การจัดการความขัดแย้งด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้[1]

Conflict Management of Medical and Public Health Services of Government Hospitals in the Three Southern Border Provinces

กิตติ ใจสมุทร[2], บุษบง ชัยเจริญวัฒนะ[3]

Kitti Jaisamoot, Bussabong Chaijaroenwatana

(Received: October 29, 2022, Revised: December 11, 2022, Accepted: December 16, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพและปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุความขัดแย้ง ลักษณะการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง และเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้มีส่วนได้เสียในโรงพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้จำนวน 4 แห่ง โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย 2) ผู้ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าศูนย์ไกล่เกลี่ยของโรงพยาบาล 3) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการเจรจาไกล่เกลี่ยของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุความขัดแย้งเกิดจากพฤติกรรมบริการการรักษาพยาบาล และทักษะการสื่อสารทุกโรงพยาบาลมีนโยบายในการจัดการความขัดแย้งเชิงสร้างสรรค์โดยสันติวิธี โดยเน้นการป้องกันและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดความขัดแย้ง และหากเกิดความขัดแย้งขึ้นแล้วก็จะมีทีมเจรจาไกล่เกลี่ยเพื่อยุติความขัดแย้งลงได้โดยเร็ว และมีความยืดหยุ่นในการจัดการความขัดแย้งโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการความขัดแย้ง และทุกโรงพยาบาลได้นำแนวคิดระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดมาใช้ เพื่อเยียวยาความเสียหายที่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุข

---

[1] บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิจัยเรื่อง การจัดการความขัดแย้งด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[2] นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110, kittijaisamoot@hotmail.com

Student, Master of Public Administration, Faculty of Management Sciences, Prince of Songkla University, 15 Kanjanavanich Rd, Kho Hong, Hat Yai, Songkhla 90110, kittijaisamoot@hotmail.com

[3] รองศาสตราจารย์ ดร. หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาการจัดการ และสถาบันสันติศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110, bussabong.c@psu.ac.th

Associate Professor Dr., Master of Public Administration, Faculty of Management Sciences and Institute for Peace Studies, Prince of Songkla University, 15 Kanjanavanich Rd, Kho Hong, Hat Yai District, Songkhla 90110, bussabong.c@psu.ac.th

คำสำคัญ : การจัดการความขัดแย้ง, โรงพยาบาลของรัฐ, สามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ABSTRACT

This research aimed to study the conditions and important factors causing conflicts. Conflict resolution and recommend appropriate guidelines for managing conflicts between service recipients and medical and public health providers of government hospitals in the three southern border provinces. This research used a qualitative research method. In-depth interviews are applied to interview key informants from 4 government hospitals in the three southern border provinces. They include the director or the deputy director of hospitals, the head of the Hospital Mediation Center, and the hospital's mediation negotiating officials. The results of the study revealed that the cause of the conflict was service behavior medical treatment communication skills. All hospitals have a policy to manage conflicts constructively in a peaceful way. Emphasis is placed on prevention and surveillance to prevent conflicts. If a conflict arises, there will be a negotiating team to settle the conflict and flexibility in conflict management by allowing the community to participate in conflict management. All hospitals have adopted the concept of a no-fault compensation system to compensate for the damage caused by the service recipients or patients who received health care services.

Keywords: conflict management, government hospitals, three southern border provinces

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในอดีตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์ตามสถานะของบุคคลมีความผูกพันเสมือนญาติมิตร แพทย์เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นทุกข์ อยู่ในฐานะผู้ให้ แพทย์ได้รับความนับถือจากผู้คนในชุมชน แต่ในปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงไป การที่ผู้ป่วยรู้ถึงสิทธิของตนเองมากขึ้น ซึ่งในโลกสมัยใหม่ที่เต็มไปด้วยข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ จึงสะดวกมากขึ้น แต่ความไม่เข้าใจในบทบาทของวิชาชีพแพทย์ ซึ่งเป็นศาสตร์ที่เป็นความรู้เฉพาะในหลาย ๆ กรณีประชาชนทั่วไปไม่อาจจะรู้ได้ด้วยสามัญสำนึกธรรมดาว่าสิ่งที่แพทย์ทำอยู่ถูกต้องตามหลักวิชาหรือถูกต้องตามจริยธรรมหรือไม่ โดยผู้ที่จะรู้และควบคุมให้การประกอบวิชาชีพเป็นไปโดยถูกต้องก็คือบุคคลในวิชาชีพ

เดียวกันเท่านั้น[4] ซึ่งในประเทศไทยผู้ที่ทำหน้าที่ควบคุมความประพฤติของแพทย์ ไม่ให้ประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม คือ แพทยสภา ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525[5]

สถานการณ์ของความขัดแย้งมีแนวโน้มการฟ้องร้องทางการแพทย์สูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในช่วงตั้งแต่วันที่ 23 สิงหาคม 2551 เป็นต้นไปหลังจากที่พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มีผลบังคับใช้แล้วนั้น การฟ้องร้องด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่จะเป็นการฟ้องคดีผู้บริโภค ไม่ใช่การฟ้องในคดีแพ่งเหมือนในอดีตที่ผ่านมา จากสถิติการฟ้องร้องทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขย้อนหลัง 20 ปี (2539 - 31 ตุลาคม 2560) พบว่ามีการฟ้องร้องคดีฟ้องแพ่ง จำนวน 287 คดี คดีผู้บริโภค จำนวน 168 คดี คดีปกครอง 3 คดี รวมเป็น 499 คดี ทุนทรัพย์ที่ฟ้องรวมประมาณ 3,192 ล้านบาท จากคดีทั้งหมดที่ฟ้องร้องมีคดีที่ศาลตัดสินถึงที่สุดแล้วจำนวน 66 คดี คิดเป็นร้อยละ 13.22 ของจำนวนคดีรวม กระทรวงสาธารณสุขชนะคดีจำนวน 45 คดี แพ้คดีจำนวน 21 คดี และมีการถอนฟ้องด้วยการไกล่เกลี่ยได้จบในชั้นศาลจำนวน 164 คดี คิดเป็นร้อยละ 32.86 ของจำนวนคดีรวม จากสถิติพบว่าสาเหตุการฟ้องคดีกว่าครึ่งหนึ่งของคดีเป็นการรักษาผิดพลาด วินิจฉัยผิดพลาด รองลงมาเป็นการคลอด พฤติกรรมบริการ แพ้ยา รักษาผิดมาตรฐาน และคดีที่ศาลตัดสินจนถึงที่สุดและกระทรวงสาธารณสุขต้องชำระเงินให้กับผู้ฟ้องตามคำพิพากษาแล้วจำนวน 36 ล้านบาท[6]

ส่วนข้อมูลการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในเขตสุขภาพที่ 12 ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ปีงบประมาณ 2565 (รอบ 6 เดือน) ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565 ได้สรุปว่า คณะอนุกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือในระดับจังหวัด 7 จังหวัด ได้แก่ สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เป็นผู้พิจารณาให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ได้จำแนกตามประเภทความเสียหายเป็น 3 ระดับ คือ เสียชีวิต พิการ และบาดเจ็บที่นอนโรงพยาบาลนาน พบว่าความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยเสียชีวิตจำนวน 27 ราย พิการจำนวน 13 ราย บาดเจ็บที่นอนโรงพยาบาลนานจำนวน 22 ราย จ่ายชดเชยความเสียหายทั้งสิ้นจำนวน 15,224,000 บาท โดยสามารถแยกรายละเอียดของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี เสียชีวิตจำนวน 2 ราย พิการจำนวน 1 ราย บาดเจ็บที่นอนโรงพยาบาลนานจำนวน 1 ราย จ่ายชดเชยความเสียหายจำนวน 996,000 บาท จังหวัดยะลา เสียชีวิตจำนวน 2 ราย บาดเจ็บที่นอนโรงพยาบาลนานจำนวน 3 ราย จ่ายชดเชยความเสียหายจำนวน 960,000 บาท จังหวัดนราธิวาส เสียชีวิตจำนวน 5 ราย พิการจำนวน 1 ราย บาดเจ็บที่นอนโรงพยาบาลนานจำนวน 2 ราย จ่ายชดเชยความเสียหายจำนวน 2,226,000 บาท รวมจ่ายชดเชยความเสียหายในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ทั้งสิ้นจำนวน 4,182,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.5 ของค่าชดเชยทั้งเขตสุขภาพที่ 12 (7 จังหวัด) ของปีงบประมาณ 2565 (รอบ 6 เดือน)[7]

---

[4] แสวง บุญเฉลิมวิภาส, ปัญหาฟ้องร้องทางการแพทย์และแนวทางแก้ไข, จุลนิติ, (พ.ค.-มิ.ย. 2554), น. 48.

