การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์และสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้

เสนอต่อ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

จัดทำโดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

วันที่ 20 มีนาคม 2563

การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์และสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้

A study on economic and social impacts of preventable adverse events in healthcare

คณะผู้วิจัย

ภญ.ธนพร บุษบาวไล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ดร.จอมขวัญ โยธาสมุทร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาววิไลลักษณ์ แสงศรี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
รศ. ดร. พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวอกนิฏฐา พูนชัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาววิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ที่ปรึกษาโครงการ

ดร. ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ดร. ภญ.จันทนา พัฒนเภสัช	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาสำหรับผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายและเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และผลการศึกษาวิจัยที่มีคุณภาพเชื่อถือได้เป็นปัจจัยสนับสนุนการพัฒนานโยบายที่อยู่บนพื้นฐานของหลักวิชาการ (evidence-based policy) การศึกษาต้นทุนที่เพิ่มขึ้นและผลกระทบทางสังคมจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้นับว่าเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่สะท้อนให้เห็นขนาดของปัญหาที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ในประเทศไทย ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการติดตามสถานการณ์ รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญและการวางแนวทางในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในอนาคต

สำหรับประเทศไทยนั้น ปีพ.ศ. 2560 คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ได้ประกาศยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) พ.ศ.2561-2564 โดยมีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยมีการขับเคลื่อนผ่านคณะอนุกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารและผู้แทนจากองค์กรหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพครอบคลุมถึงภาคประชาชน โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. เป็นองค์กรกลางในการประสานการขับเคลื่อนในการพัฒนากลไกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทยอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวต้องการข้อมูลพื้นฐาน (baseline information) ในด้านต่างๆ เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผล สรพ. จึงมอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ศึกษาผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์และสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้นี้ จะให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต

คณะวิจัย

20 มีนาคม 2563

บทสรุปผู้บริหาร

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ได้ดำเนินการพัฒนากลไกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทยอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน การดำเนินการดังกล่าวต้องการข้อมูลพื้นฐานในด้านต่างๆ เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผล สรพ. จึงมอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ศึกษาผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข และญาติผู้ป่วย 2) การอภิปรายกลุ่มผู้บริหารสถานพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข 3) การทบทวนเอกสาร บันทึกของผู้ป่วย และนโยบายที่เกี่ยวข้อง 4) การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งที่เกิดและไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ จากฐานข้อมูลค่าใช้จ่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาล 7 แห่ง เพื่อศึกษาต้นทุนที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ ต้นทุนการฟ้องร้องทางการแพทย์และค่าชดเชย/เงินช่วยเหลือจากหน่วยงาน และต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียไปของบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ฯ

ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (case) ในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งสิ้น 157 ราย แบ่งเป็นผู้ประสบอุบัติการณ์ความเสี่ยงประเภท S (Safe Surgery) จำนวน 82 ราย I (Infection Control) จำนวน 17 ราย M (Medication & Blood Safety) จำนวน 3 ราย P (Patient Care Process) จำนวน 31 ราย L (Line, Tube & Catheter and Laboratory) จำนวน 1 ราย และ E (Emergency Response) จำนวน 23 ราย และมีผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ (control) จำนวนทั้งสิ้น 899 ราย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลและต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจาการนอนโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกประเภทของอุบัติการณ์ความเสี่ยง รวมถึงมีจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ นอกจากนี้การทำนายต้นทุนค่ารักษาพยาบาลตามชนิดของเหตุการณ์พบว่า เหตุการณ์ I (เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ) มีค่าต้นทุนสูงกว่าเหตุการณ์ด้านอื่นๆ ดังนั้น การมีมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งจะช่วยประหยัดต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากเหตุการณ์ฯ ได้มาก

นอกจากผลกระทบด้านต้นทุนการรักษาพยาบาล ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนที่เพิ่มขึ้นแล้ว ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ ยังได้รับผลกระทบในด้านอื่นๆ ด้วย ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการทำงาน ผลกระทบต่อรายได้และค่าใช้จ่ายรวมถึงเศรษฐกิจในครัวเรือนและโอกาสในการสร้างรายได้และการศึกษา ผลกระทบต่อความสัมพันธ์และสถานะของครอบครัว และการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ยังก่อให้เกิดความสูญเสียต่องบประมาณของประเทศดังเห็นได้จากข้อมูลในปีงบประมาณ 2562 ของสำนักงานหลักประสุขภาพแห่งชาติที่มีการรายงานถึงการ

พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายตามมาตรา 41 จำนวนถึง 222,286,900 บาท (สำหรับผู้ป่วย 970 ราย)

หากการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มีความรุนแรงและส่งผลให้บุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ตัดสินใจลาออก โรงพยาบาลจะต้องมีต้นทุนในการสรรหาบุคลากรใหม่เพื่อทดแทนบุคลากรเดิมที่ลาออก จากการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง พบว่ามีบุคลากรสาธารณสุข (แพทย์) ที่เป็นผู้เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุการณ์ฯ ตัดสินใจลาออกจากโรงพยาบาลจำนวน 1 คน และโรงพยาบาลมีต้นทุนของการสรรหาบุคลากรใหม่จำนวนทั้งสิ้น 1,258,350 บาท ประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายในการปฐมนิเทศ ค่าอบรมข้าราชการใหม่ และค่าศึกษาต่อเฉพาะทาง

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ 1) จำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีจำนวนน้อย ซึ่งเกิดจากการที่ข้อมูลในระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของประเทศไทย (NRLS) ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังตัวผู้ป่วยได้ ทำให้ทีมวิจัยต้องใช้วิธีการหาผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ จากฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยการทบทวนเวชระเบียนซึ่งใช้ระยะเวลานาน 2) การจับคู่ผู้ป่วยในบางกรณีอาจทำได้ยาก หากไม่มีผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ เข้าเกณฑ์การคัดเลือก ทีมวิจัยใช้วิธีขยายเกณฑ์การคัดเลือกในประเด็นช่วงเวลาในการเข้ารับการรักษาเป็น 3 ปี ซึ่งอัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอาจมีการปรับเปลี่ยนระหว่างช่วงเวลาดังกล่าว ส่งผลให้ค่าต้นทุนไม่สะท้อนความจริงเท่าที่ควร และ 3) การศึกษาไม่ครอบคลุมต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหารที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยและญาติจากการมาโรงพยาบาล รวมไปถึงต้นทุนอื่นๆ ของโรงพยาบาล เช่น ค่าทำศพ ค่าใช้จ่ายที่บุคลากรทางการแพทย์เยี่ยมผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สรพ. และโรงพยาบาลพิจารณาลงทุนมาตรการในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ โดยอาจเริ่มพิจารณามาตรการที่เกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อก่อน
2. สรพ. อาจพิจารณาปรับฐานข้อมูล NRLS ให้สามารถเชื่อมโยงถึงรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการประเมินอื่นๆ ในอนาคต
3. สรพ. ระบุนิยามรหัสอุบัติการณ์ให้ชัดเจน และสื่อสารกับโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ
4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมผลักดันให้เกิดกลไกในระดับประเทศที่ดูแลความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาพยาบาลเพื่อลดผลกระทบเชิงลบที่เกิดกับทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

5. โรงพยาบาลทุกแห่งควรพิจารณาจัดทำนโยบายในการป้องกัน ดูแล และเยียวยาผลกระทบจากเหตุการณ์ความผิดพลาดทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ที่เกิดกับบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลร่วมกับสถาบันการศึกษาในการจัดทำหลักสูตรการสอนเพื่อสนับสนุนแนวคิดเรื่องการเปิดเผยข้อมูลความผิดพลาดทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในเรื่องการสื่อสารข้อมูลความผิดพลาดทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่เป็นไปในทิศทางเดียวกับองค์การอนามัยโลก

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบคุณสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ที่ให้ทุนสำหรับการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์และสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ นอกจากนี้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ภายใต้โครงการเมธีวิจัยอาวุโส (RTA5980011) เพื่อพัฒนาศักยภาพการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทั้งนี้ ผลการศึกษา การตีความ และข้อสรุปที่ได้จากรายงานฉบับนี้ไม่ได้แสดงทัศนะของหน่วยงานผู้ให้ทุนแต่อย่างใด

การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์และสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้จะสำเร็จมิได้หากขาดความร่วมมือ การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลจากผู้บริหารและบุคลากรของหลายหน่วยงาน เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในพื้นที่ดำเนินการศึกษา เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการสัมภาษณ์ ตอบแบบสอบถาม ตลอดจนให้เอกสารและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ทางคณะวิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

สุดท้ายนี้ คณะวิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์นิธิวัชร์ แสงเรือง ที่สละเวลาอันมีค่าเพื่อลงพื้นที่เก็บข้อมูลร่วมกับคณะวิจัย และขอขอบคุณบุคลากรของหน่วยงานอื่นๆ ที่มิได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ที่กรุณาให้ข้อมูล รวมถึงข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

คณะวิจัย

20 มีนาคม 2563

สารบัญ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 หลักการและเหตุผล 1

1.2 คำนิยามศัพท์ 2

1.3 การดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย 4

1.4 วัตถุประสงค์ของการศึกษา 8

บทที่ 2 วิธีการศึกษา 9

2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย 9

2.2 นิยามตัวแปร 10

2.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 11

2.3.1 การศึกษาเชิงปริมาณ 11

2.3.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ 18

2.4 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม 20

บทที่ 3 ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ 21

3.1 ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียไป 21

3.1.1 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ทั้งหมด 21

3.1.2 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์: กรณีการผ่าตัดที่ปลอดภัย (S: safe surgery) 25

3.1.3 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์: กรณีการควบคุมการติดเชื้อ (I: infection control) 27

3.1.4 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์: กรณีความปลอดภัยของการใช้ยาและการถ่ายโลหิต (M: medication & blood safety) 30

3.1.5 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์: กรณีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย (P: patient care processes) 33

3.1.6 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์: กรณีความปลอดภัยของการใช้ท่อ สายสวน และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (L: Line, Tube & Catheter and Laboratory) 37

3.1.7 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์: กรณีการจัดการในภาวะฉุกเฉินของสถานพยาบาล (E: emergency response) 38

3.2 การทำนายค่าต้นทุนของการรักษาพยาบาลและผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล 41

3.2.1 ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล 41

3.2.2 ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล 43

3.3 ต้นทุนที่เกิดจากบุคลากรสาธารณสุข 44

3.4 ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการฟ้องร้องทางการแพทย์ 44

3.4.1 ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการฟ้องร้องบุคลากรสาธารณสุข 44

3.4.2 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามมาตรา 41 46

3.5 สรุปและอภิปรายผล 46

3.6 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 48

บทที่ 4 ผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ และการเปิดเผยข้อมูลความผิดพลาดฯ แก่ผู้ป่วย 50

4.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว 50

4.2 ผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ 51

4.3 ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ขาดโอกาสทางการศึกษา ไม่สามารถทำงานได้ และผลกระทบต่อรายได้และค่าใช้จ่าย (เศรษฐานะครัวเรือน) 52

4.4 ผลกระทบต่อสถานะครอบครัว 53

4.5 ผลกระทบต่อเนื่องจากกระบวนการร้องเรียน และการเข้าถึงข้อมูลการรักษา 53

4.6 ผลกระทบบุคลากรทางการแพทย์ 54
4.7 ระบบการดูแลผู้ได้รับผลกระทบทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย/ญาติ 57
4.7.1 นโยบายโรงพยาบาล 57
4.7.2 นโยบายระดับประเทศ 60
4.8 การเปิดเผยข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ 64
4.9 มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ 65
4.10 มุมมองของผู้ป่วย 67
4.11 แนวทางการเปิดเผยข้อมูลความผิดพลาดทางการแพทย์จากราชวิทยาลัยแพทย์และแพทยสภา ประเทศไทย 69
4.12 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 75
เอกสารอ้างอิง 76
ภาคผนวก 83

สารบัญรูปภาพ

รูป 1 กรอบแนวคิดของการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ 10
รูป 2 สาเหตุการฟ้องร้องจำแนกตามระดับโรงพยาบาล 45
รูป 3 ขั้นตอนการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 พรบ.หลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2545 62
รูป 4 ขั้นตอนการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 63 พรบ.ประกันสังคม พ.ศ.2558 63
รูป 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเปิดเผยข้อมูลความผิดพลาดในการดูแลรักษา 65

สารบัญตาราง

ตาราง 1 รหัสอุบัติการณ์ที่ใช้ในการคัดเลือกโรงพยาบาล 12

ตาราง 2 บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นเจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและเจรจาไกล่เกลี่ย หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข 19

ตาราง 3 จำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ (case) ตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย 22

ตาราง 4 สรุปจำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ (case) และผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ (control) 23

ตาราง 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีเกิดเหตุการณ์ฯ (case) และไม่เกิดเหตุการณ์ฯ (control) 23

ตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณี safe surgery 25

ตาราง 7 จำนวนวันนอนและต้นทุนกรณี safe surgery เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่เกิดและไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 27

ตาราง 8 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณี infection control 28

ตาราง 9 จำนวนวันนอนและต้นทุนกรณี infection control เปรียบเทียบระหว่างเกิดและไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 29

ตาราง 10 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณี medication & blood safety 30

ตาราง 11 จำนวนวันนอนและต้นทุนกรณี medication & blood safety เปรียบเทียบระหว่างเกิดและไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 32

ตาราง 12 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณี patient care processes 33

ตาราง 13 จำนวนวันนอนและต้นทุนกรณี patient care processes เปรียบเทียบระหว่างเกิดและไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 35

ตาราง 14 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณี Line, Tube & Catheter and Laboratory 37

ตาราง 15 จำนวนวันนอนและต้นทุนกรณี Line, Tube & Catheter and Laboratory เปรียบเทียบระหว่างเกิดและไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 38

ตาราง 16 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณี emergency response 39

ตาราง 17 จำนวนวันนอนและต้นทุนกรณี emergency response เปรียบเทียบระหว่างเกิดและไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 40

ตาราง 18 การทำนายค่าต้นทุนของการรักษาพยาบาล 41

ตาราง 19 การทำนายค่าต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล.....43

ตาราง 20 คดีแพ่งที่แพ้คดีและต้องจ่ายเงินตามคำพิพากษา.....45

ตาราง 21 บันทึกการร้องเรียนจากเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์จำแนกตามหมวด SIMPLE.....50

ตาราง 22 สรุปหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยความผิดพลาดทางการแพทย์ของแต่ละราชวิทยาลัย.....73

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ประเทศต่างๆ ทั่วโลกเล็งเห็นถึงความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และเริ่มมีการกล่าวถึงเรื่องนี้ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เนื่องจากความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักการพื้นฐานของการดูแลสุขภาพ การให้บริการที่ไม่ปลอดภัยและมีคุณภาพต่ำมักนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่แย่ลง รวมทั้งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย [1] นอกจากนี้ ความปลอดภัยของผู้ป่วยยังมีความสำคัญต่อการสร้างความมั่นใจในการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้ป่วย การป้องกันความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพเอง และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพด้วย [2] ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้นิยามความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ว่า การไม่เกิดอันตรายที่สามารถป้องกันได้กับผู้ป่วยในระหว่างการดูแลทางสุขภาพ และการลดความเสี่ยงจากอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางสุขภาพที่ไม่ควรเกิดขึ้นให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่สามารถยอมรับได้ [3]

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event) หมายถึง อุบัติการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย [4] เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ เช่น การติดเชื้อจากการผ่าตัด ความคลาดเคลื่อนทางยา การล้มในโรงพยาบาล เป็นต้น เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เกิดความพิการและเสียชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดต้นทุนหรือการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น [1] นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดการฟ้องร้องทางการแพทย์และอาจส่งผลกระทบ คือ คนในสังคมขาดความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพ กลไกและกระบวนการช่วยเหลือเบื้องต้น รวมไปถึงการขาดความเชื่อมั่นในคุณธรรมและจริยธรรมของบุคลากรสาธารณสุข การฟ้องร้องยังทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เช่น การเสียเวลาในการประกอบอาชีพ การเสียค่าใช้จ่ายของตนเองและครอบครัว เกิดความเครียดความวิตกกังวล ความเสียหายต่อชื่อเสียงของผู้ให้บริการ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป [5]

ในปี พ.ศ. 2560 คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ได้ประกาศยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety Strategy: 2P Safety Strategy) พ.ศ.2561-2564 โดยมีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การสร้างบุคลากรสาธารณสุขให้มีศักยภาพและความตระหนักในเรื่องความปลอดภัย 2) การสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายภาค

ประชาสังคม ผู้ป่วย และองค์กรต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพ 3) การพัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ 4) การสร้างระบบรายงาน เรียนรู้ และวัดผลลัพธ์บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัย และ 5) การเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมกำกับ ตรวจสอบ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพ โดยมีสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. เป็นหน่วยงานกลางในการประสานกับ หน่วยงานต่างๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพต่างๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สถาบันการศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข สมาคมโรงพยาบาลเอกชน ชมรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และองค์กรภาคประชาชน ในรูปแบบของคณะอนุกรรมการ เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ดังกล่าวในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน [6]

ทั้งนี้ สรพ. ได้ดำเนินการพัฒนากลไกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทยอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน การดำเนินการดังกล่าวต้องการข้อมูลพื้นฐาน (baseline information) ในด้านต่างๆ เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผล สรพ. จึงมอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ศึกษาผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ ซึ่งผลจากการศึกษานี้จะแสดงให้เห็นถึงขนาดของปัญหาที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ในประเทศไทย สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการติดตามสถานการณ์ รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญและการวางแนวทางในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขต่อไป

1.2 คำนิยามศัพท์

คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องและนิยามของคำศัพท์ที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่

1) **ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety)** หมายถึง การที่ผู้ป่วยปราศจากอันตรายที่ไม่จำเป็นหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ [4]
2) **เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event)** หมายถึง การบาดเจ็บ อันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการดูแลรักษา มิใช่กระบวนการตามธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรืออวัยวะในร่างกายต้องสูญเสียการทำหน้าที่ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากความผิดพลาดในการดูแลรักษา (medical error) [7]
3) **เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ (preventable adverse event)** หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่จะไม่เกิดขึ้นหากผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติที่มีความเหมาะสม ณ ช่วงเวลาที่

ได้รับการดูแล ทั้งนี้ การที่เหตุการณ์ใดๆ สามารถป้องกันได้หรือไม่นั้นให้อยู่บนพื้นฐานการยอมรับจากสังคม [4]

4) **เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (serious adverse event)** หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่หากเกิดขึ้นแล้วก่อให้เกิดการเสียชีวิต อันตรายถึงชีวิต ต้องนอนโรงพยาบาล หรือขยายเวลาการนอนโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความพิการ/ไร้ความสามารถ เกิดความผิดปกติแต่กำเนิด หรือก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงสำคัญทางคลินิก [8]

5) **เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับเล็กน้อย (minor adverse event)** หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายอย่างถาวร หรืออันตรายถึงชีวิต [8]

6) **ความผิดพลาดในการดูแลรักษา (medical error)** หมายถึง ความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้ หรือการวางแผนการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ [7]

7) **ความพลาดพลั้ง (error)** หมายถึง การทำงานที่เบี่ยงเบนไปจากที่วางแผนไว้หรือที่ตั้งใจไว้ หรือการทำงานใดๆที่ไม่บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งการกระทำที่ผิดพลั้งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น แต่อาจจะก่อให้เกิดผลเสียหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้ ความผิดพลั้งอาจจะเกิดจากความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ได้ ความตั้งใจในที่นี้ คือ ตั้งใจคิดด้วยสติ แต่ด้วยข้อจำกัดในความรู้ หรือประสบการณ์ทำให้ผลที่ออกมาไม่เป็นไปตามที่ต้องการ ส่วนกรณีที่ไม่ตั้งใจเกิดจากความพลั้งเผลอหรือหลงลืมเนื่องจากถูกรบกวนหรือมีความกังวลอยู่ในใจทำให้แผนที่วางไว้ว่าจะปฏิบัตินั้นไม่ได้รับการปฏิบัติ โดยได้แบ่งประเภทของความผิดพลั้งตามระดับของการปฏิบัติการในสมองเป็น 3 กลุ่ม คือ [7]

   - Skilled-based error เป็นการพลั้งเผลอในเรื่องที่เกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติงานประจำที่ทำอยู่บ่อยๆ จนเคยชินหรือเป็นอัตโนมัติ
   - Rule-based error คือ การใช้คำตอบผิด เป็นความผิดในระดับการคิดประยุกต์คำตอบ หรือกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่มีอยู่เพื่อมาแก้ปัญหา มีลักษณะก้ำกึ่งระหว่างการไตร่ตรองกับการใช้ประสบการณ์ความเคยชิน
   - Knowledge-based error คือ การคิดคำตอบผิด เป็นความผิดเนื่องจากความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคลนั้นไม่เพียงพอที่จะแก้ปัญหาใหม่ๆ ได้

8) **อันตราย (harm)** หมายถึง ความบกพร่องทางโครงสร้างหรือหน้าที่การทำงานของร่างกายและ/หรือผลกระทบที่เป็นอันตรายใดๆ ที่เกิดขึ้น โดยจำแนกอันตรายออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ [4]

   - การเป็นโรค (disease) หมายถึง ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกายหรือจิตใจ

- การบาดเจ็บ (injury) หมายถึง ความเสียหายต่อเนื้อเยื่อที่เกิดจากสิ่งที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ (agent) หรือ เหตุการณ์ใดๆ ที่เกิดกับผู้ป่วย
- ความทุกข์ทรมาน (suffering) หมายถึง ประสบการณ์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ
- ทุพพลภาพ (disability) หมายถึง ความบกพร่องใดๆ ก็ตามของโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและ/หรือยับยั้งการเข้าสังคม โดยครอบคลุมทั้งอันตรายที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบันหรืออันตรายที่เคยเกิดขึ้นในอดีต

1.3 การดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย

การดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 7 โดย สรพ. ได้นำเสนอ Thai Patient Safety Goals 2006 ซึ่งกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยทบทวนประเด็นที่สำคัญจาก Institute for Healthcare Improvement (IHI) และ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) และคัดเลือกประเด็นที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยเพื่อนำมากระตุ้นให้สถานพยาบาลเกิดความตระหนักและหาโอกาสพัฒนาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย หลังจากนั้น สรพ. ได้มีการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเรื่อยมาจนกระทั่งภายหลังที่ประเทศไทยได้ประเมินสถานการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ของ WHO-SEAR ผลจากการประเมินสถานการณ์ดังกล่าวนำมาซึ่งการประกาศนโยบายขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ โดยปี พ.ศ. 2560 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้แถลงนโยบายและกำหนดยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety Strategy: 2P Safety Strategy) ของประเทศไทย ระยะ 4 ปี พ.ศ. 2561-2564 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ [6]

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างบุคลากรสาธารณสุขให้มีศักยภาพและความตระหนักในเรื่องความปลอดภัย โดยมีเป้าประสงค์เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก เจตคติและสมรรถนะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยและประชาชนให้มีคุณภาพและความปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายภาคประชาสังคม ผู้ป่วย และองค์กรต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพ โดยมีเป้าประสงค์เพื่อสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและความปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ โดยมีเป้าประสงค์เพื่อให้สถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพมีความพร้อมและศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและประชาชนให้มีคุณภาพและความปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างระบบรายงาน เรียนรู้ และวัดผลลัพธ์บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัย โดยมีเป้าประสงค์เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการรายงานและการเรียนรู้เรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมกำกับ ตรวจสอบ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพโดยมีเป้าประสงค์เพื่อให้ประชาชนทุกคนเกิดความพึงพอใจและมั่นใจในระบบบริการสุขภาพ

จากการประกาศนโยบายและยุทธศาสตร์ดังกล่าวทำให้ สรพ. นำเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยภายใต้กรอบ “SIMPLE” ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2551 มาปรับปรุงเพิ่มเติมเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง โดยกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety Goals) [9, 10] ไว้ดังนี้

เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย:

- *S: safe surgery* การผ่าตัดที่ปลอดภัย โดยมีเป้าหมายเพื่อลดข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดที่ป้องกันได้ รวมทั้งการป้องกันและลดอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ตลอดจนความปลอดภัยในการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย ความปลอดภัยของกระบวนการผ่าตัด สิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์
- *I: infection control* การควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งมีเป้าหมายในการลดจำนวนเชื้อจุลชีพที่อยู่บนมือโดยการถูมือด้วยแอลกอฮอล์หรือล้างมือด้วยสบู่ การป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อจากการใช้สายสวนหลอดเลือดดำ การแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในโรงพยาบาล และการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- *M: medication & blood safety* ความปลอดภัยของการใช้ยาและการถ่ายโลหิต ซึ่งครอบคลุมการลดความคลาดเคลื่อนของยาความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดอันตรายรุนแรง และลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาความเสี่ยงสูง การแพ้ยาซ้ำ ความปลอดภัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในทุกขั้นตอน การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับโลหิตและส่วนประกอบโลหิต

- *P: patient care processes* กระบวนการในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมกระบวนการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่กับเจ้าหน้าที่ด้วยกันเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยเป็นไปทิศทางเดียวกันและป้องกันการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิด รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลการสื่อสารในภาวะวิกฤติ การลดอุบัติการณ์ที่เกิดความผิดพลาดจากการสื่อสารขณะส่งมอบข้อมูลผู้ป่วย และการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ลดอุบัติการณ์การหกล้มและการบาดเจ็บจากการหกล้ม อีกทั้งผู้ป่วยที่มีอาการปวดควรได้รับการจัดการความปวดอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพด้วยความเหมาะสมตามบริบทของสถานพยาบาลนั้นๆ รวมถึงลดการเสียชีวิตและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการส่งต่อผู้ป่วย
- *L: line, tube & catheter and laboratory* มีเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดความผิดพลาดจากการต่อสายผิดชนิดและการเลื่อนหลุดของข้อต่อ รวมถึงความปลอดภัยจากการใช้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ และเพื่อให้ผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและแพทย์ในการวินิจฉัย รักษา และประเมินสภาวะสุขภาพ
- *E: emergency response* คือ การจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ปลอดภัย เช่นการมีระบบหรือกระบวนการตอบสนองอย่างรวดเร็วในการดูแลคนไข้ที่มีอาการทรุดลง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิต ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน รวมทั้งการนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน ตลอดจนการป้องกันการตกเลือด การตายของมารดาและทารก การลดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด รวมถึงการวางระบบความปลอดภัยในห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การเพิ่มประสิทธิภาพ *patient flow* และเพิ่มการเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน หรือสาธารณภัยในโรงพยาบาล

เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย

- *S: social media and communication* มีเป้าหมายเพื่อสร้างความมั่นคงปลอดภัยและให้ความเป็นส่วนตัวแก่ข้อมูลสารสนเทศของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และเพื่อให้บุคลากรของสถานพยาบาลใช้งานและสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์และสื่ออื่นๆ อย่างเหมาะสมเพื่อลดปัญหาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตัวเองและองค์กร
- *I: infection and exposure* เป็นความปลอดภัยของบุคลากรทางสาธารณสุขจากการติดเชื้อในระหว่างปฏิบัติงาน รวมทั้งลดการติดเชื้อทางอากาศ การติดเชื้อผ่านละอองสารคัดหลั่งทางเดินหายใจ การติดเชื้อผ่านการสัมผัสเชื้อ และการติดเชื้อผ่านทางพาหะ
- *M: mental health (second victim) and mediation* เป็นการลดความเสี่ยงจากการทำงานที่ขาดการจดจ่อในงาน และลดความเสี่ยงจากการกระทบกระทั่งทางอารมณ์ระหว่าง

