

# APLIKASI PENGURUSAN RISIKO KE ATAS LIABILITI PENGAMAL PERUBATAN DI MALAYSIA

*Habibah Tolos  
Arpah Abu Bakar  
Asiah Bidin<sup>1</sup>*

## ABSTRAK

*Dalam menjalankan tugas harian, pengamal perubatan terdedah kepada risiko tindakan undang-undang jika sekiranya mereka telah menyebabkan kecederaan kepada pesakit semasa menerima rawatan. Daripada perspektif perundangan, punca liabiliti seseorang pengamal perubatan adalah sama ada salah amalan atau kecuaiian. Tidak dapat dinafikan apabila seseorang pengamal perubatan disaman, ia akan melibatkan sumber kewangan dan reputasi. Daripada sudut pengurusan risiko, terdapat beberapa teknik yang boleh diaplikasikan bagi menangani risiko liabiliti seseorang pengamal perubatan. Artikel ini membincangkan tentang risiko liabiliti yang dihadapi oleh pengamal perubatan di Malaysia. Perbincangan merangkumi punca liabiliti iaitu salah amalan dan kecuaiian daripada segi perundangan. Seterusnya, cadangan mengenai teknik-teknik pengurusan risiko yang sesuai seperti insurans, swainsurans dan pengawalan risiko diutarakan untuk menangani risiko liabiliti ini.*

## PENGENALAN

Secara umumnya, masyarakat memberi kepercayaan penuh kepada doktor atau pengamal perubatan profesional dalam menolong menyembuhkan pesakit dan jangkitan. Tidak dapat dinafikan bahawa tugas yang dipikul oleh para pengamal perubatan sangat berat dan patut dihargai. Walau bagaimanapun, ada kalanya dalam memberikan pertolongan, mereka berhadapan dengan tindakan undang-undang disebabkan oleh faktor kelalaian mereka sendiri. Bagi sesetengah pihak kemalangan perubatan dianggap sebagai takdir. Walau bagaimanapun, ada pihak yang menganggap kemalangan perubatan, sebagai satu perkara yang tidak sepatutnya berlaku. Bagi mereka, kemalangan perubatan berpunca daripada kecuaiian doktor. Maka doktor patut dipersalahkan dan dipertanggungjawabkan atas kecederaan pesakitnya.

Di Amerika Syarikat dan Kanada kes kecuaiian pengamal perubatan semakin meningkat (Ackner, 1992; Coyte, 1991; Olsen, 1996; Fenn, 2000). Ini memaksa sesetengah doktor mendapatkan perlindungan insurans. Tindakan ini dapat memberi keselesaan kepada doktor dalam menjalankan kerja-kerja harian mereka dengan menghilangkan ketidakpastian disaman atau mengurangkan liabiliti prosiding di mahkamah kerana risiko dipindahkan kepada syarikat insurans atau persatuan pembelaan (*medical defense organization*). Di Malaysia, kajian menunjukkan kekerapan dan ketenatan kes-kes salah amalan dan kecuaiian perubatan masih lagi pada tahap yang rendah (Asmah Laili, 1996; Arpah, Habibah & Asiah, 2001). Kajian mereka menunjukkan pengalaman di Malaysia lebih mengejutkan jika dilihat daripada aspek nisbah kes kepada doktor. Hasil kajian daripada tahun 1950 ke 1998 menunjukkan terdapat 1.1 kes kecuaiian bagi setiap 1,000 orang doktor yang dibicarakan di mahkamah sepanjang tahun 1990 sehingga 1998 berbanding hanya 0.81 di United Kingdom. Anisah (1999) dalam kertas

kerjanya mengenai amalan tatacara pra-perubatan (*defensive medicine*) di Malaysia merumuskan bahawa masalah utama dalam penjagaan kesihatan adalah tuntutan ke atas kes salah amalan dan kecuaiannya bukannya amalan tatacara pra-perubatan. Beliau berpendapat bahawa meskipun data yang tepat berhubung dengan kes saman di mahkamah terhadap pengamal perubatan tidak dapat diketahui, statistik daripada Kementerian Kesihatan menunjukkan bahawa jumlah kes yang dilaporkan terhadap doktor-doktor kerajaan semakin bertambah.

Isu-isu berhubung dengan kemalangan perubatan turut mendapat tempat di kalangan masyarakat umum di Malaysia. Tidak lama dahulu, masyarakat Malaysia telah digemparkan oleh pihak media dengan berita-berita tentang kecuaiannya pihak kakitangan hospital baik di hospital kerajaan mahupun di hospital swasta. Banyak kes yang didedahkan oleh orang awam telah menarik perhatian masyarakat umum. Dalam tahun 1996 sahaja, terdapat 6 kes kecuaiannya perubatan dilaporkan oleh media. Dalam kebanyakan kes yang dilaporkan, pesakit mendakwa kecederaan adalah berpunca daripada kecuaiannya doktor.

