของนักข่าว
2. ทำความจริงให้ปรากฏ ลดความน่าสงสัยของเหตุการณ์
3. เร่งรัดกระบวนการเยียวยาผู้เสียหาย

เป็นเหตุให้โรงพยาบาลสามารถลดความเสียหายจากการตกเป็นข่าวได้อย่างดี ขอนแก่นโมเดลจึงเป็น

หนึ่งตัวอย่างที่ดีในการจัดการเพื่อเยียวยาคนไข้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษา หากโรงพยาบาลทุกแห่งนำบทเรียนของโรงพยาบาลขอนแก่นไปปรับใช้ เชื่อว่าความขัดแย้งและการฟ้องร้องระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะลดลง โดย ร่วง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ จะเป็นกลไกหนึ่ง ที่ช่วยให้การเยียวยาความเสียหายเป็นไปอย่างรวดเร็ว และทั่วถึงขึ้น

อย่างไรก็ตาม มิได้หมายความว่ารากเหง้าของปัญหาความขัดแย้งจะจบสิ้น ในเมื่อระบบสาธารณสุขยังมีปัญหาอีกหลายจุด ซึ่งแต่ละจุดต่างก็ยึดโยงถักทอไปยังอีกจุด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่โรงเรียนแพทย์ยังไม่สามารถผลิตได้ทัน แพทย์ชนบทที่ถูกดูดดึงจากส่วนกลาง สภาวะแพทย์สมองไหลจากสถานพยาบาลของรัฐสู่สถานพยาบาลเอกชน ข้ามมหาวิทยาลัยบางแห่งยังมีนโยบายจะเปิดหลักสูตรนานาชาติที่จะส่งผลกระทบให้ปริมาณแพทย์ลดลง การเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ที่มักปลูกฝังวิธีคิดว่าคนไข้เป็นวัตถุในการรักษา เป็นผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ แทนที่จะเป็นแบบมนุษย์ต่อมนุษย์ ความก้าวร้าวของทุนนิยมที่ส่งเสริมให้การบริการสาธารณสุขกลายเป็นธุรกิจแบบเข้มข้น

โดยเฉพาะนโยบายผลักดันการเป็นศูนย์การแพทย์ระดับภูมิภาคของประเทศไทย ที่แม้จะสร้างผลประโยชน์ในรูปเม็ดเงินให้แก่ประเทศ แต่ก็ยังเป็นเรื่องน่ากลางแคลงต่อผลกระทบด้านอื่นๆ ที่จะตามมา นอกจากนี้ยังมีระบบกฎหมายสิทธิบัตรและทรัพย์สินทางปัญญาที่ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงยาอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม นี่จึงไม่ต้องลากไกลไปถึงนโยบายการเปิดเขตการค้าเสรี (เอฟทีเอ) กับตะวันตก ที่เรียกร้องให้ประเทศไทยปรับแก้กฎกติกาต่างๆ เพื่อเอื้อประโยชน์แก่บรรษัทข้ามชาติ และทำลายอุตสาหกรรมยาในประเทศ ฯลฯ

ในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขไทยอย่างเป็นองค์รวมและขับเคลื่อนพร้อมกันทุกองคาพยพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งยั่งยืนทั้งระบบ **กฎหมายเพื่อชดเชย เยียวยา ความเสียหาย เป็นหนึ่งในหลายความจำเป็นที่ต้องเกิดขึ้นในสังคมไทย เพื่อผลประโยชน์ของประชาชน และเพื่อสร้างระบบปกป้องแพทย์ผู้ประกอบการวิชาชีพที่มีความตั้งใจในการทำงาน แต่เกิดความผิดพลาดซึ่งเป็นธรรมชาติของมนุษย์**