เจ้าหน้าที่และระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังครอบคลุมการดูแลบุคคลากรทางสาธารณสุขที่เกิดภาวะ *second victim* การป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานและให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้กลับมาทำงานได้อย่างมีคุณค่า

- *P: process of work* คือการดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยภายในสถานพยาบาลที่เป็นรูปธรรมและมีการติดตามที่ระบุเป็นตัวชี้วัดอย่างชัดเจนเพื่อลดการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงาน รวมทั้งการควบคุมสิ่งคุกคามทางกายภาพ รังสี และชีวกลศาสตร์
- *L: lane (ambulance) and legal issues* คือความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้รถฉุกเฉินและประเด็นทางกฎหมาย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อลดการตายการบาดเจ็บของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่บนรถพยาบาลจากอุบัติเหตุรถพยาบาล การทำให้ทุกชีวิตปลอดภัยในรถพยาบาล รวมทั้งการให้ข้อมูลการบริการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและเพียงพอสำหรับการตัดสินใจของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและลดความเสี่ยงของการถูกฟ้องร้อง
- *E: environment and working conditions* คือความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมในทำงาน โดยบุคลากร ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและผู้มาติดต่อกับสถานพยาบาลต้องมีความปลอดภัยจากภาวการณ์ติดเชื้อทางอากาศ สถานพยาบาลต้องมีคุณภาพอากาศที่ดี บุคลากรมีสภาพการทำงานที่มั่นคงปลอดภัย

นอกจากนี้ สรพ. มีการพัฒนาระบบรายงานและเรียนรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ (National Reporting and Learning System: NRLS) ในปีงบประมาณ 2560 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาต่อเนื่องมาจากระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System: HRMS) ทั้งนี้ การจัดทำระบบ NRLS มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล และเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบของสถานพยาบาลเข้าสู่ฐานข้อมูลกลางแบบอัตโนมัติรวมเป็นระบบฐานข้อมูลความเสี่ยงกลางระดับประเทศ แบ่งระบบและฐานข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ระบบรายงานและเรียนรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ หรือ NRLS Center เป็นระบบและฐานข้อมูลแม่ข่ายส่วนกลางที่ติดตั้งอยู่ที่ สรพ. และ 2) ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล หรือ HRMS Client ซึ่งเป็นระบบและฐานข้อมูลลูกข่ายที่ติดตั้งอยู่ที่สถานพยาบาล

ข้อมูลที่ส่งจากระบบ NRLS Center ไปสู่ระบบ HRMS Client ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐานของระบบ ซึ่งสถานพยาบาลสมาชิกทุกแห่งต้องใช้ร่วมกัน เช่น ประเภทความเสี่ยง ความเสี่ยง กลุ่มผู้ใช้ ระดับความรุนแรง แหล่งที่มาของความเสี่ยง หรือวิธีการค้นพบความเสี่ยง ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงของความเสี่ยง เป็นต้น และ 2) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล ซึ่ง

สถานพยาบาลแต่ละแห่งจะต้องเพิ่มเติมข้อมูลตามบริบทและลักษณะการใช้งานขององค์กร เช่น พนักงาน หน่วยงาน ผู้ใช้ระบบ สถานที่เกิดเหตุ เป็นต้น ในขณะที่ข้อมูลที่ส่งจากระบบ HRMS Client ไปสู่ระบบ NRLS Center จะเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล ประกอบด้วย ความถี่ (จำนวนครั้ง) และระดับความรุนแรงของการเกิดและการแก้ไขความเสี่ยง องค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล และข้อมูลตัวหารของตัวชี้วัดความเสี่ยงด้านคลินิก โดยระบบจะส่งข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูลส่วนกลางเพื่อรวบรวมและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของประเทศ [11]

1.4 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้นเนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1) ศึกษาต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจากการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้
2) ศึกษาต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียไปเนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้
3) ศึกษาต้นทุนที่เกิดจากบุคลากรสาธารณสุขซึ่งได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้
4) ศึกษาต้นทุนการฟ้องร้องทางการแพทย์และค่าชดเชย/เงินช่วยเหลือต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้
5) ศึกษาผลกระทบทางสังคมโดยเฉพาะผลกระทบทางด้านจิตใจ (สุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยและญาติ) ที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้
6) ศึกษามุมมองของบุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วยรวมถึงญาติที่มีต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ และการเปิดเผยข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้

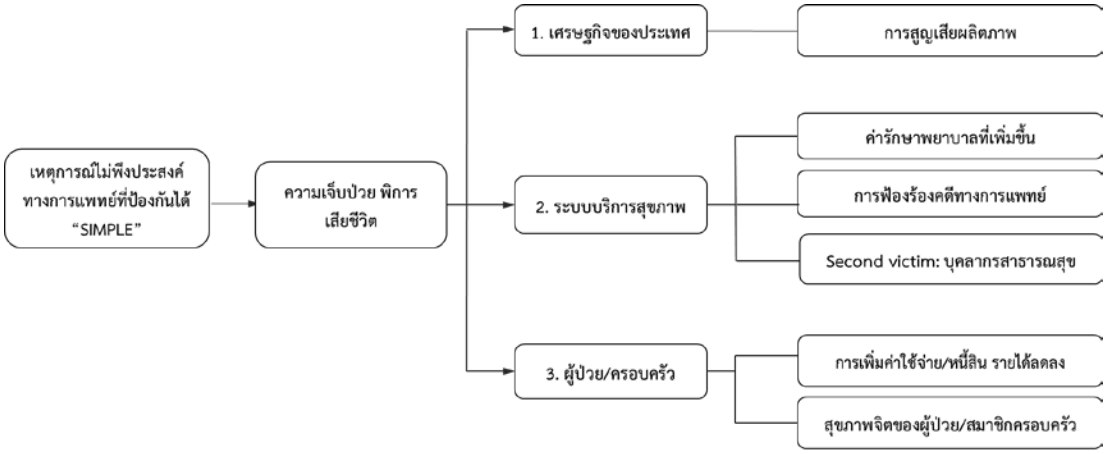
บทที่ 2 วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ รวมถึงการศึกษามุมมองของบุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วยรวมถึงญาติที่มีต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการเปิดเผยข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ โดยใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ โดยจัดกลุ่มผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ.2561 (Patients Safety Goals: SIMPLE) ได้แก่ safe surgery, infection control, medication & blood safety, patient care processes, line, tube & catheter and laboratory และ emergency response [9] เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ก่อให้เกิดผลเสียด้านสุขภาพกับผู้ป่วย เช่น ความเจ็บป่วย ความพิการ และการเสียชีวิต ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมในด้านต่างๆ ซึ่งสำหรับการศึกษานี้ได้ศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม ดังแสดงในรูปที่ 1 โดยแบ่งผลกระทบดังกล่าวออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1) ผลกระทบในระดับประเทศ เป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการสูญเสียผลิตภาพทั้งการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน (ชั่วคราว) และการพิการ/เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ถาวร)
2) ผลกระทบในระดับระบบบริการสุขภาพ เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานที่ดูแลเรื่องสิทธิรักษาพยาบาล สถานพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่
    - ค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ เช่น ค่ายา ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฯลฯ
    - การฟ้องร้องคดีทางการแพทย์ รวมถึงเงินชดเชยและเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
    - ผลกระทบที่เกิดกับบุคลากรสาธารณสุข หรือ *second victim* ทั้งการขาดงาน/การลาออก/การย้ายงาน หรือผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจ
3) ผลกระทบในระดับครอบครัวและผู้ป่วย ได้แก่ การเพิ่มค่าใช้จ่าย/หนี้สินของครัวเรือน รายได้ลดลง รวมไปถึงผลกระทบด้านจิตใจของสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย



รูป 1 กรอบแนวคิดของการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้

2.2 นิยามตัวแปร

- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event) หมายถึง การบาดเจ็บ อันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการดูแลรักษา มิใช่กระบวนการตามธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรืออวัยวะในร่างกายต้องสูญเสียการทำหน้าที่ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากความผิดพลาดในการดูแลรักษา (medical error)
- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ (preventable adverse event) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่จะไม่เกิดขึ้นหากผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติที่มีความเหมาะสม ณ ช่วงเวลาที่ได้รับการดูแล ทั้งนี้ การที่เหตุการณ์ใดๆ สามารถป้องกันได้หรือไม่นั้นให้อยู่บนพื้นฐานการยอมรับจากสังคม
- ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือทำให้ผู้ป่วยพิการถาวร หรือทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยชีวิต หรือเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือหมายถึงบุคลากรทางสาธารณสุขที่อยู่ในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์และได้รับผลกระทบต่อชื่อเสียง ความน่าเชื่อถือ หรือมีการร้องเรียนเรียกค่าเสียหาย หรือฟ้องร้องต่อศาลและสื่อ
- ต้นทุนที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ คือ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ ประกอบด้วย ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลและต้นทุนที่เกิดจากบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ฯ ได้แก่ ขาดงาน/ย้ายงานหรือ ลาออก

- ผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ คือ ผลกระทบทางจิตใจและชื่อเสียงที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางสาธารณสุข และสถานพยาบาล อันมีสาเหตุมาจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ โดยแบ่งระดับเหตุการณ์เป็น 2 ระดับได้แก่ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง (serious) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่หากเกิดขึ้นแล้วก่อให้เกิดการเสียชีวิต อันตรายถึงชีวิต ต้องนอนโรงพยาบาล หรือขยายเวลาการนอนโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความพิการ/ไร้ความสามารถ เกิดความผิดปกติแต่กำเนิด หรือก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงสำคัญทางคลินิก เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับเล็กน้อย (minor) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายอย่างถาวร หรืออันตรายถึงชีวิต

2.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3.1 การศึกษาเชิงปริมาณ

การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ในประเทศไทยในมุมมองสังคม (societal perspective) เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) โดยผู้วิจัยคัดเลือกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้มาเป็นกรณีศึกษาจากการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้งสิ้น 7 แห่ง พิจารณาคัดเลือกโรงพยาบาลที่มีการรายงานอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย “SIMPLE” ในระดับความรุนแรง F-I[1] ตั้งแต่ 10 เหตุการณ์ต่อโรงพยาบาลขึ้นไป (ใช้ข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2561- ธันวาคม 2562) จากระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของประเทศไทย (National Reporting and Learning System; NRLS) [12] ของ สรพ. (รหัสอุบัติการณ์แสดงดังตาราง 1) ทั้งนี้ การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ครอบคลุมต้นทุน 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) ต้นทุนทางตรง ได้แก่ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล 2) ต้นทุนทางอ้อม ได้แก่ ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียไป และ 3) ต้นทุนที่เกิดจากบุคลากรสาธารณสุข

[1] F คือ เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยต้องรักษาหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น, G คือ เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ ความเชื่อ และ/หรือ มีการร้องเรียน, H คือ เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียง และ/หรือ มีการร้องเรียนค่าเสียหายจากโรงพยาบาล และ I คือ เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียง โดยมีการฟ้องร้องทางศาล หรือสื่อ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการฟ้องร้องทางการแพทย์ (litigation costs) และค่าชดเชย/เงินช่วยเหลือโดยการรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องด้วย การศึกษาต้นทุนในแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 1 รหัสอุบัติการณ์ที่ใช้ในการคัดเลือกโรงพยาบาล

รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	รหัสอุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง
CPE101	Un-planed Cardiopulmonary Resuscitation	CPI401	การเกิดติดเชื้อดื้อยา
CPE201	Sepsis with death	CPL101	ท่อ เลื่อนหลุดเกิด re-intubation
CPE301	PPH with Complicate	CPP301	Misdiagnosis or delay diagnosisจนเกิดความรุนแรงระดับ G,H,I
CPI201	Catheter Associated Urinary Tract Infection	CPP303	ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน/ ประเมินผิด/ ประเมินไม่ครบถ้วน ตามเกณฑ์ อาการหรือการดำเนินโรค
CPI202	Ventilator-Associated Pneumonia	CPS105	Wrong implant/prosthetic
CPI203	Central Line-Associated Bloodstream Infection	CPS111	Intraoperative or immediately postoperative/post procedure death in an ASA PS I patient

ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล (medical costs)

ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาในรูปแบบจับคู่ย้อนหลัง (matched case-control study) คือการศึกษาต้นทุนที่เพิ่มขึ้น (marginal cost) ของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ (case) เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ (matched control) [13-15] โดยเก็บข้อมูลทุติยภูมิค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยในและติดตามข้อมูลการรักษากรณีผู้ป่วยนอกเป็นระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่เกิดเหตุการณ์ฯ จากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้พัฒนาเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่เกิดและไม่เกิดเหตุการณ์ฯ ดังนี้

- **เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย**
    - เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (inclusion criteria for case)
        - เกิดเหตุการณ์ที่มีรหัสอุบัติการณ์ตามนิยาม SIMPLE

- เกิดเหตุการณ์มีความรุนแรงระดับ F-I
- เกิดเหตุการณ์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559 – 30 เมษายน 2562

o เกณฑ์คัดออกผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (exclusion criteria for case)

- ไม่ใช่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้
- พยาธิสภาพหรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรค
- ข้อมูลในเวชระเบียนไม่ชัดเจนหรือไม่เพียงพอ
- การแพ้ยาครั้งแรก

o เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ (inclusion criteria for matched control)

- เพศเดียวกับผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ
- อายุมากกว่าหรือน้อยกว่าผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ 5 ปี
- วันที่เข้ารับการรักษาน้อยกว่าหรือมากกว่าผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ 6 เดือน
- สิทธิการรักษาพยาบาลเหมือนกับผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ
- โรคหลัก (Principal Diagnosis) เหมือนกับผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ
- โรคร่วม (Secondary Diagnosis) ที่สำคัญเหมือนกับผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ โดยเป็นโรคร่วมที่ส่งผลต่อค่ารักษาพยาบาล (ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทบทวนเวชระเบียน)
- หัตถการ (Procedure) ที่สำคัญเหมือนกับผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ

- **ขั้นตอนการเก็บข้อมูล**

1. การคัดเลือกผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (case) เบื้องต้น

โรงพยาบาลคัดเลือกผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (case) ตามเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (inclusion criteria for case) จากเวชระเบียนของโรงพยาบาลโดยอ้างอิงฐานข้อมูลของโรงพยาบาล 3 ฐานข้อมูล ได้แก่ 1) ฐานข้อมูล NRLS 2) ฐานข้อมูลการจ่ายเงินชดเชยตามมาตรา 41 และ 3) ฐานข้อมูลการบริหารจัดการความเสี่ยง

2. การคัดออกผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (case)

ทีมวิจัย (แพทย์) และบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุการณ์ฯ ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจากข้อ 1. เพื่อคัดออกผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดออกผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (exclusion criteria for case)

3. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (case)

ทีมผู้วิจัยบันทึกรายละเอียดของเหตุการณ์ฯ ที่คัดเลือกในข้อ 2. ลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน Microsoft Excel 2016 (Microsoft Corp., Redmond, WA) **(แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยตามภาคผนวก 1)** มีรายละเอียด ได้แก่

a. ข้อมูลทั่วไป (เพศ สัญชาติ วันเดือนปีเกิด อายุ สิทธิการรักษาพยาบาล รหัสประจำตัวผู้ป่วย)
b. วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน
c. วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกภายใน 6 เดือนนับจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
d. วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
e. สถานภาพการจำหน่าย
f. การมี/ไม่มีภาวะความพิการ
g. แผนกที่เข้ารับการรักษา
h. รหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (PDx)
i. รหัสการวินิจฉัยโรครอง (SDx1-10)
j. รหัสหัตถการ (Procedure 1-10)
k. สาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ฯ
l. โรค/อาหาร/ผลทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการเกิดเหตุการณ์ฯ

4. การคัดเลือกผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ (matched control)

ทีมวิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ (matched control) ตามเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ (inclusion criteria for matched control)

5. การจัดทำข้อมูลค่ารักษาพยาบาล

เจ้าหน้าที่สารสนเทศของโรงพยาบาลจัดทำข้อมูลค่ารักษาพยาบาลจำแนกตามอัตราค่าบริการสาธารณสุข 16 หมวดของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (case) กับผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ (control) รวมถึงการดึงรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ ตามภาคผนวก 1

- **การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล**

ทีมผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลรายบุคคลของผู้ป่วยที่เกิดและไม่เกิดเหตุการณ์ฯ ที่ได้รับจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลว่าข้อมูลที่ได้รับถูกต้องและครบถ้วนตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยหรือไม่ กรณีที่ข้อมูลไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยประสานไปยังเจ้าหน้าที่สารสนเทศของโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการขอแก้ไขข้อมูลอีกครั้ง

- **การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูล**

ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลกรณีเกิดเหตุการณ์ฯ คำนวณจากส่วนต่างค่ารักษาพยาบาลรายบุคคลระหว่างผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (case) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันแต่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ (matched control) ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ (matched control) มีมากกว่า 1 ราย ทีมวิจัยหาค่าเฉลี่ย (mean) และค่ามัธยฐาน (median) ของค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ (matched control) ทุกราย จากนั้นทีมวิจัยได้ใช้ bootstrap t-test โดยการทำซ้ำ 2,000 ครั้ง เพื่อประมาณผลต่างของค่าเฉลี่ย (mean difference) ระหว่างทั้งสองกลุ่ม ทั้งนี้ ทีมวิจัยปรับค่ารักษาพยาบาลเป็นต้นทุนโดยใช้อัตราส่วนต้นทุนต่อราคาขาย (Ratio of Costs to Charge: RCC) ที่ 1.63 สำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป [16] จากนั้นปรับต้นทุนเป็นปีปัจจุบันที่วิเคราะห์คือ 2562 โดยใช้ดัชนีราคาผู้บริโภคของประเทศไทย (Consumer Price Index: CPI) ในหมวดค่าตรวจรักษาและค่ายา [17] และนำเสนอต้นทุนค่ารักษาพยาบาลกรณีเกิดเหตุการณ์ฯ จำแนกตามรหัส “SIMPLE” (บาทต่อราย) นอกจากนี้ ทีมวิจัยทำนายค่าต้นทุนของการรักษาพยาบาลโดยใช้สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับข้อแนะนำจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการทำนายค่าต้นทุนของการรักษาพยาบาลก่อนหน้านี้ซึ่งจะมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ [18, 19] คือแบบจำลองเส้นตรงแบบทั่วไป (Generalized Linear Model: GLM) และใช้การกระจายตัวแบบแกมมา (gamma distribution) และฟังก์ชั่น (log-link function) ซึ่งใช้ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ และสร้างสมการสำหรับทำนายค่าต้นทุนที่เกิดขึ้นเนื่องจากค่ารักษาพยาบาลและต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจาการนอนโรงพยาบาล โดยมีตัวแปรใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ อายุ เพศ สิทธิการรักษาพยาบาล และชนิดของเหตุการณ์ SIMPLE ด้วยโปรแกรม STATA version 12 (StataCorp. 2011. Stata Statistical Software: Release 12. College Station, TX: StataCorp LP) โดยสมการที่ใช้อธิบายความสัมพันธ์เป็นดังนี้

$$\ln[E(y|x)] = x\beta$$

ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียไป (cost of productivity loss)

ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียไปหมายถึงต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียไปเนื่องจากความเจ็บป่วย ความพิการ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากเหตุการณ์ฯ โดยใช้การทบทวนเวชระเบียนข้อมูลของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ

(case) ได้แก่ จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลเนื่องจากการเกิดเหตุการณ์ฯ การมี/ไม่มีภาวะความพิการ และสถานภาพการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

- **การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูล**

ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียไปกรณีเกิดเหตุการณ์ฯ คำนวณด้วยวิธีทุนมนุษย์ (human capital approach) ทั้งนี้ การสูญเสียผลิตภาพจากการเจ็บป่วยเป็นวิธีการประมาณรายได้ที่สูญเสียไปจากจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจากการเกิดเหตุการณ์ฯ ส่วนการสูญเสียผลิตภาพจากความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเป็นวิธีการประมาณรายได้ที่สูญเสียไปในอนาคตทั้งหมดนับตั้งแต่พิการหรือเสียชีวิตขณะอายุระหว่าง 15- 60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่เป็นแรงงานในระบบ (formal sector) และมีโอกาสสูญเสียผลิตภาพจากความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรตามการศึกษาของมนฑรัตม์และคณะในปี 2551 [20] ทั้งนี้ ความพิการจะพิจารณาเฉพาะความพิการระดับ 5 อ้างอิงตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ซึ่งหมายถึงมีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (ที่จำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลัก) มากกว่าครึ่งตัว หรือแขนขามากกว่า 2 ข้าง สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อวันและรายได้เฉลี่ยต่อปีอ้างอิงข้อมูลรายได้เฉลี่ยคนไทยจากรายได้ประชาชาติเฉลี่ยต่อหัวประชากรต่อปี (Gross National Income per capita: GNI) [21] สรุปสูตรที่ใช้ในการคำนวณต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียไป ดังนี้

1. การสูญเสียผลิตภาพจากการเจ็บป่วย = จำนวนวันนอนที่เพิ่มขึ้น x รายได้เฉลี่ยต่อวัน
2. การสูญเสียผลิตภาพจากความพิการ = (60 – อายุที่พิการ) x รายได้เฉลี่ยต่อปี
3. การสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิต = (60 – อายุที่เสียชีวิต) x รายได้เฉลี่ยต่อปี

ต้นทุนที่เกิดจากบุคลากรสาธารณสุข

ต้นทุนที่เกิดจากบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ฯ หรือที่เรียกว่า second victim ได้แก่ ต้นทุนที่เกิดจากการขาดงาน/ย้ายงาน/ลาออก ทีมผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ต้นทุนเป็น 2 ส่วน ได้แก่ต้นทุนการขาดงานหรือย้ายงานที่มีสาเหตุจากเหตุการณ์ฯ และต้นทุนของบุคลากรใหม่ทดแทนบุคลากรเดิมที่ลาออกจากเหตุการณ์ฯ

- **ขั้นตอนการเก็บข้อมูล**

1. คณะผู้วิจัยประสานงานกับผู้ประสานงานในโรงพยาบาลเพื่อขอข้อมูลการขาดงาน/ย้ายงาน/ลาออกของบุคลากรสาธารณสุขอันเนื่องมาจากมีส่วนเกี่ยวข้องต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้

2. กรณีมีบุคลากรสาธารณสุขที่ขาดงาน/ย้ายงาน/ลาออก จากเหตุการณ์ฯ ผู้ประสานงานในโรงพยาบาลจะทำการประสานกับหัวหน้าแผนกที่บุคลากรสาธารณสุขท่านนั้นสังกัดอยู่ เพื่อให้คณะผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์
3. คณะผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์หัวหน้าแผนกเรื่องข้อมูลการขาดงาน/ย้ายงาน/ลาออกของบุคคลากรสาธารณสุข ได้แก่ เหตุการณ์ฯ ที่เกิดขึ้น ระดับความรุนแรง (F-I) ตำแหน่งและระดับการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ขาดงาน/ย้ายงาน/ลาออก และจำนวนวันที่ขาดงาน (รายละเอียดแบบเก็บข้อมูลการขาดงาน และย้ายงาน/การลาออก ตามเอกสารแนบ 2)
4. กรณีมีบุคลากรสาธารณสุขลาออกเนื่องจากมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุการณ์ฯ คณะผู้วิจัยจะประสานงานกับผู้ประสานงานในโรงพยาบาลเพื่อติดต่อขอสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลเพื่อให้คณะผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์
5. คณะผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลเรื่องข้อมูลการประกาศรับสมัครบุคลากรใหม่และค่าใช้จ่ายที่ใช้ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการประกาศรับสมัครบุคลากรใหม่ ค่าใช้จ่ายในการจ้างบุคลากรมาทดแทนชั่วคราว ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการสัมภาษณ์งาน ค่าใช้จ่ายในการปฐมนิเทศและพัฒนาศักยภาพบุคลากรใหม่ซึ่งถือเป็นต้นทุนผลิตภาพที่ลดลงของบุคลากรใหม่ (ที่ยังมีศักยภาพไม่เท่าบุคลากรเดิม) แยกตามตำแหน่งของบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล/บุรุษพยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร ผู้ช่วยแพทย์/ผู้ช่วยพยาบาล (รายละเอียดแบบเก็บข้อมูลต้นทุนในการประกาศรับสมัครบุคลากรใหม่ ตามเอกสารแนบ 3)

- **เกณฑ์การคัดเลือก**

ผู้วิจัยจะคัดเลือกเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากบุคลากรได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ฯ (ตามดุลยพินิจของหัวหน้าแผนกที่บุคลากรที่เกิดเหตุการณ์ฯ สังกัดอยู่) หากบุคลากรมีการขาดงาน/ย้ายงาน/ลาออกเนื่องมาจากสาเหตุอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ฯ จะไม่ถูกนำมาวิเคราะห์ต้นทุน

- **การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูล**

ต้นทุนจากการขาดงานจากเหตุการณ์ฯ คำนวณจากจำนวนวันที่บุคลากรสาธารณสุขขาดงานคูณกับรายได้เฉลี่ยต่อวันของบุคลากรท่านนั้น นำเสนอเป็นต้นทุนรวมทั้งหมดจากการขาดงานเนื่องจากการเกิดเหตุการณ์ฯ ต่อปีแยกตามตำแหน่งงานและระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ฯ

ต้นทุนของบุคลากรใหม่ทดแทนบุคลากรเดิมที่ย้ายงาน/ลาออกจากเหตุการณ์ฯ คำนวณจากผลรวมระหว่างค่าใช้จ่ายในการประกาศรับสมัครบุคลากรใหม่ต่อคน ค่าใช้จ่ายในการจ้างบุคลากรมาทดแทนชั่วคราวต่อ

คน ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการสัมภาษณ์งานต่อคน ค่าใช้จ่ายในการปฐมนิเทศและพัฒนาศักยภาพบุคลากรต่อคน นำเสนอเป็นต้นทุนในการสรรหาบุคลากรใหม่ทดแทนบุคลากรเดิมที่ย้ายงาน/ลาออกจากเหตุการณ์ฯ ต่อคนต่อปี แยกตามตำแหน่งงานและระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ฯ

ต้นทุนการฟ้องร้องทางการแพทย์ และค่าชดเชย/เงินช่วยเหลือ

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลต้นทุนการฟ้องร้องทางการแพทย์ และค่าชดเชย/เงินช่วยเหลือจากหน่วยงาน ได้แก่ 1) กลุ่มงานคดีทางการแพทย์ กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยขอข้อมูลสถิติคดีทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นระหว่างปีงบประมาณ 2539-2563 (ตั้งแต่เริ่มมีการเก็บข้อมูลถึงปัจจุบัน) และสิ้นสุดแล้ว ข้อมูลประกอบด้วย สาเหตุการฟ้อง สถานะ (เช่น ถอนฟ้อง คดีถึงที่สุด เป็นต้น) ทุนทรัพย์คดี ฯลฯ 2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยขอข้อมูลเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจากฐานข้อมูลการจ่ายเงินชดเชยให้แก่ผู้รับบริการในกรณีได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (มาตรา 41) ระหว่างปีงบประมาณ 2556-2560

2.3.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบทางสังคมโดยเฉพาะผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ และศึกษามุมมองของบุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วยรวมถึงญาติที่มีต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ และการเปิดเผยข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้

การศึกษาในส่วนนี้เลือกใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การอภิปรายกลุ่ม และการทบทวนเอกสารและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ (disclosure of preventable adverse events)[2] เพื่อให้ทราบกระบวนการฟื้นฟูและการปรับตัวเพื่อรับมือกับผลกระทบของบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงผลกระทบระยะยาว และเข้าใจบริบทของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ต่อผู้ป่วย

[2] การเปิดเผยข้อมูล (disclosure) ในบริบทของ patient safety หมายถึงกระบวนการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (หรือตัวแทน) ในเรื่องข้อมูลการรักษา รวมถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น โดยกระบวนการดังกล่าวมักประกอบด้วย การแสดงความรู้สึกเสียใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (apology) การอธิบายข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น (factual explanation) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ ข้อกังวล และความรู้สึก การหารือเรื่องผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นและการอธิบายขั้นตอนการจัดการผลกระทบและแนวทางการป้องกันการเกิดซ้ำ 22. Clinical Excellence Commission. Open Disclosure Handbook Sydney: Clinical Excellence Commission 2014.

1) การสัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข และญาติผู้ป่วย จำนวน 19 ท่าน เพื่อทราบถึงประสบการณ์และมุมมองของบุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วย (หรือญาติ) ในเรื่องผลกระทบของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ตามคำนิยามของการศึกษานี้ การปรับตัว ระบบสนับสนุน และมุมมองต่อการเปิดเผยข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้
2) การอภิปรายกลุ่มผู้บริหารสถานพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 14 ท่าน เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดเผยข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ และแนวทางการสนับสนุนให้เกิดการเปิดเผยข้อมูลความผิดพลาดในการดูแลรักษา
3) ทบทวนเอกสาร บันทึกของผู้ป่วย และนโยบายที่เกี่ยวข้อง เช่น ประมวลจรรยาบรรณ (code of ethics) หรือแนวปฏิบัติต่างๆ ในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์

- **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบ่งเป็นสองกลุ่มหลัก คือ 1) บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นเจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและเจรจาไกล่เกลี่ย หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข (ตาราง 2) ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ และ 2) ผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยใช้วิธีประสานกับ สรพ. ภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) พ.ศ.2561-2564 เพื่อให้ช่วยระบุและประสานผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยต้องการ

ตาราง 2 บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นเจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและเจรจาไกล่เกลี่ย หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข

โรงพยาบาล	จำนวนเตียง	ขนาดรพ.	ผู้ให้สัมภาษณ์
โรงพยาบาลที่ 1	1022	รพศ.	- เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ย (2 คน) - เจ้าหน้าที่กลุ่มงานประกันสุขภาพ (1 คน) - เจ้าหน้าที่ศูนย์บริหารความเสี่ยง (1 คน)
โรงพยาบาลที่ 2	502	รพท.	- เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ย (3 คน) - หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข (3 คน)
โรงพยาบาลที่ 3	580	รพท.	- เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ย (1 คน) - หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข (2 คน)
โรงพยาบาลที่ 4	555	รพศ.	- เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ย (1 คน) - หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข (2 คน)

โรงพยาบาล	จำนวนเตียง	ขนาดรพ.	ผู้ให้สัมภาษณ์
โรงพยาบาลที่ 5	445	รพท.	- เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ย (3 คน) - หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข (8 คน)
โรงพยาบาลที่ 6	417	นอกสังกัด สธ.	- เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ย (1 คน) - หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข (2 คน)
โรงพยาบาลที่ 7	500	นอกสังกัด สธ.	- เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ย (1 คน) - หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข (1 คน)

- **การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลในการประเมินนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตามกรอบการศึกษาผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ และกรอบปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเปิดเผยข้อมูลความผิดพลาดทางการแพทย์ โดยวิเคราะห์ประเด็น (thematic analysis) จากข้อมูลที่รวบรวมจากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ โดยเริ่มจากการกำหนดประเด็นหลัก (main themes) ตามวัตถุประสงค์เฉพาะและกรอบแนวคิด ทั้งนี้ ผู้ประเมินอาจกำหนดประเด็นย่อย (sub-themes) ขึ้นภายหลังตามการชี้นำของข้อมูลที่รวบรวมได้

2.4 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2562 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2563 สำหรับการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล ก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้งผู้วิจัยอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษานี้ สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการที่จะไม่ตอบคำถาม หรือการถอนตัวออกจากการศึกษา และการรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัว และผู้ให้ข้อมูลต้องแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูลโดยลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาก่อนเริ่มสัมภาษณ์ กรณีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลไม่มีการระบุชื่อของผู้ป่วยแต่ระบุเป็นรหัสผู้ป่วยแทน และมีการจำกัดผู้เข้าถึงข้อมูลเฉพาะทีมวิจัย ทั้งนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลใดๆ ในการศึกษานี้ถูกเก็บไว้เป็นความลับ และถูกนำเสนอในรูปแบบภาพรวมของการศึกษาเท่านั้น เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะถูกทำลายภายในระยะเวลา 5 ปี ภายหลังสิ้นสุดการศึกษา

บทที่ 3 ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์

การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ ประกอบด้วยต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียไป ต้นทุนที่เกิดจากบุคลากรสาธารณสุข และต้นทุนการฟ้องร้องทางการแพทย์ และค่าชดเชย/เงินช่วยเหลือ รายละเอียดผลการศึกษาแต่ละส่วนมีดังนี้

3.1 ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียไป

3.1.1 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ทั้งหมด

จากการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 7 แห่งพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ตรงตามเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (inclusion criteria for case) ทั้งหมด 599 ราย ภายหลังการทบทวนเวชระเบียนโดยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ถูกคัดออกตามเกณฑ์คัดออกผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (exclusion criteria for case) ทั้งสิ้น 406 ราย เนื่องจากไม่ใช่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ 237 ราย (ร้อยละ 58.4) เป็นพยาธิสภาพของโรค 87 ราย (ร้อยละ 21.4) ข้อมูลในเวชระเบียนไม่ชัดเจนหรือไม่เพียงพอ 75 ราย (ร้อยละ 18.5) และแพ้ยาครั้งแรก 7 ราย (ร้อยละ 1.7) ดังนั้นจึงเหลือผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ สำหรับการทบทวนต้นทุนทั้งสิ้น 193 ราย

ภายหลังการคัดเลือกผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ (matched control) ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (case) พบว่ามีผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (case) ที่ไม่สามารถหา control เปรียบเทียบได้จำนวน 21 ราย รวมถึงผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (case) โดยมี control เป็นตนเองกรณีไม่เกิดเหตุการณ์ฯ (เช่น กรณีผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลเพิ่มเติมเนื่องมาจากเหตุการณ์ฯ ซึ่งสามารถแยกต้นทุนช่วงไม่เกิดเหตุการณ์ฯ และเกิดเหตุการณ์ฯ ได้ชัดเจน) จำนวน 15 ราย ทีมวิจัยตัด case กรณีดังกล่าวออก ดังนั้น เหลือผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (case) สำหรับการวิเคราะห์ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น และต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียไปเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่มทั้งสิ้น 157 ราย

จากจำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (case) 157 ราย หากแบ่งผู้ป่วยตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goals) พบ อุบัติการณ์ความเสี่ยงประเภท S (Safe Surgery) จำนวน 82 ราย I (Infection Control) จำนวน 17 ราย M (Medication & Blood Safety) จำนวน 3 ราย P (Patient Care Process) จำนวน 31 ราย L (Line, Tube & Catheter and Laboratory) จำนวน 1 ราย และ E (Emergency Response) จำนวน 23 ราย ดังแสดงในตาราง 3 และพบจำนวน control ทั้งสิ้น 899 ราย แยกตามประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยงรายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 3 จำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ (case) ตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย

ประเภทของ Patient Safety Goals	จำนวน (ร้อยละ)	
S (Safe surgery)		**82 (52.2)**
Safe Surgery and Invasive Procedure	S1.1	59 (37.6)
	S1.2	16 (10.2)
	S1.3	6 (3.8)
	S1.4	1 (0.6)
I (Infection control)		**17 (10.8)**
Prevention of Healthcare Associated Infection	I2.1	6 (3.8)
	I2.2	11 (7.0)
M (Medication & blood safety)		**3 (1.9)**
Safe from Medication Error	M2	1 (0.6)
	M2.2	1 (0.6)
Blood Transfusion Safety	M5	1 (0.6)
P (Patient care processes)		**31 (19.8)**
Reduction of Diagnostic Errors	P3	17 (10.8)
Prevention of Common Complications	P4	5 (3.1)
	P4.1	6 (3.8)
	P4.2	3 (1.9)
L (Line, tube, catheter and laboratory)		**1 (0.6)**
Catheter and Tubing Connection, and Flow Control	L1	1 (0.6)
E (Emergency response)		**23 (14.7)**
Maternal & Neonatal Morbidity	E3.1	13 (8.3)
	E3.2	7 (4.5)
	E3.3	2 (1.3)
ER Safety	E4.2	1 (0.6)
รวม		**157 (100)**

ตาราง 4 สรุปจำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ (case) และผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ (control)

ประเภทของ Patient Safety Goals	จำนวน case (ร้อยละ)	จำนวน control (ร้อยละ)	อัตราส่วน case: control
S (Safe surgery)	82 (52.2)	572 (63.6)	1:7
I (Infection control)	17 (10.8)	46 (5.1)	3:8
M (Medication & blood safety)	3 (1.9)	19 (2.1)	1:6
P (Patient care processes)	31 (19.8)	138 (15.4)	2:9
L (Line, tube, catheter and laboratory)	1 (0.6)	7 (0.8)	1:7
E (Emergency response)	23 (14.7)	117 (13.0)	1:5
รวม	**157 (100)**	**899 (100)**	**1:6**

ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ เป็นเพศหญิงจำนวน 101 ราย (ร้อยละ 64.3 ของผู้ป่วยทั้งหมด) มีอายุเฉลี่ย 38.6 ปี เป็นผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด จำนวน 107 ราย (ร้อยละ 68.2 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีรหัสการวินิจฉัยโรคหลักในกลุ่มการตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด (Pregnancy, childbirth and the puerperium) มากที่สุด เป็นจำนวน 53 ราย (ร้อยละ 33.8 ของผู้ป่วยทั้งหมด) รองลงมา คือ ผู้ป่วยในกลุ่มของการบาดเจ็บ การเป็นพิษ และผลอื่นที่ตามมาของสาเหตุภายนอก (Injury, poisoning and certain other consequences of external causes) และโรคของระบบย่อยอาหาร (Diseases of the digestive system) ตามลำดับ ตาราง 5 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (case) และผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ (control)

ตาราง 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีเกิดเหตุการณ์ฯ (case) และไม่เกิดเหตุการณ์ฯ (control)

ข้อมูลทั่วไป	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)	กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)
จำนวน (%)	157 (100)	899 (100)
เพศ (ราย)*		
ชาย (%)	56 (35.7)	294 (32.7)
หญิง (%)	101 (64.3)	605 (67.3)
อายุ (ปี)		
Mean (SD)	38.6 (25.0)	31.5 (21.6)
Median (IQR)	33 (35.0)	27 (25.0)

ข้อมูลทั่วไป	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)	กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)
สิทธิการรักษา (ราย)**		
เงินสด (%)	18 (11.5)	133 (14.8)
สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (%)	9 (5.7)	19 (2.1)
ประกันสังคม (%)	11 (7.0)	29 (3.2)
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (%)	107 (68.2)	686 (76.3)
อื่นๆ (%)	12 (7.6)	32 (3.6)
การวินิจฉัยโรคหลัก (ตามกลุ่ม ICD10)**		
Certain infectious and parasitic diseases	5 (3.2)	12 (1.3)
Neoplasms	9 (5.7)	42 (4.7)
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	1 (0.6)	1 (0.1)
Diseases of the nervous system	1 (0.6)	2 (0.2)
Diseases of the eye and adnexa	1 (0.6)	2 (0.2)
Diseases of the ear and mastoid process	1 (0.6)	3 (0.3)
Diseases of the circulatory system	8 (5.1)	20 (2.2)
Diseases of the respiratory system	9 (5.7)	55 (6.1)
Diseases of the digestive system	13 (8.3)	82 (9.1)
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	5 (3.2)	8 (0.9)
Diseases of the genitourinary system	11 (7.1)	81 (9.0)
Pregnancy, childbirth, and the puerperium	53 (33.8)	426 (47.4)
Certain conditions originating in the perinatal period	12 (7.6)	80 (8.9)
Congenital malformations, deformations, and chromosomal abnormalities	1 (0.6)	6 (0.7)
Symptoms, signs, and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	1 (0.6)	2 (0.2)
Injury, poisoning, and certain other consequences of external causes	25 (15.9)	61 (6.8)
Factors influencing health status and contact with health services	1 (0.6)	16 (1.8)

หมายเหตุ: * P-value > 0.05 ** P-value < 0.05

3.1.2 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์: กรณีการผ่าตัดที่ปลอดภัย (S: safe surgery)

จากจำนวนเหตุการณ์ฯ ที่เกี่ยวกับการผ่าตัดทั้งหมด 82 ราย ผู้ป่วยทุกรายมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงจัดอยู่ในประเภทย่อย S1 (Safe Surgery and Invasive Procedure) เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ จำนวน 572 ราย ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ เป็นเพศหญิงจำนวน 59 ราย (ร้อยละ 72 ของผู้ป่วยทั้งหมด) มีอายุเฉลี่ย 39.1 ปี เป็นผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 64.6 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ผู้ป่วยมีรหัสการวินิจฉัยโรคหลักอยู่ในกลุ่มการตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด (Pregnancy, childbirth and the puerperium) มากที่สุด 32 ราย (ร้อยละ 39 ของผู้ป่วยทั้งหมด) รองลงมา คือ ผู้ป่วยกลุ่มการบาดเจ็บ การเป็นพิษ และผลอื่นที่ตามมาของสาเหตุภายนอก (Injury, poisoning and certain other consequences of external causes) และโรคของระบบย่อยอาหาร (Diseases of the digestive system) ตามลำดับ **ตาราง 6** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ (case) และผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ (control)

ตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณี safe surgery

ข้อมูลทั่วไป	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)	กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)
จำนวน (%)	82 (100)	572 (100)
เพศ (ราย)*		
ชาย (%)	23 (28.1)	113 (19.8)
หญิง (%)	59 (72.0)	459 (80.2)
อายุ (ปี)		
Mean (SD)	39.1 (20.4)	34.7 (17.3)
Median (IQR)	35 (30)	29 (23)
สิทธิการรักษา (ราย)**		
เงินสด (%)	11 (13.4)	105 (18.4)
สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (%)	5 (6.1)	9 (1.6)
ประกันสังคม (%)	6 (7.3)	24 (4.2)
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (%)	53 (64.6)	415 (72.6)
อื่นๆ (%)	7 (8.5)	19 (3.3)
การวินิจฉัยโรคหลัก (ตามกลุ่ม ICD10)**		
Neoplasms	8 (9.8)	41 (7.2)
Diseases of the eye and adnexa	1 (1.2)	2 (0.4)
Diseases of the ear and mastoid process	1 (1.2)	3 (0.5)

Diseases of the circulatory system	0 (0)	1 (0.2)
Diseases of the respiratory system	1 (1.2)	1 (0.2)
Diseases of the digestive system	11 (13.4)	64 (11.2)
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	4 (4.9)	6 (1.1)
Diseases of the genitourinary system	10 (12.2)	80 (14.0)
Pregnancy, childbirth and the puerperium	32 (39.0)	333 (58.2)
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	1 (1.2)	3 (0.5)
Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	13 (15.9)	38 (6.6)

หมายเหตุ: * P-value > 0.05 ** P-value < 0.05

จากตาราง 7 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 11.3 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12) ส่วนผู้ป่วยไม่เกิดเหตุการณ์ฯ มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 6.7 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.7) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนระหว่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.003) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 4.6 วัน (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง 1.60 ถึง 7.64 วัน)

ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนค่ายา และ/หรือ ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 105,117 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 166,959) ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนค่ายา และ/หรือ ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 50,392 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 53,710) (ดังรายละเอียดในตาราง 7) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยต้นทุนค่ายาและค่ารักษาพยาบาลระหว่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p*-value = 0.041) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนค่ายา/ค่ารักษาพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 54,724 บาท (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง 16,286 ถึง 93,161 บาท)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 4,066 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6,200) และกลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อราย เท่ากับ 1,725 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1,423) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลระหว่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.014) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีค่าเฉลี่ยต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 1,852 บาท (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง

1,852 ถึง 3,322 บาท) ทั้งนี้ การเกิดเหตุการณ์ฯ ก่อให้เกิดต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการทุพพลภาพ และตายก่อนวัยอันควร 127,023.3 บาทต่อราย

ตาราง 7 จำนวนวันนอนและต้นทุนกรณี safe surgery เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่เกิดและไม่เกิดเหตุการณ์ฯ

อุบัติการณ์	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)		กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)		Mean (of) difference (95% CI)
	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)	
S1: Safe Surgery and Invasive Procedure (82 ราย)					
จำนวนวันนอน (วัน)	11.3 (12.1)	6 (11)	6.7 (6.7)	4 (2)	4.6 (1.6 ถึง 7.6)
ต้นทุนค่ายา/รักษาพยาบาล (บาท/ราย)	105,116.6 (166,959.6)	54,166.6 (86,374.3)	50,392.4 (53,710.4)	30,101.9 (28,007.8)	54,724.2** (16,286.7 ถึง 93,161.7)
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล (บาท/ราย)	4,065.8 (6,200.0)	2,340.5 (4,979.1)	2,213.4 (2,581.1)	1,659.7 (2,340.5)	1,852.4** (382.4 ถึง 3,322.4)
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการทุพพลภาพและตายก่อนวัยอันควร (บาท/ราย)	127,023.3 (746,505.6)	0 (0)			

หมายเหตุ: **P-value < 0.05

3.1.3 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์: กรณีการควบคุมการติดเชื้อ (I: infection control)

จากจำนวนเหตุการณ์ฯ การติดเชื้อทั้งหมด 17 ราย ผู้ป่วยทุกรายมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงจัดอยู่ในประเภทย่อย I2 (Prevention of Healthcare Associated Infection) เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ จำนวน 46 ราย ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ เป็นเพศหญิงจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 47.1 ของผู้ป่วยทั้งหมด) มีอายุเฉลี่ย 66.1 ปี เป็นผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 64.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด) มีรหัสการวินิจฉัยโรคหลักอยู่ในกลุ่มโรคของระบบไหลเวียนโลหิต (Diseases of the circulatory system) และโรคของระบบหายใจ (Diseases of the respiratory system) มากที่สุด ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณี infection control

ข้อมูลทั่วไป	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)	กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)
จำนวน (%)	17 (100)	46 (100)
เพศ (ราย)*		
ชาย (%)	9 (52.9)	33 (71.7)
หญิง (%)	8 (47.1)	13 (28.3)
อายุ (ปี)		
Mean (SD)	66.1 (28.7)	65.4 (25.9)
Median (IQR)	76 (27)	74 (25)
สิทธิการรักษา (ราย)*		
สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (%)	3 (17.7)	7 (15.2)
ประกันสังคม (%)	1 (5.9)	1 (2.2)
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (%)	11 (64.7)	36 (78.3)
อื่นๆ (%)	2 (11.8)	2 (4.4)
การวินิจฉัยโรคหลัก (ตามกลุ่ม ICD10)*		
Certain infectious and parasitic diseases	1 (5.9)	4 (8.7)
Endocrine, nutritional, and metabolic diseases	1 (5.9)	1 (2.2)
Diseases of the nervous system	1 (5.9)	2 (4.4)
Diseases of the circulatory system	4 (23.5)	10 (21.7)
Diseases of the respiratory system	4 (23.5)	16 (34.8)
Diseases of the digestive system	1 (5.9)	4 (8.7)
Diseases of the genitourinary system	1 (5.9)	1 (2.2)
Certain conditions originating in the perinatal period	2 (11.8)	5 (10.9)
Injury, poisoning, and certain other consequences of external causes	2 (11.8)	3 (6.5)

หมายเหตุ: * P-value > 0.05 ** P-value < 0.05

จากตาราง 9 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 35.1 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.7) ส่วนผู้ป่วยไม่เกิดเหตุการณ์ฯ มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 28.9 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 32.1) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนระหว่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-

value = 0.505) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 6.2 วัน (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง -12.6 ถึง 24.9 วัน)

ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนค่ายา และ/หรือ ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 280,175 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 152,101) ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนค่ายา และ/หรือ ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 164,401 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 158,738) (ดังรายละเอียดในตาราง 9) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยต้นทุนค่ายาและค่ารักษาพยาบาลระหว่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.05) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนค่ายา/ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 115,775 บาท (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง 4,603 ถึง 219,029 บาท)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 4,628 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10,944) และกลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อราย เท่ากับ 2,213 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7,933) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลระหว่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.512) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีค่าเฉลี่ยต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลต่อรายมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 2,415 บาท (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง -3,470 ถึง 9,053 บาท) ทั้งนี้ การเกิดเหตุการณ์ฯ ก่อให้เกิดต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการทุพพลภาพและตายก่อนวัยอันควร 227,742 บาทต่อราย

ตาราง 9 จำนวนวันนอนและต้นทุนกรณี infection control เปรียบเทียบระหว่างเกิดและไม่เกิดเหตุการณ์ฯ

อุบัติการณ์	**กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)**		**กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)**		Mean (of) Difference (95% CI)
	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)	
I2: Prevention of Healthcare Associated Infection (17 ราย)					
จำนวนวันนอน (วัน)	35.1 (19.7)	32 (17)	28.9 (32.1)	8.5 (18.5)	6.2 (-12.6 ถึง 24.9)
ต้นทุนค่ายา/ รักษาพยาบาล (บาท/ราย)	280,175.4 (152,104.9)	287,638.8 (218,337.1)	164,400 (158,737.7)	65,885.1 (55,403.1)	115,774.5** (4,602.9 ถึง 219,029.9)

อุบัติการณ์	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)		กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)		Mean (of) Difference (95% CI)
	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)	
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล (บาท/ราย)	4,627.9 (10,943.6)	0 (0)	1,400.8 (4,903.6)	0 (0)	2,415.0 (-3,469.7 ถึง 9,053.2)
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการทุพพลภาพ และตายก่อนวัยอันควร (บาท/ราย)	227,742.3 (585,347.8)	0 (0)			

หมายเหตุ: **P-value < 0.05

3.1.4 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์: กรณีความปลอดภัยของการใช้ยาและการถ่ายโลหิต (M: medication & blood safety)

จากจำนวนเหตุการณ์ฯ ที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของการใช้ยาและการถ่ายโลหิตทั้งหมด 3 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงจัดอยู่ในประเภทย่อย M2 (Safe from Medication Error) 2 ราย และ M5 (Blood Transfusion Safety) 1 ราย เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ จำนวน 19 ราย ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีอายุเฉลี่ย 39 ปี มีรหัสการวินิจฉัยโรคหลักอยู่ในกลุ่มโรคของระบบหายใจ (Diseases of the respiratory system) โรคของระบบย่อยอาหาร (Diseases of the digestive system) และกลุ่มการตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด (Pregnancy, childbirth and the puerperium) ตาราง 10 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ และผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ

ตาราง 10 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณี medication & blood safety

ข้อมูลทั่วไป	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)	กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)
จำนวน (%)	3 (100)	19 (100)
เพศ (ราย)*		
ชาย (%)	2 (66.7)	18 (94.7)
หญิง (%)	1 (33.3)	1 (5.3)
อายุ (ปี)		

Mean (SD)	39 (23.5)	27.3 (21.9)
Median (IQR)	40 (47)	20 (21)
สิทธิการรักษา (ราย)*		
ประกันสังคม (%)	1 (33.3)	1 (5.3)
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (%)	2 (66.7)	18 (94.7)
การวินิจฉัยโรคหลัก (ตามกลุ่ม ICD10)*		
Diseases of the respiratory system	1 (33.3)	4 (21.1)
Diseases of the digestive system	1 (33.3)	14 (73.7)
Pregnancy, childbirth and the puerperium	1 (33.3)	1 (5.3)

หมายเหตุ: * P-value > 0.05 ** P-value < 0.05

จากตาราง 11 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี M2 และ M5 มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 16 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.5) และ 7 วัน ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี M2 และ M5 มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 10.5 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.0) และ 2 วัน ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนระหว่างกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ และไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี M2 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.655) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 5.5 วัน (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง -44.4 ถึง 55.4 วัน)

ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี M2 และ M5 มีต้นทุนค่ายา และ/หรือ ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 160,619 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 161,960) และ 53,765 บาท ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี M2 และ M5 มีต้นทุนค่ายา และ/หรือ ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 88,710 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 98,877) และ 13,068 บาท ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตาราง 11) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยต้นทุนค่ายาและค่ารักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ และไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี M2 พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.655) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนค่ายา/ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 71,909 บาท (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง -65,920 ถึง 209,738 บาท)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี M2 และ M5 มีต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 2,766 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3,912) และ 3,873 บาท ตามลำดับ และกลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี M2 และ M5 มีต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 553 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 782) และ 1,107 บาท ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยต้นทุน

ผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ และไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี M2 พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.569) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีค่าเฉลี่ยต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลต่อรายมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 2,213 บาท (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง -1,107 ถึง 5,532 บาท)

ตาราง 11 จำนวนวันนอนและต้นทุนกรณี medication & blood safety เปรียบเทียบระหว่างเกิดและไม่เกิดเหตุการณ์ฯ

อุบัติการณ์	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)		กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)		Mean Difference (95% CI)
	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)	
M2: Safe from Medication Error (2 ราย)					
จำนวนวันนอน (วัน)	16 (8.5)	16 (12)	10.5 (12.0)	8.3 (12.5)	5.5 (-44.4 ถึง 55.4)
ต้นทุนค่ายา/รักษาพยาบาล (บาท/ราย)	160,618.7 (161,960.3)	160,618.7 (229,046.5)	88,709.6 (98,876.5)	49,029.8 (60,626.6)	71,909.1 (-65,920 ถึง 209,738)
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล (บาท/ราย)	2,766.2 (3,912.0)	2,766.2 (5,532.4)	296.4 (419.1)	0 (0)	2,212.9 (-1,106.5 ถึง 5,532.4)
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการทุพพลภาพ และตายก่อนวัยอันควร (บาท/ราย)	0 (0)	0 (0)			
M5: Blood Transfusion Safety (1 ราย)					
จำนวนวันนอน (วัน)	7 (NA)	7 (0)	2 (NA)	2 (0)	5 (NA)
ต้นทุนค่ายา/รักษาพยาบาล (บาท/ราย)	53,765.0 (NA)	53,765.0 (0)	13,068.5 (NA)	13,068.5 (0)	40,696 (NA)
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล (บาท/ราย)	3,872.7 (NA)	3,872.7 (0)	1,106.5 (NA)	1,106.5 (0)	2,766 (NA)

อุบัติการณ์	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)		กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)		Mean Difference (95% CI)
	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)	
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการทุพพลภาพ และตายก่อนวัยอันควร (บาท/ราย)	0 (NA)	0 (0)			

3.1.5 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์: กรณีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย (P: patient care processes)

จากจำนวนเหตุการณ์ฯ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 31 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงจัดอยู่ในประเภทย่อย P3 (Reduction of Diagnostic Errors) 17 ราย และ P4 (Prevention of Common Complications) 14 ราย เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ จำนวน 138 ราย ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ เป็นเพศชายจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 58.1 ของผู้ป่วยทั้งหมด) มีอายุเฉลี่ย 35.3 ปี เป็นผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 83.9 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ผู้ป่วยมีรหัสการวินิจฉัยโรคหลักอยู่ในกลุ่มของการบาดเจ็บ การเป็นพิษ และผลอื่นที่ตามมาของสาเหตุภายนอก (Injury, poisoning and certain other consequences of external causes) มากที่สุด 9 ราย (ร้อยละ 29 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ตาราง 12 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ และผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ

ตาราง 12 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณี patient care processes

