

ความหมายของคำว่า “บริการ” ในบทบัญญัติ
ของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 กับ ความรับผิดชอบของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ



นางสาว สกมลวรรณ โฉนวัฒน์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชานิติศาสตร์

คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

DEFINITION OF "SERVICES" IN THE CONSUMER PROTECTION ACT B.E. 2551 AND
THE LIABILITY OF MEDICAL DOCTORS IN PUBLIC HOSPITALS

Miss SAKONWAN LONAWAN

ศูนย์วิทยุโทรพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Laws Program in Laws

Faculty of Law

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความหมายของคำว่า "บริการ" ในบทบัญญัติของ
พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551

กับ ความรับผิดชอบของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ

โดย

นางสาวสกลวรรณ โฉนวัฒน์


สาขาวิชา

นิติศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

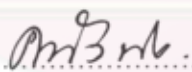
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณิงนิจ ศรีบัวเยี่ยม

คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้แก่นักวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโท



..... คณบดีคณะนิติศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศักดา ธนิตกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(อาจารย์ ธานิศ เกศวพิทักษ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณิงนิจ ศรีบัวเยี่ยม)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดล บุนนาค)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล)

สกลวรรณ โฉมวัฒน์ : ความหมายของคำว่า "บริการ" ในบทบัญญัติของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 กับ ความรับผิดของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ (DEFINITION OF "SERVICES" IN THE CONSUMER PROTECTION ACT B.E. 2551 AND THE LIABILITY OF MEDICAL DOCTORS IN PUBLIC HOSPITALS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร. คณิงนิจ ศรีบัวเอี่ยม, 184 หน้า.

การตีความคำว่า "บริการ" ตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ให้หมายรวมถึง "บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ" มีความเหมาะสมกับความรับผิดของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐหรือไม่ และสอดคล้องกับหลักการในเรื่องบริการสาธารณะตามกฎหมายมหาชนหรือไม่

จากการศึกษาพบว่าคำว่า "บริการ" ที่ได้รับการวินิจฉัยให้เป็นคดีผู้บริโภคจะไม่คำนึงว่าผู้ให้บริการเป็นใครและดำเนินกิจการเพื่อวัตถุประสงค์หรือประโยชน์อย่างไรมัน ไม่มีความเหมาะสมเหตุผลคือ การพิจารณาให้ "บริการที่ดำเนินการโดยมุ่งหวังผลกำไร" กับการให้ "บริการสาธารณะ" ที่จัดทำเพื่อประโยชน์ส่วนรวมมีความหมายเป็นอย่างเดียวกันนั้น ขัดกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติฉบับนี้ที่ตราขึ้นเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการดำเนินคดีของผู้บริโภคที่มักอยู่ในสถานะด้อยกว่าผู้ประกอบการและมีค่าเสียหายเชิงลงโทษเพื่อป้องปราบผู้ประกอบการที่มุ่งเอาตัวเขาเปรียบ ในขณะที่มุมมองของผู้เขียนตามหลักกฎหมายมหาชน เห็นว่า "บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ" เป็น "บริการสาธารณะ" เพราะเป็นกิจการที่รัฐจัดทำขึ้นเพื่อสนองความต้องการส่วนรวมของประชาชน และยังเป็นบริการสาธารณะที่แตกต่างจากบริการสาธารณะประเภทอื่นจึงไม่สามารถหยุดให้บริการได้ และลักษณะของงานต้องอาศัยคุณธรรมและจริยธรรมทางวิชาชีพที่สูง แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีฐานะเป็น "ข้าราชการ" จึงมีความรับผิดตามกฎหมายเฉพาะ คือ วินัยข้าราชการ การตีความให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเป็นบริการในคดีผู้บริโภคจึงไม่เหมาะสมและไม่สอดคล้องกับหลักกฎหมายมหาชน จึงควรมีการปรับปรุงพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ไม่ให้บังคับไปถึง "บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ" และควรมีกฎหมายที่มีระบบชัดเจนความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ที่ไม่ต้องพิสูจน์ความผิด ตลอดจนส่งเสริมให้มีการจัดให้มีระบบไกล่เกลี่ยข้อพิพาทระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐกับผู้รับบริการทางการแพทย์

สาขาวิชา นิติศาสตร์ ลายมือชื่อนิติศ *กัญจนา*
ปีการศึกษา 2553 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก *อนันต์*

5085998834 : MAJOR LAWS

KEYWORDS : DOCTORS / PUBLIC HOSPITALS / SERVICES / THE CONSUMER PROTECTION ACT B.E. 2551

SAKONWAN LONAWAN : DEFINITION OF "SERVICES" IN THE CONSUMER PROTECTION ACT B.E. 2551 AND THE LIABILITY OF MEDICAL DOCTORS IN PUBLIC HOSPITALS. ADVISOR : ASST. PROF. KANONGNIJ SRIBUAIAM. Ph.D, 184 pp.

The researcher aims to survey the appropriateness in interpreting the word "services" under the Consumer Protection Act B.E. 2551 whether it should cover "medical services in public hospitals" as well as liability of medical doctors working in the public hospitals. It should be considered also whether such interpretation conforms to one of the main principles of public law regarding "public services".

It was found that "services" interpreted to be consumer cases, no matter who are service providers: private or the State, with different purposes, is not appropriate. The reason is that treating "services operated for profit/private interest" and "public services operated for public interest" in the same way is not the purpose and spirit of this Act which was aimed to solve the gaps in prosecutions sued by consumers who are normally in inferior position to business entrepreneurs, and which was aimed to establish punitive damages to control business entrepreneurs who focus on profit-making and taking advantage from consumers. According to "public services" as one of the main principles of public law, the author sees that "medical services in public hospitals" are "public services" because they are services provided by the State in order to respond to collective demand of people, thus, are different from other types of public services since the State cannot stop providing these public services. In addition, this type of service requires high professional ethics, while the positions of doctors in public hospitals are regarded as "officers", and their liability is under specific law applying only for the State's officers. Therefore, it can be concluded that interpreting medical services in public hospitals to be "services" in consumer case is not appropriate and does not conform to the principles of public law. Finally, there should be an improvement in the Consumer Protection Act B.E. 2551 to not include "medical services in public hospitals", at the same time, it should have a law that has compensation system to any damage occurred from receiving medical services on the "no guilty proving" basis, including a law that has reconciliation system between doctors in public hospitals and medical clients.

Field of Study : Laws..... Student's Signature Sakonwan.
Academic Year : 2010..... Advisor's Signature K. Sribuam.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากผู้มีพระคุณหลาย ซึ่งผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ ท่านอาจารย์ธานีศ เกศพิทักษ์ ที่ได้กรุณารับเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และได้ให้ข้อเสนอแนะซึ่งเป็นประโยชน์อันทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ นพ.สุรศักดิ์ สุวานิชสกุล ที่ได้กรุณารับเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์พร้อมทั้งให้คำแนะนำและข้อสังเกตต่างๆ ในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณิงนิจ ศรีบัวเอี่ยม ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่งรับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้คำปรึกษาชี้แนะ เมตตา อบรมสั่งสอนและอนุญาตให้ติดตามรบกวนทั้งในเวลาและนอกเวลาจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ ท่านดล บุนนาค ที่ได้ให้แนวคิด วิเคราะห์ ที่เป็นประโยชน์แก่วิทยานิพนธ์และให้ความกรุณาแก่ข้าพเจ้าจนสามารถสำเร็จการศึกษาได้

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ท่านพิณิจ สุเสารัจ ที่เป็นแรงบันดาลใจและให้ชีวิตที่มีโอกาสทางการศึกษา ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ท่านสมชาย อุดมศรีสำราญ นางสมสมัย สุวานธรรม ผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงานที่ศูนย์ปฏิบัติการคดีเลือกตั้งในศาลฎีกาและสำนักกฎหมาย และวิชาการฯ ตลอดจนเพื่อน ๆ ทุกคนที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในความสำเร็จครั้งนี้

ท้ายนี้ หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีประโยชน์และคุณค่าทางการศึกษาอยู่บ้าง ผู้เขียนขอขอบคุณความดีให้กับทุกท่านที่กล่าวมาแล้ว แต่หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีข้อบกพร่องประการใด ผู้เขียนขออภัยไว้แต่เพียงผู้เดียว

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ	
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ	
สารบัญ.....	ช	
สารบัญตาราง.....	ฎ	
สารบัญภาพ.....	ฏ	
บทที่ 1 บทนำ		
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1	
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	6	
1.3 สมมติฐานของการวิจัย.....	6	
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	6	
1.5 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	7	
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	7	
บทที่ 2 ข้อพิจารณาความหมายของคำว่า “บริการ” ในพระราชบัญญัติวิธีพิจารณา คดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551.....		8
2.1 พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551.....	8	
2.1.1 เจตนารมณ์ของกฎหมาย.....	9	
2.1.2 หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการให้ความคุ้มครอง.....	12	
2.2 การปรับใช้กฎหมายโดยการตีความของศาล.....	18	
2.2.1 ความหมายคำว่า “บริการ” ประเภทต่าง ๆ.....	18	
2.2.2 คำว่า “บริการ” หมายถึงรวมถึง “การบริการทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลของรัฐ” ด้วยหรือไม่	24	

