

บทความพิเศษ

โรคเหตุอาชีพ - ประเด็นเพิ่มเติม

พรชัย สิทธิศรีณย์กุล

บทคัดย่อ

บทความนี้กล่าวถึงโรคเหตุอาชีพในแง่มุมจำเพาะ ๒ ประเด็น คือ ๑. มุมมอง การใช้ประโยชน์และความครอบคลุมการวินิจฉัยโรคเหตุอาชีพที่ต่างกัน ระหว่างกองทุนเงินทดแทน กับ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม/สำนักระบาดวิทยา และ ๒. การปฏิบัติของคณะกรรมการการแพทย์กองทุนเงินทดแทน กรณีที่มีความเห็นขัดแย้งกับความเห็นของแพทย์เจ้าของคนไข้ ในการวินิจฉัยและรักษาคนไข้ ผู้เขียนได้ให้ข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงประเด็นทั้งสองด้วย

คำสำคัญ: โรคเหตุอาชีพ, กองทุนเงินทดแทน, รง.๕๐๖/๒

๑. มุมมอง การใช้ประโยชน์และความครอบคลุม
การวินิจฉัยโรคเหตุอาชีพที่ต่างกันระหว่างกองทุนเงินทดแทน กับ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม/สำนักระบาดวิทยา

กองทุนเงินทดแทน - การวินิจฉัยมีวัตถุประสงค์เพื่อจ่ายเงินทดแทนการวินิจฉัยจึงต้องค่อนข้างแน่นอนชัดเจน มีหลักฐานทางการแพทย์และบันทึกที่เจ้าพนักงานวินิจัยทำการสอบถามคนงาน ผู้เจ็บป่วย - พูด่างๆก็คือเน้นความจำเพาะ (specificity) ความจำเพาะมีความสำคัญเพราะจะมีการจ่ายเงิน หมายความว่าเมื่อผู้ได้เงินและมีผู้เสียเงิน ผู้ได้เงินคือถูกจ้างผู้ประสบอันตราย/เจ็บป่วยในงาน ผู้เสียเงินคือกองทุนเงินทดแทนซึ่งจ่ายแทนนายจ้าง หมายความว่าผู้จ่ายที่แท้จริงคือนายจ้าง ซึ่งจ่ายเป็นเงินสมทบเข้ากองทุน (จ่ายตามประเภทกิจการ และตามอัตราประสบอันตราย - ประการหลังนี้หมายความว่าหากกองทุนจ่ายออกไปมาก ก็จะถูกเก็บจากนายจ้างรายนั้นมากขึ้นในปีต่อๆ ไป ตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้)

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม/สำนักระบาดวิทยา - การวินิจฉัยมีวัตถุประสงค์เน้นที่การเฝ้าระวัง เพียงแค่สงสัยก็วินิจฉัยและรายงานได้ เพื่อจะได้ทำการป้องกันปฐมภูมิ (แก่ผู้ยังไม่ป่วย ให้คงไม่ป่วย) และทำการป้องกันทุติยภูมิ (แก่ผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการสัมผัส ลดการป่วยซ้ำ) - พูด่างๆ ก็คือเน้นความไว (sensitivity) การควบคุมป้องกันโรคอาจต้องเริ่มขึ้นเร็วที่สุด ทันทีที่พบผู้ป่วยที่สงสัยหรือสงสัยว่ามีการระบาดของโรคใดโรคหนึ่ง โดยไม่ควรรอการวินิจฉัยที่แน่นอน เพราะการรออาจทำให้การระบาดขยายวงกว้างออกไปมากและจำนวนผู้ป่วย/ผู้ได้รับผลกระทบก็จะมากตามไปด้วย

ระบบการเฝ้าระวังขณะนี้เป็นแบบเชิงรับ (passive surveillance) โดยสถานพยาบาลบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยรายที่สงสัยว่าป่วยด้วยโรคเหตุอาชีพและสิ่งแวดล้อม ใน รง.๕๐๖/๒ แล้วส่งต่อไปตามขั้นตอนเข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเข้าสู่สำนักระบาดวิทยาและสำนัก

โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมต่อไป ข้อจำกัด เช่นเดียวกับร.ง.๕๐๖ อื่นๆ ก็เป็นแบบเชิงรับ ขาดการรายงานจากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน โรงเรียนแพทย์ และกรุงเทพมหานคร ข้อจำกัดของร.ง.๕๐๖/๒ เองคือมีคำถามเกี่ยวกับอาชีพ ลักษณะงาน สถานที่ทำงานและที่ตั้งที่ทำงาน กับมีคำถามว่าปัจจัยที่คาดว่าจะเป็สาเหตุการป่วยเป็นจากการประกอบอาชีพหรือจากสิ่งแวดล้อม แต่ไม่มีคำถามเกี่ยวกับสิ่งก่อโรคและการสัมผัส/ได้รับสิ่งก่อโรค (exposure) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่มาตรการป้องกันที่สำคัญที่สุดคือการกำจัด/ลดการสัมผัส (exposure removal) สำนักระบาดวิทยาและสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมทราบข้อจำกัดเหล่านี้ดีและกำลังหาทางแก้ไข

จากประสบการณ์ที่เคยทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ผู้เขียนเสนอว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit: PCU) ควรประสานขอความร่วมมือการรายงานโรคจากสถานพยาบาลทุกแห่งในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area) และวิเคราะห์ข้อมูล/ใช้ประโยชน์จากข้อมูลเอง โดยไม่ต้องคอยการวิเคราะห์ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เช่นเดียวกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรวิเคราะห์ข้อมูล/ใช้ประโยชน์จากข้อมูลระดับจังหวัดเอง โดยไม่ต้องคอยการวิเคราะห์ข้อมูลของสำนักระบาดวิทยาและสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจมีเวลาหน่วง (lag period) หลายวัน ทั้งนี้เพราะความไว (sensitivity) ของการควบคุมป้องกันโรคนอกจากขึ้นกับความไวของการวินิจฉัยและรายงานแล้ว ยังขึ้นกับความเร็วของการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ข้อมูลที่ยรายงานมาด้วยความแตกต่างอีกประการหนึ่งคือข้อมูลจากกองทุนเงินทดแทนจะครอบคลุมเฉพาะคนงาน/ลูกจ้างในสถานประกอบการเอกชน แต่ข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยาและสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมจะครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มอายุ

เนื่องจากมุมมองและวัตถุประสงค์การวินิจฉัยโรคกับความครอบคลุมประชากรแตกต่างกันดังกล่าวแล้ว ข้อมูลของกองทุนเงินทดแทนกับของสำนักระบาดวิทยาและสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมจึงไม่ตรงกัน ผู้ใช้ข้อมูลต้องคำนึงถึงประเด็นนี้ด้วย

๒. การปฏิบัติของคณะกรรมการการแพทย์กองทุนเงินทดแทน กรณีที่มีความเห็นขัดแย้งกับความเห็นของแพทย์เจ้าของคนไข้