ข้อมูลทั่วไป	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)	กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)
จำนวน (%)	31 (100)	138 (100)
เพศ (ราย)**		
ชาย (%)	18 (58.1)	106 (76.8)
หญิง (%)	13 (41.9)	32 (23.2)
อายุ (ปี)		
Mean (SD)	35.3 (29.0)	17.4 (25.2)
Median (IQR)	34 (55)	2 (29)
สิทธิการรักษา (ราย)*		
เงินสด (%)	1 (3.2)	1 (0.7)

ข้อมูลทั่วไป	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)	กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)
สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (%)	1 (3.2)	3 (2.2)
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (%)	26 (83.9)	123 (89.1)
อื่นๆ (%)	3 (9.7)	11 (8.0)
การวินิจฉัยโรคหลัก (ตามกลุ่ม ICD10)**		
Certain infectious and parasitic diseases	4 (12.9)	8 (5.8)
Neoplasms	1 (3.2)	1 (0.7)
Diseases of the circulatory system	4 (12.9)	9 (6.5)
Diseases of the respiratory system	3 (9.7)	34 (24.6)
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	1 (3.2)	2 (1.5)
Pregnancy, childbirth and the puerperium	3 (9.7)	5 (3.6)
Certain conditions originating in the perinatal period	4 (12.9)	43 (31.2)
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	1 (3.2)	2 (1.5)
Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	9 (29.0)	17 (12.3)
Factors influencing health status and contact with health services	1 (3.2)	16 (11.6)

หมายเหตุ: * P-value > 0.05 ** P-value < 0.05

จากตาราง 13 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี P3 และ P4 มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 13.2 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18) และ 31.8 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 38) ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี P3 และ P4 มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 7.4 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11) และ 15 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22) ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนระหว่างกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ และไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี P3 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value = 0.259) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 5.8 วัน (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง -4.6 ถึง 16.2 วัน) และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนระหว่างกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ และไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี P4 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p*-value = 0.170*)* โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 16.6 วัน (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง -7.7 ถึง 41.0 วัน)

ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี P3 และ P4 มีต้นทุนค่ายา และ/หรือ ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 132,398บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 139,473) และ 240,144 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 244,652) ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี P3 และ P4 มีต้นทุนค่ายา และ/หรือ ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 49,708 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 86,934) และ 144,516 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 314,171) ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตาราง 13) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยต้นทุนค่ายาและค่ารักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ และไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี P3 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value = 0.053) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนค่ายา/ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 82,691 บาท (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง -6,174 ถึง 159,851 บาท) และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยต้นทุนค่ายาและค่ารักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ และไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี P4 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value = 0.420) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนค่ายา/ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 95,628 บาท (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง -134,634 ถึง 290,295 บาท)

ตาราง 13 จำนวนวันนอนและต้นทุนกรณี patient care processes เปรียบเทียบระหว่างเกิดและไม่เกิดเหตุการณ์ฯ

อุบัติการณ์	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)		กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)		Mean Difference (95% CI)
	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)	
P3: Reduction of Diagnostic Errors (17 ราย)					
จำนวนวันนอน (วัน)	13.2 (17.9)	7 (12)	7.4 (10.7)	4 (3)	5.8 (-4.6 ถึง 16.2)
ต้นทุนค่ายา/ รักษาพยาบาล (บาท/ราย)	132,398.3 (139,473)	59,960.5 (165,158.0)	49,707.7 (86,933.7)	17,951.8 (20,696.9)	82,690.6 (-6,174.1ถึง159,851.9)
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล (บาท/ราย)	3,682.8 (7,103.8)	0 (3,851.7)	2,254.3 (5,937.3)	292.6 (2,291.2)	1,428.4 (-2,453 ถึง 5,816)
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการทุพพล	504,941.2 (1,253,293)	0 (0)			

อุบัติการณ์	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)		กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)		Mean Difference (95% CI)
	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)	
ภาพ และตายก่อนวัยอันควร (บาท/ราย)					
P4: Prevention of Common Complications (14 ราย)					
จำนวนวันนอน (วัน)	31.8 (38.0)	27 (26)	15.1 (21.8)	7 (8.5)	16.6 (-7.7 ถึง 41.0)
ต้นทุนค่ายา/รักษาพยาบาล (บาท/ราย)	240,143.8 (244,652.1)	140,585.1 (313,843.0)	144,516.2 (314,171.3)	27,890.1 (105,387.2)	95,627.6 (-134,633.7 ถึง 290,294.5)
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล (บาท/ราย)	12,201.4 (22,866.2)	0 (17,554.0)	6,619.2 (13,502.5)	0 (5,893.4)	5,582.2 (-8,753.8 ถึง 23,795.4)
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการทุพพลภาพ และตายก่อนวัยอันควร (บาท/ราย)	137,297.4 (513,719.8)	0 (0)			

หมายเหตุ: **P-value < 0.05

นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี P3 และ P4 มีต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 3,683 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7,104) และ 12,201 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22,866) ตามลำดับ และกลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี P3 และ P4 มีต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อราย เท่ากับ 2,254 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5,937) และ 6,619 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13,503) ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ และไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี P3 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.493) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีค่าเฉลี่ยต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลต่อรายมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 1,428 บาท (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง -2,453 ถึง 5,816 บาท) `และ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ และไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี P4 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value = 0.493) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีค่าเฉลี่ยต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลต่อรายมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 5,582 บาท (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง (-8754 ถึง 23,795 บาท)

3.1.6 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์: กรณีความปลอดภัยของการใช้ท่อ สายสวน และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (L: Line, Tube & Catheter and Laboratory)

ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ฯ ที่เกี่ยวกับ Line, Tube & Catheter and Laboratory 1 ราย เป็นผู้ป่วยแรกเกิดเพศหญิง ใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีรหัสการวินิจฉัยโรคหลักอยู่ในกลุ่มภาวะจำเพาะที่เริ่มต้นในระยะปริกำเนิด (Certain conditions originating in the perinatal period) รายละเอียดแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณี Line, Tube & Catheter and Laboratory

ข้อมูลทั่วไป	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)	กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)
จำนวน (%)	1 (100)	7 (100)
เพศ (ราย)		
ชาย (%)	0 (0)	0 (0)
หญิง (%)	1 (100)	7 (100)
อายุ (ปี)		
Mean (SD)	0 (NA)	0 (0)
Median (IQR)	0 (0)	0 (0)
สิทธิการรักษา (ราย)		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (%)	1 (100)	7 (100)
การวินิจฉัยโรคหลัก (ตามกลุ่ม ICD10)		
Certain conditions originating in the perinatal period	1 (100)	7 (100)

ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีจำนวนวันนอน 55 วัน ในขณะที่ผู้ป่วยไม่เกิดเหตุการณ์ฯ มีจำนวนวันนอน 20 วัน ในส่วนของต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนค่ารักษาพยาบาล 359,587 บาท มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 211,141 บาทต่อราย รายละเอียดดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 จำนวนวันนอนและต้นทุนกรณี Line, Tube & Catheter and Laboratory เปรียบเทียบระหว่างเกิดและไม่เกิดเหตุการณ์ฯ

อุบัติการณ์	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)		กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)		Mean difference (95% CI)
	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)	
L1: Line, Tube & Catheter and Laboratory (1 ราย)					
จำนวนวันนอน (วัน)	55 (NA)	55 (0)	27.9 (NA)	20 (0)	35 (24)
ต้นทุนค่ายา/รักษาพยาบาล (บาท/ราย)	359,588.6 (NA)	359,588.6 (0)	177,456.9 (NA)	148,447.4 (0)	211,141 (167,074)
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล (บาท/ราย)	0 (NA)	0 (0)	0 (NA)	0 (0)	0
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการทุพลภาพ และตายก่อนวัยอันควร (บาท/ราย)	0 (NA)	0 (0)			

3.1.7 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์: กรณีการจัดการในภาวะฉุกเฉินของสถานพยาบาล (E: emergency response)

จากจำนวนเหตุการณ์ฯ ที่เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะฉุกเฉินของสถานพยาบาล 23 ราย ผู้ป่วยมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงจัดอยู่ในประเภทย่อย E3 (Maternal & Neonatal Morbidity) 22 ราย และ E4 (ER Safety) 1 รายเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ จำนวน 117 ราย ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์เป็นเพศหญิง จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 82.6 ของผู้ป่วยทั้งหมด) มีอายุเฉลี่ย 22.5 ปี เป็นผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 60.9 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีรหัสการวินิจฉัยโรคหลักในกลุ่มการตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด (Pregnancy, childbirth and the puerperium) มากที่สุด 17 ราย (ร้อยละ 73.9 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ตาราง 16 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ และผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ

ตาราง 16 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณี emergency response

ข้อมูลทั่วไป	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)	กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)
จำนวน (%)	23 (100)	117 (100)
เพศ (ราย)*		
ชาย (%)	4 (17.4)	24 (20.5)
หญิง (%)	19 (82.6)	93 (79.5)
อายุ (ปี)		
Mean (SD)	22.5 (13.5)	21.6 (12.6)
Median (IQR)	27 (16)	25 (10)
สิทธิการรักษา (ราย)*		
เงินสด (%)	6 (26.1)	27 (23.1)
ประกันสังคม (%)	3 (13.0)	3 (2.6)
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (%)	14 (60.9)	87 (74.4)
การวินิจฉัยโรคหลัก (ตามกลุ่ม ICD10)*		
Pregnancy, childbirth, and the puerperium	17 (73.9)	87 (74.4)
Certain conditions originating in the perinatal period	5 (21.7)	25 (21.4)
Congenital malformations, deformations, and chromosomal abnormalities	0 (0)	2 (1.7)
Injury, poisoning, and certain other consequences of external causes	1 (4.4)	3 (2.6)

หมายเหตุ: * P-value > 0.05 ** P-value < 0.05

จากตาราง 17 ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี E3 และ E4 มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 8.4 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.3) และ 1 วัน ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี E3 และ E4 มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 7.6 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.2) และ 0.7 วัน ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนระหว่างกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ และไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี E3 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.881) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 0.7 วัน (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง -9.0 ถึง 10.5 วัน)

ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี E3 และ E4 มีต้นทุนค่ายา และ/หรือ ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 92,624 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 185,859) และ 12,921 บาท ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์

ฯ กรณี E3 และ E4 มีต้นทุนค่ายา และ/หรือ ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 77,655 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 226,837) และ 5,907 บาท ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตาราง 17) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยต้นทุนค่ายาและค่ารักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ และไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี E3 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.838) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนค่ายา/ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 14,968 บาท (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง -122,968 ถึง 136,836 บาท)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี E3 และ E4 มีต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 2,405 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3,420) และ 550 บาท ตามลำดับ และกลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี E3 และ E4 มีต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อราย เท่ากับ 1,366 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 966) และ 183 บาท ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ และไม่เกิดเหตุการณ์ฯ กรณี E3 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.248) โดยกลุ่มที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีค่าเฉลี่ยต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลต่อรายมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ 1,040 บาท (95% ความเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง -223 ถึง 2,889 บาท)

ตาราง 17 จำนวนวันนอนและต้นทุนกรณี emergency response เปรียบเทียบระหว่างเกิดและไม่เกิดเหตุการณ์ฯ

อุบัติการณ์	**กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)**		**กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)**		Mean Difference (95% CI)
	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)	
E3: Maternal & Neonatal Morbidity (22 ราย)					
จำนวนวันนอน (วัน)	8.4 (13.3)	4 (6)	7.6 (18.2)	3 (1.5)	0.72 (-9.0 ถึง 10.5)
ต้นทุนค่ายา/รักษาพยาบาล (บาท/ราย)	92,624.1 (185,858.6)	34,063.8 (61,211.1)	77,655.3 (226,837.1)	11,956.1 (13,826.9)	14,968.8 (-122,968.8 ถึง 141,288.4)
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล (บาท/ราย)	2,405.8 (3,420.0)	1,707.6 (1,787.3)	1,365.8 (965.8)	1,410.5 (1,154.3)	1,039.9 (-223.9 ถึง 2,888.6)
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการทุพพลภาพ และตายก่อนวัยอันควร	530,572.7 (1,770,352)	0 (0)			

อุบัติการณ์	กรณีเกิดเหตุการณ์ (case)		กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ (control)		Mean Difference (95% CI)
	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)	
(บาท/ราย)					
E4: ER Safety (1 ราย)					
จำนวนวันนอน (วัน)	1 (NA)	1 (0)	0.7 (NA)	1 (0)	0.3 (0)
ต้นทุนค่ายา/รักษาพยาบาล (บาท/ราย)	12,920.9 (NA)	12,920.9 (0)	5,906.8 (NA)	2,484.5 (0)	7,014.1 (0)
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล (บาท/ราย)	550.2 (NA)	550.2 (0)	366.8 (NA)	550.2 (0)	183.4 (0)
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการทุพพลภาพ และตายก่อนวัยอันควร (บาท/ราย)	7,230,115 (NA)	7,230,115 (0)			

หมายเหตุ: ** P-value < 0.05

3.2 การทำนายค่าต้นทุนของการรักษาพยาบาลและผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล

3.2.1 ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล

จากตาราง 18 พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับต้นทุนค่ารักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เป็นผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ ซึ่งมีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เพศหญิงมีค่าต้นทุนต่ำกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปมีค่าต้นทุนสูงกว่าผู้ป่วยเด็กอายุ 0-5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.019) ชนิดของเหตุการณ์ I มีค่าต้นทุนสูงกว่า S อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002) และ ชนิดของเหตุการณ์ L มีค่าต้นทุนสูงกว่า S อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

ตาราง 18 การทำนายค่าต้นทุนของการรักษาพยาบาล

Generalized linear models			No. of obs.	=	918
Optimization: ML			Residual df	=	903
			Scale parameter	=	2.387101
Deviance	=	753.5489552	(1/df) Deviance	=	0.834495

Pearson	=	2155.552274	(1/df) Pearson	=	2.387101
Variance function: V(u)	=	u^2	[Gamma]		
Link function: g(u)	=	ln(u)	[Log]		
			AIC	=	23.17183
Log likelihood	=	-10620.86945	BIC	=	-5406.895

OIM						
sumcostmed	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
1.case	1.157198	0.1450918	7.98	0.000	0.8728237	1.441573
2.gender	-0.6813758	0.1437251	-4.74	0.000	-0.9630718	-0.3996799
agegr						
6-12 yrs	-0.7266399	0.5459341	-1.33	0.183	-1.796651	0.343371
13-24 yrs	0.0173171	0.2033119	0.09	0.932	-0.3811668	0.415801
25-59 yrs	0.3543625	0.1820835	1.95	0.052	-0.0025147	0.7112396
+60 yrs	0.5591692	0.2391614	2.34	0.019	0.0904215	1.027917

insure	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
SSS	0.1325171	0.2723426	0.49	0.627	-0.4012646	0.6662987
CSMBS	0.1282249	0.3368953	0.38	0.703	-0.5320778	0.7885277
Other&Cash	-0.0111922	0.1361992	-0.08	0.935	-0.2781376	0.2557532
typeevent						
I	0.7559608	0.2392921	3.16	0.002	0.2869569	1.224965
M	0.0514367	0.5472543	0.09	0.925	-1.021162	1.124035
P	0.1404709	0.1668483	0.84	0.400	-0.1865457	0.4674875
L	2.154583	0.577182	3.73	0.000	1.023327	3.285838
E	-0.0771977	0.1605951	-0.48	0.631	-0.3919583	0.2375628
_cons	10.56684	0.1900313	55.61	0.000	10.19439	10.9393

*ค่าอ้างอิงของแต่ละตัวแปร case (reference control), gender (reference male), agegr (reference 0-5 years), insure (reference UC), typeevent (reference S)

**UC สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า SSS สิทธิประกันสังคม CSMBS สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

3.2.2 ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล

จากตาราง 19 พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เป็นผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯซึ่งมีค่าต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) และผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีค่าต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล ต่ำกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$)

ตาราง 19 การทำนายค่าต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล

Generalized linear models			No. of obs	=	918
Optimization: ML			Residual df	=	912
			Scale parameter	=	3.0919
Deviance	=	471.986657	(1/df) Deviance	=	.5175292
Pearson	=	2819.812772	(1/df) Pearson	=	3.0919
Variance function: V(u)	=	u^2	[Gamma]		
Link function: g(u)	=	ln(u)	[Log]		
			AIC	=	17.28652
Log likelihood	=	-7928.51255	BIC	=	-5749.857

	OIM					
sumcostmed	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
1.case	0.9847307	0.16841	5.9	0.000	0.6546599	1.314801
2.gender	0.1758528	0.13678	1.3	0.199	-0.0922374	0.4439429
insure						
SSS	0.183953	0.29928	0.6	0.54	-0.4026225	0.7705286
CSMBS	-1.429695	0.34435	-4.2	0	-2.104603	-0.7547879
Other&Cash	0.2078163	0.14791	1.4	0.16	-0.0820746	0.4977073
_cons	7.351804	0.12625	58	0.000	7.104351	7.599257

*ค่าอ้างอิงของแต่ละตัวแปร case (reference control), gender (reference male), insure (reference UC)

**UC สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า SSS สิทธิประกันสังคม CSMBS สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

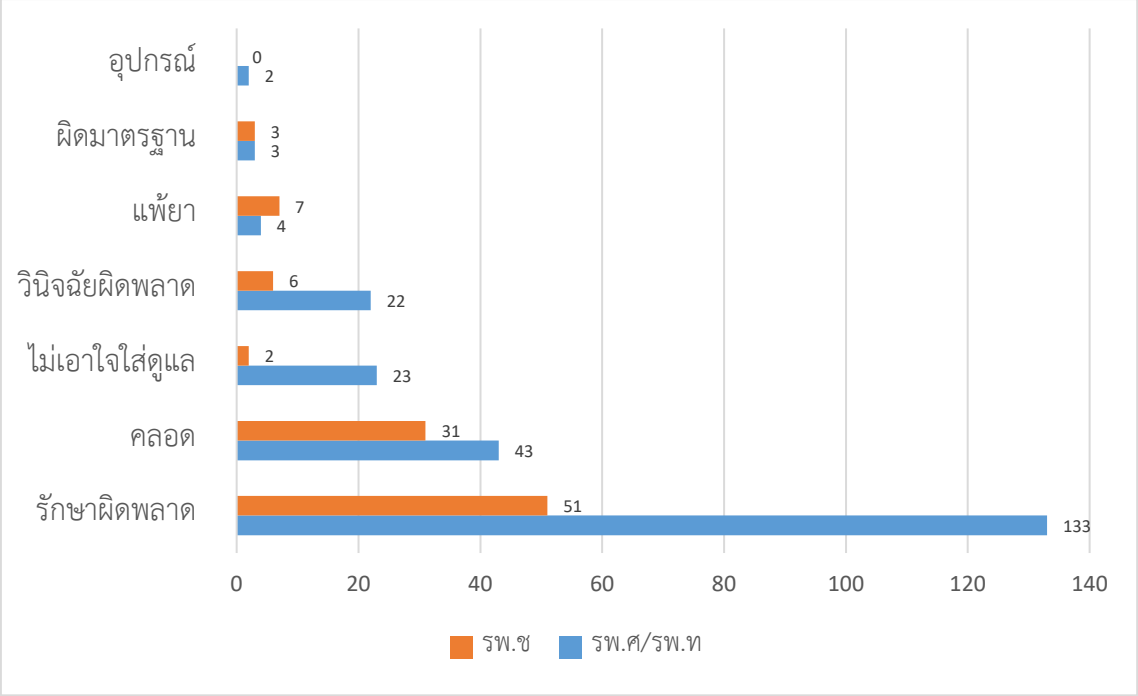
3.3 ต้นทุนที่เกิดจากบุคลากรสาธารณสุข

จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์หัวหน้าแผนกที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกิดเหตุการณ์ฯ สังกัดอยู่จำนวน 7 คนจากโรงพยาบาล 7 แห่ง ซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษา พบว่ามีบุคลากรสาธารณสุข (แพทย์) ที่เป็นผู้เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุการณ์ฯ และมีส่วนในการตัดสินใจลาออกจากโรงพยาบาลจำนวน 1 คน โรงพยาบาลมีต้นทุนของบุคลากรใหม่ทดแทนบุคลากรเดิมที่ลาออกจากเหตุการณ์ฯ โดยโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายในการปฐมนิเทศและพัฒนาศักยภาพบุคลากรใหม่ทดแทนบุคลากรเดิมจำนวนทั้งสิ้น 1,258,350 บาท ประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายในการปฐมนิเทศจำนวน 350 บาท ค่าอบรมข้าราชการใหม่จำนวน 10,000 บาท ค่าศึกษาต่อเฉพาะทางจำนวน 1,248,000 บาท ทั้งนี้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่ามีบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ฯ แต่เหตุการณ์ฯ ดังกล่าวไม่ส่งผลให้เกิดการขาดงาน ย้ายงาน หรือการลาออก

3.4 ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการฟ้องร้องทางการแพทย์

3.4.1 ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการฟ้องร้องบุคลากรสาธารณสุข

จากข้อมูลกลุ่มงานคดีทางการแพทย์ กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่ามีจำนวนคดีการฟ้องร้องกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2539 จนถึง 2563 ทั้งสิ้น 584 คดี ในจำนวนนี้มีคดีแพ่งจำนวน 336 คดี (ถอนฟ้อง 193 คดีและมีคดีที่สิ้นสุดแล้ว 76 คดี โดยชนะ 56 คดี และแพ้ 20 คดี) เป็นทุนทรัพย์ที่ฟ้องร้องประมาณ 3,317 ล้านบาท โดยกระทรวงสาธารณสุขชำระตามคำพิพากษาแล้วจำนวน 36 ล้านบาท สาเหตุการฟ้องร้องประกอบด้วยการรักษาผิดพลาด การคลอด การไม่เอาใจใส่ดูแลจากผู้ให้บริการ การวินิจฉัยผิดพลาด การแพ้ยา การผิดมาตรฐานการดูแลรักษาและการฟ้องร้องร้องที่เกี่ยวข้องกับการใช้อุปกรณ์ โดยพบว่าสาเหตุที่มีการฟ้องร้องมากที่สุดสามลำดับแรก ได้แก่ การรักษาผิดพลาดจำนวน 184 คดี (คิดเป็นร้อยละ 55.7 ของสาเหตุการฟ้องร้องทั้งหมด) ซึ่งประกอบด้วยคดีที่มาจากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 133 คดีและจากโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 51 คดี ตามมาด้วยสาเหตุจากการคลอดจำนวน 74 คดี (คิดเป็นร้อยละ 22.4 ของสาเหตุการฟ้องร้องทั้งหมด) และการวินิจฉัยผิดพลาดจำนวน 28 คดี (คิดเป็นร้อยละ 8.4 ของสาเหตุการฟ้องร้องทั้งหมด) ตามลำดับ (แสดงดังรูป 2) จากสาเหตุการฟ้องร้องดังกล่าวพบว่าเป็นคดีแพ่งที่สิ้นสุดแล้วและแพ้คดีที่ถูกกระทรวงการคลังไล่เบี้ยมีจำนวน 5 คดี ประกอบด้วยคดีแพ้ยา คดีศัลยกรรมกระดูก คดีงูกัด คดีเย็บแผล และคดีถอดท่อคอซึ่งมีจำนวนการจ่ายตามคำพิพากษาทั้งสิ้น 13,211,592 บาท (แสดงดังตาราง 20)



รูป 2 สาเหตุการฟ้องร้องจำแนกตามระดับโรงพยาบาล

ตาราง 20 คดีแพ่งที่แพ้คดีและต้องจ่ายเงินตามคำพิพากษา

ประเภทคดี	**จำนวนการจ่ายตามคำพิพากษา (บาท)**	**จำนวนที่ไล่เบี้ย (บาท)**
คดีแพ้ยา	3,695,206	- แพทย์ 1,847,603 (ร้อยละ 50)
คดีศัลยกรรมกระดูก	3,324,800 (ไล่เบี้ยต้นเงิน 3,324,800 บาท)	- แพทย์ 2,327,360 (ร้อยละ 70) - พยาบาล 997,440 (ร้อยละ 30)
คดีงูกัด	497,164	- แพทย์ 298,298 (ร้อยละ 60) - พยาบาล 198,866 (ร้อยละ 40)
คดีเย็บแผล	569,011	- พยาบาล 569,011 (ร้อยละ 100)
คดีถอดท่อคอ	5,125,411 (ไล่เบี้ยต้นเงิน 3,120,000 บาท)	- แพทย์ 2,184,000 (ร้อยละ 70) - พยาบาล 936,000 (ร้อยละ 30)
รวม	**จำนวนการจ่ายตามคำพิพากษา 13,211,592 บาท**	

3.4.2 เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามมาตรา 41

จากข้อมูลผลการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายตามมาตรา 41 ปีงบประมาณ 2562 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562) พบว่ามีผู้ยื่นคำร้องทั้งสิ้น 1,188 ราย และเข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นทั้งหมดจำนวน 970 ราย จำนวนเงินช่วยเหลือทั้งสิ้น 222,286,900 บาท แบ่งเป็นความเสียหายประเภทที่ 1[3] จำนวน 466 ราย จำนวนเงินช่วยเหลือ 167,578,000 บาท ความเสียหายประเภทที่ 2[4] จำนวน 126 ราย จำนวนเงินช่วยเหลือ 26,023,000 บาท ความเสียหายประเภทที่ 3[5] จำนวน 378 ราย จำนวนเงินช่วยเหลือ 28,685,900 บาท หากจำแนกตามเขตสุขภาพ พบว่าผู้เข้าเกณฑ์ฯ 5 ลำดับแรกมาจากเขตสุขภาพที่ 8 (อุดรธานี) จำนวน 119 ราย เขตสุขภาพที่ 7 (ขอนแก่น) จำนวน 93 ราย เขตสุขภาพที่ 10 (อุบลราชธานี) จำนวน 92 ราย เขตสุขภาพที่ 11 (สุราษฎร์ธานี) จำนวน 89 ราย และเขตสุขภาพที่ 9 (นครราชสีมา) จำนวน 88 ราย หากพิจารณาตามประเภทโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนผู้เข้าเกณฑ์ฯ และจำนวนเงินช่วยเหลือมากที่สุดคือ 486 ราย (คิดเป็นร้อยละ 50.1 ของจำนวนผู้เข้าเกณฑ์ทั้งหมด) จำนวนเงินช่วยเหลือ 110,536,300 บาท ลำดับถัดมาคือโรงพยาบาลทั่วไปมีจำนวนผู้เข้าเกณฑ์ฯ 278 ราย (คิดเป็นร้อยละ 28.7 ของจำนวนผู้เข้าเกณฑ์ทั้งหมด) จำนวนเงินช่วยเหลือคือ 66,023,600 บาท และโรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนผู้เข้าเกณฑ์ฯ 140 ราย (คิดเป็นร้อยละ 14.4 ของจำนวนผู้เข้าเกณฑ์ทั้งหมด) จำนวนเงินช่วยเหลือคือ 29,087,000 บาท โดยมีสาขาความเสียหายมากที่สุด ได้แก่ สูติกรรม อายุรกรรม ศัลยกรรม ทำหมัน และกุมาร คิดเป็นเป็นร้อยละ 33.5, 22.4, 16.6, 7.8, และ 7.6 ของจำนวนผู้ยื่นคำร้องทั้งหมด ตามลำดับ

3.5 สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้โดยพิจารณาทั้งในส่วนของต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล) และ ต้นทุนทางอ้อม (ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียไปการการนอนโรงพยาบาล ทุพพลภาพ และเสียชีวิต) เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ และผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ การศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ มีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลและต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจาการนอนโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ อย่างมี

[3] เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต

[4] สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

[5] บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง

นัยสำคัญทางสถิติในทุกประเภทของอุบัติการณ์ความเสี่ยง รวมถึงมีจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ เช่นกัน