	หน้า
2.3 การนำหลักกฎหมายมหาชนมาปรับใช้.....	30
2.3.1 ความเข้าใจเรื่อง “การบริการสาธารณะ” ตามหลักกฎหมายมหาชน.....	30
2.3.2 ลักษณะของการนำบริการสาธารณะมาปรับใช้กับการบริการทาง การแพทย์ : ระบบประกันสุขภาพ.....	33
2.3.3 การตีความให้ “การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็น “บริการสาธารณะ”.....	39
2.3.4 ผลทางกฎหมายของการบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ของรัฐในฐานะที่เป็น “บริการสาธารณะ”.....	41
2.3.4.1 ผลต่อองค์กร : โรงพยาบาลของรัฐ.....	47
2.3.4.2 ผลต่อบุคลากร : แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ.....	48
บทที่ 3 “การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็น “บริการสาธารณะ” ที่มีลักษณะเฉพาะตัวแตกต่างจากบริการสาธารณะประเภทอื่น.....	56
3.1 ลักษณะเฉพาะตัวด้านสังคมและจริยธรรมในการให้บริการทางการแพทย์.....	56
3.1.1 ด้านสังคม.....	56
3.1.1.1 พัฒนาการในการควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์.....	58
3.1.1.2 การควบคุมในแง่การจัดระเบียบการกระทำของวิชาชีพ : พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525.....	61
3.1.2 ด้านจริยธรรม.....	66
3.1.2.1 การควบคุมในแง่จริยธรรมในการประกอบวิชาชีพ : ข้อบังคับ แพทย์สภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. 2526.....	70
3.1.2.2 องค์กรที่ควบคุมด้านจริยธรรม : แพทยสภา.....	72
3.2 ลักษณะเฉพาะตัวด้านสิทธิของประชาชนในการได้รับบริการทางการแพทย์.....	80
3.2.1 ในฐานะสิทธิมนุษยชน.....	80
3.2.2 ในฐานะสิทธิเสรีภาพในรัฐธรรมนูญ.....	87
3.3 ลักษณะเฉพาะตัวด้านสวัสดิการของรัฐและหน้าที่ของรัฐ.....	91
3.3.1 หน้าที่ของรัฐจากสิทธิของประชาชน.....	91
3.3.2 หน้าที่ของรัฐตามหลักสิทธิมนุษยชน.....	96

	หน้า
3.3.3 หน้าที่ของรัฐตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญ.....	98
3.3.3.1 การปฏิรูประบบสุขภาพตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ.....	98
3.3.3.2 ธรรมนูญสุขภาพด้านสุขภาพ : พระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2550.....	102
3.3.3.3 หน้าที่ของรัฐตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.....	105
3.3.3.4 ข้อพิจารณาหน้าที่ของรัฐตามพระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2550.....	109
3.3.4 บุคคลที่ปฏิบัติงานด้านสวัสดิการและหน้าที่ของรัฐ : ข้าราชการ..	115
3.4 บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีความแตกต่างจากบริการ สาธารณะประเภทอื่น.....	117
บทที่ 4 สิทธิของประชาชนในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในต่างประเทศ.....	121
4.1 สิทธิของประชาชนในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์.....	121
4.1.1 ประเทศนิวซีแลนด์.....	121
4.1.2 ประเทศสวีเดน.....	122
4.1.3 ประเทศสหรัฐอเมริกา.....	123
4.1.4 ประเทศมาเลเซีย.....	125
4.2 ระบบประกันสุขภาพ.....	126
4.2.1 ประเทศนิวซีแลนด์.....	126
4.2.2 ประเทศสวีเดน.....	128
4.2.3 ประเทศสหรัฐอเมริกา.....	130
4.2.4 ประเทศมาเลเซีย.....	131
4.3 การเยียวยาความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์.....	132
4.3.1 ประเทศนิวซีแลนด์.....	133
4.3.2 ประเทศสวีเดน.....	133
4.3.3 ประเทศสหรัฐอเมริกา.....	136
4.3.4 ประเทศมาเลเซีย.....	138

	หน้า
4.4 การนำหลักกฎหมายต่างประเทศมาปรับใช้กับประเทศไทย.....	139
บทที่ 5 บทวิเคราะห์สภาพปัญหาและแนวทางแก้ไข	143
5.1 บทวิเคราะห์สภาพปัญหา.....	143
5.2 แนวทางแก้ไข.....	158
5.2.1 การกำหนดให้ “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” ไม่เป็น “บริการ” ตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551..	158
5.2.2 การมีระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์.....	159
5.2.3 การจัดให้มีระบบไกล่เกลี่ยข้อพิพาทระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐกับผู้รับบริการทางการแพทย์.....	159
รายการอ้างอิง.....	161
ภาคผนวก.....	167
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	184

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ตารางเปรียบเทียบความรับผิดชอบทางละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ กับความรับผิดชอบทางละเมิดตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของ เจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539.....	45
2	ตารางเปรียบเทียบลักษณะของ “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” กับ “บริการสาธารณสุขประเภทอื่น”	120

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แผนผังแสดงการคุ้มครองผู้ป่วยโดยการฟ้องแพทย์ได้หลายช่องทาง.....	4
2	แผนผังแสดงโครงสร้างของคณะกรรมการแพทยสภา.....	75



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สืบเนื่องจากสังคมไทยในอดีต ประชาชนผู้ให้บริการมองผู้ให้บริการทางการแพทย์ว่าเป็นผู้มีพระคุณที่สามารถช่วยเหลือให้พวกเขาพ้นทุกข์จากโรคภัยไข้เจ็บ จึงทำให้ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นบุคคลผู้มีความสำคัญที่สุดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้รับความนับถือไว้วางใจจากประชาชน ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดี มีความนับถือไว้วางใจซึ่งกันและกันในตัวบุคคล ประกอบกับบุคลิกลักษณะของคนไทยส่วนใหญ่ให้ความเกรงใจบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ ซึ่งต่างจากสังคมตะวันตกที่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นว่าแพทย์ทำในสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของตนหรือไม่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคมก็จะมี การเรียกร้องสิทธิส่วนบุคคลและเกิดการฟ้องร้องกันในศาล แต่ในปัจจุบันนี้ สภาพแวดล้อมและสังคมของไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก มีความเจริญทางด้านวัตถุเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเทคโนโลยี เครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์ก็มีความเจริญก้าวหน้าตามไปด้วย ประกอบกับมีผู้ให้บริการทางการแพทย์บางกลุ่มได้นำวิชาชีพเวชกรรมไปทำกำไรในเชิงธุรกิจ และในบางรายได้แสวงหากำไรจากความเจ็บป่วยของมนุษย์ด้วยกัน โดยสะท้อนผ่านสื่อมวลชนแขนงต่าง ๆ อันส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบมากขึ้นกว่าแต่ก่อน

เมื่อยุคสมัยเริ่มเปลี่ยน กฎหมายได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการกำหนดสิทธิหน้าที่ของบุคคล ความสำคัญของกฎหมายที่ให้สิทธิสำหรับชนชาวไทยทุกคนเพื่อให้ได้รับ “บริการทางการแพทย์” ที่ได้มาตรฐานปรากฏขึ้นครั้งแรกในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52* และมาตรา 82** ดังจะเห็นได้ว่าการออกกฎหมายลำดับรองเพื่อรองรับ

* รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 บัญญัติว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

รัฐธรรมนูญอันเป็นกฎหมายสูงสุด คือ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งพระราชบัญญัติฉบับนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน และยังเป็นการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ตามความจำเป็น และในมาตรา 41^{***} ของกฎหมายฉบับนี้มุ่งช่วยเหลือให้ผู้รับบริการได้รับเงินชดเชยความเสียหายซึ่งเกิดเนื่องจากผลของการรักษาพยาบาล อันเป็นการเยียวยาในเบื้องต้น โดยการจ่ายเงินชดเชยความเสียหายดังกล่าวมิใช่เป็นความรับผิดชอบในเรื่องละเมิดตามหลักเกณฑ์ในกฎหมายแพ่ง แต่เป็นการจ่ายเงินกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค มิใช่ว่าเมื่อเกิดความพิการหรือตายจะเรียกร้องและการกำหนดให้มีการจ่ายเงินชดเชยนี้ได้ทุกกรณี เหตุที่กฎหมายฉบับนี้กำหนดให้มีเงินชดเชยเนื่องจากถ้าให้มีการฟ้องร้องกันตามกฎหมายจะต้องใช้ระยะเวลาอันมากกว่าจะได้รับการชดเชยค่าเสียหาย ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการจ่ายเงินชดเชยในลักษณะดังกล่าวคงมีเพียงเพื่อลดคดีที่จะเข้าสู่ศาลซึ่งเชื่อว่าจะส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์มีบรรยากาศที่ดีขึ้น แต่ในทางปฏิบัติ เนื่องจากบทบัญญัติในมาตรา 41 ใช้เพื่อเป็นการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้นโดยจำกัดวงเงินและคุ้มครองเฉพาะผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่นอกขอบเขตของการได้รับสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่นข้าราชการ เป็นต้น ไม่สามารถได้รับเงินช่วยเหลือประเภทนี้ ผลที่ตามมา คือ วัตถุประสงค์ของรัฐธรรมนูญที่ต้องการสร้างความเสมอภาคในเรื่องการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข กลับไม่ได้รับความเสมอภาคตามความเป็นจริง