Antara kes yang mendapat perhatian umum ialah kes pemindahan darah yang mengandungi virus HIV di hospital kerajaan di negeri Kedah dan Pahang. Di Kedah, seorang guru agama mendakwa kecuaiannya pihak hospital telah menyebabkan dia dijangkiti virus HIV. Pesakit berkenaan telah mengambil tindakan menyaman kerajaan dan membuat tuntutan sebanyak RM100 juta (Utusan, 25 Mei 2000). Di Pahang pula, tuntutan sebanyak RM30 juta dibuat bagi pihak anak pesakit yang dijangkiti oleh virus HIV. Menurut laporan, virus itu dijangkiti disebabkan oleh kecuaiannya doktor semasa anak tersebut dilahirkan. Dalam kes ini, kerajaan dinamakan sebagai salah seorang defendan (The Star, 8 September 2000). Walaupun kes ini masih belum diputuskan, Dr. Chua Jui Meng, Menteri Kesihatan Malaysia, mendakwa bahawa saman yang berjuta-juta ini adalah satu tuntutan yang melampau dan tidak munasabah kerana negara Malaysia mengamalkan sistem penjagaan kesihatan sosial (Lam Li, 2 Jun 2000) di mana rakyatnya mendapat khidmat kesihatan kerajaan secara percuma. Ketika ini kerajaan Malaysia menaja kos perubatan bagi kedua-dua pesakit tersebut masing-masing antara RM2,000 ke RM4,800 setahun (Tukiram, 26 Mei 2000).

Kedua-dua kes di atas mendedahkan kecuaiannya doktor di hospital berkenaan. Namun, tidak semua kecederaan atau kemalangan yang dialami oleh pesakit disebabkan oleh kecuaiannya pihak doktor. Kes-kes yang kedengaran ini lebih banyak membawa pandangan daripada pihak yang cedera yang menyalahkan pihak doktor sahaja. Pendapat daripada doktor atau pakar perubatan jarang sekali diketengahkan sedangkan nama baik dan reputasi mereka telah terjejas. Di samping itu, kejadian dan laporan seumpama ini mungkin memberi kesan kepada kerjaya mereka meskipun jika terbukti di mahkamah mereka tidak bersalah.

Persoalannya adakah wujud mekanisma yang dapat membantu para pengamal perubatan daripada risiko liabiliti profesional tanpa mengabaikan tanggungjawab mereka sebagai seorang profesional perubatan. Kes-kes yang dibawa ke mahkamah akan melibatkan kos guaman yang tinggi dan ini tidak menguntungkan mana-mana pihak. Artikel ini akan membincangkan mekanisma ini daripada perspektif pengurusan risiko. Berdasarkan maklumat daripada kajian-kajian terdahulu, teknik-teknik pengurusan risiko yang sesuai dapat diaplikasikan untuk meminimumkan risiko liabiliti yang dihadapi. Penulis telah memperkenalkan teknik-teknik pengurusan risiko secara teori dan punca-punca liabiliti dalam bidang perubatan. Seterusnya, dikemukakan teknik-teknik pengurusan risiko.

## LIABILITI PENGAMAL PERUBATAN

Liabiliti pengamal perubatan secara umumnya timbul daripada dua sumber iaitu salah amalan (*malpractice*) atau kecuaiian (*negligence*). Salah amalan berlaku apabila pengamal perubatan melanggar kod etika amalan mereka. Kod etika pengamal perubatan menghendaki para pengamal perubatan menjalankan tugas mereka selaras dengan *standard profesionalisme* yang telah ditetapkan. Perlanggaran kod etika ini akan menyebabkan tindakan diambil terhadap mereka oleh Majlis Perubatan Malaysia. Contohnya seseorang pengamal perubatan adalah dilarang sama sekali melakukan pengguguran kandungan tanpa sebab-sebab yang dibenarkan oleh undang-undang (Mahmud, 1994).