[5] พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525, มาตรา 31

[6] ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, การบริหารจัดการความขัดแย้งในหน่วยบริการ, สืบค้นวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564, จาก https://www.hfocus.org/content/2019/01/16725

[7] กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, รายงานสรุปผลการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพ เขต 12

ข้อมูลความขัดแย้งข้างต้นเมื่อมีการเรียกร้องความเสียหายจากการได้รับบริการทางการแพทย์ ซึ่งคุ้มครองสิทธิของประชาชนกรณีถูกละเมิดโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ ได้นำพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ซึ่งผู้ที่เสียหายที่ถูกละเมิดจากแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ สามารถเรียกร้องค่าชดเชยได้[8] ซึ่งถือว่าเป็นการประกันสิทธิที่จะได้รับค่าสินไหมทดแทนของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลรัฐประกอบกับได้มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ที่ได้กำหนดให้คณะกรรมการกันเงินไม่เกินร้อยละ 1 ของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ[9] เพื่อชดเชยความเสียหายจากการให้บริการทางการแพทย์ โดยเจตนารมณ์เพื่อเป็นมาตรการทางศีลธรรม บรรเทาความเดือดร้อน และลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด

ผลกระทบของปัญหาความขัดแย้งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ยิ่งนับวันจะเพิ่มและทวีความรุนแรงอย่างเห็นได้ชัด โรงพยาบาลรัฐนับว่าเป็นโรงพยาบาลที่บุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานมากและจำนวนผู้รับบริการมีจำนวนมากในแต่ละวัน ประกอบกับสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นสังคมพหุวัฒนธรรมซึ่งมีความหลากหลายทางด้านความเชื่อ เชื่อชาติ ศาสนา ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง ความไม่เข้าใจขึ้นได้ง่ายระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ยิ่งในกรณีเมื่อเกิดความเสียหายขึ้นกับชีวิตและร่างกายของผู้ป่วยแล้ว ความขัดแย้งก็ยิ่งทวีความรุนแรง จนไม่สามารถพูดคุยหรือไกล่เกลี่ยกันได้ และผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอาจนำคดีไปฟ้องเป็นคดีแพ่งและคดีอาญาต่อศาลยุติธรรมได้ ซึ่งหากคดีขึ้นสู่ศาลแล้ว ต้องใช้ระยะเวลาในการต่อสู้คดีกันในศาลนานประมาณ 8-10 ปี เพราะต้องต่อสู้คดีกันถึง 3 ชั้นศาล คือ ศาลชั้นต้น ศาลชั้นอุทธรณ์ และศาลฎีกา หรือบางกรณีแม้เรื่องไม่ถึงศาล แต่ต้องใช้เวลาในการเจรจาไกล่เกลี่ยเพื่อยุติความขัดแย้งกันได้ต้องใช้เวลานานเป็นปี ๆ และความขัดแย้งบางเรื่องอาจต้องเจรจาไกล่เกลี่ยกันหลายครั้ง กว่าจะยุติความขัดแย้งลงได้ โดยผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอาจได้รับการชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นตาม มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ตามคำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการ แต่หากผู้รับบริการไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการก็สามารถยื่นอุทธรณ์คำวินิจฉัยได้อีกภายใน 30 วัน โดยสำนักงานสาขาจะนำคำร้องอุทธรณ์และผลการวินิจฉัยครั้งแรกส่งมาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา[10] และหากผู้รับบริการไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยอุทธรณ์ก็สามารถนำคดีไปฟ้องศาลปกครองได้อีกและต้องสู้คดีกันในศาลปกครองอีกประมาณ 4-5 ปี

---

[8] พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, มาตรา 8

[9] พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, มาตรา 41

[10] ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555, ข้อ 10

จากเหตุการณ์ที่เกิดความขัดแย้งต่าง ๆ ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งสองฝ่าย ทั้งฝ่ายผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและฝ่ายบุคลากรทางการแพทย์ ต่างต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เกิดความเครียดความกดดันมากกว่าจะยุติความขัดแย้งลงได้ในแต่ละเรื่อง ซึ่งกว่าจะเกิดความยุติธรรมขึ้นก็ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ดังภาษิตกฎหมายของ William Ewart Gladstone ที่กล่าวว่า “ความยุติธรรมที่ล่าช้าก็คือความไม่ยุติธรรม (Justice Delayed is Justice Denied)”[11] จึงเป็นเหตุผลสำคัญในการศึกษาเรื่องการจัดการความขัดแย้งด้านการให้บริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนโรงพยาบาลที่เลือกในการศึกษานี้ เหตุผลเพราะเป็นโรงพยาบาลที่เกิดความขัดแย้งขึ้นบ่อยเป็นจำนวนมาก และบางกรณีไม่สามารถจัดการความขัดแย้งได้ จนผู้รับบริการได้นำคดีไปฟ้องต่อศาล โดยเป็นการศึกษาสภาพและปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุความขัดแย้ง ลักษณะการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง และเพื่อเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการความขัดแย้งให้สามารถยุติลงได้โดยเร็วและทั้งสองฝ่ายเกิดความพึงพอใจ ไม่มีฝ่ายใดแพ้ ฝ่ายใดชนะ แต่ทั้งสองฝ่ายต่างชนะ (Win-Win)

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 ศึกษาสภาพและปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

2.2 ศึกษาวิเคราะห์ลักษณะการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งทั้งกรณีที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลวระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

2.3 เพื่อเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

3. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ได้กำหนดขอบเขตเกี่ยวกับพื้นที่ เนื้อหา และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ดังนี้

3.1 ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัด (โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) และโรงพยาบาลชุมชน รวม 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา และโรงพยาบาลบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส

[11] สมภูมิ หล้ารัศมี และคณะ, ศาลยุติธรรม : ปฏิรูปกระบวนการยุติธรรมเพื่อความเป็นธรรมและเท่าเทียมได้, วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 4 (2) (2560), น. 74.

3.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาสภาพและปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุความขัดแย้ง ลักษณะการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง ทั้งกรณีที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว และเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการความขัดแย้ง

3.3 ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) โดยเลือกผ่านเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดเฉพาะ คือ ผ่านการอบรมหลักสูตรการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทตามพระราชบัญญัติไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 หรือหลักสูตรพื้นฐานการจัดการความขัดแย้งและความเสี่ยงในระบบสาธารณสุข หรือหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพสู่นักสันติวิธีสาธารณสุข หรือหลักสูตรทางด้านสันติวิธีที่เกี่ยวข้องของศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการจัดการความขัดแย้ง คือ 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย 1 คน 2) ผู้ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าศูนย์ไกล่เกลี่ยของโรงพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย 1 คน และ 3) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการเจรจาไกล่เกลี่ยของโรงพยาบาล จำนวน 1-2 คน รวมทั้งหมด 15 คน

4. ระเบียบวิธีการวิจัย

4.1 เครื่องมือการวิจัย

เพื่อให้ได้ข้อมูลและผลการวิจัยที่ครอบคลุมสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จึงใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ดังนี้

4.1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Data) เพื่อนำมาประกอบการวิจัยการศึกษาเอกสารจะช่วยในการกำหนดประเด็นและกรอบแนวความคิด รวมทั้งนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1.2 การสัมภาษณ์ (Interview) โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non-Structured Interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่มีความยืดหยุ่นสูง

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

4.2.2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดกลุ่มข้อมูล (Categories) เนื้อหาที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ ทำการเชื่อมโยงเนื้อหาแต่ละส่วนเข้าด้วยกันเพื่อหาข้อสรุป (Proposition) ทั้งในภาพรวมและส่วนย่อยของข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น[12]

4.2.3 นำเสนอข้อมูลในรูปความเรียงตามวัตถุประสงค์

[12] บุษกร เชี่ยวจินดากานต์, เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา, วารสารศิลปศาสตร์ปริทัศน์, 13 (25) (2561), น. 113.