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

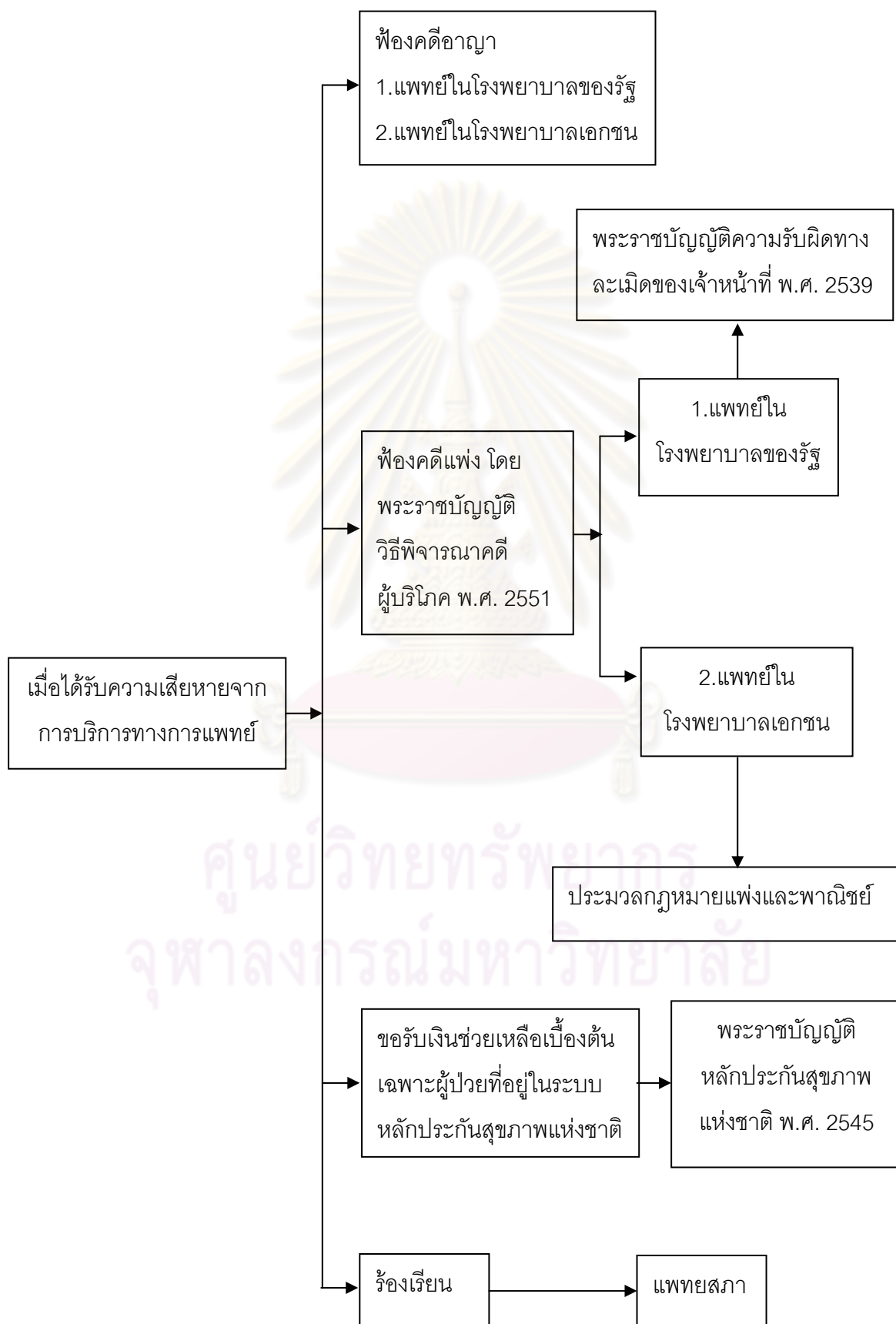
^{**} รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 82 บัญญัติว่า รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

^{***} พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 บัญญัติว่า ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ทำให้ตีความได้ว่าประเทศไทยอาจมีแนวโน้มที่จะพัฒนาไปสู่ความเป็นรัฐสวัสดิการในอนาคต ตัวอย่างเช่น มาตรา 51 วรรคแรก บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” ซึ่งเป็นเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาพที่ประชาชนทุกคนควรมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการอย่างเท่าเทียมกัน และสอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชนทุกคน จึงเป็นเรื่องที่ทุกคนต้องได้รับโดยไม่แยกฐานะยากดีมีจน ประชาชนทุกคนมีโอกาสดูแลบริการเท่าเทียมกัน และถือเป็นภาระหน้าที่ของผู้ที่เป็นรัฐต้องดำเนินการ แต่ความจริงแล้วประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่สามารถเรียกตัวเองได้ว่าเป็นรัฐสวัสดิการ เนื่องจากข้อจำกัด คือ การให้ความคุ้มครองที่ยังไม่ครอบคลุมและงบประมาณที่ใช้ยังมีอย่างจำกัด ทำให้การรักษาพยาบาลของรัฐเป็นนโยบายของรัฐและสถานบริการของรัฐยังคงมีการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้เข้ารับบริการซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลเอกชน และเมื่อมีความเสียหายจากการใช้บริการทางการแพทย์แล้ว ผู้เข้ารับบริการสามารถเรียกร้องค่าเสียหายทั้งแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐและแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนให้รับผิดชอบผู้เข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ได้รับความเสียหายได้หลายช่องทางรวมทั้งพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ปราบปรามตามแผนผังต่อไปนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนผังแสดงการคุ้มครองผู้ป่วยโดยการฟ้องแพทยได้หลายช่องทาง



ในพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภคน พ.ศ. 2551 ได้กำหนดว่าในกรณีใดมีปัญหาสงสัยว่าเป็นคดีผู้บริโภคนหรือไม่นั้น ให้ประธานศาลอุทธรณ์เป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด โดยประธานศาลอุทธรณ์ได้ตีความว่า “บริการทางการแพทย์” เป็น “บริการ” ในบทบัญญัติของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภคน พ.ศ. 2551 และยังได้วินิจฉัยต่อไปว่า “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็น “บริการ” ด้วย ผลของการวินิจฉัยและตีความดังกล่าวทำให้ “โรงพยาบาลของรัฐ” เป็น “ผู้ประกอบการธุรกิจ” และแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ เป็น “ผู้ให้บริการ” ตามความในพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภคน พ.ศ. 2551 ทั้งๆ ที่วัตถุประสงค์ของกฎหมายฉบับนี้แท้จริงแล้วมีความประสงค์จะให้ข้อพิพาทได้รับความเป็นธรรมยิ่งขึ้นภายใต้ระบบวิธีพิจารณาคดีที่กำหนดขึ้นใหม่เป็นการเฉพาะนี้

ผู้เขียนทำการศึกษาในวิทยานิพนธ์นี้ เพื่อนำเสนอว่า “บริการทางการแพทย์” มีลักษณะเฉพาะตัวที่แตกต่างจากคำว่า “บริการ” ที่เป็นบริการอื่นทั่วไปซึ่งไม่ใช่บริการทางการแพทย์ นอกจากนั้นแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐอยู่ในสถานะที่ไม่อาจเลือกที่จะให้หรือไม่ให้บริการได้ด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ ประการแรกแพทย์เป็นวิชาชีพที่อาศัยคุณธรรม โดยมีข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. 2526 ที่คอยควบคุมและกำกับการประกอบวิชาชีพให้อยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมดังกล่าว ประการที่สอง บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีลักษณะเป็น “บริการสาธารณะ” และ “แพทย์” ในโรงพยาบาลของรัฐมีฐานะเป็น “ข้าราชการ” ดังนั้น ผู้รับบริการจึงไม่สามารถฟ้องแพทย์ได้โดยตรง แต่สามารถฟ้อง “โรงพยาบาลของรัฐ” ที่แพทย์นั้นสังกัดอยู่ได้ ตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539

ผลของการตีความคำว่า “บริการ” ในบทบัญญัติของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภคน พ.ศ. 2551 ให้รวมไปถึง “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” นั้น ทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเกิดความกังวลในความมั่นคงของอาชีพ บั่นทอนขวัญและกำลังใจในการรักษาที่ไม่ได้แสวงหากำไร ทำให้แพทย์ต้องป้องกันตัวเองโดยแพทย์บางรายอาจเพิ่มขึ้นตอนในการตรวจรักษาจาก “การรักษาตามความจำเป็น” เป็น “การรักษาที่เกินจำเป็น” ทั้งนี้ เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกฟ้องคดีให้มากที่สุด ลักษณะดังกล่าว ส่งผลท้ายที่สุด คือ ผู้รับบริการทางการแพทย์ต้องรับผลจาก “การรักษาที่เกินจำเป็น” ดังกล่าว โดยมีขั้นตอนและระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการทางการแพทย์ที่นานกว่าปกติ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาด้านรัฐแล้ว ความกังวลในความมั่นคงของอาชีพแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐยังก่อให้เกิดผลกระทบในวงกว้าง ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรที่จะมาเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ ผู้เขียนจึงศึกษาถึงการตีความให้ “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็น “บริการ” ตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภคน พ.ศ. 2551 ว่ามี

ความเหมาะสมกับความรับผิดชอบของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐหรือไม่ และสอดคล้องกับหลักการบริการสาธารณะตามกฎหมายมหาชนหรือไม่