กองทุนเงินทดแทนได้จัดสัมมนาเพื่อพัฒนางานวิจัยโดยเฉพาะที่กองทุนให้การสนับสนุนและเน้นที่การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ เมื่อวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๕ ผู้เขียนได้มีโอกาสนำเสนองานวิจัย เรื่อง “การทบทวนรูปแบบการทำงานของคณะกรรมการการแพทย์กองทุนเงินทดแทนของประเทศไทย สหรัฐอเมริกา และสหราชอาณาจักร” ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากกองทุนเงินทดแทนระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๔๓ ในช่วงท่ายเป็นช่วงของคำถามคำตอบ ได้มีคำถามหนึ่งซึ่งน่าสนใจถามว่า “เมื่อเกิดข้อขัดแย้งในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ระหว่างคณะกรรมการการแพทย์กองทุนเงินทดแทนกับแพทย์เจ้าของคนไข้ (แพทย์ผู้รักษา) นั้น มีระบบการตัดสินใจหาข้อยุติทางออกอย่างไร เปรียบเทียบ ไทย-สหรัฐอเมริกา-สหราชอาณาจักร และเป็นที่ยอมรับของลูกจ้าง นายจ้าง หรือไม่มากนักน้อยเพียงใด” ผู้เขียนได้ตอบคำถามนี้ในห้องประชุม และเห็นว่าเป็นคำตอบที่น่าจะเป็นประโยชน์แก่คนจำนวนมาก เนื่องจากเป็นสิ่งที่ค้างคาใจแพทย์เจ้าของคนไข้จำนวนมากอยู่ จึงขอนำเสนอคำตอบดังกล่าวอีกครั้งในบทความนี้ ดังต่อไปนี้

ในสหรัฐอเมริกา แพทย์เจ้าของคนไข้ทำการรักษา ลูกจ้างที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วย เมื่อการรักษาสิ้นสุดและพยาธิสภาพคงที่ (เรียกว่ามี maximum medical recovery) แล้ว ลูกจ้างนั้นจะไปพบแพทย์ผู้ทำการประเมินโดยอิสระ (independent medical evaluation: IME) แพทย์เหล่านี้ต้องสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้เชี่ยวชาญที่เรียกกันว่า American Board of Independent Medical Evaluation (ABIME) การทำ IME ให้ถือว่าไม่มีความสัมพันธ์ฉันแพทย์กับผู้ป่วย ระหว่างแพทย์ผู้ประเมินกับผู้ถูกตรวจประเมิน และหน่วยราชการหรือศาลมักจะฟังความเห็นของแพทย์ผู้ทำ IME เป็นสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้เชี่ยวชาญและมีความเป็นกลาง (ได้รับคำตอบแทนเพียงค่าตรวจประเมิน ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ กับลูกจ้างหรือจากลูกจ้าง) กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ แพทย์ผู้ทำ IME เป็นผู้ให้ความเห็นที่สองอย่างเป็นทางการ (formal second opinion) นอกเหนือไปจากตัวแพทย์ผู้รักษานับเป็นระบบการตรวจสอบและคานอำนาจกันที่ดี (check and balance)

ในสหราชอาณาจักร แพทย์ในฐานะที่ปรึกษาของหน่วยพิจารณาเงินทดแทน (Benefit Agency) จะเป็นผู้ตรวจร่างกายและประเมินการสูญเสียสมรรถภาพลูกจ้าง หลังจากได้รับการรักษาแล้ว เปรียบเทียบแล้วก็คล้ายกับ IME ของสหรัฐอเมริกา เพียงแต่ว่าแพทย์เหล่านี้ทำงานให้กับรัฐบาล ในขณะที่ IME นั้น ทำในรูปของเอกชน

ส่วนของประเทศไทยนั้น มีคณะกรรมการการแพทย์ หรืออนุกรรมการที่ประธานคณะกรรมการการแพทย์แต่งตั้งเป็นผู้พิจารณา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการพิจารณาจากเวชระเบียน และหลักฐานทางการแพทย์ต่างๆ เช่น फिल्मเอกซเรย์ เป็นต้น ซึ่งก็นับได้ว่าเป็นการให้ความเห็นที่สอง (second opinion) นั่นเอง กรรมการการแพทย์จะตัดสินเรื่องต่างๆ หลังจากการพิจารณาโดยละเอียดแล้วจะมีมติของคณะกรรมการฯ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาและมีความเป็นกลาง ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียใดๆ อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการการแพทย์ทราบดีว่าตนไม่ได้เห็นและประเมินผู้ป่วย อีกทั้งการพิจารณาเวชระเบียนและหลักฐานทางการแพทย์ต่างๆ ก็มีลักษณะดูย้อนหลัง (retrospective) จึงอาจมีความเห็นแตกต่างกับแพทย์ผู้รักษาได้ เพื่อลดปัญหานี้ คณะกรรมการการแพทย์อาจจะพิจารณานัดหมายแพทย์เจ้าของคนไข้มาพูดคุยหรือ และนัดลูกจ้างผู้ป่วย มาตรวจประเมินอีกครั้งหนึ่ง ก่อนพิจารณาให้ความเห็นเป็นมติ ซึ่งช่วยลดความขัดแย้งลงได้มากและผู้เขียนเชื่อว่าได้ช่วยให้แพทย์ผู้รักษาเข้าใจ คณะกรรมการการแพทย์และวิธีการทำงานของคณะกรรมการฯ มากขึ้น