Selain itu, seseorang pengamal perubatan juga boleh diambil tindakan di mahkamah atas alasan kecuaiian. Daripada perspektif undang-undang, seseorang pengamal perubatan dikatakan mempunyai tanggungan untuk berhati-hati (*duty of care*) kepada pesakitnya. Ujian tahap berhati-hati adalah merujuk kepada tahap biasa dalam pekerjaannya sebagai seorang doktor. Apabila pengamal perubatan tersebut gagal untuk mematuhi tahap itu dia dikatakan telah melanggar tanggungjawab untuk berhati-hati. Persoalan tentang liabiliti akan timbul jika sekiranya perlanggaran tanggungjawab untuk berhati-hati ini telah menyebabkan pesakit mendapat kecederaan. Dalam kes *Donoghue v. Stevenson*, antara persoalan yang diputuskan oleh mahkamah ialah sama ada pembuat minuman bertanggungjawab membayar ganti rugi kepada pihak ketiga yang jatuh sakit disebabkan meminum sejenis minuman dalam botol yang mengandungi seekor siput. Minuman itu telah dibeli oleh teman plaintif daripada pemilik sebuah kafeteria yang mendapat bekalan itu daripada defendan (pengeluar minuman). Mahkamah memutuskan bahawa antara defendan dengan plaintif wujud satu tanggungjawab berhati-hati. Defendan telah gagal mematuhi tanggungjawab itu, dia dikehendaki membayar ganti rugi.

Dalam undang-undang, untuk membolehkan seseorang pengamal perubatan didakwa atas alasan kecuaiian, empat elemen mestilah dipenuhi iaitu: wujud tanggungjawab untuk berhati-hati (*duty of care*), perlanggaran tanggungjawab untuk berhati-hati (*breach of duty of care*), kecederaan (*injury/damage*) dan kaitan antara kecederaan dan perlanggaran tugas berhati-hati (*proximity*).

Liabiliti juga boleh timbul hasil daripada tindakan pihak lain. Contohnya seseorang doktor yang menjalankan perniagaan secara perkongsian, akan sama-sama bertanggungjawab atas kecuaiian rakan kongsi. Ini adalah berdasarkan kepada prinsip seorang rakan kongsi adalah 'ejen' kepada rakan kongsi yang lain. Bagi kes doktor-doktor kerajaan pula, pihak kerajaan sendiri akan dipertanggungjawabkan atas tindakan kecuaiian doktor kerana mereka merupakan pekerjanya iaitu melalui hubungan 'majikan-pekerja' (*master-servant*) jika sekiranya perlanggaran tersebut berlaku semasa mereka menjalankan tugas (*course of employment*).

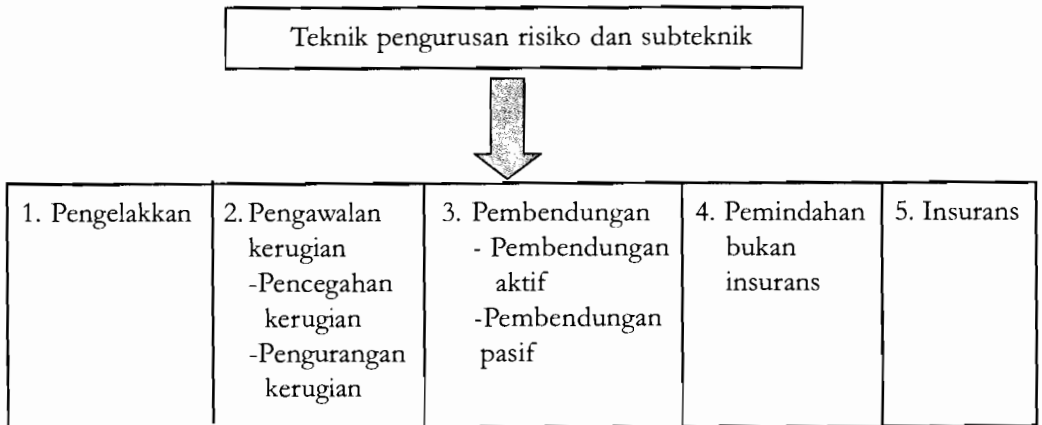
**(i) Sejarah**

Pengurusan risiko telah lama diamalkan oleh manusia. Sejak zaman purbakala lagi manusia telah berkongsi tanggungjawab dan lindung-melindungi antara satu sama lain bagi menangani ketidakpastian dalam hidup. Manusia pada zaman dahulu dan masa kini sebenarnya mengamalkan pengurusan risiko secara disadari ataupun tidak. Era pengurusan risiko moden secara akademik dan profesional dipercayai bermula dari tahun 1955 sehingga 1964 (Snider, 1991). Pengurusan risiko secara formal memang telah wujud sebelum tempoh ini, tetapi terma “pengurusan risiko” digunakan secara meluas dan dipersetujui ramai selepas tempoh tersebut. Sebelum tahun 1960, pengurusan risiko hanya menekankan kepada teknik insurans sahaja. Teknik-teknik lain seperti swainsurans dan pengawalan kerugian mula dititikberatkan selepas tahun 1960 (Williams, 1998).