จากการทำนายต้นทุนค่ารักษาพยาบาลซึ่งชนิดของเหตุการณ์ I (เหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการติดเชื้อ) มีค่าต้นทุนสูงกว่า S (เหตุการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลนานและต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมเรื่องต้นทุนและผลลัพธ์ของการดูแลที่ไม่ปลอดภัยในโรงพยาบาล ซึ่งมีการรวบรวมข้อมูลจากบทความวิชาการหลายประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนและผลลัพธ์ของการดูแลที่ไม่ปลอดภัยในโรงพยาบาล โดยภาพรวมของการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาระค่ารักษาพยาบาลจากเหตุการณ์การดูแลที่ไม่ปลอดภัยด้านการควบคุมการติดเชื้อค่อนข้างสูงกว่าเหตุการณ์ด้านอื่น ดังนั้น การมีมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งจะช่วยประหยัดต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากเหตุการณ์ฯ ได้มาก

การศึกษานี้เป็นการศึกษาต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้พิจารณาต้นทุนในมุมมองสังคม (societal perspective) ในบริบทของประเทศไทย ในขณะที่การศึกษาต้นทุนจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ ในต่างประเทศส่วนใหญ่ศึกษาเพียงต้นทุนในมุมมองโรงพยาบาล (hospital perspective) นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีการศึกษาในเรื่องนี้ไม่มากนัก อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ กล่าวคือ การวิเคราะห์ต้นทุนของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ โดยใช้ฐานข้อมูลที่มีอยู่ในประเทศไทยปัจจุบันและคัดเลือกโรคหรือหัตถการที่ต้องการจากรหัส ICD-10 หรือ ICD-9 เหมือนการศึกษาส่วนใหญ่ในต่างประเทศไม่อาจทำได้เนื่องจากการระบุผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ ทำได้ยาก การศึกษานี้จึงเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้น จึงใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลค่อนข้างนานและได้ผู้ป่วยจำนวนน้อย รวมถึงข้อมูลของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ มาจากการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งแตกต่างกัน ดังนั้น จำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ที่รวบรวมมาในการศึกษานี้อาจน้อยกว่าความเป็นจริงและไม่สามารถวิเคราะห์หาอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ได้ การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์จากฐานข้อมูล NRLS มีข้อจำกัดคือ การที่ไม่สามารถระบุตัวผู้ป่วยจากฐานข้อมูลได้ส่งผลให้การค้นหาผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ทำได้ยาก นอกจากนี้ การพิจารณาว่าผู้ป่วยนั้นๆ เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้หรือเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยเองทำได้ยาก ส่งผลให้ข้อมูลที่ถูกรายงานเข้ามาในฐานข้อมูลของ NRLS หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของโรงพยาบาล บางกรณีไม่ใช่ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้

การคัดเลือกผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ เพื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ ทีมวิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกหลายเกณฑ์เพื่อให้ได้ผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกัน เช่น เพศ อายุ สิทธิการรักษา รหัสโรคหลัก ช่วงเวลาที่เข้ารับการรักษา เป็นต้น ดังนั้น การจับคู่ผู้ป่วยในบางกรณีอาจทำได้ยาก ทั้งนี้ หากไม่มีผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ เข้าเกณฑ์ดังกล่าว ทีมวิจัยใช้วิธีขยายช่วงเวลาในการเข้ารับการรักษา กล่าวคือ จากเกณฑ์การพิจารณาผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ เข้ารับการรักษาในปีเดียวกันกับผู้ที่เกิดเหตุการณ์ ทีมวิจัยขยายเวลาเป็นช่วงระยะเวลา 3 ปี ซึ่งอัตราค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลอาจมีการปรับเปลี่ยนระหว่างช่วงเวลาดังกล่าว

ถึงแม้การศึกษานี้พิจารณาต้นทุนมุมมองสังคม แต่ไม่ครอบคลุมต้นทุนดังกล่าวทั้งหมด โดยการศึกษานี้ยังไม่ได้พิจารณาถึงต้นทุนในส่วนของต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหารที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยและญาติจากการมาโรงพยาบาล) รวมไปถึงต้นทุนอื่นๆ ของโรงพยาบาล เช่น ค่าทำศพ ค่าใช้จ่ายที่บุคลากรทางการแพทย์เยี่ยมผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ เป็นต้น ซึ่งต้นทุนในส่วนนี้ของโรงพยาบาลอาจรวบรวมได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากอาจไม่ได้มีการบันทึกไว้ว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเกิดเหตุการณ์ฯ นอกจากนี้ การศึกษานี้พิจารณาต้นทุนที่เกิดจากบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ฯ (ต้นทุนจากการขาดงาน และต้นทุนจากการย้ายงาน/การลาออก) อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องพบว่า ถึงแม้จะเกิดเหตุการณ์ฯ บุคลากรที่ได้รับผลกระทบส่วนใหญ่ไม่ได้ลางานหรือไม่สามารถระบุได้ว่าการขาดงาน/ย้ายงาน/การลาออกเป็นผลกระทบมาจากเหตุการณ์ฯ ที่เกิดขึ้น หรือสาเหตุอื่น ดังนั้น ทีมวิจัยจึงไม่สามารถรวบรวมข้อมูลต้นทุนในส่วนนี้ได้

ถึงแม้ผลการศึกษานี้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลเพียง 7 แห่ง ข้อมูลอาจไม่สะท้อนต้นทุนในระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการประมาณการต้นทุนที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ ระดับประเทศ โดยวิเคราะห์ควบคู่กับข้อมูลการรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ จากฐานข้อมูล NRLS ของ สรพ. รวมถึงผลการศึกษาอาจนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจลงทุนมาตรการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ ต่างๆ

3.6 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

7. สรพ. และโรงพยาบาลพิจารณาลงทุนมาตรการในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ โดยอาจเริ่มพิจารณามาตรการที่เกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อก่อน
8. สรพ. อาจพิจารณาปรับฐานข้อมูล NRLS ให้สามารถเชื่อมโยงถึงรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการประเมินอื่นๆ ในอนาคต

9. สรพ. ระบุนิยามรหัสอุบัติการณ์ให้ชัดเจน และสื่อสารกับโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ฯ

บทที่ 4 ผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ และการเปิดเผยข้อมูลความผิดพลาดฯ แก่ผู้ป่วย

4.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว

Harrison และคณะ ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบระหว่างปี ค.ศ. 2000-2015 เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในเรื่องเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ พบว่าผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับสามารถแบ่งเป็นผลกระทบทางกาย ทางการเงิน และทางจิตใจ ผลกระทบทางกายมักเป็นผลกระทบระยะสั้นเมื่อเทียบกับผลกระทบทางจิตใจ ผลกระทบอื่นๆ ที่พบ ได้แก่ ผลกระทบเชิงลบต่อครอบครัว ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และการขาดรายได้ ผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์รู้สึกแย่ลงจากการไม่ได้รับข้อมูลเรื่องสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ [23]

การศึกษาในส่วนนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากบันทึกผลกระทบและกระบวนการร้องเรียนของผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลบันทึกของผู้ป่วยจากเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ [24] จากการทบทวนกรณีที่เกิดการร้องเรียนผ่านเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 (บางเหตุการณ์เกิดก่อนปี 2545) มีจำนวนผู้ป่วย/ครอบครัวที่บันทึกเรื่องราวเหตุการณ์ไม่พึงประสงคทางการแพทย์ ผลกระทบและกระบวนการร้องเรียน เยียวยา ไกล่เกลี่ย จำนวน 51 กรณี แบ่งเป็นกรณีพิการ 32 กรณี และเสียชีวิต 19 กรณี ทั้ง 51 พบว่ามีกรณีที่ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับนักวิจัยที่จะจัดอยู่ในกลุ่มความผิดพลาดทางการแพทย์ที่ป้องกันได้หรือมีสาเหตุที่ระบุในบันทึกไม่ชัดเจนจำนวน 8 กรณี ที่เหลือ 43 กรณีสามารถแบ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเสี่ยงตามหมวดของ SIMPLE [S-Safe Surgery, I-Infection Control, M-Medication Safety, P-Patient Care Process, L-Line, Tube & Catheter, E-Emergency Response] ได้ โดย พบว่าเป็นเรื่องในหมวด S 8 เรื่อง หมวด M 4 เรื่อง หมวด P 26 เรื่อง หมวด E 1 เรื่อง และเป็นเรื่องที่อาจอยู่ในสองหมวดจำนวน 4 เรื่อง ดังแสดงในตาราง 21

ตาราง 21 บันทึกการร้องเรียนจากเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์จำแนกตามหมวด SIMPLE

SIMPLE DOMAIN	จำนวนเคส (จากทั้งหมด 51 เคส)
S	8
I	-
M	4
P	26
L	-
E	1

SIMPLE DOMAIN	จำนวนเคส (จากทั้งหมด 51 เคส)
P/E	3
P/I	1
ไม่ใช่ ME	4
สาเหตุไม่ชัดเจน	4

จากการทบทวนข้อมูลดังกล่าวพบว่าลักษณะของผลกระทบที่ผู้ป่วย หรือครอบครัวได้รายงานมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยแบ่งเป็นผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการทงาน ผลกระทบต่อรายได้และค่าใช้จ่ายรวมถึงเศรษฐกิจในครัวเรือนและโอกาสในการสร้างรายได้และการศึกษา ผลกระทบต่อความสัมพันธ์และสถานะของครอบครัว นอกจากนั้นในกรณีของผู้ป่วยที่มีการร้องเรียนผ่านเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ยังพบผลกระทบต่อเนื่องที่เกิดจากการเข้าสู่กระบวนการร้องเรียนและการขอรับการเยียวยา โดยหลายกรณีเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนจะมี พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 มาตรา 41[6] และ พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2558 มาตรา 63 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ.2558 เป็นต้นไป

4.2 ผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ

ผลกระทบด้านร่างกายที่ชัดเจน ได้แก่ ความพิการต่างๆ ตั้งแต่สูญเสียอวัยวะ การทำงานของอวัยวะ หรือคุณภาพชีวิต เช่น กรณีตาบอดจากการแพ้ยา การมีสิ่งแปลงปลอมอยู่ในร่างกายส่งผลให้เกิดความผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งในบางกรณีผลกระทบที่เกิดกับร่างกายเหล่านั้น ร่วมกับความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรม การขาดที่พึ่ง การขาดข้อมูล และการเข้าถึงมาตรการเยียวยาของสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีความคิดฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการทำงานอีกทอดหนึ่ง

> *“(ผู้ป่วย) ตาบอดสนิททั้ง 2 ข้าง ร่างกายมีแผลพุพอง ลูกชายสองคนและสามีหนีจากไป ทอดทิ้ง...เหลือแต่ลูกสาวคนเล็กคอยดูแล ไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงตัวเองได้ มีเพียงรายได้จากประกันสังคมเดือนละ 2,000 บาท” (กรณีแพ้ยารุนแรง)*

[6] ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (No-fault liability compensation system) เป็นระบบการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น[6]แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์หาผู้รับผิดชอบ ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถช่วยรักษาความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และลดการฟ้องร้องที่ไม่จำเป็นได้

“(ผู้ป่วย) มีประจำเดือนไหลทั้งเดือน บางครั้งออกมาจนเป็นลม เทียวหาหมอรักษาตัวนาน ถึง 5 ปีโดยทั้งหมอทั้งผู้ป่วยไม่รู้ว่ามีคีมอยู่ในท้อง” (กรณีมีสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย)

4.3 ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ขาดโอกาสทางการศึกษา ไม่สามารถทำงานได้ และผลกระทบต่อรายได้และค่าใช้จ่าย (เศรษฐานะครัวเรือน)

เมื่อเกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยแล้ว ผลกระทบเหล่านั้นจะส่งต่อมายังการดำเนินชีวิต ทั้งการดำเนินชีวิตประจำวันโดยเฉพาะในกรณีเกิดความพิการ ซึ่งความพิการที่เกิดขึ้นก็ย่อมส่งผลต่อความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย หรือผู้ดูแล ทำให้บางครั้งผู้ดูแลต้องออกจากงาน ผลกระทบจากการทำงานดังกล่าว จะทวีความรุนแรงมากขึ้นหากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือผู้หารายได้หลัก ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินชีวิตรวมถึงแผนการใช้ชีวิตทั้งหมดเปลี่ยนไป เนื่องจากโครงสร้างรายได้และการจัดสรรรายจ่าย (มีภาระเรื่องการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น) ของครัวเรือนเปลี่ยนไปอย่างสิ้นเชิง

“หมอคว้านผนังหน้าท้องทิ้ง ใส่แผ่นใยสังเคราะห์ไว้แทน ผู้ป่วยยังคงมีเลือดออกมากจน บางครั้งถึงกับหมดสติ ต้องกินยารักษาตัวไปตลอดชีวิต...ต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวเพียง ลำพังกับร่างกายที่ไม่แข็งแรง ไปทำงานโรงงานรองเท้าก็ถูกให้ออกจากงานเพราะป่วยบ่อย ....” (กรณีลืมคีมในท้องผู้ป่วย)

“ความเสียหายที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตตามปกติไม่ได้ ทานอาหารเพียงสักครู่ เดี๋ยวก็ต้อง ขับถ่ายออก เธอต้องขับถ่ายวันละหลายครั้ง เนื่องจากลำไส้เหลือนิดเดียว ไม่สามารถทาน อาหารได้ตามปกติ เข้าออก รพ. บ่อย ต้องปิดร้านเสริมสวยที่เคยทำรายได้ให้เธอถึงวันละ 3,000 บาท เป็นอย่างน้อย (กรณีผ่าตัดพังผืดที่อยู่ระหว่างรังไข่และมดลูก ระหว่างผ่าตัดมีด ไปโดนส่วนที่เป็นลำไส้ ลำไส้ไม่ทำงานหลายส่วน)

เมื่อเกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และความสามารถในการดำเนินชีวิตและการทำงานแล้ว ผลกระทบต่อมาก็คือ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจในระดับครัวเรือนเป็นผลกระทบที่มีความชัดเจน และเป็นผลทั้งทางตรงและทางอ้อมของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ หลายครอบครัวหมดเงินไปกับการรักษาและฟื้นฟู แม้จะมีประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ในบางกรณีผู้ป่วยก็หมดความเชื่อถือในโรงพยาบาล/บุคลากรทางการแพทย์ที่ตนเองมีสิทธิ์ประกันสุขภาพอยู่ ทำให้ต้องใช้เงินส่วนตัวในการดูแลสุขภาพ ซึ่งมักจะเป็นการดูแลในระยะยาว บวกกับข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถทำงานหารายได้ได้เหมือนเดิม บางรายถึงกับส่งผลต่อโอกาสทางการศึกษาของบุตรหลานในครอบครัว

4.4 ผลกระทบต่อสถานะครอบครัว

ผลกระทบต่อครอบครัวนั้นขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบ โดยอาจแบ่งได้เป็น 1) ผู้ป่วยในวัยแรงงานที่เป็นหัวหน้าครอบครัว หรือเป็นคนที่สามารถเลี่ยงดูตนเองได้ต้องกลายเป็นภาระให้สมาชิกในครอบครัวดูแล บางครั้งสมาชิกในครอบครัวต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแล ส่วนกรณีที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวนั้นก็มีความชัดเจนว่าผลกระทบนั้นจะมีความรุนแรงมาก เพราะอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะลูกขาดโอกาสทางการศึกษาเพราะต้องนำเงินมาดูแลผู้ป่วย หรือในกรณีที่หัวหน้าครอบครัวเสียชีวิตก็ส่งผลให้เกิดคอบครัวแตกแยก ต้องแยกย้ายกันไปหาโอกาสอื่นๆ เพื่อการดำรงชีวิต 2) ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยชรา หรือวัยเด็ก/วัยกำลังศึกษาเล่าเรียน เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดผลกระทบจากความผิดพลาดทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ ในระดับที่ส่งผลต่อความพิการ หรือเสียชีวิต จะส่งผลให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจ รวมถึงเพิ่มภาระและต้นทุนในการดูแลแก่ผู้ดูแล ในกรณีเด็กที่เกิดความพิการนั้น บางครอบครัวเกิดความแตกแยกและทิ้งภาระการดูแลให้มารดาเป็นต้น

4.5 ผลกระทบต่อเนื่องจากกระบวนการร้องเรียน และการเข้าถึงข้อมูลการรักษา

เนื่องจากข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ส่วนนี้เป็นการรวบรวมจากเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ ดังนั้นทั้ง 51 กรณี จึงมีการดำเนินเรื่องตั้งแต่ขั้นไกล่เกลี่ย ร้องเรียน ไปจนถึงฟ้องร้อง (บางกรณี) ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้จะใช้เวลาตั้งแต่ 6 เดือนไปจนถึง 10 ปีขึ้นไป ในระหว่างกระบวนการ และระยะเวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้ไปในกระบวนการร้องเรียน ไกล่เกลี่ย และฟ้องร้องนั้น ต่างก็ต้องเผชิญกับผลกระทบเป็นระยะเวลานาน และมีต้นทุนทั้งเงินและค่าเสียโอกาสที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบเพิ่มเติมจากผลกระทบเดิม เช่น เงินที่นอกจากต้องนำมาใช้ดูแลรักษาผลกระทบทางกายในกรณีที่เกิดความพิการ ยังต้องนำไปใช้ในการดำเนินการฟ้องร้อง เป็นต้น

> *“ผู้ป่วยพยายามดิ้นรนหาความเป็นธรรมแต่หมอปฏิเสธความรับผิดชอบและท้าทายให้ไปฟ้องร้อง เมื่อร้องเรียนไปที่แพทยสภา ก็บอกว่า”คดีไม่มีมูล” หมอรักษาได้มาตรฐานดีแล้ว จึงฟ้องกระทรวงสาธารณสุข (หน่วยงานต้นสังกัดของรพ.) เรียกค่าเสียหาย ศาลชั้นต้นพิพากษาให้ชนะคดี ได้รับเงินชดเชย 800,000 บาท ใช้เวลาเรียกร้องความเป็นธรรมและเป็นคดีความในศาลนานเกือบ 8 ปี” (กรณีแพ้ยารุนแรง)*

> *“หมอบอกแค่ว่าสมองขาดออกซิเจน แต่ไม่ยอมบอกว่าเกิดจากอะไร ไม่มีใครบอกความจริงให้ทราบแม้แต่คนเดียว ทางโรงพยาบาลไม่เคยชี้แจงหรือแสดงความรับผิดชอบในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดิฉันพยายามพูดคุยกับ ผอ.โรงพยาบาลก็ไม่แสดงความรับผิดชอบใด ๆ ดิฉันขอคัด*

ถ่ายสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลก็ไม่ยอมให้ ผอ.โรงพยาบาลพูดทำนองว่า หากดิฉันฟ้องสื่อ ทาง รพ.ฯ ก็จะตอบโต้" (กรณีผ่าตัดขา มีการวางยาสลบ เกิด complication)

จากการทบทวนบันทึกผู้เสียหายทั้งหมด พบว่าประเด็นสำคัญที่มีการกล่าวถึงคือเรื่องของการเข้าถึงข้อมูล ทั้งเรื่องข้อมูลการรักษา ความผิดพลาดในการรักษา รวมถึงข้อมูลที่จะช่วยผู้ป่วย/ครอบครัว ในการเข้าถึงความช่วยเหลือ/เยียวยา รวมถึงกระบวนการร้องเรียน ทำให้เกิดความคับข้องใจ ไม่สามารถหาทางออกได้ ซึ่งการขาดข้อมูลในส่วนนี้ถูกระบุชัดเจนว่าเป็นการซ้ำเติมผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้น

4.6 ผลกระทบบุคลากรทางการแพทย์

นอกจากผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากบุคลากรสาธารณสุขดังกล่าวข้างต้น ผลกระทบที่สำคัญอีกประการหนึ่งต่อบุคลากรสาธารณสุขที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ คือ ผลกระทบด้านจิตใจ Sirriyeh และคณะ ได้ศึกษาผลกระทบของความผิดพลาดในการดูแลรักษา (medical error) ที่มีต่อสุขภาวะด้านจิตใจ (psychological well-being) ของบุคลากรสาธารณสุข โดยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าความผิดพลาดในการดูแลรักษาส่งผลกระทบทางจิตวิทยา (psychological repercussions) อย่างชัดเจน ได้แก่ ความอับอาย (shame) การสงสัยและไม่แน่ใจในความสามารถของตัวเอง (self-doubt) ความวิตกกังวล (anxiety) และความรู้สึกผิด (guilt) อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเสนอว่ายังขาดข้อมูลในเรื่องการจัดการและการสนับสนุนสำหรับบุคลากรสาธารณสุขเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และพบข้อจำกัดในเรื่องระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษาที่ยังมีจุดอ่อนและไม่มีมาตรฐาน (inconsistency) เช่น มีการใช้เครื่องมือวัดผลกระทบทางจิตใจที่หลากหลาย ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการศึกษาได้ การศึกษาส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการสำรวจ (survey) ในการเก็บข้อมูลซึ่งอาจได้เพียงข้อมูลผลกระทบแบบรุนแรงที่เกิดขึ้น ณ ขณะนั้น และการเก็บข้อมูลแบบ cross-sectional ทำให้ไม่สามารถทราบถึงกระบวนการฟื้นฟูและการปรับตัวเพื่อรับมือกับผลกระทบของบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงผลกระทบระยะยาว กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีความเฉพาะในแต่ละการศึกษา เช่น แพทย์เฉพาะทางพยาบาล หรือแพทย์ฝึกหัด เป็นต้น [25] การศึกษาของ Bari และคณะ พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่เปิดเผย (disclose) ความผิดพลาดในการดูแลรักษาให้กับผู้ที่ตนไว้วางใจ หรือผู้ที่ตนไม่รู้สึกกลัว แต่ไม่เปิดเผยความผิดพลาดต่อครอบครัวผู้ป่วยเนื่องจากเกรงว่าครอบครัวของผู้ป่วยจะไม่เข้าใจ และจะถูกตำหนิได้ [26] การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่เป็นการรายงานโดยแพทย์ผ่านระบบรายงานของสถานพยาบาล หรือมาจากการทบทวนเวชระเบียน (medical record) [27]

ปรีชญา ไตละนันทน์ (2563) ศึกษาผลกระทบของการร้องเรียนหรือข่มขู่ฟ้องร้องทางการแพทย์ต่อสุขภาวะ ของแพทย์ใช้ทุนจบใหม่ในประเทศไทย เก็บข้อมูลจากแพทย์จำนวน 15 คน พบว่า ประสบการณ์ทำงานของ

แพทย์มีผลต่อการรับมือกับเหตุการณ์เมื่อเกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ รวมถึงการจัดการกับผลกระทบทางจิตใจเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ฯ โดยครึ่งหนึ่งของแพทย์ผู้ให้ข้อมูลระบุว่ามีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ในปีแรกของการใช้ทุน (เริ่มทำงาน) นอกจากนั้นแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนจะพบปัญหาพิเศษคือเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยที่ซับซ้อน ซึ่งเป็นเหตุที่เกี่ยวเนื่องให้เกิดการฟ้องร้อง ทั้งนี้เหตุการณ์ที่แพทย์ระบุว่ามีผลกระทบมากที่สุดมักเป็นเหตุการณ์แรก แต่หลังจากนั้นจะสามารถรับมือกับเหตุการณ์ได้ดีขึ้น โดยผลกระทบที่ได้รับแบ่งเป็นสองระยะคือ ระยะเฉียบพลัน (หลังจากเกิดเหตุการณ์) และ ระยะหลังจากเกิดเหตุการณ์ ในระยะเฉียบพลันนั้นผลกระทบทางจิตใจเป็นผลกระทบที่ชัดเจนที่สุด ได้แก่ การโทษตัวเอง น้อยใจ กลัวเสียชื่อเสียง และโดน discredit จากผู้รับบริการ แต่ภายหลังจากเกิดเหตุการณ์ระยะหนึ่งแล้วก็จะมีการปรับตัว และเกิดการเปลี่ยนแปลงในเวชปฏิบัติ และระบุว่ามีการทำงานที่รัดกุมมากยิ่งขึ้น [28]

ในการศึกษาของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในการศึกษานี้ ได้ข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลจำนวน 18 คน จาก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ รวม 7 แห่ง ที่เคยมีประสบการณ์ร่วม หรือประสบการณ์ตรง ในเหตุการณ์ความผิดพลาดทางการแพทย์ ที่มีความรุนแรงระดับ F ถึง I โดยทั้งหมดมีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลมามากกว่า 10 ปี และเหตุการณ์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะเป็นเหตุการณ์ในแผนกสูตินรีเวช (เรื่องการทำคลอด) ศัลยกรรม และอายุรกรรม ซึ่งพบว่าผลกระทบที่พบนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Sirriyeh และคณะ และปรีชญา ไตละนันทน์ (2563) โดยบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมดได้รับผลกระทบทางจิตใจในช่วงแรก กรณีที่เรื่องไปถึงชั้นศาล ความกังวลใจดังกล่าวก็จะยืดเยื้อตามไปด้วย [25, 28]

> *“กระทบเรื่องใจจิตแน่นอน .... (ในกระบวนการฟ้องร้องในชั้นศาล) ถ้าเกิดเราแพ้ขึ้นมาสิ่งที่ตามมาโดยไล่เบี้ยนะเราก็กลัวในจุดนี้ ก่อนขึ้นศาลยืนร้องไห้เลย ทั้งที่คิดว่ายังไงเราก็ชนะอยู่แล้ว แต่กลัวศาลสงสารคนไข้...เสียเวลา (ในการเตรียมตัว เตรียมหลักฐาน ขึ้นศาล)...โชคดีที่เราเป็นคนที่ค่อนข้างบันทึกรายละเอียดอยู่แล้วและเป็นคนสอนนักศึกษาและมีระบบการวิเคราะห์ อยู่แล้วว่าข้อบกพร่องของเราอย่างไร แล้วเขียนไว้อยู่แล้ว ซึ่งทำให้ดีกับเรา แต่ถ้าเป็นหมอท่านอื่นที่เขาไม่ถนัดสอนนักศึกษา การไล่เลียงเคสที่จะไปสู้จะยาก แย่เหมือนกันที่จะเจอคนประเภทนี้” (ผู้ให้สัมภาษณ์ PH6)*

อย่างไรก็ตามจากบริบทการทำงานในโรงพยาบาลของรัฐบาลซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนบุคลากร ทำให้ต้องปฏิบัติหน้าที่ต่อ ไม่สามารถจัดสรรเวลาเพื่อมาดูแลผลกระทบทางจิตใจได้

“(หลังเกิดเหตุการณ์) นิ่ง ทำงานก็เซ็งไปเลย ก็ทำงานไปเรื่อยๆ แต่เราก็รับผิดชอบหน้าที่เหมือนเดิมต่อไป ... การลาก็ไม่มีประโยชน์ ยังไงคนไข้ก็นัดกลับมาที่เราเหมือนเดิม มันก็จะ stress เรื่อยๆ” (ผู้ให้สัมภาษณ์ PH6)

นอกจากนั้นยังพบกรณีที่มีการข่มขู่จากคนไข้ การพยายามเข้าถึงข้อมูลส่วนตัว หรือขู่ทำร้ายร่างกาย ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ดังกล่าวก็จะต้องรายงานให้เพื่อนร่วมงาน หรือผู้บังคับบัญชาทราบ หรือบันทึกไว้เป็นหลักฐาน ยังไม่มีมาตรการป้องกันเรื่องเหล่านี้อย่างชัดเจน

4.7 ระบบการดูแลผู้ได้รับผลกระทบทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย/ญาติ