เป็นที่เข้าใจได้ไม่ยากว่า หากคณะกรรมการการแพทย์ พิจารณาตัดสินแตกต่างไปจากแพทย์เจ้าของคนไข้ ย่อมทำให้แพทย์เจ้าของคนไข้รู้สึกไม่พอใจ แต่คณะกรรมการการแพทย์ก็พิจารณาเรื่องทุกอย่างอย่างเป็นธรรมด้วยความ เป็นกลางทางวิชาการ ปัญหาที่นับว่าน่าเบื่อที่สุด (เพราะ เพิ่มงานเอกสารให้เจ้าหน้าที่กองทุนเงินทดแทน เนื่องจาก เอกสารต้องวนเวียนเข้ามาในคณะกรรมการฯ หลายรอบ โดยมีอาจมีมติใดๆ ได้ เพราะไม่มีหลักฐานให้พิจารณา) ก็คือ แพทย์เจ้าของคนไข้ไม่ยอมส่งเวชระเบียนหรือหลักฐาน ทางแพทย์ให้คณะกรรมการการแพทย์พิจารณา หรือให้ แต่ให้ไม่ครบถ้วน เป็นผลให้คณะกรรมการการแพทย์อาจ ไม่ได้พิจารณาข้อมูลทั้งหมด จึงย่อมต้องตัดสินไปโดยอิง เฉพาะข้อมูลหลักฐานเท่าที่มี จึงเป็นไปได้มากกว่ากรรมการ การแพทย์จะตัดสินแตกต่างไปจากแพทย์เจ้าของคนไข้

แพทย์เจ้าของคนไข้บางคนเห็นว่าตัวเองเป็นผู้ตรวจ คนไข้เอง ย่อมให้ความเห็นเกี่ยวกับการบาดเจ็บและเจ็บป่วย ของคนไข้ได้ดีกว่าคณะกรรมการการแพทย์ นั่นก็อาจเป็น ความจริง แต่ถ้าหากแพทย์เจ้าของคนไข้เป็นผู้ตรวจรักษา ประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ และตัดสินเรื่องต่างๆ ได้ เบ็ดเสร็จโดยตัวคนเดียว ก็คงอุปมาได้ว่าไม่ต่างอะไรกับการ ที่ผู้ทำบัญชี ผู้เก็บเงิน และผู้ตรวจสอบบัญชีเป็นบุคคลคน เดียวกัน ซึ่งคงไม่สามารถยอมรับว่าโปร่งใสได้

ในวันนั้น ผู้เขียนจึงใจไม่ตอบประเด็นที่ว่า “เป็น ที่ยอมรับของลูกจ้าง นายจ้าง หรือไม่ มากน้อยเพียงใด” เพราะ ผู้เขียนเชื่อว่าผู้ที่ได้ประโยชน์ย่อมเห็นว่าดี แต่ผู้ที่ไม่ได้ ประโยชน์หรือเสียประโยชน์ย่อมเห็นว่าไม่ดี