**(ii) Teknik asas pengurusan risiko**

Terdapat lima teknik utama dalam menangani sesuatu risiko atau dedahan kerugian. Teknik-teknik tersebut adalah pengelakan (*avoidance*), pengawalan kerugian (*loss control*), pembendungan (*retention*), pemindahan bukan insurans (*noninsurance transfers*) dan insurans (Rejda, 1999).

**Rajah 1**  
**Teknik Utama Pengurusan Risiko**



**(i) Teknik pengelakkan** adalah mengelak sesuatu risiko daripada terjadi dengan menghindarkan diri daripada terdedah kepada risiko tersebut. Contohnya risiko disaman apabila mengeluarkan sesuatu produk dapat dielak dengan tidak mengeluarkan langsung produk tersebut. Teknik ini tidak sesuai digunakan sekiranya ketenatan kerugian terlalu tinggi dan kadangkala adalah mustahil untuk dipraktikkan. Teknik pengawalan kerugian pula bertujuan untuk mengurangkan kekerapan dan ketenatan kerugian. Ia dapat dicapai melalui dua aktiviti utama iaitu pencegahan kerugian (*loss prevention*) dan pengurangan kerugian (*loss reduction*). Aktiviti pencegahan kerugian adalah aktiviti-aktiviti yang dapat merendahkan tahap kekerapan kerugian. Manakala

aktiviti pengurangan kerugian bertujuan untuk mengurangkan ketenatan kerugian jika ia benar-benar berlaku.

- (ii) **Teknik pembendungan** pula boleh dibahagikan kepada pembendungan aktif dan pembendungan pasif. Pembendungan aktif merupakan pembendungan sebahagian atau sepenuhnya risiko dalam keadaan sedar. Teknik swainsurans adalah satu contoh pembendungan aktif di mana satu dana disediakan untuk menanggung kerugian yang mungkin berlaku. Pemilik dana masih mempunyai hak ke atas wang di dalam dana tersebut. Masalah yang mungkin dihadapi ialah wang yang terkumpul tidak mencukupi untuk membayar kerugian atau liabiliti sebenar. Ini akan memberi kesan yang teruk iaitu ketidakstabilan kedudukan kewangan individu atau organisasi (Rejda, 1999; Wrobel, 1993). Pembendungan pasif pula dilakukan oleh seseorang tanpa disedari mungkin atas alasan tidak mahu ambil tahu, alpa, malas dan sebagainya. Teknik ini amat berbahaya terutamanya jika seseorang berhadapan dengan risiko yang mempunyai tahap ketenatan yang tinggi kerana ketiadaan sumber kewangan sewaktu kerugian berlaku mungkin menyebabkan kebangkrutan.
- (iii) **Teknik pemindahan** bukan insurans pula dijalankan dengan memindahkan risiko kepada pihak lain (selain syarikat insurans) seperti melalui kontrak. Manakala, teknik insurans pula, dijalankan dengan memindahkan risiko kepada syarikat insurans. Insurans merupakan teknik pengurusan risiko yang paling popular digunakan (Rejda, 1999). Teknik ini akan dapat mengurangkan ketidakpastian sesuatu kejadian. Ini kerana syarikat insurans atau lebih dikenali sebagai *insurer* akan memberi pampasan kepada *insured* atau pemilik polisi jika kerugian daripada risiko yang dilindungi betul-betul berlaku. Sebagai balasan *insured* akan memberi wang premium ke atas perlindungan tersebut. Teknik insurans boleh mengelakkan berlakunya turun naik atau ketidakstabilan pendapatan. Ini kerana belanja premium adalah tetap dan dapat dirancang pembayarannya secara sistematik, contohnya seperti tiap-tiap bulan atau tahun berbanding dengan menanggung bayaran tuntutan sekaligus apabila kerugian benar-benar berlaku. Di samping itu, bayaran premium adalah item tolak cukai.

## INSURANS INDEMNITI PROFESIONAL PERUBATAN

Pada masa kini insurans liabiliti mendapat perhatian daripada golongan profesional kerana mereka ini lebih terdedah kepada risiko disaman pelanggan sekiranya gagal menjalankan tugas seperti yang sepatutnya. Bagi pengamal perubatan seperti doktor dan pakar bedah, syarikat insurans menawarkan perlindungan melalui polisi insurans indemniti profesional perubatan.