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมในการตีความให้คำว่า “บริการ” ในบทบัญญัติของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 หมายถึงถึง “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ”
2. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมในการต่อนำหลักกฎหมายมหาชนมาปรับใช้กับ “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ”
3. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ถึง “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” ว่าเป็นบริการสาธารณะที่มีลักษณะเฉพาะตัวแตกต่างจากบริการสาธารณะประเภทอื่น
4. เพื่อวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาจากการฟ้องแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ โดยให้หลักการบริการสาธารณะตามกฎหมายมหาชน

1.3 สมมติฐาน

การตีความคำว่า “บริการ” ตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ให้หมายถึงถึง “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” มีส่วนทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐต้องรับความเสี่ยงที่เกินไปจากที่ควรจะเป็นในการถูกฟ้องโดยผู้รับบริการทางการแพทย์ ส่งผลทั้งต่อแพทย์ในการรักษาที่เกินจริง และต่อผู้รับบริการในการรักษาที่ล่าช้าและแพงขึ้น จึงควรตีความตามหลักกฎหมายมหาชนว่า “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็นบริการสาธารณะ และไม่เป็น “บริการ” ตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

เนื่องจากวิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับนิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขากฎหมายมหาชน กรอบความคิดและทิศทางการศึกษาวิจัยจึงเน้นมุมมองด้านกฎหมายมหาชน

เป็นหลัก โดยพิจารณากฎหมายที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อพิจารณาความหมายของคำว่า “บริการ” ในบทบัญญัติของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 กับความรับผิดชอบของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ โดยพิจารณาและปรับเข้ากับหลักการของกฎหมายมหาชนเรื่อง “บริการสาธารณะ” รวมทั้งศึกษาจากกฎหมายต่าง ๆ ได้แก่ พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ กฎหมายอาญา กฎหมายทางการแพทย์ต่างๆ เช่น พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น พระราชบัญญัติความรับผิดชอบละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง เพื่อนำมาวิเคราะห์และเสนอแนะต่อไป

1.5 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเอกสาร โดยศึกษาค้นคว้าและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารเป็นหลักในเรื่องต่างๆ เช่น กฎหมายรัฐธรรมนูญ การบริการสาธารณะ รัฐสวัสดิการ เป็นต้น และกฎหมายทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนบทความต่าง ๆ รวมถึงรายงานการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลกฎหมายจากต่างประเทศ เป็นต้น

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบว่าการตีความคำว่า “บริการ” ตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 กับการตีความว่า “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็น “บริการสาธารณะ” ตามหลักกฎหมายมหาชน มีความแตกต่างกันอย่างไร
2. ทำให้ทราบถึงลักษณะเฉพาะตัวของ “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” ว่ามีความแตกต่างจากบริการสาธารณะประเภทอื่นอย่างไร
3. ทำให้ทราบถึงสิทธิของประชาชนในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ระบบประกันสุขภาพ ตลอดจนการเยียวยาความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ในต่างประเทศ
4. ทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาการฟ้องแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐโดยใช้หลักกฎหมายมหาชน

บทที่ 2

ข้อพิจารณาความหมายของคำว่า “บริการ” ในพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551

2.1 พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551

การคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทยได้มีการพัฒนาเรื่อยมา นับตั้งแต่การตราประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์* ประมวลกฎหมายอาญา** จนถึงการออกกฎหมายเพื่อความปลอดภัยในการบริโภคของประชาชน มาตรการทางกฎหมายเหล่านี้มีขึ้นเพื่อป้องกันและปราบปรามผู้ที่ทำให้เกิดความเป็นอันตรายหรือความไม่เป็นธรรมในการบริโภคทั้งสิ้น มิได้มุ่งหมายให้เกิดการชดใช้เยียวยาความเสียหายอันเกิดจากการบริโภคแต่อย่างใด ดังจะเห็นได้ว่าเมื่อมีการตราพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ขึ้นใช้บังคับ กฎหมายฉบับนี้เพียงแต่บัญญัติรับรองสิทธิของผู้บริโภคที่จะได้รับการพิจารณาและชดใช้เยียวยา แต่มิได้บัญญัติในส่วนที่ว่าด้วยการชดใช้เยียวยาความเสียหาย ผู้เสียหายที่ได้รับความเสียหายจากการบริโภคสินค้าหรือบริการจึงมีทางออกที่จะได้รับการเยียวยาชดใช้ค่าเสียหายคือฟ้องคดีแพ่งต่อศาล และอาศัยกฎหมายละเมิดเป็นเครื่องมือในการเรียกค่าเสียหาย นอกจากนี้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ไม่ได้กำหนดวิธีการดำเนินคดีไว้เป็นการเฉพาะ ดังนั้นเมื่อมีข้อพิพาทเกิดขึ้น กระบวนการในการเรียกร้องค่าเสียหายจึงต้องเป็นไปตามบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง ซึ่งไม่เหมาะสมกับการดำเนินคดีคุ้มครองผู้บริโภค เนื่องจากผู้บริโภคคือประชาชนทั่วไปซึ่งเป็นผู้ซื้อบริการเพื่อการใช้สอยในชีวิตประจำวัน ส่วนผู้ให้บริการหรือผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นผู้ผลิตที่มีองค์ความรู้ในเรื่องสินค้า บริการดีกว่า มีสถานทางการเงินสูงกว่าและได้กำไรจากการให้บริการดังกล่าว จึงถือว่าผู้บริโภคในคดีผู้บริโภคไม่ได้อยู่บนพื้นฐานที่เท่าเทียมกันเช่นเดียวกับคู่ความในแพ่งทั่วไป ต่อมา

* ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เรื่อง สัญญา และละเมิด

** ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 236 บัญญัติว่า “ผู้ใดปลอมปนอาหาร ยาหรือเครื่องอุปโภคบริโภคอื่นใด เพื่อบุคคลอื่นเสพยาหรือใช้ และการปลอมปนนั้นน่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพ หรือจำหน่ายหรือเสนอขาย สิ่งเช่นว่านั้นเพื่อบุคคลเสพยาหรือใช้ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

จึงได้มีการตรากฎหมายเพื่อให้ความคุ้มครองแก่ผู้บริโภคและลงโทษผู้ประกอบการเพื่อมิให้ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้บริโภค คือ พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ดังนั้นก่อนจะกล่าวถึงหลักการพื้นฐาน หลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ให้ความคุ้มครอง จึงควรศึกษาถึงเจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้ ดังจะกล่าวต่อไปนี้

2.1.1 เจตนารมณ์ของกฎหมาย

สืบเนื่องจากในปัจจุบันระบบเศรษฐกิจมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว และมีการนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมาใช้ในการผลิตสินค้าและบริการมากขึ้น ในขณะที่ผู้บริโภคส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในเรื่องคุณภาพสินค้าและบริการ ตลอดจนเทคนิคการตลาดของผู้ประกอบการธุรกิจ ทั้งยังขาดอำนาจต่อรองในการเข้าทำสัญญาเพื่อให้ได้มาซึ่งสินค้าหรือบริการ ทำให้ผู้บริโภคถูกเอารัดเอาเปรียบอยู่เสมอ นอกจากนี้เมื่อเกิดข้อพิพาทขึ้น กระบวนการในการเรียกร้องค่าเสียหายต้องใช้เวลาและสร้างความยุ่งยากให้แก่ผู้บริโภคที่จะต้องพิสูจน์ถึงข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งไม่อยู่ในความรู้เห็นของตน อีกทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดำเนินคดีสูง ผู้บริโภคจึงตกอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบจนบางครั้งนำไปสู่การใช้วิธีการที่รุนแรงและก่อให้เกิดการเผชิญหน้าระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจกับกลุ่มผู้บริโภคที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมอันส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ จึงสมควรให้มีระบบวิธีพิจารณาคดีที่เอื้อต่อการใช้สิทธิเรียกร้องของผู้บริโภค เพื่อให้ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายได้รับการแก้ไขเยียวยาด้วยความรวดเร็ว ประหยัด และมีประสิทธิภาพ อันเป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค ขณะเดียวกันเป็นการส่งเสริมให้ผู้ประกอบการธุรกิจหันมาให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพของสินค้าและบริการให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้

ประการที่ 1 ให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมได้โดยง่าย เพื่อลดความเอารัดเอาเปรียบจากผู้ประกอบการธุรกิจ เนื่องจากผู้ประกอบการธุรกิจมีกำลังทรัพย์ ข้อมูล ตลอดจนความรู้ความสามารถมากกว่าผู้บริโภค หากให้ผู้บริโภคดำเนินคดีตามกระบวนการพิจารณาคดีสามัญแล้ว ผู้บริโภคอาจมีข้อขัดข้องด้านกำลังทรัพย์ในการว่าจ้างทนายความเพื่อต่อสู้คดี ผู้บริโภคบางรายจึงไม่ยอมนำคดีขึ้นสู่ศาลเพราะการเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ และต้องรอคอยการพิจารณาคดีที่ค่อนข้างล่าช้าอาจไม่คุ้มค่า ดังนั้น เจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้จึงกำหนดให้ผู้บริโภคสามารถฟ้องคดีด้วยวาจา ไม่ต้องเสียค่าฤชาธรรมเนียม ไม่ต้องแสวงหาทนายความก็สามารถเข้าไปในศาลและแจ้งด้วยวาจาท่อเจ้าพนักงานคดีซึ่งเป็นผู้ที่กฎหมายฉบับนี้กำหนดให้มีขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกโดยร่างคำฟ้องให้แก่ผู้บริโภค