4.7.1 นโยบายโรงพยาบาล

จากการสัมภาษณ์และทบทวนเอกสารของโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งพบว่า ไม่มีนโยบายทางการในการดูแลเยียวยาผลกระทบของบุคลากรทางการแพทย์ มีเพียงการสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการจากหัวหน้า หรือเพื่อร่วมงานเท่านั้น แต่ในส่วนของการดูแลผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยนั้น ทุกโรงพยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจน โดยในโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะมีเจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียน คณะทำงานบริหารจัดการความเสี่ยงภายในโรงพยาบาล และคณะทำงานเจรจาไกล่เกลี่ย ซึ่งทำหน้าที่แตกต่างกันแต่มีวัตถุประสงค์ที่คล้ายคลึงกันคือ ลดความเสี่ยงและผลกระทบจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล คณะทำงานเจรจาไกล่เกลี่ยของหลายโรงพยาบาลประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์และสหสาขาวิชาชีพ ที่บางส่วนเคยผ่านการฝึกอบรมการเจรจาไกล่เกลี่ยความขัดแย้งทางการแพทย์และสาธารณสุขด้วยสันติวิธี

จากการสัมภาษณ์คณะทำงานเจรจาไกล่เกลี่ยโรงพยาบาล 7 แห่ง พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าโรงพยาบาลที่ตนสังกัดอยู่มีการเตรียมความพร้อมเรื่องแนวทางปฏิบัติในการเปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบอยู่แล้ว โดยกำหนดให้เป็นนโยบายของโรงพยาบาลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร หลายโรงพยาบาลได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการเปิดเผยข้อมูลฯ ดังกล่าว แต่มีรายละเอียดแตกต่างกันไป ดังต่อไปนี้

1) ผู้แจ้งหรือเปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์

สำหรับโรงพยาบาลที่มีคณะทำงานบริหารจัดการความเสี่ยงภายในโรงพยาบาล และ/หรือ คณะทำงานเจรจาไกล่เกลี่ย เมื่อเกิดข้อร้องเรียนจากคนไข้หรือญาติ ผู้รับเรื่องร้องเรียนซึ่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้าตึก และเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ จะแจ้งไปยังคณะทำงานฯ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง จากนั้นคณะทำงานฯ ต้องมีการส่งต่อข้อมูลและประชุมเพื่อร่วมกันวางแผนการแก้ไขปัญหา และการแจ้งข้อผิดพลาดแต่ละรายไป โดยส่วนใหญ่จะเป็นประธานคณะทำงานฯ เจรจาไกล่เกลี่ยที่ทำหน้าที่เป็น “คนกลาง” เพื่อแจ้งข้อผิดพลาดนี้ให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาแล้วว่าเหตุการณ์ดังกล่าวมีความรุนแรง อาจต้องแจ้งให้ผู้บริหารโรงพยาบาลเข้าร่วมการพูดคุยด้วย หลายโรงพยาบาลไม่ให้แพทย์ผู้ดูแลทำหน้าที่แจ้งข้อผิดพลาดกับคนไข้หรือญาติด้วยตนเอง เพราะอาจเกิดการเผชิญหน้าระหว่างสองฝ่าย อย่างไรก็ตาม แพทย์ผู้ดูแลมีโอกาสได้พบคนไข้และญาติหลังจากที่คณะทำงานฯ ได้เจรจากับคนไข้แล้ว

2) เวลาที่เหมาะสมกับการแจ้งข้อผิดพลาดทางการแพทย์

หลายโรงพยาบาลให้ข้อคิดเห็นว่า ช่วงเวลาที่เหมาะสมกับการแจ้งข้อผิดพลาดคือ เมื่อคณะทำงานฯ ทราบรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากพอ โดยได้สอบถามแพทย์ผู้ดูแลประกอบกับการทบทวนเวชระเบียน และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ และเป็นช่วงเวลาที่คนไข้ยังพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ในกรณีที่ข้อผิดพลาดนั้นเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

3) วิธีและสถานที่ที่เปิดเผยข้อผิดพลาดทางการแพทย์

วิธีการและสถานที่ที่เปิดเผยข้อผิดพลาดฯ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์เป็นรายกรณี แต่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคณะทำงานเจรจาไกล่เกลี่ยและรับเรื่องร้องเรียนในโรงพยาบาลทุกแห่งเห็นตรงกันว่า เมื่อคณะทำงานฯ ตัดสินใจว่าควรเปิดเผยข้อผิดพลาดฯ การพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติโดยตรงเป็นการวิธีการสื่อสารที่ดีที่สุด โดยไม่ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของข้อผิดพลาด ทั้งนี้การพูดคุยดังกล่าวควรเป็นการอธิบายความจริง ตามหลักวิชาการ การสื่อสารทางลายลักษณ์อักษรสามารถใช้ได้ในกรณีที่ข้อร้องเรียนนั้นเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการหรือความไม่พอใจในท่าทีของบุคลากรทางการแพทย์ขณะให้บริการ

เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง (ผู้ให้สัมภาษณ์ HCC4) ให้ความเห็นว่า สถานที่ในการให้ข้อมูลความผิดพลาดทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ หากผู้ป่วยยังพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยที่ “ข้างเตียง” หรือในหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ แต่ในกรณีที่คนไข้ได้รับการจำหน่าย (discharge) ออกจากโรงพยาบาลแล้ว เจ้าหน้าที่จะเชิญผู้ป่วยและญาติเข้าพบปะที่ห้องผู้บริหารโรงพยาบาลแทน

4) ระดับการเปิดเผยข้อผิดพลาด

การพิจารณาว่าเหตุการณ์ประเภทใดที่ควรจะเปิดเผยกับผู้ป่วยและญาติขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การกระทำหรือพฤติกรรมของญาติที่สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน ความรุนแรงของข้อผิดพลาดนั้น และผลกระทบที่เกิดจากข้อผิดพลาดนั้น เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่า ควรเปิดเผยเฉพาะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถชี้นำได้อย่างชัดเจนว่าไม่ได้เกิดจากพยาธิสภาพของโรค แต่เป็นข้อผิดพลาดทางการแพทย์ เช่น การให้เลือดกับผิดหมู่ หรือให้เลือดผิดคน การให้ยากับผู้ป่วยที่เคยแพ้ยาชนิดดังกล่าว และการผ่าตัดผิดข้าง/ผิดคน ส่วนกรณีที่ไม่จำเป็นต้องเปิดเผยคือกรณีที่มีความเสียหายเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย หรือเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติกังวลและเป็นผลเสียหายทางจิตใจมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ หรือเปิดเผยแล้วผู้ป่วยไม่น่าจะเข้าใจ เช่น ความเสียหายที่ได้รับการแก้ไขแล้ว และกรณีที่เกือบเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น

“การพูดตรงๆ ทั้งหมดอาจจะยังไม่เหมาะกับบริบทของเรา บางประเด็นที่มันดูก้ำกึ่งๆ ระหว่าง progressive ของโรค หรือว่าความคลาดเคลื่อนหรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้น บางที

เราก็อาจจะชี้นำได้ว่าบางทีมันก็อาจจะเกิดจากโรค ยกเว้นบางเรื่องที่ไม่อาจจะอธิบายได้ด้วยสถานะของโรค เช่น การให้เลือดผิดคน แพ้ยาซ้ำ ซึ่งอธิบายไม่ได้เลยโดยสภาวะทางคลินิก ต้องบอกกันตรงๆ" (ผู้ให้ข้อมูล HCC4)

"ส่วนอีกกรณีหนึ่งที่บอกไม่หมด ยกตัวอย่างคนไข้อีก รพ.หนึ่งใช่ไหม หมอจากอีก รพ.ก็โทรมาบอกว่า เป็นเคสคนไข้ที่เคยผ่าตัดคลอดที่ รพ.เรา เมื่อปีนั้นปีนี้ แล้วก็คนไข้มีอาการปวดท้องไปที่ รพ.เขา แล้วก็ผลเอ็กซเรย์เราเหมือนจะเห็นสิ่งตกค้างอยู่ในท้องผู้ป่วย ซึ่งน่าจะคล้ายก๊อซ ด้วยความที่ว่า relation ระหว่าง รพ.เราดีอ่ะค่ะ หมอที่ รพ.นั้นก็โทรมาหาเรา พี่ก็บอกว่ายังไงขอให้ส่งตัว (คนไข้) กลับมาที่ รพ.เรา... เราก็ประสานผู้ที่เกี่ยวข้องหมดว่าคนไข้จะมาที่ฉุกเฉินนะ เดี๋ยวคนไข้จะแบบนี้ๆๆ เคสนี้ระหว่างตั้งท้องเขามีปัญหาไส้ติ่ง เขาผ่าไส้ติ่งตอนเขาตั้งครรภ์ เรื่องของเรื่อง เราก็รายงาน staff ของเรา staff ก็ลงไปดู เราจะไม่ให้เจ้าหน้าที่เข้าไป contact เยอะ เพราะคนไข้ยังไม่รู้...เราก็ brief ทีมแพทย์ เราไม่ได้พูดอย่างนั้นหรอกว่า เฮ้ยคุณมีก๊อซในท้องนะ เดี๋ยวหมอจะผ่าตัดเอาก๊อซออก พูดอย่างงี้ตายเลยนะ หมอเขาก็จะบอกในลักษณะที่ว่าในท้องมีหนอง เดี๋ยวหมอจะต้องผ่าเพื่อ clear เอาหนองออก พูดทำไมอ่ะก๊อซ ไม่จำเป็น สุดท้ายคนไข้ก็กลับมาแข็งแรง" (ผู้ให้ข้อมูล HCC8)

5) การเจรจาไกล่เกลี่ย เยียวยาและแนวทางการแก้ไขข้อผิดพลาดในอนาคต

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีแนวทางที่คล้ายคลึงกันในการเยียวยาผู้ป่วยและญาติเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ กล่าวคือ โรงพยาบาลมีช่องทางให้ผู้ป่วยและญาติยื่นเรื่องร้องเรียน จากนั้นคณะทำงานเจรจาไกล่เกลี่ยจะเข้าพบปะพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและลดโอกาสการฟ้องร้องทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีกระบวนการในการไกล่เกลี่ย ดังนี้

- การพบปะและพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติโดยคณะทำงานเจรจาไกล่เกลี่ย และ/หรือผู้บริหารโรงพยาบาลในเบื้องต้นเพื่อแสดงความเสียใจกับความเสียหายที่ผู้ป่วยได้รับ หรือขอโทษกรณีความเสียหายนั้นเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้
- กรณีที่ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเข้าข่ายการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ตามมาตรา 41 ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมาตรา 63 สำหรับผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสังคม โดยคณะทำงานเจรจาไกล่เกลี่ยร่วมกับเจ้าหน้าที่สงคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลจะให้ความช่วยเหลือในการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิต นักสังคมสงเคราะห์และคณะทำงานเจรจาไกล่เกลี่ยยังช่วยเหลือในเรื่องการรักษาอย่างต่อเนื่อง การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเป็นระยะ

- เตรียมข้อมูลเพื่อโต้แย้งในชั้นศาล (ในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติฟ้องร้องคดีความเสียหายทางการแพทย์)

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจากทุกโรงพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่กระบวนการไกล่เกลี่ยจะยุติในขั้นตอนที่ 2 ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการจะไม่สามารถขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ในกรณีที่เกิดความเสียหายจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ เป็นเหตุให้โรงพยาบาลหลายแห่งจำเป็นต้องใช้กองทุนสวัสดิการโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการชดเชยเยียวยาผู้เสียหายแทนเพื่อป้องกันการฟ้องร้องทางการแพทย์

4.7.2 นโยบายระดับประเทศ

ปัจจุบันนโยบายระดับประเทศที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลมี 2 นโยบาย ได้แก่ สิทธิในการได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 (สิทธิหลักประกันสุขภาพ/บัตรทอง) (รูป 3) และการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้ กรณีผู้ประกันตนได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2558 มาตรา 63 (สิทธิประกันสังคม) (รูป 4) ซึ่งครอบคลุมผู้รับบริการภายใต้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคมเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมผู้รับบริการที่ใช้สิทธิข้าราชการ ซึ่งได้มีความพยายามในการผลักดันให้เกิด *ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข* เพื่อให้มีความครอบคลุมในการดูแลทั้งผู้รับบริการทุกสิทธิรักษาพยาบาล ซึ่งการมี พรบ. และกองทุนเยียวยาเช่นนี้เชื่อว่าจะช่วยลดผลกระทบจากความผิดพลาดทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตามปัจจุบัน ร่าง พรบ. ดังกล่าวยังอยู่ในกระบวนการพิจารณาเท่านั้น

สิทธิในการได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 (สิทธิหลักประกันสุขภาพ/บัตรทอง)

ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (No-fault liability compensation system) เป็นระบบการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น[7]แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการ

[7] เงินช่วยเหลือเบื้องต้น หมายถึง เงินที่จ่ายให้ผู้รับบริการ หรือทายาท หรือผู้อุปการะ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยมิต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด (ข้อบังคับ)

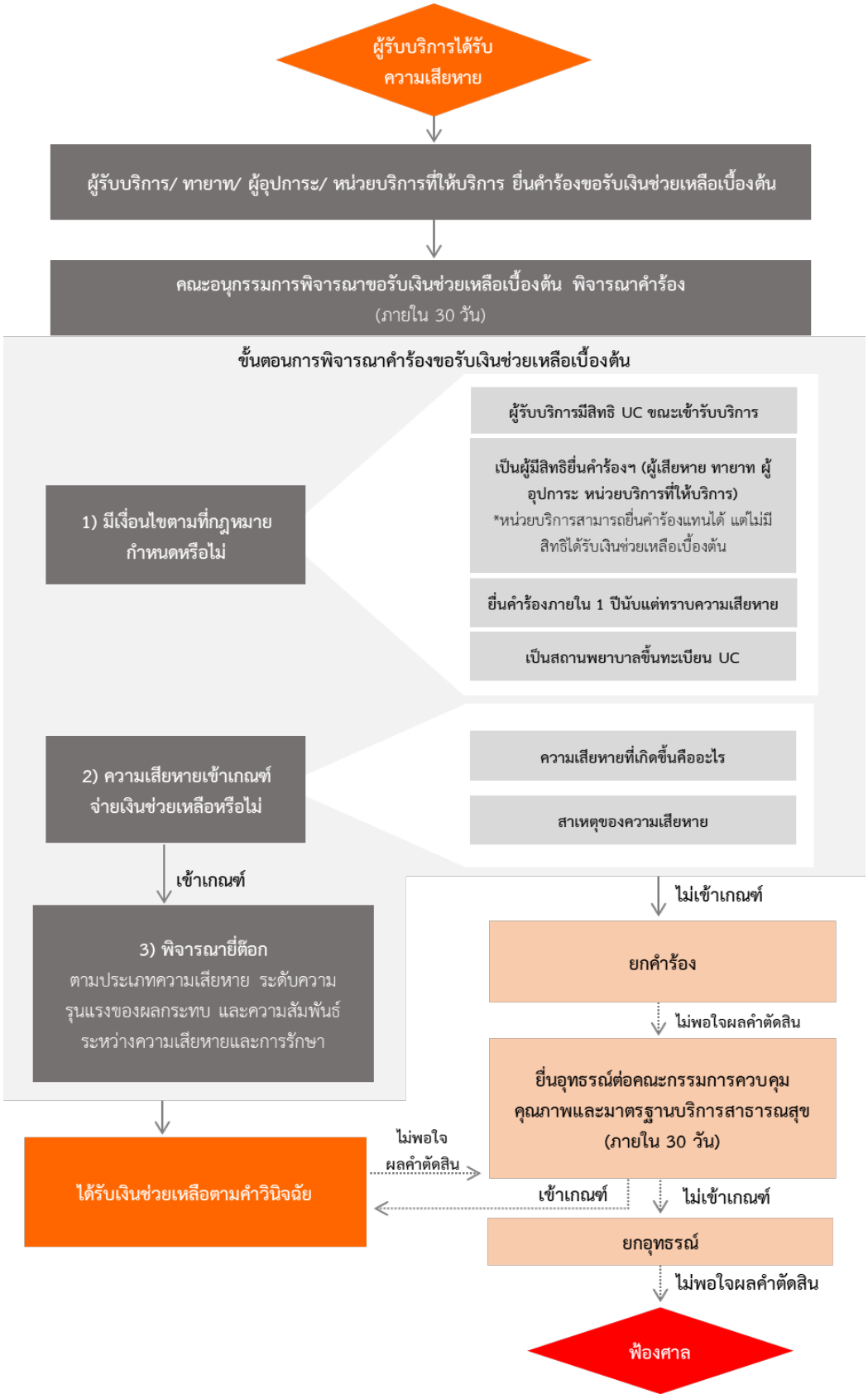
เข้ารับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์หาผู้รับผิดชอบ ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถช่วยรักษาความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และลดการฟ้องร้องที่ไม่จำเป็นได้ [29]

ประเทศไทยเริ่มมีการใช้ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดครั้งแรกในระบบหลักประกันสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ที่กำหนด "*ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละ 1 ของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด*" [30] โดยผู้เข้ารับบริการสามารถขอใช้สิทธิรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้กรณีได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล แต่ไม่รวมความเสียหายที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพหรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอยู่ [31]

การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้ กรณีผู้ประกันตนได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2558 มาตรา 63 (สิทธิประกันสังคม)

พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2558 มาตรา 63 กำหนดให้ผู้ประกันตนภายใต้สิทธิประกันสังคมสามารถขอรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันไม่ได้เกิดจากการทำงาน ซึ่งรวมถึงการได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ด้วย และเมื่อสำนักงานประกันสังคมได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประกันตนแล้ว สำนักงานฯมีสิทธิไล่เบี้ยค่าเสียหายจากผู้กระทำผิดได้ (กรณีที่พิสูจน์ได้ว่ามีผู้กระทำผิดจริง) โดยประกาศดังกล่าวมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ.2558 เป็นต้นไป [32]

ความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ที่สามารถขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามสิทธิผู้ประกันตน ให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล แต่ต้องไม่รวมความเสียหายที่เกิดจากพยาธิสภาพหรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอยู่ [33]



รูป 3 ขั้นตอนการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 พรบ.หลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2545

รูป 4 ขั้นตอนการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 63 พรบ.ประกันสังคม พ.ศ.2558

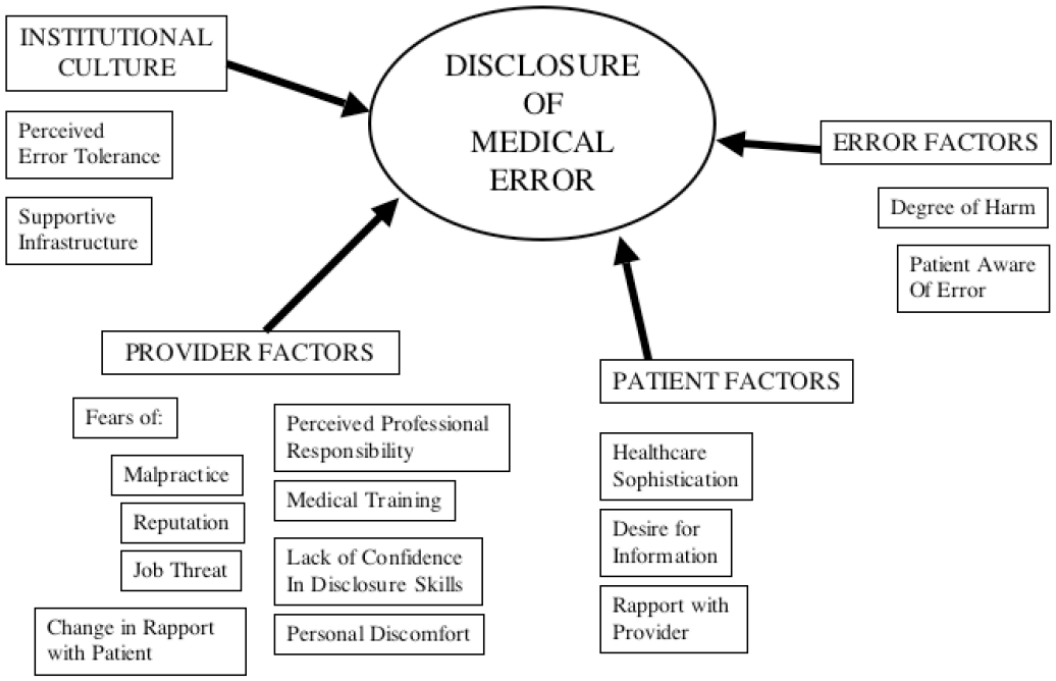
4.8 การเปิดเผยข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์

การสื่อสารหรือการเปิดเผยข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นวิธีการป้องกันและจัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้แพทย์เปิดเผยความผิดพลั้งในทันทีว่าเกิดเหตุการณ์ใดขึ้น เหตุการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไร เกิดจากสาเหตุใด มีผลกระทบอย่างไร และจะบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างไร โดยเฉพาะในกรณีที่ความผิดพลั้งอยู่ในระดับรุนแรง นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางส่วนที่เป็นเหยื่อของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ได้ยื่นแบบฟอร์มร้องเรียนต่อสถานพยาบาล คาดหวังให้แพทย์ขอโทษต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมากกว่าการขอค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน อีกทั้งขอให้มีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจและให้ความมั่นใจว่าสถานพยาบาลจะพยายามป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในอนาคต [34]

การศึกษาของ Waterman และคณะ [35] ระบุว่าแพทย์มากกว่าร้อยละ 80 เปิดเผยความผิดพลาดในการดูแลรักษาระดับรุนแรงต่อครอบครัวผู้ป่วย และมากกว่าครึ่งเคยเปิดเผยความผิดพลาดในการดูแลรักษาระดับเล็กน้อยต่อผู้ป่วยและครอบครัว แต่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการเปิดเผยความผิดพลาดในการดูแลรักษาเลย อย่างไรก็ตาม มีการวิจัยด้านอารมณ์และความรู้สึกหลายเรื่องระบุว่าแนวโน้มการให้อภัยต่อแพทย์ที่กระทำความผิดพลาดในการดูแลรักษาจากครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้ป่วยเองน้อยลงเมื่อความผิดพลาดนั้นมีอันตรายต่อผู้ป่วยมากขึ้น [36, 37] นอกจากนี้ การเปิดเผยความผิดพลาดต่อผู้ป่วยและครอบครัวทำให้แพทย์เกิดความเครียดและประสบกับความทุกข์ได้ เนื่องจากการเปิดเผยความผิดพลาดเป็นการยอมรับข้อด้อยของตนเองและข้อจำกัดของระบบการให้บริการทางการแพทย์ [35] ซึ่งขัดต่อวัฒนธรรมความสมบูรณ์แบบของแพทย์ [38] อีกทั้งเป็นการลดความไว้วางใจของผู้ป่วยต่อแพทย์ และแพทย์อาจต้องเผชิญกับการถูกฟ้องร้อง ผลการศึกษาของ Waterman และคณะ ขัดแย้งต่อความเชื่อที่ว่าการเปิดเผยความผิดพลาดเป็นการบรรเทาจิตใจของแพทย์ เนื่องจากกลุ่มแพทย์ที่รายงานว่าตนมีความพึงพอใจต่อการเปิดเผยความผิดพลาดต่อผู้ป่วยและครอบครัว ประสบปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจไม่แตกต่างกันกับแพทย์กลุ่มที่ไม่ได้เปิดเผยความผิดพลาด อย่างไรก็ตาม แพทย์ประสบปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจเพิ่มขึ้น 4 เท่าเมื่อการเปิดเผยที่ไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้

Fein และคณะ พัฒนาตัวแบบแนวคิดปัจจัยสนับสนุน/ขัดขวางการเปิดเผยข้อมูลความผิดพลาดทางการแพทย์โดยวิธีการจัดสนทนากลุ่มจำนวน 25 ครั้ง โดยแบ่งเป็นกลุ่มแพทย์ พยาบาล แพทย์ประจำบ้าน ผู้ป่วย ผู้บริหารโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจำนวน 5 แห่ง ในสหรัฐอเมริกา การศึกษานี้นำเสนอปัจจัย 5 กลุ่มที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเปิดเผยความผิดพลาดทางการแพทย์ ได้แก่ 1) วัฒนธรรมองค์กร ได้แก่ การรับรู้ความคลาดเคลื่อนของความผิดพลาดทางการแพทย์และโครงสร้างสนับสนุน 2) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ เช่น ความกลัว

การกระทำที่ผิดไปจากแนวปฏิบัติ/ชื่อเสียง/ภัยคุกคามต่อหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ความรับผิดชอบในอาชีพ ขาดทักษะในการเปิดเผยข้อมูล เป็นต้น 3) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความซับซ้อนในการดูแลรักษา ความต้องการทราบข้อมูล และความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ให้บริการ และ 4) ปัจจัยความผิดพลาดทางการแพทย์ ได้แก่ ระดับความอันตราย และความตระหนักรู้ของผู้ป่วยต่อความผิดพลาดทางการแพทย์ ดังแสดงในรูป 5 [39] ซึ่งผู้วิจัยได้นำปัจจัยดังกล่าวมาพัฒนากรอบในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้



ที่มา: Fein, Hilborne (39]

รูป 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเปิดเผยข้อมูลความผิดพลาดในการดูแลรักษา

4.9 มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์

จากการเก็บข้อมูลพบว่าบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง มีมุมมองต่อการเปิดเผยข้อมูลความผิดพลาดทางการแพทย์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือจะพิจารณาหรือประเมินความรุนแรงของผลกระทบของความผิดพลาดดังกล่าว โดยหากความผิดพลาดดังกล่าวส่งผลกระทบที่ชัดเจน และผู้ป่วย/ญาติจะทราบว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นแน่นอนจะเป็นเหตุการณ์ที่มีการแจ้งความผิดพลาดที่เกิดขึ้น แต่หากเป็นความผิดพลาดที่ไม่เด่นชัด และผู้ป่วย/ญาติน่าจะไม่ทราบและไม่ได้ส่งผลกระทบมากก็เลือกที่จะไม่แจ้ง เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่าน

มาอาจเคยพบเจอความซับซ้อนในการเจรจาสื่อสารกับผู้ป่วย/ญาติ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเกิดจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากประสบการณ์ของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งหากพิจารณาตามแนวทางการเปิดเผยข้อมูลแก่คนไข้ขององค์การอนามัยโลกแล้ว ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

> *"จริงๆ บางเรื่องเราก็บอก บางเรื่องไม่สมควรบอกก็ไม่น่าจะบอก อย่างเช่น อาจจะลืมก็อซเนี่ยบางทีถ้าเราตรงไปตรงมา ไปแจ้งแล้วเกิดมี complication เยอะๆ เนี่ยก็อันตรายเนาะถ้าเป็นผม ผมก็ไม่แจ้งก็บอกว่ามันติดเชื้อจากการผ่าตัด...ก็ไม่ได้โกหกนะ แต่ว่าบางเรื่องก็ไม่สมควรพูดก็ไม่ต้องพูด ประมาณนี้...ก็อาจจะเป็นเรื่องก็คือถ้าไปเอ็กซเรย์แล้วบอกมีอะไรอยู่ข้างในแล้วก็ถามว่ามีก็อซอยู่หรือเปล่าอ่ะเราก็อาจจะต้องบอก แต่ถ้าเขาไม่รู้อะไรเลยก็ไม่จำเป็นต้องไปสารภาพบาปขนาดนั้น" (ผู้ให้สัมภาษณ์ PH1)*

ปัจจัยในเรื่องตัวผู้ป่วย หรือญาติก็มีส่วนในการกำหนดว่าแพทย์จะให้ข้อมูลมากน้อยเพียงไร