Insurans liabiliti boleh dikategorikan kepada dua jenis iaitu polisi 'tuntutan-dibuat' (*claim-made*) dan polisi 'asas-kejadian' (*occurrence-basis*). Polisi 'tuntutan dibuat' membolehkan pemegang polisi mendapat pampasan sekiranya tuntutan dibuat sepanjang tempoh polisi. Sebaliknya, polisi 'asas kejadian' membayar pampasan ke atas kerugian yang berlaku sepanjang tempoh polisi. Walaupun polisi telah tamat, tuntutan masih boleh dibuat. Polisi 'asas kejadian' lebih mahal premiumnya kerana tanggungan liabiliti syarikat insurans masih ada walaupun tempoh polisi telah tamat.

Majoriti polisi insurans profesional perubatan terkini adalah terdiri daripada jenis 'tuntutan dibuat' (Malone, 1999). Premium insurans untuk polisi ini bergantung kepada tiga faktor utama iaitu kekerapan, probabiliti dan ketenatan tuntutan salah amalan pengamal perubatan (Olsen, 1996). Kekerapan dalam bidang insurans boleh dirujuk sebagai bilangan salah amalan atau kecuaiian yang telah berlaku. Probabiliti adalah pengukuran sama ada seseorang doktor akan kalah apabila tuntutan dibuat, manakala ketenatan pula adalah pengukuran amaun pampasan yang akan dibayar kepada pihak yang membuat tuntutan. Jika kekerapan dan ketenatan meningkat maka bayaran premium insurans juga akan meningkat. Di samping itu bidang kepakaran doktor dan amaun perlindungan insurans juga memberi kesan ke atas harga premium (Danzon, 1990).

Di Malaysia, doktor atau pakar perubatan boleh mendapatkan perlindungan insurans daripada Medical Protection Society (MPS) atau Malaysian Medical Insurance Scheme (MMI). MPS merupakan satu pertubuhan pembelaan yang bukan berorientasikan untung. Ia berpusat di United Kingdom dan memberikan perlindungan tanpa had untuk ahlinya. Kadar premium yang perlu dibayar bergantung kepada bidang yang diceburi oleh doktor berkenaan. Mengikut perkadaran pada tahun 1999, seorang pakar obstetrik di Malaysia perlu membayar sebanyak RM6,700 setahun untuk perlindungan tanpa had daripada MPS berbanding dengan hanya RM1,525 untuk doktor umum. MMI pula merupakan perlindungan insurans yang dijamin oleh Syarikat Progressive Insurans. Menurut Persatuan Perubatan Malaysian (MMA), buat masa ini MPS mempunyai lebih kurang 3,200 ahli, manakala MMI mempunyai 875 ahli. Sehingga Disember 1997, Kementerian Kesihatan merekodkan terdapat hampir 14,000 doktor di Malaysia. Data ini mencerminkan bahawa kurang daripada 30 peratus daripada doktor di Malaysia mempunyai perlindungan insurans. Kebanyakan doktor kerajaan pula tidak memasuki mana-mana pertubuhan perlindungan perubatan disebabkan Jabatan Peguam Negara dapat menyediakan perlindungan untuk mereka dan pampasan akan dibayar oleh Perbendaharaan Negara Malaysia (Mahmud, 1994).

## **TEKNIK PENGURUSAN RISIKO UNTUK PENGAMAL PERUBATAN**

Kajian-kajian terdahulu menunjukkan bahawa kes-kes kecuaiian dan salah amalan perubatan di Malaysia masih berada pada tahap yang rendah (Asmah Laili, 1999; Arpah, Habibah & Asiah, 2001). Asmah Laili (1999) yang membuat kajian tentang kecuaiian para profesional di Malaysia, hanya merekodkan 8 kes kecuaiian perubatan yang difailkan di mahkamah Malaysia sejak tahun 1960 hingga 1995. Kajian Arpah, Habibah & Asiah (2001) menunjukkan bahawa hanya terdapat 17 kes kecuaiian perubatan yang diputuskan di mahkamah Malaysia sepanjang tempoh 48 tahun iaitu dari tahun 1950 hingga 1998. Di samping itu, amaun pampasan yang dibayar untuk kes-kes berkenaan juga rendah. Purata pampasan yang dibayar untuk setiap kes yang diputuskan berpihak kepada plaintif (pesakit atau wakil) adalah kurang daripada RM30,000. Memandangkan kekerapan dan ketenatan kerugian adalah rendah, teknik yang paling sesuai diaplikasikan ialah pembendungan dengan teknik swainsurans. Ini bermakna, pengamal perubatan di Malaysia tidak terdedah kepada risiko liabiliti yang tinggi dalam menjalankan tugas mereka kerana peluang mereka untuk disaman adalah rendah dan sekiranya disaman, amaun tanggungan juga tidak besar.