ประการที่ 2 เป็นการผ่อนคลายนโยบายความเคร่งครัดของการดำเนินคดีในศาลโดยวิธีพิจารณาคดีสามัญที่มีขั้นตอนหรือเทคนิคยุ่งยาก โดยให้อำนาจศาลพิจารณาคดีผู้บริโภคที่โจทก์ฟ้องหากไม่ถูกต้องหรือขาดสาระสำคัญบางเรื่อง ศาลมีอำนาจสั่งให้โจทก์แก้ไขคำฟ้องในส่วนนั้นให้ถูกต้องหรือชัดเจนขึ้นได้ ดังนั้น เจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้ คือ ป้องกันมิให้ผู้บริโภคซึ่งอยู่ในสถานะที่ด้อยกว่าผู้ประกอบการธุรกิจต้องแพ้คดีเพราะเรื่องในเชิงเทคนิค มิฉะนั้นแล้วจะไม่เกิดความยุติธรรมแก่ผู้บริโภคที่จะได้รับการเยียวยาความเสียหาย

ประการที่ 3 มีบทลงโทษในรูปแบบของ “ค่าเสียหายเชิงลงโทษ” ซึ่งแตกต่างไปจากกระบวนการพิจารณาคดีสามัญที่ศาลกำหนดค่าเสียหายตามความเป็นจริงโดยไม่เกินไปจากคำฟ้องของโจทก์ ค่าเสียหายเชิงลงโทษ เป็นคำที่แปลจากศัพท์ภาษาอังกฤษว่า Punitive Damages ซึ่งหมายถึงค่าเสียหายที่กำหนดขึ้นเพื่อลงโทษจำเลย แต่นอกจากค่านี้แล้วยังมีค่าอื่น ๆ ที่ใช้เรียกค่าเสียหายที่มีลักษณะเช่นเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็น Exemplary Damages ที่หมายถึงค่าเสียหายเพื่อเป็นเยี่ยงอย่าง¹ Vindictive Damages ที่หมายถึงค่าเสียหายที่เป็นการแก้แค้น หรือ Retribution Damages ที่หมายถึงค่าเสียหายที่เป็นการตอบแทนแก้แค้น) โดยเป็นค่าเสียหายที่มีได้มุ่งหมายในการชดเชยความเสียหายให้แก่โจทก์ แต่เป็นค่าเสียหายที่มีลักษณะเช่นเดียวกับที่คนอเมริกันเรียกว่า “Smart Money”² แม้ค่าเสียหายชนิดนี้จะมีชื่อเรียกที่หลากหลาย แต่ชื่อทั้งหมดนี้จะมี ความหมายไปในทิศทางเดียวกัน คือหมายถึงค่าเสียหายที่เพิ่มเติมขึ้นนอกเหนือจากค่าเสียหายที่ผู้ฟ้องคดีพิสูจน์ได้ และมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการลงโทษผู้กระทำละเมิดที่มีพฤติกรรมน่าตำหนิให้เข็ดหลาบจนไม่หวนกลับมาทำพฤติกรรมเช่นเดิมอีก และยังมีมุ่งป้องปรามมิให้ผู้อื่นมีพฤติกรรมเช่นเดียวกันนี้อีกในภายภาคหน้า

ค่าเสียหายเชิงลงโทษจะกำหนดขึ้นในกรณีที่พฤติกรรมของผู้กระทำละเมิดมีความชั่วร้ายมาก โดยเป็นการจงใจกระทำละเมิดทั้ง ๆ ที่รู้ว่าหากกระทำไปจะก่อให้เกิดความเสียหายขึ้น แต่ก็มิได้แยแสใส่ใจกับผลของการกระทำนั้น ซึ่งได้แก่ การกระทำละเมิดโดยจงใจ (Willful) การประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง (Gross Negligence) การกระทำที่ขาดความยับยั้ง (Wanton) การกระทำละเมิดโดยสะเพร่าไม่ใช้ความไตร่ตรอง ทำโดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา (Reckless) กระทำ

¹ ประเทศอังกฤษจะนิยมใช้คำว่า Exemplary Damages มากกว่าคำว่า Punitive Damages

² Philip S. James, General Principle of the Law of Tort, Forth Edition (London : Butterworth, 1976), p.421.

ละเมิดโดยมีเจตนาชั่วร้ายต้องการให้ผู้อื่นได้รับอันตราย (Malicious) หรือ กระทำละเมิดโดยใช้วิธีการกดขี่ข่มเหงผู้อื่น (Oppressive)³ เป็นต้น

ค่าเสียหายเชิงลงโทษจึงมีขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ ได้แก่

1. การลงโทษจำเลยผู้กระทำละเมิดให้มีความเข็ดหลาบ
2. มุ่งป้องปรามมิให้จำเลยหรือผู้อื่นมีพฤติกรรมเช่นเดียวกันนี้อีกในภายภาคหน้า

วัตถุประสงค์ที่ลงโทษจำเลยผู้กระทำละเมิดถือเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดค่าเสียหายเชิงลงโทษ เพราะเมื่อผู้ใดกระทำละเมิดโดยมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความชั่วร้ายภายในจิตใจโดยไม่แยแสใส่ใจถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้อื่น และไม่ว่าความเสียหายนั้นจะเป็นจำนวนมากหรือน้อยเพียงใด ค่าเสียหายเชิงลงโทษจะถูกกำหนดเพิ่มเติมขึ้นอีกส่วนหนึ่งจากค่าเสียหายที่โจทก์พิสูจน์ได้ เพื่อเป็นการลงโทษผู้กระทำละเมิดให้มีความเข็ดหลาบจนไม่หวนกลับมาทำพฤติกรรมเช่นเดิมอีก อย่างไรก็ตามแม้ในการกำหนดค่าเสียหายชนิดนี้จะพิจารณาถึงความชั่วร้ายภายในจิตใจของผู้กระทำละเมิดเป็นสำคัญ แต่การกระทำละเมิดใดที่ผู้กระทำละเมิดได้รับบทลงโทษทางอาญาที่เหมาะสมและเพียงพอแล้ว ค่าเสียหายเชิงลงโทษก็จะไม่จำเป็นสำหรับกรณีนั้น แต่ถ้าเห็นว่าผู้กระทำละเมิดมีพฤติกรรมที่สมควรได้รับการลงโทษ แต่ไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตามที่ทำให้เขารอดพ้นจากบทลงโทษหรือได้รับบทลงโทษที่ไม่เหมาะสมกับพฤติกรรมดังกล่าว และมีความเป็นไปได้ว่าหากผู้นั้นไม่ได้รับการลงโทษที่เหมาะสมจะหวนกลับมากระทำละเมิดด้วยวิธีการเช่นเดิมอีก การกำหนดค่าเสียหายเชิงลงโทษย่อมมีความจำเป็นสำหรับผู้กระทำเช่นนี้มาก

วัตถุประสงค์อีกประการหนึ่งของค่าเสียหายเชิงลงโทษ คือ เพื่อป้องปรามมิให้เกิดพฤติกรรมเช่นเดียวกันนี้อีกและไม่เพียงแต่ป้องปรามจำเลยมิให้หวนกลับไปกระทำพฤติกรรมที่น่าตำหนิเช่นเดิมอีกเท่านั้น การกำหนดค่าเสียหายเชิงลงโทษยังทำการป้องปรามผู้ที่มีความคิดจะกระทำพฤติกรรมเช่นนั้นให้เห็นผลของคำตัดสิน และเกิดความเกรงกลัวจนต้องยับยั้งพฤติกรรมดังกล่าวมิให้เกิดขึ้นได้อีกด้วย วัตถุประสงค์นี้มีอิทธิพลเหนือการลงโทษเพราะเป็นวิธีการป้องกันมิให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบ โดยพฤติกรรมที่ต้องการป้องปรามจะถูกส่งตรงไปยังผู้ที่จะคิดจะกระทำละเมิดให้ให้เห็นเป็นเยี่ยงอย่างโดยรับรู้ได้เป็นวงกว้างในสังคม

จะเห็นได้ว่าพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 กำหนดให้มีค่าเสียหายเชิงลงโทษ เพราะในอดีตเมื่อผู้บริโภคเป็นโจทก์ฟ้องผู้ประกอบการธุรกิจให้รับผิดชอบในความเสียหายจากสินค้าหรือบริการ และศาลได้วินิจฉัยให้ผู้ประกอบการธุรกิจรับผิดชอบในความเสียหาย แต่ผู้ประกอบการธุรกิจไม่

³ Kenneth R. Redden, Punitive Damages, (Charlottesville Michie, 1980), p. 23.