อย่างไรก็ตาม การตัดสินของคณะกรรมการการ แพทย์ก็ไม่นับเป็นที่สุด หากลูกจ้างไม่พอใจการตัดสินของ คณะกรรมการการแพทย์ ก็ยังมีสิทธิที่จะอุทธรณ์ต่อกองทุนเงิน ทดแทนได้ และหากไม่พอใจการตัดสินของกองทุนเงินทดแทน ก็ยังมีสิทธิที่จะฟ้องศาลแรงงานได้ ซึ่งสิทธิที่จะอุทธรณ์และ ฟ้องศาลนี้ ก็มีในประเทศอื่นเช่นกัน

คณะกรรมการการแพทย์ทำงานในลักษณะของการ ปิดทองหลังพระ (ส่วนหนึ่งเป็นเพราะไม่มีแพทย์ปฏิบัติงาน ประจำหรือเป็นบุคลากรของกองทุนเงินทดแทน) และต้อง เผชิญกับความขัดแย้งทางความคิดเห็นกับแพทย์เจ้าของ คนไข้บางคน และอาจเป็นที่โกรธแค้นไม่พอใจของแพทย์ เจ้าของคนไข้ที่เสียผลประโยชน์ หรือรู้สึกเหมือนถูกหักหน้า ทางวิชาการ ผู้เขียนหวังว่าบทความนี้จะช่วยให้แพทย์เจ้าของ คนไข้และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบเงินทดแทนได้มี ความเข้าใจคณะกรรมการการแพทย์กองทุนเงินทดแทนอย่าง ถูกต้องถ่องแท้มากกว่าในอดีต

เอกสารอ้างอิง

๑. พรชัย ลิทธิศรัณย์กุล. The Diagnosis of Occupational Disease (การวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพ). ใน สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวงษ์, ปฐม สวรรค์-ปัญญาลิขิต (บรรณาธิการ). ตำราอาชีพเวชศาสตร์. ๒๕๔๒:๑๔๕-๕๘.
๒. พรชัย ลิทธิศรัณย์กุล, สมชัย บวรกิตติ, กฤษฎา ศรีสำราญ. แนวทางการวินิจฉัยโรคเหตุอาชีพ. ศูนย์ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ รัตนโกสินทร์ ๒๕๕๓. ๑๕๕ หน้า
๓. มาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ฉบับเฉลิม-พระเกียรติ เนื่องในโอกาสสมโภชกรุงรัตนโกสินทร์ ๒๐๐ ปี พ.ร.บ. ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ (พรชัย ลิทธิ-ศรัณย์กุล เป็นหนึ่งในผู้พิมพ์) สำนักงานกองทุนเงิน ทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ๒๕๕๑
๔. พรชัย ลิทธิศรัณย์กุล, วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร. คณะกรรมการ การแพทย์กองทุนเงินทดแทนของประเทศไทยสหรัฐ-อเมริกาและสหราชอาณาจักร วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๓;๕:๔๓๒-๔๐.

๕. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและ
สิ่งแวดล้อม (เชิงรับ) เครื่องข่ายพัฒนาระบบเฝ้าระวัง
โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กระทรวง
สาธารณสุข [http://203.157.19.193/Env/sangchom/
Re02.html](http://203.157.19.193/Env/sangchom/Re02.html) เข้าถึงเมื่อ ๗ ธันวาคม ๒๕๕๓
๖. สำนักโรคติดต่อ [http://epid.moph.go.th/?page=
download&d=form](http://epid.moph.go.th/?page=download&d=form) เข้าถึงเมื่อ ๗ ธันวาคม ๒๕๕๓

Abstract

Occupational diseases – some issues

Pornchai Sithisarakul

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

This article addresses occupational diseases in 2 particular issues. First is the different perspective, utilization, and population coverage of the diagnoses of occupational diseases between the Workmen Compensation Fund and the Bureau of Occupational and Environmental diseases or the Bureau of Epidemiology. Second is the practice of the Workmen Compensation Fund Medical Committee in case of different diagnoses and treatment of work-related cases compared to the attending physicians. The author expresses some ideas on improving these issues.

Key words: occupational diseases, Workmen Compensation Fund, Report 506/2