Namun begitu, pemindahan risiko secara insurans juga tidak dapat diabaikan. Ini adalah kerana risiko liabiliti tidak dapat ditentukan dengan tepat dan tuntutan masih boleh dibuat walaupun pesakit telah lama menerima rawatan. Faktor-faktor seperti peningkatan kes kecuaihan yang difail di mahkamah, probabiliti tinggi didapati bersalah dan bidang kepakaran doktor menambahkan lagi kepentingan insurans untuk melindungi diri daripada risiko liabiliti profesional.

Beberapa kajian telah menunjukkan bahawa kes-kes salah amalan dan kecuaihan perubatan semakin meningkat di Malaysia (Mahmud, 1994, Anisah, 1999, Arpah, Habibah & Asiah, 2001). Kajian Arpah, Habibah & Asiah (2001) menunjukkan bahawa nisbah kes yang difailkan kepada bilangan doktor berdaftar di Malaysia dalam tempoh 1990 hingga 1998 adalah 1.1 kes untuk setiap 1000 doktor berbanding dengan hanya 0.5 dalam tempoh 1980 hingga 1989. Peningkatan lebih dua kali ganda ini menunjukkan trend yang membimbangkan. Sekiranya trend ini berterusan, pengamal perubatan di Malaysia akan menghadapi risiko liabiliti profesional yang tinggi kerana tuntutan saman masih boleh dilakukan ke atas kejadian-kejadian yang lalu.

Di samping itu, kajian mereka juga menunjukkan bahawa 76 peratus daripada kes yang difailkan di mahkamah diputuskan berpihak kepada plaintif. Ini bermakna jika pengamal perubatan dinamakan sebagai defendan dalam kes kecuaihan perubatan, kemungkinan besar beliau didapati bertanggungjawab dan diminta membayar pampasan. Kes-kes kecuaihan dan salah amalan di Malaysia tertumpu kepada beberapa bidang kepakaran sahaja dimana doktor yang terlibat dalam prosedur pembedahan mencatatkan kes kecuaihan yang tertinggi (Mahmud, 1994; Anisah, 1999; Arpah, Habibah & Asiah, 2001). Bidang yang terlibat termasuklah pakar obstetrik, pakar ginekologi, pakar bius dan pakar bedah.

Oleh itu, perlindungan insurans adalah amat penting terutamanya kepada pakar-pakar perubatan yang lebih berisiko. Dengan bayaran premium yang tetap syarikat insurans akan menanggung semua liabiliti pemegang polisi. Amaun premium yang perlu dibayar juga rendah berbanding dengan amaun liabiliti yang perlu ditanggung sekiranya disabitkan cuai oleh mahkamah. Pemilikan insurans bukan sahaja boleh mengurangkan rasa bimbang tetapi juga mengurangkan ketidakpastian kewangan kerana ia menghadkan liabiliti pengamal perubatan sehingga amaun premium yang dibayar.

Selain daripada teknik swainsurans dan insurans, teknik pengawalan risiko juga amat penting. Menurut Barlett (1991) terdapat dua pendekatan pengawalan risiko perubatan iaitu pendekatan pengelakan kecederaan dan pendekatan hubungan manusia. Pendekatan pertama mencadangkan pengurangan tuntutan salah amalan dan kecuaihan perubatan dengan mengurangkan kerosakan atau kecederaan melalui pengelakan kesilapan. Cadangan ini dibuat berdasarkan kajian ke atas 73,000 tuntutan salah amalan perubatan di Amerika Syarikat. Kajian itu menunjukkan bahawa kes tuntutan banyak melibatkan kesalahan atau kecuaihan doktor dalam prosedur pembedahan, rawatan dan diagnosa. Pendekatan kedua pula mencadangkan pengurangan tuntutan dengan memperbaiki hubungan doktor-pesakit. Ini adalah kerana kebanyakan tuntutan melibatkan kecederaan ringan, sementara dan emosional. Oleh itu, kecederaan atau kerugian bukanlah merupakan alasan utama doktor disaman. Hasil kajian Arpah, Habibah & Asiah (2001) menunjukkan 81.4% kes kecuaihan di Malaysia

melibatkan kecederaan kekal<sup>2</sup>, dimana 41.2% daripadanya adalah kecederaan kekal menyeluruh<sup>3</sup>. Oleh itu, dalam konteks Malaysia pendekatan pengelakkan kecederaan adalah lebih praktikal kerana majoriti kes melibatkan kecederaan yang serius kepada pesakit. Oleh itu, pengamal perubatan di Malaysia perlu mencari prosedur kerja yang terbaik dan lebih berhati-hati agar kesilapan dapat dielakkan dalam kerja hariannya.

Beberapa penemuan penting daripada kajian Arpah, Habibah & Asiah (2001) yang dapat membantu dalam teknik pengawalan risiko disenaraikan di dalam Rajah 2.