สำนึกในการกระทำละเมิดของตนจึงก่อความผิดซ้ำซ้อนขึ้นมาโดยมุ่งหวังประโยชน์ในทางการค้า และผลกำไรของตน ซึ่งหากปล่อยให้เกิดการกระทำเช่นนั้นต่อไปเรื่อย ผู้ที่ได้รับผลร้ายจากการกระทำของผู้ประกอบธุรกิจย่อมตกอยู่แก่ผู้บริโภคนั่นเอง และการกำหนดค่าเสียหายเชิงลงโทษ มากน้อยเพียงใดนั้นให้คำนึงถึงพฤติการณ์ต่าง ๆ เช่น ความเสียหายที่ผู้บริโภคได้รับ ผลประโยชน์ที่ผู้ประกอบธุรกิจได้รับ สถานะทางการเงินของผู้ประกอบธุรกิจ การที่ผู้ประกอบธุรกิจ ได้บรรเทาความเสียหายที่เกิดขึ้น ตลอดจนการที่ผู้บริโภคร่วมส่วนในการก่อให้เกิดความเสียหายด้วย ดังนั้น การกำหนดให้มีค่าเสียหายเชิงลงโทษจึงมีเจตนารมณ์เพื่อมุ่งลงโทษผู้ประกอบธุรกิจที่กระทำละเมิดให้มีความเข็ดหลาบ และป้องปรามมิให้บุคคลอื่นในสังคมถือเป็นเยี่ยงอย่าง

จะเห็นได้ว่าเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 เป็นความพยายามในการแก้ไขข้อบกพร่องในการดำเนินคดีของผู้บริโภคที่มีอยู่ในสถานะต่อยกกว่าผู้ประกอบธุรกิจ อันเนื่องมาจากฐานะเงินทุน ความรู้ความสามารถที่ผู้ประกอบธุรกิจมีเหนือกว่า เพื่อผู้บริโภคมีสถานะในการต่อสู้คดีได้เท่าเทียมและเกิดความเป็นธรรมในสังคม

2.1.2 หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการให้ความคุ้มครอง

หากจะพิจารณาว่าคดีใดเป็นคดีผู้บริโภคหรือไม่นั้น ต้องพิจารณาว่าเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 ที่บัญญัติว่า “คดีผู้บริโภค หมายความว่า

(1) คดีแพ่งระหว่างผู้บริโภคหรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคตามมาตรา 19 หรือตามกฎหมายอื่น กับผู้ประกอบธุรกิจซึ่งพิพาทกันเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการบริโภคสินค้าหรือบริการ

(2) คดีแพ่งตามกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย

(3) คดีแพ่งที่เกี่ยวข้องพัวพันกับคดี ตาม (1) หรือ (2)

(4) คดีแพ่งที่มีกฎหมายบัญญัติให้ใช้วิธีพิจารณาตามพระราชบัญญัตินี้ ...”

จากคำนิยามคดีผู้บริโภคดังกล่าว สามารถจำแนกคดีผู้บริโภคได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

คดีผู้บริโภคประเภทที่ 1 - คดีแพ่งระหว่างผู้บริโภคหรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคตามมาตรา 19 หรือตามกฎหมายอื่น กับผู้ประกอบธุรกิจซึ่งพิพาทกันเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการบริโภคสินค้าหรือบริการ (มาตรา 3 (1))

การนิยามความหมายของคดีผู้บริโภครวมตามอนุมาตรา 3 นี้ไม่ได้ใช้ข้อหาหรือกฎหมายที่พิพาท เป็นเครื่องชี้วัดดังเช่นคดีชำนาญพิเศษอื่น ๆ หากแต่ยึดเอาสถานะหรือความสัมพันธ์ระหว่างคู่ความ ซึ่งฝ่ายหนึ่งเป็นผู้บริโภคหรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคและอีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ประกอบธุรกิจ เป็นหลักในการกำหนดลักษณะคดีผู้บริโภค องค์ประกอบที่จะทำให้คดีใดเป็นคดีผู้บริโภคตาม อนุมาตรา 3 นี้มีด้วยกัน 4 ประการ คือ

1.1 ต้องเป็นคดีแพ่ง คือต้องเป็นคดีแพ่งเพียงอย่างเดียว โดยไม่รวมถึงข้อพิพาทส่วน แพ่งที่อยู่ในคดีอาญา

1.2 ต้องเป็นคดีพิพาทระหว่างผู้บริโภคหรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคตาม มาตรา 19 หรือตามกฎหมายอื่นฝ่ายหนึ่ง กับ ผู้ประกอบธุรกิจอีกฝ่ายหนึ่ง คือคู่ความฝ่ายหนึ่งต้องเป็น ผู้บริโภคหรือเป็นผู้ฟ้องคดีแทนผู้บริโภค ส่วนอีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ประกอบธุรกิจ ซึ่งความหมายของ คำว่า “ผู้บริโภค” และ “ผู้ประกอบธุรกิจ” เป็นไปตามที่นิยามไว้ในมาตรา 3 ของพระราชบัญญัตินี้ ส่วนคำว่า “ผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภค” พระราชบัญญัตินี้ไม่ได้นิยามไว้ แต่ได้บัญญัติอยู่ใน มาตรา 19 ว่ามีองค์กรใดบ้าง และยังมีปรากฏอยู่ในกฎหมายอื่น เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครอง ผู้บริโภค พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติแข่งขันทางการค้า พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติความรับ ผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 เป็นต้น

“ผู้บริโภค” หมายความว่า ผู้บริโภคตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค และให้ ความหมายรวมถึงผู้เสียหายตามกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจาก สินค้าที่ไม่ปลอดภัยด้วย ถึงแม้ว่าตามคำนิยามดังกล่าวจะมีผู้บริโภค 2 ประเภท แต่เฉพาะประเภท แรกเท่านั้นที่เกี่ยวข้องกับมาตรา 3(1) นี้ เพราะหากผู้บริโภคประเภทที่สองฟ้องคดีตามกฎหมาย เกี่ยวกับความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย คดีดังกล่าวก็จะถูกจัดว่า เป็นคดีผู้บริโภคตามมาตรา 3 (2) อยู่แล้ว โดยไม่ต้องปรับบทตามอนุมาตรา 3 นี้ แต่เหตุที่ต้องบัญญัติ รวมบุคคลดังกล่าวไว้ในบทนิยามคำว่า “ผู้บริโภค” ก็เพราะในมาตราอื่น ๆ ของพระราชบัญญัตินี้ที่ ใช้คำว่า “ผู้บริโภค” กฎหมายประสงค์ที่จะให้หมายความรวมถึงผู้เสียหายตามกฎหมายเกี่ยวกับ ความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยด้วย เว้นแต่ข้อความในมาตรา นี้เองจะแสดงให้เห็นเป็นอย่างอื่น

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มาตรา 3 ได้ให้คำนิยาม “ผู้บริโภค” หมายความว่า ผู้ซื้อหรือผู้รับบริการจากผู้ประกอบธุรกิจหรือผู้ซึ่งได้รับการเสนอหรือการชักชวน จากผู้ประกอบธุรกิจเพื่อซื้อสินค้าหรือรับบริการ และหมายความรวมถึงผู้ใช้สินค้าหรือผู้ได้รับ

บริการจากผู้ประกอบธุรกิจโดยชอบ แม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม จึงสามารถแยกบุคคลที่เป็นผู้บริโภคตามบทนิยามนี้ออกได้ เป็น 3 กลุ่ม คือ

ก. ผู้ซื้อหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบธุรกิจ

“ผู้ซื้อ” เมื่อพิจารณาประกอบกับนิยามคำว่า “ซื้อ” ตามกฎหมายดังกล่าวแล้ว หมายความว่ารวมถึง ผู้เช่า ผู้เช่าซื้อ หรือผู้ได้มาไม่ว่าด้วยประการใด ๆ โดยให้ค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อย่างอื่น และ

“ผู้ได้รับบริการ” เมื่อพิจารณาประกอบกับนิยามคำว่า “บริการ” ตามกฎหมายดังกล่าวแล้วหมายความว่า ผู้ได้รับการจัดทำกรงานให้ ผู้ได้รับสิทธิใด ๆ หรือได้ใช้หรือได้ประโยชน์ในทรัพย์สินหรือกิจการใด ๆ โดยเสียค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่นแต่ไม่รวมถึงการจ้างแรงงานตามกฎหมายแรงงาน

ดังนั้น การจะเป็นผู้บริโภคในกลุ่มนี้ต้องเป็นกรณีที่มีการเสียค่าตอบแทนหรือผลประโยชน์อย่างอื่นให้แก่ผู้ประกอบธุรกิจ

ข. ผู้ซึ่งได้รับการเสนอหรือการชักชวนจากผู้ประกอบธุรกิจเพื่อให้ซื้อสินค้าหรือรับบริการ

การที่พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 จัดบุคคลกลุ่มนี้เป็นผู้บริโภคทำให้บุคคลเหล่านี้ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายด้วย ทั้ง ๆ ที่ยังไม่ได้ซื้อหรือใช้สินค้าหรือบริการแต่อย่างใด เช่น มีสิทธิร้องทุกข์ต่อคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคในกรณีที่ได้รับความสะดวกหรือจากการกระทำของผู้ประกอบธุรกิจ และเมื่อพระราชบัญญัตินี้ นำเอาค่านิยามตามกฎหมายดังกล่าวมาใช้ บุคคลกลุ่มนี้จึงอยู่ในความหมายของคำว่า “ผู้บริโภค” ตามพระราชบัญญัตินี้ด้วย

ค. ผู้ใช้สินค้าหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบธุรกิจโดยชอบ แม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม

บุคคลที่จะเป็นผู้บริโภคในกลุ่มนี้จะต้องได้ใช้สินค้าหรือบริการจากผู้ประกอบธุรกิจโดยชอบ เช่นบุคคลในครอบครัวหรือพนักงานในองค์กรต่าง ๆ ที่หัวหน้าครอบครัวหรือนายจ้างเป็นผู้ซื้อหรือจัดหาสินค้าหรือบริการมาให้ใช้ แม้จะไม่ได้เสียค่าตอบแทนด้วยตนเองก็ถือว่าเป็นผู้บริโภคเช่นกัน แต่ถ้าเป็นการนำสินค้าไปใช้หรือได้รับบริการโดยไม่ชอบ เช่น ลักขโมยไปใช้ย่อมไม่ถือว่าเป็นผู้บริโภคตามข้อนี้