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษานี้ทำให้ทราบถึงสภาพและปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของความขัดแย้ง ทราบถึงลักษณะการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งทั้งกรณีที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว ได้เสนอแนะแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ประโยชน์ในอนาคตที่โรงพยาบาลของรัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และผู้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้รับจากการศึกษา คือ หัวใจสำคัญของการจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยสันติวิธี ไม่ต้องนำคดีไปฟ้องศาล ลดภาระค่าใช้จ่าย และลดระยะเวลาในการต่อสู้คดี ตลอดจนลดความเครียดจากความยากลำบากในการพิสูจน์พยานหลักฐานเพื่อหาสาเหตุของความเสียหาย หรือพิสูจน์ถูกผิด

6. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

6.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับความขัดแย้ง

ทฤษฎีเกี่ยวกับความขัดแย้งนั้นมีพัฒนาการจากทฤษฎีดั้งเดิมที่เป็นแนวคิดชั้นคลาสสิก (Classic) เช่น ทฤษฎีความขัดแย้งของ Immanuel Kant (2001) นักทฤษฎีความขัดแย้งชาวเยอรมันที่ได้เสนอทฤษฎีความขัดแย้งที่มีสาระสำคัญว่า มนุษย์แต่ละคนจะมีความขัดแย้งธรรมชาติ คือ ความขัดแย้งในจิตใจและมนุษย์ทุกคนมีความเห็นแก่ตัว ละเมิดและเอารัดเอาเปรียบอยู่เสมอซึ่งถือเป็นมูลเหตุสำคัญของปัญหาความขัดแย้ง[13] ทฤษฎีความขัดแย้งตามแนวคิดของ Max Weber (1968) ยอมรับว่าความขัดแย้งในผลประโยชน์ระหว่างบุคคล ความขัดแย้งเกิดจากการกระทำของบุคคลที่ต้องการที่จะบรรลุความปรารถนาของตน[14] และทฤษฎีความขัดแย้งตามแนวคิดของ Gaetano Mosca (1939) เป็นนักสังคมวิทยาชาวอิตาลีที่เชื่อว่าความขัดแย้งในสังคม เป็นเรื่องปกติที่เกิดโดยธรรมชาติและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงชีวิต[15]

6.2 การจัดการความขัดแย้ง

สันติวิธีเป็นวิธีการเดียวที่สนับสนุนการจัดการความขัดแย้งโดยไม่ใช้ความรุนแรงในทุกรูปแบบ สำหรับรูปแบบการจัดการความขัดแย้งแบบสันติวิธีนั้น ประกอบด้วยแนวทางในการแก้ไข 4 วิธี คือ

6.2.1 การเจรจา (Negotiation) เป็นการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งแบบสันติวิธีด้วยการแสดงออกซึ่งข้อเสนอที่ต้องการให้ได้รับการตกลงบนพื้นฐานของประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นร่วมกันและเป็นการสร้างความสัมพันธ์ในการพบปะแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือความรู้สึกของกันและกัน

---

[13] รัฐพล เย็นใจมา และคณะ, ความขัดแย้งในสังคม : ทฤษฎีและแนวทางแก้ไข, วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์, 7 (2) (2561), น. 227.

[14] รัฐพล เย็นใจมา และคณะ, เรื่องเดียวกัน, น. 228.

[15] รัฐพล เย็นใจมา และคณะ, เรื่องเดียวกัน, น. 228.

6.2.2 การไต่สวน (Inquiry) เป็นการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งแบบสันติวิธีที่มุ่งเน้นการจัดการข้อพิพาททั้งในประเทศและระหว่างประเทศ

6.2.3 การไกล่เกลี่ย (Reconciliation) เป็นการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งแบบสันติวิธี ในกรณีที่คู่กรณีไม่สามารถหาข้อยุติร่วมกันได้ จึงต้องอาศัยบุคคลที่สามที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับเข้ามามีส่วนร่วมในการเจรจาเพื่อหาข้อตกลงหรือหาทางออกให้กับปัญหาความขัดแย้งร่วมกัน โดยจะดำเนินการในลักษณะไกล่เกลี่ยโดยคนกลาง (Mediation) หรือไกล่เกลี่ยโดยอาศัยคนกลางเป็นคนติดต่อเชื่อมประสาน (Good Officer or Facilitator) ทั้งสองฝ่ายก็ได้

6.2.4 การประนีประนอม เป็นการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งโดยการมุ่งแสวงหาข้อสรุปที่สมเหตุสมผลและเป็นที่ตกลงปลงใจของคู่กรณีทั้งสองฝ่าย[16]

6.3 สิทธิในการรักษาพยาบาลในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 47 บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ...” ส่วนหน้าที่ของรัฐได้บัญญัติไว้ในหมวด 5 มาตรา 55 บัญญัติว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด...”[17]

จากหลักการดังกล่าวของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ทั้งเรื่องสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และกำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงนั้น ถือเป็นการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขไทยที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น

ประเทศไทยมีความพยายามที่จะมุ่งเน้นไปสู่ระบบรัฐสวัสดิการ โดยการจัดให้มี “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จากเดิมที่มีระบบหลักประกันสุขภาพเพียง 2 ระบบ คือ “ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ” และ “ระบบประกันสังคม”[18]

6.4 ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด

หลายประเทศนำระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No – fault Compensation System) มาใช้เยียวยาความเสียหาย แม้ว่าการฟ้องร้องทางศาลจะสามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งได้ แต่เพราะการใช้กลไกทางศาลยังมีข้อบกพร่องทั้งในส่วนของภาระค่าใช้จ่าย และใช้ระยะเวลานานในการพิจารณาคดี ตลอดจนความยากลำบากในการพิสูจน์พยานหลักฐานเพื่อหาสาเหตุของความเสียหาย โดยประเทศนิวซีแลนด์ เป็นประเทศแรกที่นำระบบการชดเชย

---

[16] รัฐพล เย็นใจมา และคณะ, เรื่องเดียวกัน, น. 233-234.

[17] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560, มาตรา 47 และมาตรา 55

[18] กองบรรณาธิการ สำนักกฎหมาย, สิทธิในการรักษาพยาบาล : ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการทางด้านสาธารณสุข, *จุลนิติ*, (พ.ค.-มิ.ย. 2554), น. 3.

ความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมาใช้ และต่อมาได้ขยายไปยังประเทศในภูมิภาคอื่น ๆ เช่น ประเทศสวีเดน นอร์เวย์ และเดนมาร์ก[19]

สำหรับประเทศไทยได้มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 โดยได้นำแนวคิดระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดมาใช้ เพื่อเยียวยาความเสียหายที่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุข ระบบชดเชยดังกล่าวจะใช้ชดเชยแต่เฉพาะผู้เสียหายที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือผู้เสียหายที่มีบัตรทองเท่านั้น ซึ่งมีอยู่ประมาณ 47-48 ล้านคนของประเทศ หรือร้อยละ 75 ของประชากรไทย โดยไม่คุ้มครองครอบคลุมไปถึงผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม ตลอดจนข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ[20]

6.5 กรณีศึกษาระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของต่างประเทศ

ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับในหลายประเทศ โดยปัจจุบันมีบางประเทศนำระบบดังกล่าวมาบัญญัติเป็นกฎหมายเพื่อบังคับใช้อย่างเบ็ดเสร็จ เช่น สวีเดน นิวซีแลนด์ และนอร์เวย์ เป็นต้น[21] จากการศึกษาพบว่ามีประเทศที่มีระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่พิสูจน์ความผิดที่ใกล้เคียงกับระบบที่ประเทศไทยได้มีแนวความคิดที่จะนำมาใช้ในการชดเชยค่าเสียหายแก่ผู้รับบริการสาธารณสุขที่น่าสนใจ คือ

6.5.1 ประเทศนิวซีแลนด์

ในปี ค.ศ. 1974 ประเทศนิวซีแลนด์ได้มีการนำระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด หรือ No-fault Compensation System มาใช้ โดยได้ตรากฎหมาย Accidental Compensation Act ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการชดเชยแก่ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งมีความหมายรวมไปถึงผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ แต่ทว่า ยังไม่ได้มีการกำหนดประเภทของความเสียหายทางการแพทย์ที่จะได้รับการชดเชยไว้ โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบจ่ายค่าชดเชย คือ Accidental Compensation Appeal Authority หรือ ACC จะเป็นผู้พิจารณาเป็นกรณีไปว่าผู้เสียหายรายใดควรจะได้รับการชดเชย และต่อมาในปี ค.ศ. 2002 ได้มีการบังคับใช้กฎหมาย Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act 2002 (แก้ไขเพิ่มเติมล่าสุด ค.ศ. 2010) ซึ่งกำหนดให้มีการชดเชยความเสียหายเมื่อความเสียหายเกิดขึ้นจากการดูแลรักษา (Treatment Injury) และความเสียหายที่เกิดจากผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรักษา[22] ทั้งนี้ ระบบการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดของประเทศนิวซีแลนด์ไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องจ่ายค่าชดเชยแก่ผู้เสียหาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดที่ต้องการให้ผู้เสียหายได้รับการเยียวยาโดยเร็ว

---

[19] ลันตา อุตมะโภคิน, ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด : การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของไทย, จุลนิติ, (พ.ค.-มิ.ย. 2554), น. 59.

[20] ลันตา อุตมะโภคิน, เรื่องเดียวกัน, น. 61.

[21] ลันตา อุตมะโภคิน, เรื่องเดียวกัน, น. 62.

[22] ลันตา อุตมะโภคิน, เรื่องเดียวกัน, น. 63.

6.5.2 ประเทศสวีเดน

ประเทศสวีเดนได้นำระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด หรือ No - fault Compensation System มาใช้ภายใต้กฎหมาย Patient Insurance System 1975 และต่อมาได้ตรากฎหมาย Patient Injury Act 1997 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขได้รับค่าชดเชยโดยผู้ให้บริการต้องซื้อประกันเพื่อเป็นค่าชดเชยแก่ผู้เสียหาย

กฎหมายของประเทศสวีเดนจะอนุญาตให้ผู้เสียหายยื่นฟ้องคดีต่อศาลได้ หากผู้เสียหายไม่พอใจการจ่ายค่าชดเชยของบริษัทประกัน หรือไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอแนะของคณะกรรมการพิจารณาข้อร้องเรียน แต่ในทางปฏิบัติเนื่องจากการยื่นฟ้องคดีต่อศาลมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ทำให้มีผู้เสียหายจำนวนน้อยรายเลือกใช้วิธีการฟ้องร้องต่อศาล อีกทั้ง เมื่อมีระบบการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดดังกล่าวแล้วก็ทำให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยที่รวดเร็ว ในขณะที่การยื่นฟ้องต่อศาลจะใช้เวลานานหลายปี[23]

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าระบบการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดของประเทศสวีเดนเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถช่วยสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้รับบริการเป็นอย่างดี

6.6 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีเจตนารมณ์ที่จะจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง อย่างไรก็ดี การให้บริการสาธารณสุขบางครั้ง อาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการ ดังนั้น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 จึงได้กำหนดให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข สาระสำคัญคือ “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ ผู้รับบริการในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด” บทบัญญัติของมาตรา 41 ดังกล่าว มุ่งหมายให้ผู้รับบริการได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นในลักษณะเป็นการเยียวยาหรือบรรเทาความเดือดร้อน และในขณะเดียวกันต้องการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการด้วย[24]

เงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมายถึงเงินที่จ่ายให้ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการ โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด โดยผู้มีสิทธิยื่นคำร้องได้แก่ ผู้รับบริการ ทายาทหรือผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ และผู้มีอำนาจพิจารณาคำร้องขอรับเงิน

---

[23] ลันตา อุตมะโภคิน, เรื่องเดียวกัน, น. 64-65.

[24] จารุณี พจน์สุจริต, ประสิทธิผลการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 : จังหวัดลำพูน, วารสารสาธารณสุขล้านนา, 13 (2) (2560), น. 87.

ช่วยเหลือเบื้องต้น ได้แก่ คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นซึ่งมีอยู่ในทุกจังหวัด คณะกรรมการดังกล่าวจะทำหน้าที่พิจารณาว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการควรได้รับเงินช่วยเหลือตามข้อบังคับหรือไม่ เพียงใด หากควรได้รับเงินช่วยเหลือก็จะพิจารณาโดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐานะของผู้เสียหายด้วย โดยมีขั้นตอนการพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดในข้อบังคับ คือ ผู้รับบริการต้องเป็นผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และเป็นผู้ได้รับความเสียหาย ความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ต้องเป็นการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ต้องไม่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพโรค หรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้น และได้มีการวินิจฉัยและรักษาตามมาตรฐานทั่วไป โดยต้องยื่นคำร้องภายใน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย[25] ไม่ต้องรอพิสูจน์ถูกผิดหรือผลพิสูจน์ทางการแพทย์ ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาเงินช่วยเหลือ กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท กรณีพิการหรือสูญเสียอวัยวะ จ่ายเงินช่วยเหลือตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท และกรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือไม่เกิน 100,000 บาท[26]

การแจ้งผลการพิจารณา โดยเลขานุการของคณะอนุกรรมการจะมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายหรือทายาททราบพร้อมแจ้งสิทธิในการยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วัน หากผู้รับบริการหรือทายาทที่ยื่นคำร้องไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยสามารถยื่นอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน หลังได้รับแจ้ง โดยสำนักงานสาขาจะนำคำร้องอุทธรณ์และผลการวินิจฉัยครั้งแรกส่งมาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา หากผู้รับบริการหรือทายาทที่ยื่นคำร้องไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยอุทธรณ์ก็สามารถนำคดีมาฟ้องต่อศาลปกครองได้ต่อไป

6.7 ระบบการจัดการความขัดแย้งด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายเรื่องการพัฒนาระบบคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และลดปัญหาการฟ้องร้อง พร้อมทั้งได้มีแนวทางในการบริหารจัดการและดำเนินงานในเรื่องดังกล่าว เพื่อให้ดำเนินงานบรรลุผล เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล และสามารถลดปัญหาการฟ้องร้อง ให้ดีมากยิ่งขึ้น โดยให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติตามแนวทางดังนี้

6.7.1 ให้ดำเนินการด้านการป้องกันและการตรวจจับความรุนแรงตามขั้นตอนการจัดระบบของกระทรวงสาธารณสุข

6.7.2 ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาล ดำเนินการจัดระบบโครงสร้างทีมเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team (RRT) ระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาล

---

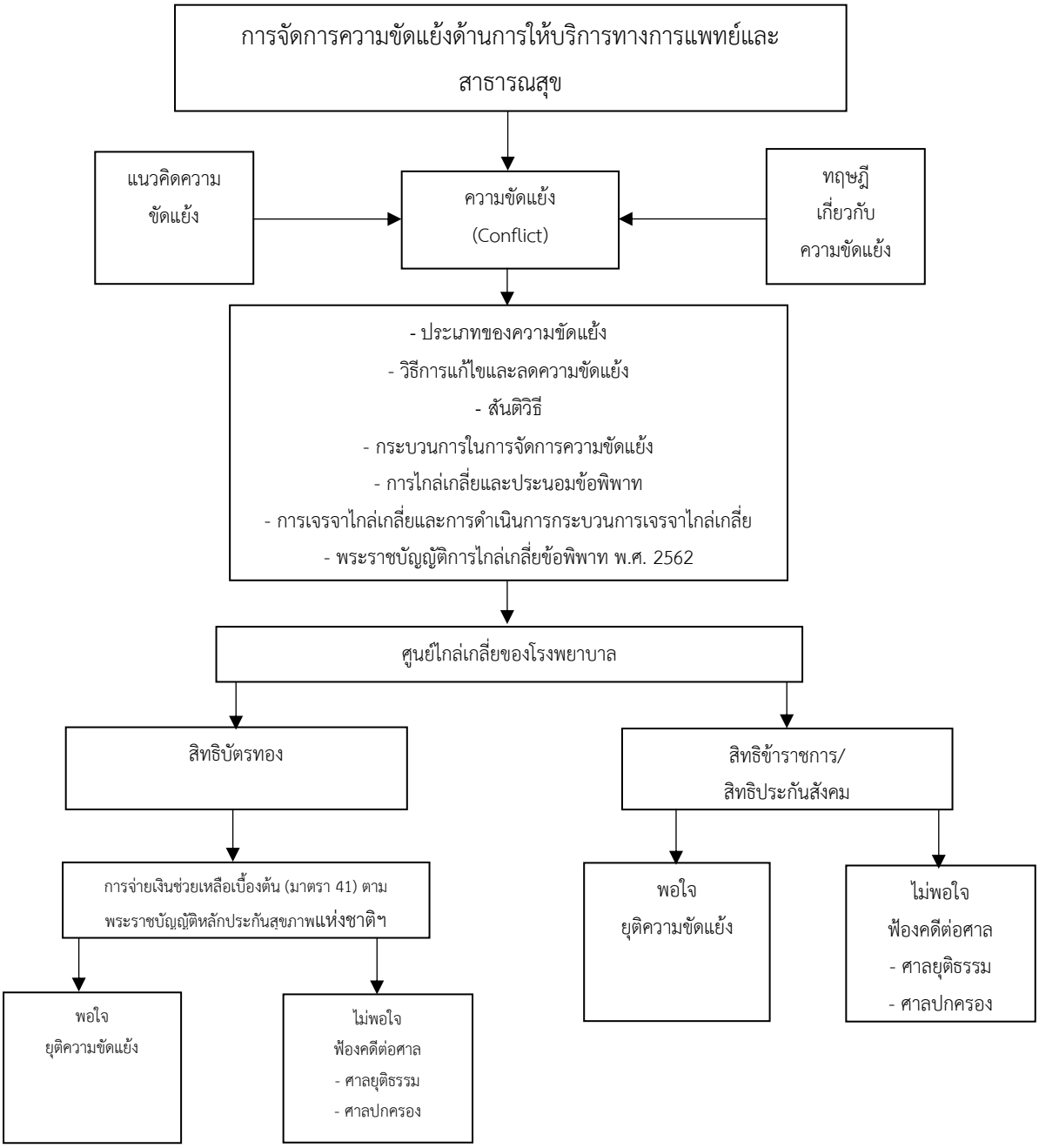
[25] ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2564, ข้อ 7

[26] ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555, ข้อ 6

6.7.3 ให้ทุกหน่วยงานใช้งานโปรแกรมบันทึกข้อมูลศูนย์เรื่องราวร้องทุกข์

6.7.4 ให้ทุกหน่วยงานดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยผู้ป่วยและการเจรจาไกล่เกลี่ยในหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ[27]

6.8 กรอบแนวคิดการศึกษา



[27] มรุต จิรเศรษฐสิริ, การพัฒนาระบบคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) และการลดปัญหาการฟ้องร้อง, สืบค้นวันที่ 10 พฤศจิกายน 2564 จาก http://203.157.213.6/nitikarn/lawyerclub/enforcement/download/marut.pdf

7. ผลการวิจัย

7.1 สภาพและปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

7.1.1 โรงพยาบาลปัตตานี จังหวัดปัตตานี

โรงพยาบาลปัตตานีมีนโยบายชัดเจนในเรื่องการจัดการความขัดแย้ง โดยการตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ซึ่งเป็นการเชื่อมต่อกับการจัดการความเสี่ยง เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงการร้องเรียนได้ง่ายเป็นการลดความขัดแย้ง ซึ่งโรงพยาบาลปัตตานีมีการทำงานแบบเชิงรุก เป็นการเน้นการป้องกันเป็นหลัก ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคล (Interpersonal Conflict) เป็นความขัดแย้งที่เกิดระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สาเหตุความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากทักษะการสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้รับบริการโดยบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ให้บริการไม่พูดอธิบายหรือไม่ทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการ รักษาให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับบริการเข้าใจ พฤติกรรมบริการ การรักษาพยาบาลทำให้เกิดผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่ผู้รับบริการคาดหวัง และเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

7.1.2 โรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

โรงพยาบาลยะหริ่งมีนโยบายที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการพัฒนาระบบคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) ทั้งได้มีแนวทางในการบริหารจัดการความขัดแย้งเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล และสามารถลดปัญหาการฟ้องร้องได้ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคล (Interpersonal Conflict) จากการมารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้นต้องเข้าไปแก้ปัญหาให้เร็ว ทำให้ปัญหาไม่ลุกลาม ซึ่งเป็นการจัดการปัญหาความขัดแย้งแบบเชิงรุก โดยการเจรจา (Negotiation) ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งแบบสันติวิธี และผลลัพธ์ที่ได้เป็นไปในลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต่างชนะ (Win - Win) สาเหตุความขัดแย้งเกิดจากทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับการรับบริการ โดยที่บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ให้บริการไม่มีการสื่อสารหรือไม่อธิบายขั้นตอนการรักษาให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับบริการฟังทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจขั้นตอนในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ขั้นตอนการรับบริการที่ล่าช้ารอนาน พฤติกรรมบริการ ส่วนมากเป็นพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม ความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ เกิดอาการแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล

7.1.3 โรงพยาบาลบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส

โรงพยาบาลบาเจาะมีนโยบายเชิงป้องกันในเรื่องการจัดการความขัดแย้ง จะเน้นการให้บริการให้เกิดความประทับใจ เอาใจใส่ กระตือรือร้นในการให้บริการ และมีทีมเจรจาไกล่เกลี่ยเมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้นโดยมีการลงไปพื้นที่รับฟังปัญหา เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคล (Interpersonal Conflict) จะใช้การเจรจา (Negotiation) ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งแบบสันติวิธี โดยการตกลงเพื่อหาข้อยุติร่วมกัน สาเหตุความขัดแย้งเกิดจากความผิดพลาด

ของเจ้าหน้าที่ที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ความล่าช้าในการรับบริการ ผู้ป่วยต้องรอนาน ไม่ใส่ใจผู้ป่วย พฤติกรรมบริการ ทักษะการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกัน โดยที่บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ให้บริการไม่อธิบายให้ผู้ป่วยฟังเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับบริการไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์กำลังทำการรักษา

7.1.4 โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา

โรงพยาบาลรามันมีนโยบายสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการพัฒนาระบบคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) การจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการทางการแพทย์ ทางโรงพยาบาลมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย เพื่อพัฒนาระบบคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ลดปัญหาการฟ้องร้อง โดยมีระบบป้องกัน ระบบเฝ้าระวัง และระบบไกล่เกลี่ย สาเหตุความขัดแย้งเกิดจากความล่าช้าในการรับบริการ ความคาดหวังในการรับบริการแล้วไม่เป็นไปตามความคาดหวัง พฤติกรรมบริการมีบ้างแต่เป็นส่วนน้อย ทักษะการสื่อสารทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ โดยที่บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ให้บริการไม่ได้อธิบายหรือให้ข้อมูลในการรักษากับผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับบริการที่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจในกระบวนการรักษา ทำให้เกิดความเข้าใจผิด