> *"...มันต้องดูท่าทีญาติด้วย คือญาติก็มีหลายแบบ ทีนี้ปัญหาเนี่ยที่มันส่วนใหญ่ญาติที่อยู่หน้างานกับเราจะไม่ค่อยมีปัญหาส่วนใหญ่นะ ที่สังเกตดูตอนเวลาราวด์วอร์ดหรือว่าอะไรก็ตามเรามีปัญหาเนี่ยถ้าเราเข้าไปคุยเลย คุยด้วยภาษาที่เขาเข้าใจด้วยนะ คือบางทีภาษาที่เราใช้อันนี้ 1 ดูท่าทีญาติ 2 ภาษาที่เราใช้ บางทีเขาฟังไม่รู้เรื่องหลายๆทีเราจะสังเกตว่าหมอจะใช้ภาษาหมอภาษาเทพเกินไปฟังไม่รู้เรื่องทั้งๆ ที่เราพูดความจริงนะแต่เขาไม่เข้าใจเพราะฉะนั้นต้องพูดภาษาเดียวกับเขาก็คือภาษาชาวบ้าน แล้วก็ญาติที่มีปัญหาคือญาติที่ไม่ได้อยู่ตรงหน้างานกับเราซึ่งเคสที่มีปัญหานี้ก็เหมือนกัน คนที่หมอเจอได้ตรวจร่างกายและประวัติก็คือญาติอีกคนนึง แต่ว่าคนที่มีปัญหามาฟ้องร้องตอนหลังหรือว่ามีอะไรอย่างนี้ก็คือเป็นญาติที่ไม่เคยเจอหมอหมอไม่ได้เจอตอนนั้น" (ผู้ให้สัมภาษณ์ PH5)*

> *"ถ้าถามพี่นะ ที่ผ่านมาถ้าพี่ deal case อ่ะ เรามีทั้งแจ้งหมด แจ้งแบบ clear cut เลย ทุกสิ่งทุกอย่างเลย มีทั้งบอกบางส่วนที่ไม่จำเป็นต้องบอกทั้งหมด ขึ้นอยู่กับหลายๆ อย่าง ต้องดูสถานการณ์ ว่าบางเคสควร 100% ทุกอย่างไหม หรือเคสนี้บางส่วนก็พอ ขึ้นอยู่กับหน้างาน ...บอกแล้วต่อให้เป็นเรื่องจริงแต่ถ้ามันไม่มีประโยชน์ พูดทำไมอ่ะ มันไม่ได้เกิดอะไรที่จะดีขึ้นเลยทั้งในส่วนของเราและในส่วนของเขา แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยปลอดภัยที่สุด" (ผู้ให้สัมภาษณ์ PH8)*

> *"ส่วนอีกกรณีหนึ่งที่บอกไม่หมด ยกตัวอย่างคนไข้อีก รพ.หนึ่งใช่ไหม หมอจากอีก รพ.ก็โทรมาบอกว่า เนี่ยเป็นเคสคนไข้ที่เคยผ่าตัดคลอดที่ รพ.เรา เมื่อปีนั้นปีนี้ แล้วก็คนไข้มีอาการ*

ปวดท้องไปที่ รพ.เขา แล้วก็ผลเอ็กซเรย์เราเหมือนจะเห็นสิ่งตกค้างอยู่ในท้องผู้ป่วย ซึ่งน่าจะคล้ายก๊อซ ด้วยความที่ว่า relation ระหว่าง รพ.เราดีอ่ะค่ะ หมอที่ รพ.นั้นก็โทรมาหาเรา พี่ก็บอกว่ายังไงขอให้ส่งตัว (คนไข้) กลับมาที่ รพ.เรา... เราก็ประสานผู้ที่เกี่ยวข้องหมดว่าคนไข้จะมาที่ฉุกเฉินนะ เดี๋ยวคนไข้จะแบบนี้ๆๆ เคสนี้ระหว่างตั้งท้องเขามีปัญหาไส้ติ่ง เขาผ่าไส้ติ่งตอนเขาตั้งครรภ์ เรื่องของเรื่อง เราก็รายงาน staff ของเรา staff ก็ลงไปดู เราจะไม่ให้เจ้าหน้าที่เข้าไป contact เยอะ เพราะคนไข้ยังไม่รู้...เราก็ brief ทีมแพทย์ เราไม่ได้พูดอย่างนั้นหรอกว่า เฮ้ยคุณมีก๊อซในท้องนะ เดี๋ยวหมอจะผ่าตัดเอาก๊อซออก พูดอย่างงี้ตายเลยนะ หมอเขาก็จะบอกในลักษณะที่ว่าในท้องมีหนอง เดี๋ยวหมอจะต้องผ่าเพื่อ clear เอาหนองออก พูดทำไมอ่ะก๊อซ ไม่จำเป็น สุดท้ายคนไข้ก็กลับมาแข็งแรง" (ผู้ให้สัมภาษณ์ PH8)

นอกจากนั้นปัจจัยสำคัญอีกหนึ่งปัจจัยคือเรื่องของระบบสนับสนุนของโรงพยาบาลในกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะกรณีที่มีประเด็นถึงขั้นเกิดการร้องเรียน หรือฟ้องร้องแพทย์และโรงพยาบาล ซึ่งจากการเก็บข้อมูลพบว่าโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง มีระบบสนับสนุนโดยใช้แนวคิดของการมีทีมไกล่เกลี่ยที่จะเข้ามาช่วยในการเจรจาและเป็นตัวกลางระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งเป็นระบบที่ช่วยผ่อนหนักให้เป็นเบาและยังช่วยลดผลกระทบด้านจิตใจของบุคลากรทางแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ได้อีกด้วย

4.10 มุมมองของผู้ป่วย

ข้อมูลประสบการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ของผู้ป่วยเป็นข้อมูลสำคัญที่ยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบ ข้อมูลนี้จะสามารถใช้สอบทานการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ของบุคลากรสาธารณสุขและแสดงผลกระทบในมุมมองของผู้ป่วย [40] ข้อมูลประสบการณ์ของผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์อย่างรอบด้านและทราบถึงผลกระทบที่ผู้ป่วยและญาติได้รับ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนมาตรการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ได้ [41, 42]

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Guijarro และคณะ ระบุว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ตระหนักถึงความปลอดภัยทางคลินิก (clinical safety) จึงไม่ทราบว่าจำนวนวันที่เพิ่มขึ้นที่ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาล (extended hospital stays) และการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย (readmission) เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตาม ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลมักเปลี่ยนไปเมื่อผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวประสบกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยตรง โดยเฉพาะ

เหตุการณ์ที่มีความรุนแรง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทำให้ความเชื่อมั่นและความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์และสถานพยาบาลลดลง ซึ่งนำไปสู่การขาดความต่อเนื่องในการติดตามอาการและขาดความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเศรษฐกิจและสังคม เช่น ความบอบช้ำทางจิตใจและสังคม (trauma and social) และปัญหาทางด้านการทำงานและเศรษฐกิจมากกว่าการเสียชีวิต การบาดเจ็บทางด้านร่างกาย และการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหรือการพักรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น [34]

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ รวมถึงการวิเคราะห์เอกสารบันทึกของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วย/ญาติ (ที่ผ่านเหตุการณ์มาเป็นเวลานานแล้ว) มีแนวคิดบางส่วนที่คล้ายคลึงกับแนวคิดของบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีความเห็นว่าไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูลในทุกเรื่อง เน้นเปิดเผยเฉพาะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ เพราะผู้ป่วยและญาติก็มีความหลากหลาย เข้าใจข้อจำกัดในการสื่อสาร และคิดว่าน่าจะมีจุดสมดุลย์ระหว่างทั้งสองฝ่าย

> *“การเปิดเผยข้อมูลอ่ะ มองว่าถ้ามี พรบ. มันจะแยกไม่ให้เกิดการเผชิญหน้าระหว่างหมอกับคนไข้ หมอเขาก็มีอีโก้ของเขานะ มีศักดิ์ศรีของเขานะ แต่พี่ก็เข้าใจเขาด้วยว่าการรักษามันก็...บางทีมันระวังน่ะ แต่มันอะไรแทรกซ้อนมันคือเชื้อโรค อย่างวิกฤติโรคติดเชื้อ ชาวบ้านเขารู้ไหม เขาไม่รู้ มันมาจากไหนเขาไม่รู้ แล้วขณะที่ตัวยาของโรงพยาบาลบางทีมันเกินความสามารถที่จะรักษาการติดเชื้อดื้อยาอันนี้ บางอย่างเขาไม่ใช่พูดได้นะ โรงพยาบาลหรือแพทย์เนี่ยนะ เพราะพูดแล้วมันจะเกิดผลกระทบระดับนโยบายยังไงอ่ะ แล้วทีนี้จะแก้ไขปัญหายังไงอ่ะ บางทีมันต้องฟังเราอ่ะ ฟังบ้าง แล้วก็ลดทิฐิอ่ะ อย่างชาวบ้านเปิดเผยปุ๊บ มันไม่เหมือนสมัยก่อนแล้วนะ เปิดเผยปุ๊บ เห้ยมันผิดนี่หว่า เอาไปฟ้อง ยอมรับแล้วหนิใช่ไหม ทีนี้ถ้ามี พรบ.นี่ มันจะไม่เกิดการเผชิญหน้า จะมีตัวกองทุนนี้เป็นตัวกลาง ขณะเดียวกันเราก็จะไม่เจอการแก้เวชระเบียน เราก็จะรู้สึก feel free ละ พอถึงเวลา ยอมรับก็ยอมรับกับหน่วยงาน ยอมรับกับระบบ” (ผู้ให้ข้อมูล PR1)*

อย่างไรก็ตามจากบันทึกของผู้เสียหายทางการแพทย์จะเห็นว่าในหลายกรณี เป็นกรณีที่มีความเสียหายเกิดขึ้นอย่างชัดเจน แต่ผู้ป่วย/ญาติกลับไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษา หรือ hospital record ของตนเองได้ ทำให้เกิดความหวาดระแวงและความไม่เชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในระดับบุคคลและสถาบัน

4.11 แนวทางการเปิดเผยข้อมูลความผิดพลาดทางการแพทย์จากราชวิทยาลัยแพทย์และแพทยสภา ประเทศไทย

ผู้วิจัยได้สืบค้นเอกสารจากราชวิทยาลัยต่างๆ และเอกสารของแพทย์สภาจากฐานข้อมูลอิเล็คทรอนิกส์ เอกสารทั้งหมดถูกสืบค้นในเดือนมีนาคม พ.ศ.2562 โดยเอกสารแนวทางเวชปฏิบัติ และเอกสารหลักสูตรการอบรมแพทย์ประจำบ้าน ถูกสืบค้นจากเว็บไซต์ของราชวิทยาลัยแพทย์ทั้ง 15 แห่ง เอกสารเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ของแพทยสภา พ.ศ. 2555 สืบค้นจากเว็บไซต์แพทยสภา ในหัวข้อ ฝึกอบรมและสอบ ส่วนของเอกสารจริยธรรมทางการแพทย์ และเอกสารแนวปฏิบัติในการเปิดเผยข้อมูลของประเทศแคนาดา ใช้การสืบค้นข้อมูลจากเว็บไซต์กูเกิ้ล โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น คือ “จริยธรรม+แพทย์” และ “disclosure guideline” ตามลำดับ

จากนั้นทำการวิเคราะห์เอกสารเหล่านั้นเพื่อหาแนวทางของการสื่อสาร รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลความผิดพลาดทางการแพทย์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย โดยเอกสารที่สืบค้นสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มที่มีการกล่าวถึงเรื่องการสื่อสาร/การเปิดเผยข้อมูลฯ กับผู้ป่วยหรือญาติ ได้แก่เอกสารจริยธรรมทางการแพทย์ เอกสารที่ออกโดยแพทยสภา และเอกสารหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ ทั้งนี้ผู้วิจัยมิได้นำเสนอผลจากการสืบค้นเอกสารแนวเวชปฏิบัติ เนื่องจากเป็นเอกสารที่ไม่มีการกล่าวถึงแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดความผิดพลาดทางการแพทย์[8] เพราะเอกสารแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) เป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติของแพทย์ ทำให้ประสิทธิภาพและผลของการรักษาดีขึ้น หรือมีผลให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น โดย CPG มักถูกจัดทำในโรคหรือภาวะที่มีความสำคัญต่อประชากรจำนวนมาก หรือมีอัตราการเจ็บป่วยที่พบได้บ่อย [43] จากการสืบค้นเบื้องต้นพบว่า CPG ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ กุมารแพทย์ อายุรแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ มีการแยกตามโรคหรือหลักสูตรเฉพาะทางของแต่ละราชวิทยาลัย โดยเอกสารเกือบทั้งหมดไม่มีการกล่าวถึงแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ กล่าวถึงเพียงการเปิดเผยข้อมูลการรักษา (disclosure) โดยแพทย์ควรแจ้งข้อดี ข้อเสีย และข้อจำกัดทางการรักษาให้แก่ผู้ป่วยและญาติทราบ เพื่อให้สิทธิผู้ป่วยในการเลือกการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง [44-47] ดังแสดงในตัวอย่างนี้

[8] มีเพียงแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560 ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ หน้า 190 ที่กล่าวถึงการแก้ปัญหาจากการใช้ยา โดยเมื่อพบปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยา เภสัชกรจะต้องเป็นผู้ประเมิน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อให้แพทย์ทราบต่อไป

ตัวอย่างข้อความใน CPG ที่กล่าวถึงเรื่องการเปิดเผยข้อมูล

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ หน้า 30 กล่าวว่า *"บุคลากรทางการแพทย์ต้องเข้าใจถึงสภาพจิตใจหรืออารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด โดยใช้หลักการสื่อสารที่ดี ตอบคำถามกับผู้ป่วยและญาติโดยไม่ปิดบังตามความเหมาะสมและสถานการณ์ แสดงให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้ตระหนักถึงความห่วงใยของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยสนับสนุนหรือปลอบโยน ผู้ป่วยและครอบครัว โดยจำเป็นต้องให้ข้อมูลวิธีการดูแลรักษา การวางแผนการรักษาในระยะเวลาต่างๆ ตลอดจนให้ความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงการดูแลความปวดหรืออาการอื่นๆ ที่บุคลากรทางการ แพทย์สามารถกระทำให้ได้"* และ "*อธิบายเกี่ยวกับยาต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ โดยยาแต่ละชนิดควรเขียนเป็นชื่อและบ่งถึงเหตุผลของการใช้ยา วิธีการใช้ยาที่ถูกต้องทั้งจำนวนและเวลาที่ใช้ ผลข้างเคียงที่พบและการดูแลแก้ไขหรือป้องกัน*" [48]

แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ หน้า 17 กล่าวว่า "*ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ, กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง หรือมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดอยู่แล้ว ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่มนี้ แต่หากจำเป็นควร ติดตามอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดอย่างใกล้ชิด และผู้ป่วยทุกรายควรได้รับข้อมูล ด้านความเสี่ยงในการเกิดภาวะดังกล่าวซึ่งสูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา*" [49]

แนวทางเวชปฏิบัติโรคลมชักสำหรับแพทย์ ของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ หน้า 33 "*การตัดสินใจว่าจะเริ่มยากันชักหรือไม่นั้นยังต้องพิจารณาถึงผลกระทบ ที่เกิดขึ้นกรณีมีการชักซ้ำ การตัดสินใจกรณีที่มีโอกาสการชักซ้ำต่ำ หรือผลกระทบจากการชักมีมากการตัดสินใจเริ่ม ยากันชักหรือไม่นั้น ขึ้นกับการตัดสินใจของผู้ป่วย และครอบครัวเป็นหลักแพทย์ทำหน้าที่ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งข้อดี ข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการทานยากันชัก*" และในหน้า 37 ที่กล่าวว่า "*ควรมีการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงข้อบ่งชี้ของการเริ่มให้การรักษาด้วยยากันชักและผลข้างเคียงของยา ความจำเป็นที่ต้องใช้ยาในระยะเวลายาวนานรวมทั้งการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นเมื่อมีอาการชัก*" [50]

แนวทางเวชปฏิบัติการให้ยาระงับปวดเฉพาะส่วนเพื่อการคลอด ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ หน้า 3 ระบุว่า "*ผู้ป่วยต้องได้รับฟังคำอธิบายผลดีผลเสียของการให้ยาระงับปวดเฉพาะส่วนเพื่อการคลอด จากวิสัญญีแพทย์หรือสูติแพทย์หรือแพทย์เจ้าของไข้ และได้ลงนามรับทราบข้อมูลก่อนเริ่มการทำหัตถการ*" [51]

จากการสืบค้นทางฐานข้อมูลอิเล็คทรอนิกส์พบเฉพาะเอกสารจริยธรรมทางการแพทย์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์เป็นเอกสารเดียวที่มีการกล่าวถึงเรื่องการเปิดเผยข้อมูลฯ อย่างชัดเจน โดยเอกสารดังกล่าวระบุว่า

(หน้า 3) “ความคลาดเคลื่อนหรือความผิดพลาดทางการแพทย์ เป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้แม้แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะดำเนินการโดยระมัดระวังแล้วหรือทำตามข้อกำหนดของโรงพยาบาลทุกขั้นตอน ถ้าหากว่าสิ่งที่เกิดนี้มีผลกระทบมากต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย แพทย์จำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลนั้นตามความจริง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นภายใต้ความระมัดระวังเต็มที่แล้วนี้ไม่ใช่สิ่งที่ไม่เหมาะสม ไม่ใช่การไม่ใส่ใจ และ ไม่ใช่สิ่งที่ผิดจริยธรรม ในทางตรงข้ามบางครั้งการปิดบังความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นนี้อาจนำไปสู่ด้านกลับของผลทั้งสามข้อนั้นก็เป็นได้” [52] จากข้อความดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ มีมุมมองต่อการเปิดเผยข้อมูลซึ่งสามารถอธิบายได้จากปัจจัยระดับความรุนแรงของความผิดพลาดและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเน้นว่าหากความผิดพลาดนั้นมีความรุนแรงและส่งผลกระทบมากต่อทั้งร่างกายและจิตใจ แพทย์จำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลตามความเป็นจริง และยังเน้นในเรื่องความสำคัญของการเปิดเผยข้อมูลว่าการปิดบังข้อมูลนั้นอาจนำไปสู่ผลเสียมากกว่าการเปิดเผยข้อมูล นอกจากนั้นยังเน้นในเรื่องการให้มุมมองแก่บุคลากรทางการแพทย์ว่าเรื่องความผิดพลาดทางการแพทย์นั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้แม้ว่าจะดำเนินตามขั้นตอนทุกอย่างแล้ว ซึ่งการนำเสนอแนวคิดและหลักการเรื่องการเปิดเผยข้อมูลนี้เป็นหลักการที่สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่พบรายละเอียด (ทุกราชวิทยาลัย) ในเรื่องการให้ข้อมูลในเรื่องขั้นตอนต่างๆ หรือข้อมูลที่สามารถนำไปปรับใช้ในการทำเวชปฏิบัติกรณีที่เกิดความผิดพลาดขึ้น

ในส่วนของเอกสารของแพทยสภานั้น ได้มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าสอบใบประกอบวิชาชีพ ว่าควรมีคุณสมบัติที่พึงประสงค์ทั้ง 6 ด้าน ตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ.2555 [53] โดยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยความผิดพลาดทางการแพทย์ มีดังนี้

1) คุณลักษณะด้านพฤตินัย เจตคติ คุณธรรม และจริยธรรม ในข้อย่อย 1.1.4) รับผิดชอบต่อผู้ป่วย การนัดหมาย และงานที่ได้รับมอบหมาย และข้อ 1.2.2) ให้ความจริงแก่ผู้ป่วย รักษาความลับ และเคารพในสิทธิของผู้ป่วย
2) คุณลักษณะด้านทักษะการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ ในข้อย่อย 2.2.1) มีทักษะในการรับฟังปัญหา เข้าใจความรู้สึกและความวิตกกังวลของผู้ป่วย อีกทั้งสามารถตอบคำถาม อธิบาย ให้คำปรึกษาและคำแนะนำอย่างเหมาะสม และ 2.2.5) มีทักษะการสื่อสารในสถานการณ์เฉพาะ เช่น การแจ้งข่าวร้าย การขอชันสูตรศพ เป็นต้น
3) มีความรู้พื้นฐานทางการแพทย์ ในข้อย่อย 3.2.2) มีความรู้ความเข้าใจเรื่อง เวชจริยศาสตร์และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งในส่วนของเวชจริยศาสตร์ มีการกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องมีจริยธรรม ในส่วนของ การเปิดเผยข้อมูล (truth

telling/disclosure) และ การเปิดเผยความผิดพลาดทางการแพทย์ (disclosure of medical error) [54]

จากการทบทวนเอกสารหลักสูตรการอบรมแพทย์ประจำบ้าน (residency training) ซึ่งเป็นการสืบค้นข้อมูลจากหลักสูตรพื้นฐานของแต่ละราชวิทยาลัย ไม่รวมหลักสูตรอนุสาขาหรือหลักสูตรเฉพาะทางอื่นๆ พบว่าทุกราชวิทยาลัยมีการกล่าวถึงเรื่องการเปิดเผยข้อมูลไว้ในหลักสูตรการอบรมแพทย์ประจำบ้าน ว่าจะต้องมีการฝึกฝนทักษะ/จริยธรรมดังกล่าวให้แก่ผู้เรียน ดังนี้ (รายละเอียดดังแสดงในตาราง 22)

1) รังสีแพทย์ กำหนดอย่างชัดเจนในหัวข้อทักษะการปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสาร (interpersonal and communication skills) ว่า “รังสีแพทย์ควรสื่อสารให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ มีเมตตา เคารพการตัดสินใจและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ควรมีทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับข้อผิดพลาด ภาวะแทรกซ้อน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ แพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี ต้องฝึกทักษะการสื่อสารในสถานการณ์เฉพาะ เช่น การแจ้งข่าวร้าย การจัดการเมื่อเกิดข้อผิดพลาด เป็นต้น [55, 56]
2) อายุรแพทย์ บ้านแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู บ้านโสต ศอ นาสิกแพทย์ และบ้านศัลยแพทย์ กำหนดให้ทักษะการบอกข่าวร้าย การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ เป็นหนึ่งในหัวข้อการเรียนรู้ด้านปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารเช่นกัน [57-59]
3) การฝึกอบรมจริยธรรมหลักสูตรศัลยปฏิบัติที่ดี (good surgical practice) มีการฝึกทักษะการสื่อสาร โดยกำหนดว่า “ศัลยแพทย์ทุกท่าน ควรดำเนินการแก้ไขทันทีเมื่อผู้ป่วยได้รับอันตราย และกล่าวขอโทษในเวลาและภาวะอันควร” [60, 61]
4) ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ ในหัวข้อการเรียนรู้ด้านความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ (professionalism) กำหนดว่าแพทย์ประจำบ้านพึงมีคุณลักษณะ ยอมรับข้อผิดพลาดของตนเอง พยายามแก้ไข และรับผิดชอบในการให้ความจริงแก่ผู้ป่วย [62]
5) ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์กำหนดให้มีการสอนเรื่องหลักการพูดความจริงในการรักษาผู้ป่วย (principle of truth telling) ในหลักสูตรจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์ โดยมีรายละเอียด 3 หัวข้อ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงของเจตคติที่มีต่อการพูดความจริงบนพื้นฐานของการจัดลำดับความสำคัญเชิงสัมพัทธ์ในบริบทต่างๆ 2) การเชื่อมโยงข้อจำกัดของหลักการของการพูดความจริงในการรักษาผู้ป่วยโดยคำนึงถึงบริบทและความแตกต่างทางวัฒนธรรม 3) เรื่องความเครียดในการพูดความจริงของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมและในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแพทยศาสตร์ศึกษา

นอกจากนี้ยังมีการกำหนดหัวข้อ Report mistakes to parents เป็นหัวข้อในการประเมินให้คะแนนสำหรับแพทย์ฝึกหัดในชั้นปีที่3ด้วย [63]

6) หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว ได้กำหนดสมรรถนะหลัก 6 ด้านของแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โดยสมรรถนะที่ 5 เป็นสมรรถนะด้านความเป็นมืออาชีพ (professional) ที่กล่าวว่าแพทย์ด้านนี้ควรมีทักษะในการตรวจสอบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ตระหนักถึงจริยธรรมทางการแพทย์ เช่น การแจ้งข่าวร้าย เป็นต้น นอกจากนี้ในสมรรถนะที่ 6 การปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ (system-based practice) กล่าวว่าแพทย์ควรตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการสร้างทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ที่ประสบความเสียหายอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา แพทย์ควรรับฟังปัญหาได้อย่างลึกซึ้ง สื่อสารอย่างรวดเร็วและเหมาะสม และควรให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นจริงและทำด้วยความเห็นอกเห็นใจ แพทย์ด้านเวชศาสตร์ควรที่จะสามารถค้นหาความเสี่ยงและรายงานอุบัติการณ์ในเวชปฏิบัติได้ [64]

7) หลักสูตรพยาธิคลินิกของราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์ กำหนดให้ความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เป็นหนึ่งในหัวข้อการประเมิน โดยแพทย์ควรที่จะสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ด้วยตนเองในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อน เช่น การบอกข้อผิดพลาดในการรายงานผล [65]

ผู้วิจัยไม่พบเอกสารหลักสูตรของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์

ตาราง 22 สรุปหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยความผิดพลาดทางการแพทย์ของแต่ละราชวิทยาลัย

หลักสูตรที่กล่าวถึงเรื่องการเปิดเผยข้อมูลฯ	ราชวิทยาลัย	รายละเอียด
ทักษะปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสาร	• ศัลยแพทย์ • อายุรแพทย์ • แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู • โสต ศอ นาสิกแพทย์ • รังสีแพทย์	1) ทักษะการบอกข่าวร้าย และการจัดการเมื่อเกิดข้อผิดพลาด 2) ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ 3) ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับข้อผิดพลาด ภาวะแทรกซ้อน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

หลักสูตรที่กล่าวถึงเรื่องการเปิดเผยข้อมูลฯ	ราชวิทยาลัย	รายละเอียด
ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ	● จิตแพทย์ ● แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	1) ควรมีความรับผิดชอบในการให้ความจริงแก่ผู้ป่วย 2) ทักษะในการตรวจสอบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 3) ตระหนักถึงจริยธรรมทางการแพทย์ เช่น การแจ้งข่าวร้าย
จริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์	● กุมารแพทย์	1) หลักการพูดความจริงในการรักษาผู้ป่วย
การปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ	● แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	1) ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ที่ประสบความเสียหายอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา
หัวข้อในการประเมิน*	● พยาธิแพทย์ ● กุมารแพทย์ ● รังสีแพทย์	1) ความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ จะสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ด้วยตนเองในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อน เช่น การบอกข้อผิดพลาดในการรายงานผล

***หมายเหตุ** นับเฉพาะที่มีการระบุหัวข้อการประเมินที่จำเพาะเจาะจงต่อการเปิดเผยข้อมูล โดยใช้คำสำคัญ คือ การบอก/รายงานข้อผิดพลาดต่อผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์

ทุกหลักสูตรที่กำหนดให้ทำการประเมิน จะประเมินทักษะดังกล่าวจากการให้คะแนนของอาจารย์ผู้สอน ผ่านการสังเกต (direct observation) การประเมินแบบ 360 องศา (360 degree observation) เห็นได้ว่าแต่ละราชวิทยาลัยกำหนดเนื้อหาบทเรียนในหัวข้อหรือหลักสูตรที่แตกต่างกันไป ใช้ชื่อที่ต่างกัน และไม่มีรายละเอียดของหลักสูตร อย่างเช่น ถ้ากำหนดว่าให้มีการเรียนรู้เรื่องการบอกความจริง ก็จะกำหนดมาแค่ว่ามีหัวข้อนี้ให้เรียน แต่ไม่อธิบายว่าเป็นการบอกความจริงแบบไหน มีขั้นตอนอย่างไร บอกข้อมูลความผิดพลาดทางการแพทย์หรือบอกผลดีผลเสียของการรักษา หรือเป็นการแจ้งข่าวร้ายเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2558 สรพ. ได้จัดทำหลักสูตร คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับสถาบันการศึกษาภายใต้ หลักสูตร Patient Safety Curriculum ของ WHO มาประยุกต์ใช้ในสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรทาง สาธารณสุข รวมทั้ง สร้างความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรทางสาธารณสุข สภาวิชาชีพ และ องค์กรที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาหลักสูตร Patient Safety ในสถาบันการศึกษาของประเทศไทย มีสถาบันการศึกษาเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 133 แห่ง ครอบคลุมในสาขา แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ และพยาบาล พร้อมทั้งสมาคมวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อน Patient Safety Curriculum ของ WHO ประกอบด้วยผู้แทนในแต่ละสาขาวิชาชีพ เพื่อให้คำแนะนำในการกำหนดเป้าหมาย ทิศทางการดำเนินงาน ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ให้มีการนำคู่มือหลักสูตร Patient Safety Curriculum

ของ WHO ไปใช้ในสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรทางสาธารณสุข และติดตามความก้าวหน้าเพื่อประเมินผลการนำหลักสูตร Patient Safety Curriculum ของ WHO ไปใช้การวิจัยเพื่อติดตามการนำคู่มือ Patient Safety Curriculum ของ WHO ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษา โดยมีการสร้างแบบสอบถามสำหรับติดตาม กลุ่มเป้าหมาย คือ นักศึกษาจบใหม่ที่ปฏิบัติงานไม่เกิน 1 ปี เพื่อจะได้รับทราบความ ต้องการเกี่ยวกับองค์ความรู้ของ Patient Safety ให้ตรงความต้องการมากยิ่งขึ้น มี การจัดทำคู่มือ Patient Safety Curriculum ของ WHO เป็นภาษาไทยและได้จัดทำาหนังสือเป็นชุด Box set และ e-Book เพื่อแจกให้สถาบันการศึกษาและสถานพยาบาลที่สนใจ โดยเริ่มแจกสื่อต่างๆ ในปี 2559

4.12 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมผลักดันให้เกิดกลไกในระดับประเทศที่ดูแลความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาพยาบาลเพื่อลดผลกระทบเชิงลบที่เกิดกับทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

2. โรงพยาบาลทุกแห่งควรพิจารณาจัดทำนโยบายในการป้องกัน ดูแล และเยียวยาผลกระทบจากเหตุการณ์ความผิดพลาดทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ที่เกิดกับบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาพยาบาล

3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลร่วมกับสถาบันการศึกษาในการจัดทำหลักสูตรการสอนเพื่อสนับสนุนแนวคิดเรื่องการเปิดเผยข้อมูลความผิดพลาดทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในเรื่องการสื่อสารข้อมูลความผิดพลาดทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่เป็นไปในทิศทางเดียวกับองค์การอนามัยโลก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Oganization. Patient safety: Make health care safer. Geneva: World Health Organization; 2017.