2. “ผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคตามมาตรา 19 หรือตามกฎหมายอื่น” กฎหมายไม่ได้ให้คำนิยามไว้ แต่เป็นที่เข้าใจได้ว่าจะต้องเป็นกรณีที่มีกฎหมายบัญญัติให้บุคคลนั้นมีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคได้โดยตรงซึ่งปัจจุบันมีอยู่ 4 ฉบับ คือ มาตรา 19 ของพระราชบัญญัตินี้

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติแข่งขันทางการค้า พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 ซึ่งโดยสรุปแล้ว ผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคมีด้วยกัน 3 องค์กร คือ

ก. คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคตาม

- พระราชบัญญัตินี้ มาตรา 19
- พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มาตรา 39
- พระราชบัญญัติแข่งขันทางการค้า พ.ศ. 2542 มาตรา 40 วรรคสอง
- พระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 มาตรา 10

ข. สมาคมที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภครับรองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคตาม

- พระราชบัญญัตินี้ มาตรา 19
- พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มาตรา 41
- พระราชบัญญัติแข่งขันทางการค้า พ.ศ. 2542 มาตรา 40 วรรคสอง
- พระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 มาตรา 10

ค. มูลนิธิที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภครับรองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค มีอำนาจฟ้องคดีเฉพาะการเรียกค่าเสียหายแทนผู้เสียหายตามพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 มาตรา 10

ส่วนในอนาคตหากมีกฎหมายเพิ่มเติมให้หน่วยงานหรือองค์กรใดมีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภค คดีที่หน่วยงานหรือองค์กรนั้นฟ้องร้องอาจถือได้ว่าเป็นคดีผู้บริโภคหากเข้าหลักเกณฑ์ตามพระราชบัญญัตินี้

(3) “ผู้ประกอบการธุรกิจ” หมายความว่า ผู้ประกอบธุรกิจตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค และให้หมายความรวมถึงผู้ประกอบการตามกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยด้วย ถึงแม้ว่าตามคำนิยามดังกล่าวจะมีผู้ประกอบการธุรกิจ 2 ประเภท แต่เฉพาะประเภทแรกเท่านั้นที่เกี่ยวข้องกับมาตรา 3(1) นี้ ทำนองเดียวกับบทนิยามคำว่า “ผู้บริโภค”

1.3 ต้องเป็นข้อพิพาทเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมาย

องค์ประกอบส่วนนี้ไม่ค่อยมีความสำคัญมากนักเพราะกฎหมายไม่ได้จำกัดว่าต้องเป็นข้อพิพาทในเรื่องใดโดยเฉพาะเจาะจง เพียงแต่สิทธิหรือหน้าที่ที่พิพาทกันต้องเป็นเรื่องที่กฎหมายรับรอง ดังนั้น มูลคดีที่เกิดข้อพิพาทขึ้นอาจเป็นเรื่องสัญญา ละเมิด หรือกฎหมายฉบับหนึ่งฉบับใดให้สิทธิไว้แล้วมีการละเมิดสิทธินั้น เช่น พระราชบัญญัติขายตรงและตลาดแบบตรง พ.ศ. 2545 มาตรา 33 ให้สิทธิผู้บริโภคบอกเลิกสัญญาซื้อสินค้าหรือบริการได้ภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับสินค้าหรือบริการ หากผู้ประกอบการไม่คืนเงินภายใน 15 วัน ตามมาตรา 36 ผู้บริโภคย่อมฟ้องเรียกเงินคืนได้และถือว่าเป็นคดีผู้บริโภค หรือพระราชบัญญัติแข่งขันทางการค้า พ.ศ. 2542 มาตรา 40 ให้นำบุคคลซึ่งได้รับความเสียหายอันเนื่องมาจากการกระทำผิดตามกฎหมายดังกล่าวมีอำนาจฟ้องเรียกค่าเสียหายจากผู้ประกอบการที่กระทำความผิดและถือว่าเป็นคดีผู้บริโภคเช่นกัน

1.4 ต้องเป็นข้อพิพาทอันเนื่องมาจากการบริโภคสินค้าหรือบริการ

องค์ประกอบสุดท้ายนี้เป็นการตีกรอบเพื่อมิให้มีการนำวิธีพิจารณาตามพระราชบัญญัตินี้ไปใช้กับเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสินค้าหรือบริการ โดยตรงซึ่งอยู่นอกเหนือเจตนารมณ์ของกฎหมาย เช่น คดีหมิ่นประมาทระหว่างผู้ประกอบการกับผู้บริโภค เป็นต้น ส่วนถ้อยคำที่ว่า “อันเนื่องมาจากการบริโภคสินค้าหรือบริการ” อาจทำให้เข้าใจคลาดเคลื่อนไปได้ว่าจะต้องมีการใช้สินค้าหรือบริการแล้วเท่านั้นจึงจะเป็นคดีผู้บริโภค ซึ่งไม่ถูกต้อง ลำพังแต่ผู้บริโภคตกลงซื้อสินค้าหรือบริการเพื่อนำมาบริโภคแม้จะยังไม่ได้ใช้หากเกิดข้อพิพาทขึ้น เช่น ผู้ประกอบการส่งมอบสินค้าไม่ครบถ้วน ก็ต้องถือว่าเป็นข้อพิพาทนั้นเป็นผลเนื่องมาจากการบริโภคสินค้าหรือบริการและเป็นคดีผู้บริโภคเช่นกัน

กล่าวโดยสรุป การพิจารณาว่าคดีใดเป็นคดีผู้บริโภคตามมาตรา 3(1) ให้พิจารณาถึงสถานะของคู่ความ และสาเหตุของข้อพิพาทที่เกิดขึ้นว่าเนื่องมาจากการบริโภคสินค้าหรือบริการหรือไม่ เป็นสำคัญ ส่วนมูลหนี้ที่พิพาทไม่ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับสัญญา ละเมิด หรือสิทธิที่กฎหมายกำหนดไว้ล่วงหน้าแล้วแต่เป็นคดีผู้บริโภคได้ทั้งสิ้น

คดีผู้บริโภคประเภทที่ 2 - คดีแพ่งตามกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย (มาตรา 3(2))

2.1 ต้องเป็นคดีแพ่ง

2.2 ต้องเป็นคดีพิพาทตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551

คดีผู้บริโภคมตามอนุमतรานี้ใช้ข้อหาหรือกฎหมายที่พิพาทกันเป็นตัวชี้วัด กล่าวคือ ถ้าเป็นข้อพิพาทตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 (มีผลใช้บังคับวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2552) ต้องถือว่าคดีนั้นเป็นคดีผู้บริโภค

พระราชบัญญัติความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 มุ่งคุ้มครองผู้ได้รับความเสียหายจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยให้ได้รับการชดเชยความเสียหายโดยกำหนดให้ผู้ประกอบการต้องรับผิดชอบต่อผู้เสียหายที่ได้รับอันตรายหรือความเสียหายจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย (โดยผู้เสียหายไม่จำเป็นต้องพิสูจน์ว่าผู้ประกอบการจงใจหรือประมาทเลินเล่อแต่อย่างใด) เว้นแต่ผู้ประกอบการจะพิสูจน์ได้ว่าสินค้านั้นได้เป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัย หรือความเสียหายเกิดจากความผิดของผู้เสียหายเอง ดังนั้น ผู้ที่จะเป็นโจทก์ฟ้องคดีคือ ผู้ได้รับความเสียหายอันเกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย (อาจเป็นผู้บริโภค บุคคลในครอบครัว พนักงานของผู้บริโภค หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับความเสียหายจากสินค้านั้น) หรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้เสียหายตามมาตรา 10 ของพระราชบัญญัติดังกล่าว ส่วนผู้ที่ถูกฟ้องเป็นจำเลยคือ ผู้ประกอบการซึ่งตามบทนิยามในมาตรา 4 ของพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวมีด้วยกัน 4 ประเภท คือ

- (1) ผู้ผลิต หรือผู้ว่าจ้างให้ผลิต
- (2) ผู้นำเข้า
- (3) ผู้ขายสินค้าที่ไม่สามารถระบุตัวผู้ผลิต ผู้ว่าจ้างให้ผลิต หรือผู้นำเข้าได้
- (4) ผู้ซึ่งใช้ชื่อ ชื่อทางการค้า เครื่องหมายการค้า เครื่องหมาย ข้อความหรือแสดงด้วยวิธีใด ๆ อันมีลักษณะที่จะทำให้เกิดความเข้าใจได้ว่าเป็นผู้ผลิต ผู้ว่าจ้างให้ผลิต หรือผู้นำเข้า

คดีผู้บริโภคประเภทที่ 3 - คดีแพ่งที่เกี่ยวข้องกันกับคดีตามมาตรา 3(1) หรือ (2) (มาตรา 3(3))