**Rajah 2**  
**Hasil Kajian Arpah, Habibah & Asiah (2001)**

Bil.	Penemuan kajian
1.	Lebih daripada 52% defendan adalah doktor swasta.
2.	76.5% kes mempunyai 2 atau lebih defendan.
3.	Lebih banyak kes yang mengambil masa lebih dari 3 tahun untuk diselesaikan.
4.	Purata setiap kes mengambil masa lebih 5 tahun untuk diputuskan.

Walaupun kajian menunjukkan lebih banyak kes difailkan terhadap doktor swasta, ini tidaklah bermaksud doktor swasta lebih cuai daripada doktor kerajaan. Ini kerana, rekod Kementerian Kesihatan Malaysia menunjukkan terdapat 230 kes kecuai dan salah amalan perubatan yang melibatkan doktor kerajaan sehingga tahun 1998 (Anisah, 1999). Kebanyakan kes yang melibatkan doktor di hospital kerajaan diselesaikan di luar mahkamah (Sulaiman, 1994). Pampasan yang berjumlah hampir 2 juta telah dibayar oleh Perbendaharaan Malaysia. Berdasarkan rekod ini, doktor kerajaan juga disarankan mendapatkan perlindungan insurans. Alasan utama adalah kerana syarikat insurans dan organisasi pembelaan bukan sahaja dapat membayar pampasan ke atas tuntutan, malah akan memberi nasihat dan perlindungan undang-undang. Memandangkan kebanyakan kes yang melibatkan doktor di hospital kerajaan diselesaikan di luar mahkamah, kerajaan mungkin bertindak membayar pampasan tanpa mengambilkira kepentingan doktor kerana perkara ini melibatkan kos. Pampasan yang diberikan boleh memberikan implikasi terhadap reputasi doktor yang disaman kerana secara tidak langsung, pihak kerajaan telah mengakui bahawa wujud kecuai pada pihak doktor tersebut. Oleh itu dengan perlindungan insurans, doktor tersebut tidak perlu bergantung kepada perlindungan kerajaan seratus peratus. Tambahan pula, premium untuk doktor kerajaan sangat rendah. Contohnya, Medical Protection Society (MPS) menawarkan kadar premium antara RM115 hingga RM280 sahaja setahun untuk perlindungan tanpa had.

Satu lagi aspek penting berhubung dengan liabiliti seorang pengamal perubatan adalah aspek tanggungan berkait. Kenyataan sebelum ini menerangkan bahawa doktor yang menjalankan perniagaan perkongsian juga mempunyai liabiliti atas kesilapan rakan kongsinya. Begitu juga keadaan di antara majikan dan pekerja. Majikan akan dipertanggungjawabkan dengan



tindakan pekerjaanya jika sekiranya pekerja telah melakukan kecuiaan sehingga mengakibatkan kecederaan kepada pihak lain semasa melakukan pekerjaan. Kajian Arpah, Habibah & Asiah (2001) menunjukkan bahawa majoriti kes yang difailkan di mahkamah melibatkan lebih daripada dua pihak sebagai defendan. Oleh itu, majikan dan pengamal perubatan yang mempunyai rakan kongsi juga perlu mempunyai perlindungan insurans kerana mereka juga tidak terkecuali daripada dikenakan tindakan prosiding di mahkamah.

## KESIMPULAN

Artikel ini telah membincangkan beberapa aspek yang berkaitan dengan risiko liabiliti pengamal perubatan dan teknik-teknik yang bersesuaian untuk menangani risiko tersebut daripada perspektif pengurusan risiko. Teknik-teknik yang telah dicadangkan boleh dijadikan panduan asas oleh pengamal perubatan di Malaysia. Namun begitu, semua pihak perlu sedar bahawa tuntutan liabiliti tidak menguntungkan sesiapa. Kes yang dibawa ke mahkamah akan melibatkan kos guaman yang tinggi. Dalam jangka panjang, tidak mustahil kos tuntutan liabiliti akan dimasukkan ke dalam kos perubatan sepertimana yang berlaku di negara barat seperti Amerika Syarikat. Kesannya, masyarakat umum terpaksa menanggung kos perubatan yang tinggi. Oleh itu, kajian yang lebih lanjut seperti faktor-faktor yang mempengaruhi pesakit memfailkan saman perlu dilakukan. Kajian seumpama ini dapat membantu dalam mengenalpasti langkah-langkah yang sewajarnya diambil untuk mengurangkan kes berhubung kecuiaan dan salah amalan di kalangan pengamal perubatan di Malaysia.