7.2 ลักษณะการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งทั้งกรณีที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลวระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

7.2.1 โรงพยาบาลปัตตานี จังหวัดปัตตานี

โรงพยาบาลปัตตานีมีกระบวนการทำงานที่ชัดเจน โดยดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการพัฒนาระบบคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และลดปัญหาการฟ้องร้อง โดยมีทีมเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team (RRT) ของโรงพยาบาล มีหน้าที่ในการเจรจาไกล่เกลี่ยเมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้ง ซึ่งการเจรจา (Negotiation) ของโรงพยาบาลปัตตานีเป็นการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งแบบสันติวิธีด้วยข้อเสนอที่ต้องการให้ได้รับการตกลงบนพื้นฐานของประโยชน์ร่วมกัน เพื่อหาข้อยุติความขัดแย้งที่เกิดขึ้น หลักการเจรจาไกล่เกลี่ย เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นกับผู้ป่วย โรงพยาบาลปัตตานีได้นำระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No – fault Compensation System) มาใช้เยียวยาความเสียหายจากการ รับบริการสาธารณสุข โดยมีการเยียวยา ตามมาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ตามที่ประเทศไทยได้นำแนวคิดระบบการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดของประเทศสวีเดนมาใช้ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขได้อย่าง มีประสิทธิภาพ ผู้เสียหายได้รับการชดเชยที่รวดเร็ว กรณีเกิดปัญหาความขัดแย้ง เครือข่ายในชุมชน ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา ฝ่ายปกครอง ตำรวจ สามารถช่วยโรงพยาบาลได้มากในการจัดการความขัดแย้ง ให้ประสบความสำเร็จ โดยเข้ามาเป็นคนกลางในการไกล่เกลี่ย (Mediation) ส่วนกรณีการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่ล้มเหลว ซึ่งทางโรงพยาบาลไม่สามารถเจรจาไกล่เกลี่ยกับผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการ

ทางแพทย์ ไม่สามารถยุติความขัดแย้งได้ ทางโรงพยาบาลจะรายงานผู้บังคับบัญชาทราบ คือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้ทีมไกล่เกลี่ยของจังหวัดลงมาช่วยเจรจาไกล่เกลี่ย และรายงานผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 12 ทราบ

7.2.2 โรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

โรงพยาบาลยะหริ่งมีศูนย์ไกล่เกลี่ย มีหน้าที่ในการลงไปไกล่เกลี่ยเมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้น ในการไกลเกลี่ยของโรงพยาบาลยะหริ่งใช้เครือข่ายชุมชนเข้ามาช่วย เช่น ผู้นำชุมชน มาเป็นคนกลางในการไกล่เกลี่ย (Mediation) เป็นวิธีการระงับข้อพิพาทที่ได้รับความนิยมมาก เนื่องจากเป็นวิธีการระงับข้อพิพาททางเลือกที่มีบุคคลภายนอกซึ่งไม่มีส่วนได้เสียมาช่วยไกล่เกลี่ย ส่วนกรณีการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่ล้มเหลวจะมีน้อยมาก ส่วนมากจะจัดการความขัดแย้งได้หมด โดยผู้เสียหายจะมีเงื่อนไขให้โรงพยาบาลชดเชยค่าเสียหาย ให้เยียวยา โดยทางโรงพยาบาลก็จะยื่นเยียวยาตามมาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้กับผู้เสียหาย หลักการเยียวยาดังกล่าวได้นำแนวคิดระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No – fault Compensation System) ของประเทศสวีเดนมาใช้เยียวยาความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ทำให้ได้รับการชดเชยที่รวดเร็ว

7.2.3 โรงพยาบาลบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส

โรงพยาบาลบาเจาะมีทีมไกล่เกลี่ย มีหน้าที่ลงไปไกล่เกลี่ยกรณีเกิดปัญหาความขัดแย้ง โดยลงไปรับฟังปัญหาว่าผู้เสียหายต้องการอะไร รับฟังข้อมูล ทำให้รับทราบปัญหา และกลับมารายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการพัฒนาระบบคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และลดปัญหาการฟ้องร้อง และได้นำระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No – fault Compensation System) ของประเทศสวีเดนมาใช้เยียวยาความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยยื่นเยียวยาตามมาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ส่วนกรณีการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่ล้มเหลวไม่เคยเกิดขึ้นเลย ส่วนใหญ่เจรจาไกล่เกลี่ยได้หมด แต่ถ้าเจรจาไกล่เกลี่ยไม่ประสบความสำเร็จจริง ๆ ก็ต้องรายงานจังหวัด หรือให้นักการเมืองท้องถิ่น ผู้ใหญ่บ้านเข้ามาช่วยเป็นคนกลางในการไกล่เกลี่ย (Mediation) ส่วนมากที่เจอปัญหาคือสิทธิ 30 บาท ส่วนสิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการจะไม่ค่อยเจอปัญหา

7.2.4 โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา

โรงพยาบาลรามันมีคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ย มีบทบาทหน้าที่ วิเคราะห์ปัญหา ลงไปไกล่เกลี่ยเพื่อหาวิธีและทางออกร่วมกัน สร้างความเข้าใจ ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง แต่จะไม่ให้คนที่อยู่ในเหตุการณ์ความขัดแย้งลงไปเผชิญหน้ากับผู้เสียหาย มีมาตรการเยียวยาตามมาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดระบบการชดเชยความเสียหายจากการ

รับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No – fault Compensation System) ของประเทศสวีเดน ทำให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยที่รวดเร็ว ส่วนกรณีการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่ล้มเหลวไม่สามารถเจรจาไกล่เกลี่ยกับผู้เสียหายได้ ทางโรงพยาบาลจะดึงเครือข่ายในชุมชนเข้ามาช่วยเป็นคนกลางในการไกล่เกลี่ย (Mediation) เป็นกระบวนการที่มีบุคคลที่สามที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียในกรณีความขัดแย้ง เข้ามาช่วยแก้ปัญหา แต่ถ้ายังไม่ประสบความสำเร็จก็จะรายงานจังหวัดทราบและถ้าทางโรงพยาบาลมั่นใจว่าทำถูกต้องแล้ว ก็ให้ผู้เสียหายฟ้อง แล้วค่อยไปสู้คดีในศาลต่อไป

โดยสรุปในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง สิทธิบัตรทอง (30 บาท) จะใช้การเจรจาไกล่เกลี่ยเป็นหลักในการจัดการความขัดแย้ง โดยเจ้าหน้าที่ศูนย์ไกล่เกลี่ยของโรงพยาบาลจะลงไปเจรจาไกล่เกลี่ยเองหรืออาจดึงเครือข่ายชุมชุนเข้ามาช่วยในการเจรจาไกล่เกลี่ยก่อนที่จะมีการยื่นเยียวยาให้ตามมาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และหลังจากได้รับการเยียวยาแล้ว หากยังไม่พอใจกับจำนวนเงินที่ได้รับการเยียวยาก็สามารถนำคดีไปฟ้องต่อศาลปกครองได้อีก ส่วนสิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสังคม จะใช้การเจรจาไกล่เกลี่ยเช่นเดียวกับสิทธิบัตรทอง แต่จะไม่มีมาตรการเยียวยาเหมือนกับสิทธิบัตรทอง ซึ่งถ้าผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ไม่พอใจกับผลการเจรจาไกล่เกลี่ยก็สามารถนำคดีไปฟ้องต่อศาลยุติธรรมได้