2. สายสมร เฉลยกิตติ, พรนภา คำพราว, สมพิศ พรหมเดช. ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(2):5. Epub 70.

3. World Health Organization. Patient safety. Available from: https://www.who.int/patientsafety/en/.

4. World Health Organization. The WHO Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (v.1.1). 2009.

5. ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล, จตุรงค์ บุณยรัตนสุนทร. กลไกและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนและการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ. นนทบุรี: 2551.

6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ระยะ 4 ปี (พ.ศ.2561-2564). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2560.

7. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. HA Update 2010. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2553.

8. Rathod Shanaya, Marco Rasha De. Research Related Adverse Event Reporting Policy Southampton Southern Health NHS Foundation Trust 2014.

9. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2561. 192 p.

10. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ. 2561. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2561. 98 p.

11. ศิริลักษณ์ โพธิกุล. การพัฒนาระบบรายงานและเรียนรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ (National Incidents Reporting and Learning System: NIRLS). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2560. 44 p.

12. ระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย (National Reporting and Learning System: NRLS) [Internet]. 2563 [cited 16 มีนาคม 2563]. Available from: https://www.thai-nrls.org/.

13. R. D. Beckett, A. H. Sheehan, J. G. Reddan. Factors associated with reported preventable adverse drug events: a retrospective, case-control study. Ann Pharmacother. 2012 May;46(5):634-41. PubMed PMID: 22510670. Epub 2012/04/19. eng.

14. J. Kjellberg, R. T. Wolf, M. Kruse, S. R. Rasmussen, J. Vestergaard, K. J. Nielsen, et al. Costs associated with adverse events among acute patients. BMC Health Serv Res. 2017 Sep 13;17(1):651. PubMed PMID: 28903748. Pubmed Central PMCID: PMC5598051. Epub 2017/09/15. eng.

15. B. J. Lahue, B. Pyenson, K. Iwasaki, H. E. Blumen, S. Forray, J. M. Rothschild. National burden of preventable adverse drug events associated with inpatient injectable medications: healthcare and medical professional liability costs. Am Health Drug Benefits. 2012 Nov;5(7):1-10. PubMed PMID: 24991335. Pubmed Central PMCID: PMC4031698. Epub 2012/11/01. eng.

16. อาทร ริ้วไพบูลย์. รายงานต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Standard Cost Lists for Health Technology Assessment). นนทบุรี2554.

17. สำนักดัชนีเศรษฐกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. ดัชนีราคาผู้บริโภคทั่วไปประเทศไทย 2556. 2556.

18. S. Dodd, A. Bassi, K. Bodger, P. Williamson. A comparison of multivariable regression models to analyse cost data. Journal of evaluation in clinical practice. 2006 Feb;12(1):76-86. PubMed PMID: 16422782. Epub 2006/01/21. eng.

19. A. M. Jones, J. Lomas, N. Rice. Healthcare Cost Regressions: Going Beyond the Mean to Estimate the Full Distribution. Health economics. 2015 Sep;24(9):1192-212. PubMed PMID: 25929525. Epub 2015/05/02. eng.

20. มนทัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์, จอมขวัญ โยธาสมุทร, กรรณิการ์ ฐิติบุญสุวรรณ, et al. การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. 2551.

21. GNI per capita, Atlas method (current US$) - Thailand [Internet]. [cited 16 มีนาคม 2563]. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD?locations=TH&name_desc=false.

22. Clinical Excellence Commission. Open Disclosure Handbook Sydney: Clinical Excellence Commission 2014.

23. Reema Harrison, Merrilyn Walton, Elizabeth Manias, Jennifer Smith-Merry, Patrick Kelly, Rick Iedema, et al. The missing evidence: A systematic review of patients' experiences of adverse events in health care. International Journal for Quality in Health Care. 2015;2015:1-19.

24. ปรียนันท์ ล้อเสริมวัฒนา. ความเป็นมาของเครือข่าย และร่างพรบ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ [อินเทอร์เน็ต]. Available from: ที่มา: http://thai-medical-error.blogspot.com/.

25. R. Sirriyeh, R. Lawton, P. Gardner, G. Armitage. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. Qual Saf Health Care. 2010 Dec;19(6):e43. PubMed PMID: 20513788. Epub 2010/06/02.

26. Attia Bari, REHAN KHAN, Ahsen Rathore. Medical errors; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change. Pakistan Journal of Medical Sciences Online. 2016;36:523-8.

27. Eric Thomas, Laura Petersen. Measuring Errors and Adverse Events in Health Care. Journal of general internal medicine. 2003;18.

28. ปรีชญา ไตละนันทน์. ผลกระทบของการร้องเรียนหรือข่มขู่ฟ้องร้องทางการแพทย์ต่อสุขภาวะของแพทย์ใช้ทุนจบใหม่ในประเทศไทย. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563.

29. โครงการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ มูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อยและชาติพันธุ์. คู่มือการดำเนินงานศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ ชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์. 2560.

30. คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข, กลุ่มงานพิทักษ์สิทธิ สำนักกฎหมาย สปสช. แนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41. พิมพ์ครั้งที่ 2 ed. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.

31. ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 129, ตอนพิเศษ 128ง (ลงวันที่ 29 มิถุนายน 2555).

32. พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2558. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132, ตอนที่ 53ก (ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2558).

33. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135, ตอนพิเศษ 41ง (ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2561).

34. P Massó Guijarro, J M Aranaz Andrés, J J Mira, E Perdiguero, C Aibar. Adverse events in hospitals: the patient's point of view. Quality and Safety in Health Care. 2010;19(2):144-7.

35. A. D. Waterman, J. Garbutt, E. Hazel, W. C. Dunagan, W. Levinson, V. J. Fraser, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. Joint Commission journal on quality and patient safety. 2007 Aug;33(8):467-76. PubMed PMID: 17724943. Epub 2007/08/30. eng.

36. K. M. Mazor, S. R. Simon, R. A. Yood, B. C. Martinson, M. J. Gunter, G. W. Reed, et al. Health plan members' views about disclosure of medical errors. Annals of internal medicine. 2004 Mar 16;140(6):409-18. PubMed PMID: 15023706. Epub 2004/03/17. eng.

37. Etienne Mullet, Anne Houdbine, Sophie Laumonier, Michelle Girard. “Forgivingness”: Factor Structure in a Sample of Young, Middle-Aged, and Elderly Adults. European Psychologist. 1998 1998/12/01;3(4):289-97.

38. J. J. Robertson, B. Long. Suffering in Silence: Medical Error and its Impact on Health Care Providers. The Journal of emergency medicine. 2018 Apr;54(4):402-9. PubMed PMID: 29366616. Epub 2018/01/26. eng.

39. Stephanie Fein, Lee Hilborne, Margie Kagawa-Singer, Eugene Spiritus, Craig Keenan, Gregory Seymann, et al. A conceptual model for disclosure of medical errors. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.

40. Health Canada. Exploring the link between public involvement/citizen engagement and quality health care: A Review and Analysis of the Current Literature Ottawa, Canada: Health Human Resources Strategies Division,, 2003.

41. D. Seys, A. W. Wu, E. Van Gerven, A. Vleugels, M. Euwema, M. Panella, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. Eval Health Prof. 2013 Jun;36(2):135-62. PubMed PMID: 22976126. Epub 2012/09/15.

42. C. A. Vincent, A. Coulter. Patient safety: what about the patient? Qual Saf Health Care. 2002 Mar;11(1):76-80. PubMed PMID: 12078376. Pubmed Central PMCID: PMC1743559. Epub 2002/06/25.

43. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. หลักการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ของ รวกท. พ.ศ. 2559. 2559.

44. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. Clinical Practice Guideline แยกตามอนุสาขาต่างๆ 2016 [updated 19 ธันวาคม 2559; cited 2562 4 เมษายน 2562]. Available from: http://www.thaipediatrics.org/pages/Doctor/Detail/8/98.

45. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางและมาตรฐาน [cited 2562 4 เมษายน 2562]. Available from: http://www.anesthai.org/th/files/documents/4/%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B8%90%E0%B8%B2%E0%B8%99.

46. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. Clinical Practice Guidelines in Surgery [cited 2562 4 เมษายน 2562]. Available from: http://www.rcst.or.th/en/clinical-practice-guidelines/.

47. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติ [updated 28 สิงหาคม 2561; cited 2562 4 เมษายน 2562]. Available from: http://www.rcpt.org/index.php/news/2012-09-24-09-26-20.html.

48. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด2547.

49. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด2548.

50. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางเวชปฏิบัติโรคลมชักสำหรับแพทย์ Clinical Practice Guidelines for Epilepsy. บริษัท ธนาเพรส จำกัด2559.

51. ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ 5/2555 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการให้ยาระงับปวดเฉพาะส่วนเพื่อการคลอด, 5/2555 (2555).

52. นิธิพัฒน์ เจียรกุล. จริยธรรมทางการแพทย์ในยุคปัจจุบัน: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย; [12/03/2019]. Available from: http://www.rcpt.org/index.php/2012-10-03-16-53-39/category/3-2012-10-09-14-46-45.html?download=19%3A2012-11-01-16-33-35.

53. แพทยสภา. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. ๒๕๕๕. 2555.

54. แพทยสภา. เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. 2555.

55. ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขารังสีวิทยาวินิจฉัย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๐. 2560.

56. วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. เกณฑ์หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (วฉ101) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๙. 2559.

57. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๑. 2561.

58. ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๐. 2560.

59. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย.pdf>. 2561.

60. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับ พ.ศ.๒๕๖๐. 2560.

61. ศจ.นพ.ทองดี ชัยพานิช, พล.ท.นพ.ธนู ชูวิเชียร, พล.อ.ท.นพ.สญชัย ศิริวรรณบุศย์, ศจ.นพ.อรุณ โรจนสกุล, ศจ.นพ.วิทยา วัฒโนภาส, ศจ.นพ.ศุภกร โรจนนินทร์, et al. ศัลยปฏิบัติที่ดี(Good surgical Practice) [12 มีนาคม 2562]. Available from: http://www.ebrain1.com/%E0%B8%A8%E0%B8%B1%E0%B8%A5%E0%B8%A2%E0%B8%9B%E0%B8%8F%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%94%E0%B8%B5.html.

62. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับ พ.ศ. ๒๕๖๑. 2561.

63. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขากุมารเวชศาสตร์ พ.ศ.2561 .pdf>. 2561.

64. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ.2561. 2561.

65. ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาวิชาพยาธิวิทยาคลินิก ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับ พ.ศ. ๒๕๖๑. 2561.

ภาคผนวก

แบบเก็บข้อมูลชุด A: เอกสารแนบ 1

แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ และผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ฯ (ข้อมูลราย visit)

รูปแบบข้อมูล: Microsoft Excel

ช่วงเวลาที่ดึงข้อมูล: วันที่ 1 มกราคม 2559 – 30 เมษายน 2562

ลำดับ	รายการ	หมายเหตุ
1.	เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย (Hospital Number)	encryption
2.	เลขที่ประจำตัวผู้ป่วยใน (Admission Number)	encryption
3.	รหัสหน่วยบริการ	
4.	ชื่อหน่วยบริการ	
5.	เพศ	
6.	สัญชาติ	
7.	วัน เดือน ปี เกิด	DD/MM/YYYY
8.	อายุ	
9.	สิทธิการรักษา	เช่น ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้าราชการ ชำระเงินเอง ฯลฯ
10.	วันที่เข้ารับบริการ	DD/MM/YYYY
11.	วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	DD/MM/YYYY
12.	วันที่ทำหัตถการ (ที่ก่อให้เกิดเหตุการณ์ฯ)	DD/MM/YYYY
13.	แผนกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	เช่น แผนกศัลยกรรม แผนกสูตินรีเวชกรรม แผนกอายุรกรรม ฯลฯ
14.	รหัสการวินิจฉัยโรคหลักที่ให้การรักษาพยาบาล	ICD-10 TM – ***รหัสหลัก***
15.	รหัสการวินิจฉัยโรครองที่ให้การรักษาพยาบาล	ICD-10 TM – 10 รหัสแรก
16.	รหัสหัตถการ	ICD-9-CM – 10 รหัสแรก
17.	ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด	มูลค่ารวม
18.	ค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิการรักษา	มูลค่ารวม
19.	ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิการรักษา	มูลค่ารวม
20.	ค่ายาทั้งหมดที่ใช้ในโรงพยาบาล	มูลค่ารวม
21.	ค่ายาที่นำไปใช้ต่อที่บ้าน	มูลค่ารวม

ลำดับ	รายการ	หมายเหตุ
22.	ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	มูลค่ารวม
23.	ค่าสารน้ำ	มูลค่ารวม
24.	ค่าสารอาหารทางเส้นเลือด	มูลค่ารวม
25.	ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	มูลค่ารวม
26.	ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	มูลค่ารวม
27.	ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา	มูลค่ารวม
28.	ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ	มูลค่ารวม
29.	ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์	มูลค่ารวม
30.	ค่าทำหัตถการ	มูลค่ารวม
31.	ค่าบริการวิสัญญี	มูลค่ารวม
32.	ค่าบริการวิชาชีพ	มูลค่ารวม
33.	ค่าบริการทางการแพทย์	มูลค่ารวม
34.	ค่าบริการเภสัชกร	มูลค่ารวม
35.	ค่าบริการทางการพยาบาล	มูลค่ารวม
36.	ค่าห้อง	มูลค่ารวม
37.	ค่าอาหาร	มูลค่ารวม
38.	ค่าบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด	มูลค่ารวม
39.	สถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย	เช่น Complete Recovery, Improved, Not Improved, Dead ฯลฯ

เอกสารแนบ 2

แบบเก็บข้อมูลข้อมูลการขาดงาน และย้ายงาน/การลาออกของบุคคลากรสาธารณสุขจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ (แบบสอบถามหัวหน้าแผนก)

ชื่อโครงการวิจัย

การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้

ที่มาของโครงการวิจัย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP) เป็นหน่วยงานวิจัยภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ให้ดำเนินการศึกษาเรื่อง “การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ในประเทศไทย ทั้งนี้ หนึ่งในวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ การศึกษาต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ฯ ดังกล่าว ได้แก่ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียไป ต้นทุนที่เกิดจากบุคลากรสาธารณสุขซึ่งได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ฯ และต้นทุนการฟ้องร้องทางการแพทย์และค่าชดเชย/เงินช่วยเหลือต่างๆ โดยทางทีมวิจัยได้คัดเลือกเหตุการณ์ฯ ที่จะนำมาเป็นกรณีศึกษาจากระบบรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ (National Reporting and Learning System: NRLS) โดยจะดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561- 2562 ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการติดตามสถานการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญและการวางแนวทางในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขต่อไป

แบบบันทึกข้อมูลนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนที่เกิดจากบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ โดยจะเก็บข้อมูล ได้แก่ ต้นทุนจากการขาดงาน และต้นทุนจากการย้ายงาน/การลาออก

คำชี้แจง

แบบบันทึกข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลเบื้องต้น
2) ข้อมูลการขาดงาน และย้ายงาน/การลาออกของบุคคลากรสาธารณสุขจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้

หมายเหตุ: เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ในการศึกษานี้ หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่จะไม่เกิดขึ้น**หากผู้ป่วย**ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติที่มีความเหมาะสม ณ ช่วงเวลาที่ได้รับการดูแล

ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ต่อการพัฒนาโครงการการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ ทีมวิจัยและสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน..... วันที่บันทึกข้อมูล.....
โทรศัพท์.....อีเมล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้น

ชื่อโรงพยาบาล .....

สถานที่ตั้ง .....

ระดับสถานพยาบาล
- ☐ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
- ☐ โรงพยาบาลศูนย์
- ☐ โรงพยาบาลทั่วไป
- ☐ โรงพยาบาลชุมชน
- ☐ โรงพยาบาลเอกชน
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

จำนวนเตียง ..... เตียง

แผนก
- ☐ ผู้ป่วยนอก
- ☐ ฉุกเฉินและอุบัติเหตุ
- ☐ เภสัชกรรม
- ☐ ผู้ป่วยใน

☐ สูตินรีเวชกรรม

☐ ห้องผ่าตัด

☐ วิสัญญี

☐ ห้องปฏิบัติการทาง
การแพทย์

☐ อื่นๆ ระบุ .....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการขาดงานและการลาออกจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้

1. ใน 1 ปีที่ผ่านมา แผนกของท่านมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ หรือไม่

   ☐ ไม่มี ☐ มี

2. จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ที่เกิดขึ้นส่งผลให้บุคลากรในแผนกขาดงานหรือไม่ หากขาดงานโปรดระบุจำนวนวันโดยเฉลี่ย (วัน)

   ☐ ไม่มีการขาดงาน

   ☐ มีการขาดงาน กรุณาระบุเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ที่เกิดขึ้น โดยย่อ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้	**ระดับผลกระทบ (ระบุ A-I)***	**ตำแหน่งบุคลากรที่ขาดงาน (เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น)**	**ระดับ (เช่น ปฏิบัติการ ชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ เป็นต้น)**	**จำนวนวันขาดงาน (วัน)**

* ระดับผลกระทบ

A = เกิดเหตุการณ์ขึ้นจากตนเองและค้นพบได้ด้วยตนเอง พบว่าสามารถปรับแก้ไขได้โดยไม่ส่งผลกระทบถึงผู้อื่นหรือส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเล็กน้อย

B = เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น โดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ ยังไม่มีผลกระทบใดๆ ถึงผู้ป่วย

C = เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบถึงผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย

D = เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตรายปานกลาง

E = เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/ รักษาเพิ่มมากขึ้น

F = เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยต้องรักษา/ นอนโรงพยาบาลนานขึ้น

G = เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ความเชื่อถือและ/หรือมีการร้องเรียน

H = เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/ หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล

I = เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/ สื่อ

3. จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ที่เกิดขึ้นส่งผลให้บุคลากรของท่านย้ายงานหรือไม่ (การย้ายงาน หมายถึง การย้ายแผนกแต่ยังปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเดิม)

☐ ไม่มีการย้ายงาน

☐ มีการย้ายงาน กรุณาระบุเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ที่เกิดขึ้น โดยย่อ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้	**ระดับผลกระทบ (ระบุ A-I)***	**ตำแหน่งบุคลากรที่ย้ายงาน (เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น)**	**ระดับ (เช่น ปฏิบัติการ ชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ เป็นต้น)**

* ระดับผลกระทบ

A = เกิดเหตุการณ์ขึ้นจากตนเองและค้นพบได้ด้วยตนเอง พบว่าสามารถปรับแก้ไขได้โดยไม่ส่งผลกระทบถึงผู้อื่นหรือส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเล็กน้อย

B = เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น โดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ ยังไม่มีผลกระทบใดๆ ถึงผู้ป่วย

C = เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบถึงผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย

D = เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตรายปานกลาง

E = เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/ รักษาเพิ่มมากขึ้น

F = เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยต้องรักษา/ นอนโรงพยาบาลนานขึ้น

G = เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ความเชื่อถือและ/หรือมีการร้องเรียน

H = เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/ หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล

I = เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/ สื่อ

4. จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ที่เกิดขึ้นส่งผลให้บุคลากรของท่านลาออกหรือไม่

☐ ไม่มีการลาออก

☐ มีการลาออก กรุณาระบุเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ที่เกิดขึ้น โดยย่อ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้	**ระดับผลกระทบ (ระบุ A-I)***	**ตำแหน่งบุคลากรที่ลาออก (เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น)**	**ระดับ (เช่น ปฏิบัติการ ชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ เป็นต้น)**

* ระดับผลกระทบ

A = เกิดเหตุการณ์ขึ้นจากตนเองและค้นพบได้ด้วยตนเอง พบว่าสามารถปรับแก้ไขได้โดยไม่ส่งผลกระทบถึงผู้อื่นหรือส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเล็กน้อย

B = เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้น โดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ ยังไม่มีผลกระทบใดๆ ถึงผู้ป่วย

C = เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบถึงผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย

D = เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตรายปานกลาง

E = เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/ รักษาเพิ่มมากขึ้น

F = เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยต้องรักษา/ นอนโรงพยาบาลนานขึ้น

G = เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ความเชื่อถือและ/หรือมีการร้องเรียน

H = เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/ หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล

I = เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/ สื่อ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่าน

เอกสารแนบ 3

แบบเก็บข้อมูลต้นทุนในการประกาศรับสมัครบุคลากรใหม่ แยกตามตำแหน่งงาน (แบบสอบถามฝ่ายบุคคล)

ชื่อโครงการวิจัย

การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้

ที่มาของโครงการวิจัย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP) เป็นหน่วยงานวิจัยภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ให้ดำเนินการศึกษาเรื่อง “การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ในประเทศไทย ทั้งนี้ หนึ่งในวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ การศึกษาต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ฯ ดังกล่าว ได้แก่ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียไป ต้นทุนที่เกิดจากบุคลากรสาธารณสุขซึ่งได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ฯ และต้นทุนการฟ้องร้องทางการแพทย์และค่าชดเชย/เงินช่วยเหลือต่างๆ คัดเลือกเหตุการณ์ฯ ที่จะนำมาเป็นกรณีศึกษาจากระบบรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ (National Reporting and Learning System: NRLS) โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561- 2562 ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการติดตามสถานการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญและการวางแนวทางในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขต่อไป

แบบบันทึกข้อมูลนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนที่เกิดจากบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ โดยจะเก็บข้อมูล ได้แก่ ต้นทุนจากการขาดงาน และต้นทุนจากการย้ายงาน/การลาออก

คำชี้แจง

แบบบันทึกข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลเบื้องต้น
2) ข้อมูลต้นทุนในการประกาศรับสมัครบุคลากรใหม่ แยกตามตำแหน่งงาน

ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ต่อการพัฒนาโครงการการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ ทีมวิจัยและสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... วันที่บันทึกข้อมูล.....

โทรศัพท์.....อีเมล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้น

ชื่อโรงพยาบาล .....

สถานที่ตั้ง .....

ระดับสถานพยาบาล ☐ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

☐ โรงพยาบาลศูนย์

☐ โรงพยาบาลทั่วไป

☐ โรงพยาบาลชุมชน

☐ โรงพยาบาลเอกชน

☐ อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลต้นทุนในการประกาศรับสมัครบุคลากรใหม่ในเดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2561

คำชี้แจง กรุณาระบุค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย (บาท) จำแนกตามตำแหน่งบุคลากร

	หน่วย	แพทย์	พยาบาล/ บุรุษพยาบาล	นักเทคนิคการแพทย์	เภสัชกร	ผู้ช่วยแพทย์/ ผู้ช่วยพยาบาล
ค่าใช้จ่ายในการประกาศรับสมัครบุคลากรใหม่						
ค่าประกาศรับสมัครงาน (เช่น เว็บไซต์รับสมัครงาน)	ต่อปี					
ค่าจ้างบริษัทคัดเลือกบุคคลากร (ถ้ามี)	ต่อปี					
ค่าใช้จ่ายในการจ้างบุคลากรมาทดแทนชั่วคราว						
ค่าจ้างบุคลากรทดแทนชั่วคราว	ต่อปี					
ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการสัมภาษณ์งาน						
ค่าอาหารว่าง	ต่อปี					
ค่าวัสดุ เช่น ค่าเอกสารแจกให้ผู้ถูกสัมภาษณ์	ต่อปี					
ค่าเช่าสถานที่	ต่อปี					
ค่าตอบแทนของผู้สัมภาษณ์ (ถ้ามี)	ต่อปี					
ค่าสอบคัดเลือก (ถ้ามี)	ต่อปี					
ค่าใช้จ่ายในการปฐมนิเทศและพัฒนาศักยภาพบุคลากรใหม่						
ค่าใช้จ่ายในการปฐมนิเทศ (ค่าหลักสูตร ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าวิทยากร)	ต่อปี					
ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม (เช่น โครงการอบรมระยะสั้น การอบรมเชิงปฏิบัติ)	ต่อปี					
จำนวนบุคลากรใหม่ที่เข้ามาทดแทนบุคลากรเก่าที่ลาออก						
จำนวนบุคลากรใหม่	ต่อปี					
เงินเดือนบุคลากร						
เงินเดือนบุคลากรในโรงพยาบาล	ต่อปี					
ระยะเวลาในการทำงาน	ชั่วโมง/ วัน					

รหัสผู้ให้สัมภาษณ์

ลำดับที่	บทบาท	รหัส
1	เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ย รพ.ที่ 1	HCC* 1
2	เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ย รพ.ที่ 1	HCC 2
3	เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ย รพ.ที่ 2	HCC 3
4	เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ย รพ.ที่ 3	HCC 4
5	เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ย รพ.ที่ 4	HCC5
6	เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ย รพ.ที่ 5	HCC 6
7	เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ย รพ.ที่ 6	HCC 7
8	เจ้าหน้าที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ย รพ.ที่ 7	HCC 8
9	เจ้าหน้าที่กลุ่มงานประกันสุขภาพ รพ.ที่ 1	INSUR 1
10	เจ้าหน้าที่ศูนย์บริหารความเสี่ยง รพ.ที่ 1	RMT 1
11	หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข รพ.ที่ 2	PH 1
12	หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข รพ.ที่ 2	PH 2
13	หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข รพ.ที่ 3	PH 3
14	หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข รพ.ที่ 4	PH 4
15	หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข รพ.ที่ 5	PH 5
16	หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข รพ.ที่ 5	PH 6
17	หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข รพ.ที่ 6	PH 7
18	หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก/บุคลากรสาธารณสุข รพ.ที่ 7	PH 8
19	ผู้เสียหายทางการแพทย์	PR1