Di samping itu, walaupun terdapat kajian lepas yang menunjukkan lebih banyak kes difailkan terhadap doktor swasta, ini tidaklah membawa maksud doktor di hospital atau klinik swasta lebih cuai daripada doktor kerajaan. Faktor-faktor lain seperti tahap kesedaran pesakit tentang hak, kemampuan kewangan dan jangkaan mutu perkhidmatan yang tinggi juga mungkin memberi kesan dan perlu diambil kira. Namun begitu, teknik-teknik yang dicadangkan iaitu kombinasi insurans, swainsurans dan pengawalan kerugian dengan pendekatan pengelakan kecederaan adalah sesuai untuk kedua-dua doktor swasta dan kerajaan kerana kajian menunjukkan terdapat peningkatan dalam kes-kes saman terhadap pengamal perubatan di Malaysia (Mahmud, 1994, Anisah, 1999, Arpah, Habibah & Asiah, 2001). Kemungkinan lebih banyak kes akan dilaporkan terhadap pengamal perubatan pada masa hadapan tidak dapat disangkal. Oleh itu, pengamal perubatan perlu mengambil langkah awal dengan memiliki insurans bagi melindungi diri daripada risiko liabiliti ini.

## Nota Akhir

<sup>1</sup>Asiah Bidin merupakan pensyarah Undang-Undang di Sekolah Pengurusan, Universiti Utara Malaysia.

<sup>2</sup>Melibatkan kecederaan yang tidak dapat disembuhkan.

<sup>3</sup>Melibatkan kecederaan kekal yang serius seperti kecederaan otak (*brain damage*)

## BIBLIOGRAFI

- Ackner, L. (1992, June). The doctor in court—victim or protected species? *Professional Negligence*, 54-58.
- Anisah Che Ngah (1999, September). Medical negligence litigation: Is defensive medicine the norm? Kertas kerja 12<sup>th</sup> *Commonwealth Law Conference*. Kuala Lumpur.
- Arpah Abu Bakar, Habibah Tolos, & Asiah Bidin (2001). *The loss experience of medical professional in Malaysia: A study based on closed court cases from 1950 to 1998*. Laporan Penyelidikan, Universiti Utara Malaysia.
- Asmah Laili Yeon (1996). *Judicial decision in the issue of professional negligence in Malaysia*. Laporan Penyelidikan, Universiti Utara Malaysia.
- Barlett, E. E. (1991, June). Injury prevention vs. patient communications. *Risk Management* 38(1), 40-43.
- Coyte, D. (1991, July). Canadian medical malpractice liability: An empirical analysis of recent trends . *Journal of Health Economics*.
- Danzon, P. M., Pauly, M. V., & Kington, R.S. (1990). *The effects of malpractice litigation on physicians' fees and incomes*. 80 (20), 122-127.
- Fenn, P. (2000, June 10). Current cost of medical negligence in NHS hospitals: Analysis of claims database . *British Medical Journal*, 7249, 1567-71.
- Lam, L. (2000, June 2). Healthcare suits against Govt 'not in nation interest alternative is costly healthcare. *The Star* 1(1).
- Malone, E.C.(1999, May). Hell's waiting room. *Best's Review*.
- Mahmud, Mohd. Nor (1994). Medical negligence—liabilities and protection *CLJ Legal Network* , 8.
- Olsen, R.N. (1996, July). The reform of medical malpractice law: Historical perspective. *The American Journal of Economics and Sociology*, 55(3), 257-266.
- Rejda, G.E. (1999). *Principles of Risk Management and Insurance*. (6th ed.) New York: Addison Wesley.
- Snider, H.W. (1991, April). Risk management: A retrospective view . *Risk Management*, 47-54.
- Sulaiman Abdullah (1994). *Professional medical negligence: liabilities and protection*. CLJ Legal Network.
- Hospital sued for giving women HIV blood. (2000, September 8). *The Star*. Tukiram Kitam.

Bantuan RM4,800 untuk mangsa HIV (2000, 16 Mei). *Utusan Malaysia*, 10,(1).

2 Mangsa AIDS diberi ubat percuma. (2000, Mei). *Utusan Malaysia*.

Vincent, C., Young, M. (1994, June). Why people sue doctors? A study of patients and relative taking legal action. *Lancet* 343 (8913), 1609-1614.

Williams, Jr. C. A, Smith, M. L., & Young, P.C (1998). *Risk Management and Insurance* (8th ed.) Boston: Irwin Mc. Graw-Hill.

Wrobel, E. M. Jr. (1993, March 22). Relapse feared in medical malpractice system. National Underwriter. *Property & Casualty/Risk & Benefit Management* (ed.), 97(12), 33-35.