7.3 ข้อเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

7.3.1 ควรส่งเสริมให้ทุกโรงพยาบาลมีเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง เช่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำท้องถิ่น และผู้นำศาสนา เป็นเครือข่ายช่วยจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เพื่อความเป็นกลางและช่วยลดความรุนแรงของความขัดแย้ง

7.3.2 ควรมีการสร้างทีมนักเจรจาไกล่เกลี่ยให้เข้มแข็ง มีการพัฒนาความรู้และทักษะการเจรจาไกล่เกลี่ย โดยคัดคนที่มีทัศนะคติบวก มองโลกในแง่ดี รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส อารมณ์ดี

7.3.3 ควรมีการทำงานเชิงรุกโดยมีการศึกษาความต้องการของผู้รับบริการเมื่อต้องมาโรงพยาบาลและสาเหตุของความขัดแย้งจากการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต

7.3.4 ผู้บริหารและบุคลากรในโรงพยาบาลต้องเข้าใจธรรมชาติของความขัดแย้งและความต้องการของผู้รับบริการที่แตกต่างกันเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล

7.3.5 มีการพัฒนาระบบการรับเรื่องร้องเรียนให้มีประสิทธิภาพเพื่อลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

7.3.6 โรงพยาบาลควรจัดอบรมให้กับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อพัฒนาเรื่องทักษะการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เช่น เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการรักษาพยาบาล

ต้องอธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจ ว่าการรักษาพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์มีวัตถุประสงค์อย่างไร รายละเอียดของการรักษาพยาบาลมีอะไรบ้าง และผลที่เกิดต่อผู้ป่วยในภายหลังการรักษาพยาบาลจะเป็นอย่างไร ตลอดจนอันตรายหรือผลร้ายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลนั้น หากจะมีมากน้อยเพียงใด ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ต้องอธิบายหรือบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจอย่างละเอียด

8. สรุปผลและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า สาเหตุความขัดแย้งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสมของบุคลากรทางการแพทย์ที่แสดงออกมาทำให้ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ การรักษาพยาบาล เช่น ผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล ทำให้เกิดความเสียขึ้นกับผู้ป่วย และทักษะการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ โดยบุคลากรทางการแพทย์ขาดการอธิบายขั้นตอนในการรักษาพยาบาล ไม่มีการชี้แจ้งทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยเข้าใจ

การจัดการความขัดแย้งของทุกโรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการเจรจาไกล่เกลี่ย อาจจะมีชื่อเรียกที่แตกต่างกันของแต่ละโรงพยาบาล เช่น ทีมเคลื่อนที่เร็ว คณะกรรมการจัดการความขัดแย้ง ทีมไกล่เกลี่ย คณะกรรมการไกล่เกลี่ย ซึ่งเจ้าหน้าที่ชุดนี้จะมีหน้าที่ในการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาล โดยเน้นการทำงานเชิงรุก การป้องกันความขัดแย้ง และเมื่อเกิดปัญหาขึ้นจะลงพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหาความขัดแย้งได้อย่างรวดเร็ว โดยดึงเครือข่ายชุมชนเข้ามาช่วยในการจัดการความขัดแย้งและใช้มาตรการเยียวยาตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ความขัดแย้งส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการที่ใช้สิทธิบัตรทอง (30 บาท) เท่านั้น เพราะผู้รับบริการไม่สามารถเลือกใช้สิทธิในโรงพยาบาลตามที่ตนเองต้องการได้ ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินเท่านั้น แต่ต้องใช้สิทธิในโรงพยาบาลของรัฐที่กฎหมายกำหนดไว้ หากจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งอื่นต้องใช้ระบบส่งตัว (Refer) โดยแพทย์ ส่วนสิทธิข้าราชการ สามารถเลือกใช้สิทธิในโรงพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง และสิทธิประกันสังคมผู้ประกันตนสามารถเลือกใช้สิทธิได้ตามที่ตนเองระบุไว้ ซึ่งจากการศึกษาทั้งสิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสังคมไม่พบความขัดแย้งจากการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

โรงพยาบาลมีข้อเสนอแนะ โดยทีมที่มีหน้าที่ในการจัดการความขัดแย้งต้องมีความรู้และมีทักษะในการเจรจาไกล่เกลี่ย เน้นมาตรการป้องกันความขัดแย้ง และหาคนกลางเข้ามาช่วยในการเจรจาไกล่เกลี่ย เช่น เครือข่ายชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากการศึกษาสามารถสรุปสาเหตุความขัดแย้ง การจัดการความขัดแย้ง และข้อเสนอแนะในการจัดการความขัดแย้งจากการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นตารางได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 สรุปสาเหตุความขัดแย้ง การจัดการความขัดแย้ง และข้อเสนอแนะในการจัดการความขัดแย้งจากการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

การจัดการความขัดแย้งของโรงพยาบาลของรัฐ	โรงพยาบาลปัตตานี	โรงพยาบาลยะหริ่ง	โรงพยาบาลบาเจาะ	โรงพยาบาลรามัน	สรุป
1. สาเหตุความขัดแย้ง	- พฤติกรรมบริการ - การรักษาพยาบาล (ผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง) - ทักษะการสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้รับบริการ	- พฤติกรรมบริการ - การรักษาพยาบาล (ความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล) - ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับการรับบริการ	- พฤติกรรมบริการ - การรักษาพยาบาล (ความผิดพลาดแล้วเกิดความเสียหาย) - ทักษะการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันโดยไม่อธิบายให้ผู้ป่วยฟังเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา	- พฤติกรรมบริการ - การรักษาพยาบาล (ความผิดพลาดจากการรับบริการ) - ทักษะการสื่อสารทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ	สาเหตุความขัดแย้งจากการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข คือ พฤติกรรมบริการ ความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล และทักษะการสื่อสาร
2. การจัดการความขัดแย้ง	- มีทีมเคลื่อนที่เร็ว Rapid Response Team (RRT) - ทำงานเชิงรุกเน้นการป้องกัน - มีช่องทางรับเรื่องร้องเรียน - เครือข่ายชุมชนผู้นำชุมชน เป็นคนกลางช่วยไกล่เกลี่ย - มีการเยียวยาตามมาตรา 41	- มีคณะกรรมการจัดการความขัดแย้ง - ทำงานเชิงรุกลงไปแก้ปัญหาให้เร็ว - เครือข่ายชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน เป็นคนกลางเข้ามาช่วยไกล่เกลี่ย - ทีมไกล่เกลี่ยจังหวัดลงมาร่วมไกล่เกลี่ย - มีการเยียวยาตามมาตรา 41	- มีทีมไกล่เกลี่ย - เน้นการป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้ง - ทีมไกล่เกลี่ยลงพื้นที่รับทราบปัญหา - มีความผิดพลาดขึ้นต้องรีบแก้ปัญหาโดยเร็ว - มีการเยียวยาตามมาตรา 41	- มีคณะกรรมการไกล่เกลี่ย - ทักษะของคนไกล่เกลี่ยต้องเข้าใจปัญหา - ทีมไกล่เกลี่ยต้องมีทักษะเป็นผู้ฟังที่ดี - Win-Win ประชาชนพึงพอใจ ไม่ทำให้เจ้าหน้าที่เสียขวัญกำลังใจ - มีการเยียวยาตามมาตรา 41	การจัดการความขัดแย้งโดยทุกโรงพยาบาลมีทีมหรือคณะกรรมการที่ทำหน้าที่ในการเจรจาไกล่เกลี่ย โดยเน้นการทำงานเชิงรุก การลงไปแก้ไขปัญหาความขัดแย้งโดยดึงเครือข่ายชุมชนเข้ามาช่วยเจรจาไกล่เกลี่ยและใช้มาตรการเยียวยาตามมาตรา 41
3. ข้อเสนอแนะ	- ทีมไกล่เกลี่ยต้องมีความรู้และมีประสิทธิภาพ - มีการป้องกันความเสี่ยง - ใน 3 จังหวัด ควรให้ผู้นำศาสนาเข้ามาช่วยไกล่เกลี่ย	- ทีมไกล่เกลี่ยต้องมีความรู้ - เน้นมาตรการป้องกัน - หาคนกลาง ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ช่วยไกล่เกลี่ย	- ต้องพัฒนาทักษะของทีมไกล่เกลี่ยต้องฝึกอบรม - ต้องจัดบริการให้เกินความคาดหวัง - ต้องเปิดช่องร้องเรียนให้มาก - ทีมไกล่เกลี่ยมีทักษะการฟัง	- มีหลักสูตรไกล่เกลี่ยจะส่งคนไปอบรม - ระบบไกล่เกลี่ยต้องดี - ควรมีช่องทางเยียวยาในสิทธิข้าราชการ	ข้อเสนอแนะ คือ ต้องมีการพัฒนาความรู้ทักษะการไกล่เกลี่ยให้กับเจ้าหน้าที่ มีการป้องกันความเสี่ยงจากการให้บริการทางการแพทย์ มีคนกลางช่วยในการเจรจาไกล่เกลี่ย เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา

จากตารางดังกล่าว ความขัดแย้งด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ เพราะมนุษย์แต่ละคนจะมีความขัดแย้งธรรมชาติอยู่แล้วตามทฤษฎีความขัดแย้งของ

Immanuel Kant (2001)[28] ซึ่งความขัดแย้งเกิดจากการกระทำของบุคคลที่ต้องการที่จะบรรลุความปรารถนาของตนตามทฤษฎีความขัดแย้งของ Max Weber (1968)[29] และความขัดแย้งเป็นเรื่องปกติที่เกิดโดยธรรมชาติและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงชีวิตตามทฤษฎีความขัดแย้งของ Gaetano Mosca (1939)[30]

ปัญหาความขัดแย้งด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้นเป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคล (Interpersonal Conflict) เป็นความขัดแย้งที่พบบ่อย อาจจะเริ่มจากความขัดแย้งในทัศนคติ ความเชื่อ ความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมเกี่ยวเนื่องกับบุคคลอื่นในทางลบจนกลายเป็นความขัดแย้งขึ้น สาเหตุความขัดแย้งส่วนใหญ่มาจากสาเหตุ พฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสมการรักษาพยาบาล เช่น ผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลทำให้เกิดความเสียขึ้นกับผู้ป่วย ทักษะการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ โดยบุคลากรทางการแพทย์ขาดการอธิบายขั้นตอนในการรักษาพยาบาล ไม่มีการชี้แจ้งทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยเข้าใจ และการจัดการความขัดแย้งด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลของรัฐในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้ง 4 แห่ง พบว่ามีนโยบายเรื่องการพัฒนาระบบคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และลดปัญหาการฟ้องร้อง ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ดำเนินงานบรรลุผล เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล และสามารถลดปัญหาการฟ้องร้องโดยทุกโรงพยาบาลมีนโยบายในการจัดการความขัดแย้งเชิงสร้างสรรค์โดยสันติวิธี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีวิสัยทัศน์ไปในทิศทางเดียวกันในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง โดยเน้นการป้องกันและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดความขัดแย้ง หากเกิดความขัดแย้งขึ้นแล้ว ก็จะมีทีมเจรจาไกล่เกลี่ยเพื่อยุติความขัดแย้งลงได้โดยเร็ว การเจรจาไกล่เกลี่ยจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมที่สุดในการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ทั้งการเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง (Mediation) และการเจรจาไกล่เกลี่ย (Negotiation) เพราะผลลัพธ์ที่ได้คือทั้งสองฝ่ายต่างชนะ (Win-Win) และมีความยืดหยุ่นในการจัดการความขัดแย้ง

ทุกโรงพยาบาลมีหลักเกณฑ์ในการเลือกเจ้าหน้าที่มาทำหน้าที่ในการเจรจาไกล่เกลี่ย โดยจะคัดคนที่ใจเย็นมองโลกในแง่ดี และรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เป้าหมายสำคัญในการจัดการความขัดแย้งด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของทุกโรงพยาบาล คือ การจัดการความขัดแย้งเชิงสร้างสรรค์ ผู้บริหารและบุคลากรในโรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความขัดแย้งด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการจัดการความขัดแย้งทุกโรงพยาบาลดึงเครือข่ายในชุมชนเข้ามาช่วยในการแก้ไขความขัดแย้ง เช่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา

---

[28] รัฐพล เย็นใจมา และคณะ, ความขัดแย้งในสังคม : ทฤษฎีและแนวทางแก้ไข, วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์, 7 (2) (2561), น. 227.

[29] รัฐพล เย็นใจมา และคณะ, เรื่องเดียวกัน, น. 228.

[30] รัฐพล เย็นใจมา และคณะ, เรื่องเดียวกัน, น. 228.

โรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ใช้มาตรการเยียวยาความเสียหายที่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งได้กำหนดให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข โดยได้นำแนวคิดระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (No–Fault Compensation System) ของประเทศสวีเดนมาใช้ เพราะระบบการจ่ายค่าชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดของประเทศสวีเดน เป็นการช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยที่รวดเร็ว สามารถช่วยสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นอย่างดี ต่างกับประเทศนิวซีแลนด์ที่ไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องจ่ายค่าชดเชยแก่ผู้เสียหาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับระบบชดเชยความเสียหายที่ต้องการให้ผู้เสียหายได้รับการเยียวยาโดยเร็ว และข้อเสนอแนะจากการศึกษาควรส่งเสริมให้ทุกโรงพยาบาลมีเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง ควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะของทีมนักเจรจาไกล่เกลี่ย ควรมีการศึกษาความต้องการของผู้รับบริการเมื่อต้องมาโรงพยาบาล ผู้บริหารและบุคลากรในโรงพยาบาลต้องเข้าใจธรรมชาติของความขัดแย้ง มีการพัฒนาระบบการรับเรื่องร้องเรียนให้มีประสิทธิภาพ และโรงพยาบาลควรจัดอบรมให้กับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับทักษะการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วย

บรรณานุกรม

กองบรรณาธิการ สำนักกฎหมาย. (2554). สิทธิในการรักษาพยาบาล : ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการทางด้านสาธารณสุข. จุลนิติ, น. 1-33.

กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. (2565). รายงานสรุปผลการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพ เขต 12.

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555.

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2564.

จารุณี พจน์สุจริต. (2560). ประสิทธิผลการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 : จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา, ปีที่ 13 (2), น. 86-92.

บุษกร เชี่ยวจินดากานต์. (2561). เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา. วารสารศิลปศาสตร์ปริทัศน์, ปีที่ 13 (25), น. 103-118.

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525.

พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539.

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.

มรุต จิรเศรษฐสิริ. (2559). การพัฒนาระบบคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) และการลดปัญหาการฟ้องร้อง. สืบค้นวันที่ 10 พฤศจิกายน 2564, จาก http://203.157.213.6/nitikarn/Lawyerclub/enforcement/download/marut.pdf

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560.

รัฐพล เย็นใจมา และคณะ. (2561). ความขัดแย้งในสังคม : ทฤษฎีและแนวทางแก้ไข. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์, ปีที่ 7 (2), น. 224-238.

ลันตา อุตมะโภคิน. (2554). ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด : การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของไทย. จุลนิติ, น. 59-65.

ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2562). การบริหารจัดการความขัดแย้งในหน่วยบริการ. สืบค้นวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564, จาก https://www.hfocus.org/content/2019/01/16725

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2554). ปัญหาฟ้องร้องทางการแพทย์และแนวทางแก้ไข. จุลนิติ, น. 47-58.

สมภูมิ หล้ารัศมี และคณะ. (2560). ศาลยุติธรรม : ปฏิรูปกระบวนการยุติธรรมเพื่อความเป็นธรรมและเท่าเทียมได้. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, ปีที่ 4 (2), น. 73-96.