3.1 ต้องเป็นคดีแพ่ง

3.2 ต้องเป็นคดีที่เกี่ยวข้องกันกับคดีตามมาตรา 3(1) หรือ (2) เช่น คดีที่ฟ้องให้รับผิดชอบสัญญาค้ำประกัน สัญญาจำนอง สัญญาจำนำ หรือสัญญาประกันภัยค้ำจุน เป็นต้น

คดีผู้บริโภคประเภทที่ 4 - คดีแพ่งที่มีกฎหมายบัญญัติให้ใช้วิธีพิจารณาตามพระราชบัญญัตินี้ (มาตรา 3(4))

อนุमतรานี้เปิดโอกาสให้กฎหมายที่ออกมาในภายหลังสามารถกำหนดให้นำวิธีพิจารณาตามพระราชบัญญัตินี้ไปใช้กับคดีอื่นนอกจากที่กำหนดไว้ในมาตรา 3 (1) (2) และ (3) และให้ถือว่าคดีเหล่านั้นเป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัตินี้ด้วย

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการให้ความคุ้มครองว่าคดีใดเป็นคดีผู้บริโภคนั้น ในคดีผู้บริโภคทั้งสี่ประเภทที่กล่าวสรุปไป วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะศึกษาเฉพาะคดีผู้บริโภคประเภทที่ 1 จะเห็นได้ว่าเป็นการจำแนกคดีผู้บริโภคโดยอาศัยความสัมพันธ์ตามกฎหมายที่เกิดจากการบริโภคสินค้าหรือบริการแล้วเกิดสิทธิหน้าที่ระหว่างผู้บริโภคร่วมกับผู้ประกอบธุรกิจ จึงควรศึกษาถึงคำว่า “บริการ” ในคดีผู้บริโภคว่ามีความหมายครอบคลุมเพียงใด ดังจะกล่าวต่อไป

2.2 การปรับใช้กฎหมายโดยการตีความของศาล

คำว่า “บริการ” เป็นคำศัพท์ที่มีความหมายค่อนข้างกว้าง จึงควรทำความเข้าใจถึงความหมายของ “บริการ” ในประเภทคดีต่าง ๆ ที่ถูกนำมาฟ้องเป็นคดีผู้บริโภคในศาลเสียก่อน และจึงศึกษาไปถึง “บริการ” ในแง่มุมของ “การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” ดังจะกล่าวต่อไปนี้

2.2.1 ความหมายคำว่า “บริการ” ประเภทต่าง ๆ

พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ไม่ได้นิยามคำว่า “บริการ” ไว้ แต่ในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ได้นิยามไว้ในมาตรา 3 ว่า “บริการ หมายถึง การรับจัดทำกรงาน การให้สิทธิใด ๆ หรือการให้ใช้หรือให้ประโยชน์ในทรัพย์สินหรือกิจการใด ๆ โดยเรียกค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่น แต่ไม่รวมถึงการจ้างแรงงานตามกฎหมาย” กรณีมีปัญหาว่าคดีใดเป็นคดีผู้บริโภคตามความหมายในพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 หรือไม่นั้น คู่ความอาจขอศาลหรือศาลอาจเห็นสมควรขอให้ประธานศาลอุทธรณ์เป็นผู้วินิจฉัยว่าคดีนั้นเป็นคดีผู้บริโภคหรือไม่ โดยการส่งเอกสารที่จำเป็นไปยังศาลอุทธรณ์ทางโทรสาร หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือเจ้าหน้าที่ศาลชั้นต้นที่ได้รับมอบหมายนำส่งโดยสารภายในวันนัดพิจารณาหรือในวันขึ้นสองสถานหรือวันสืบพยาน และแจ้งผลไปยังศาลชั้นต้นโดยเร็ว ทั้งนี้ คำวินิจฉัยของประธานศาลอุทธรณ์ให้มีผลเป็นที่สุด แต่ไม่กระทบถึงกระบวนการพิจารณาใดๆ ที่ได้กระทำไปก่อนที่จะมีคำวินิจฉัยนั้น

จากคำวินิจฉัยของประธานศาลอุทธรณ์ คดีใดจะเข้าข่ายเป็นคดีผู้บริโภคหรือไม่ จะพิจารณาเฉพาะคดีที่เกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่อันเนื่องมาจากการ “บริการ” ตามเรื่องที่ว่าฟ้องคดีได้ โดยแบ่งออกเป็นคดีประเภทต่างๆ ดังนี้

1. เรื่องซื้อขาย ในกรณีเป็นคดีผู้บริโภค ได้แก่ กรณีที่ผู้ซื้อ ซื้อทรัพย์สินเพื่อนำมาใช้สอยเอง หรือใช้ตามปกติของตน มิใช่นำมาขายต่อ นำไปผลิตสินค้าโดยตรง หรือให้บริการต่อ จึงเป็นผู้บริโภค ผู้ขายประกอบกิจการค้าขายเป็นปกติ เป็นผู้ประกอบธุรกิจ เมื่อมีข้อพิพาทเกิดขึ้นเนื่องจากการใช้สินค้ายอมเป็นคดีผู้บริโภค ตัวอย่างเช่น ซื้อรถยนต์มือหนึ่งจากบริษัทผู้ประกอบกิจการขายรถยนต์ ซื้อวัสดุก่อสร้างไปจากร้านค้าผู้ขายเพื่อใช้สอยเอง (คำวินิจฉัยชั้นประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 2/2551 *)

แต่กรณีที่ผู้ซื้อ ซื้อทรัพย์สินมิได้นำมาใช้สอยเอง แต่นำมาขายต่อ หรือนำไปผลิตสินค้า หรือให้บริการต่อไม่เป็นผู้บริโภคแต่เป็นผู้ประกอบธุรกิจ ผู้ขายประกอบกิจการค้าขายเป็นปกติ เป็นผู้ประกอบธุรกิจ เมื่อมีข้อพิพาทเกิดขึ้นเนื่องจากการใช้สินค้ายอมไม่เป็นผู้บริโภค ตัวอย่างเช่น ซื้อรถยนต์มือหนึ่งจากบริษัทนำมาขายต่อ หรือนำมาประกอบกิจการให้เช่า, ซื้อเสื้อผ้าจากผู้ขาย เพื่อนำมาขายต่อ, ผู้รับเหมาก่อสร้างซื้อวัสดุก่อสร้างจากผู้ขาย เพื่อขายต่อในรูปของงานรับเหมาก่อสร้าง เป็นต้น (คำวินิจฉัยชั้นประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 28/2551 **) หรือในกรณีที่ผู้ซื้อทำสัญญาจะซื้อที่ดิน จากผู้ขายในฐานะผู้จัดการมรดกของผู้ตาย เมื่อผู้ตายมิได้มีอาชีพขายที่ดินแก่บุคคลทั่วไป จึงไม่เป็นผู้ประกอบธุรกิจ ผู้จัดการมรดกของผู้ตายจึงไม่เป็นผู้ประกอบธุรกิจเช่นกัน เมื่อถึงกำหนดผู้ขายไม่ไปจดทะเบียนโอนกรรมสิทธิ์ตามสัญญา ผู้ซื้อฟ้องบังคับให้ชำระเงินคืน ไม่ใช่คดีพิพาท

* คำวินิจฉัยชั้นประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 2/2551 วินิจฉัยว่า “... ได้ความตามคำฟ้องว่าโจทก์เป็นผู้ขายวัสดุ ก่อสร้างให้แก่จำเลย ถือได้ว่าโจทก์เป็นผู้ประกอบธุรกิจและจำเป็นผู้บริโภค เมื่อโจทก์ฟ้องเรียกค่าสินค้าจาก จำเลย จึงเป็นคดีพิพาทระหว่างผู้ประกอบการกับผู้บริโภค ซึ่งพิพาทกันเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการบริโภคสินค้าเป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 (1)”

** คำวินิจฉัยชั้นประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 28/2551 วินิจฉัยว่า “... ได้ความตามคำฟ้องว่าโจทก์ประกอบ กิจการค้าขายสินค้าประเภท เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม กางเกง รองเท้าและเครื่องอุปโภคบริโภคไปใช้ชื่อร้านว่า ชั้นนี้ ส่วนจำเลยเป็นผู้ซื้อสินค้าดังกล่าวจากโจทก์ไปหลายครั้งรวมเป็นเงินทั้งสิ้น 896,465 บาท และตกลงจะผ่อน ชำระเป็นงวด ๆ แต่เมื่อครบกำหนดชำระเงินแก่โจทก์เพียง 246,876 บาท และนำสินค้าที่ซื้อไป มาคืนแก่ โจทก์คิดเป็นมูลค่า 370,131 บาท คงค้างชำระเงินอีก 279,458 บาท ลักษณะการซื้อสินค้าของจำเลยซึ่งซื้อเป็น จำนวนมากและสามารถคืนสินค้าได้โดยหักลบกับหนี้ที่ค้างชำระอยู่มิใช่การซื้อไปใช้เอง หากแต่เป็นการซื้อ ไปเพื่อขายต่อ เพราะหากขายไม่หมดก็นำมาคืนได้ เมื่อจำเลยเป็นผู้ซื้อเพื่อขายต่อซึ่งสินค้ายอมอยู่ในฐานะ ผู้ประกอบธุรกิจมิใช่ผู้บริโภค คดีพิพาทระหว่างโจทก์และจำเลยจึงเป็นคดีพิพาทระหว่างผู้ประกอบการ ด้วยกัน มิใช่คดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 (1) และไม่อยู่ใน ความหมายของคดีผู้บริโภคประเภทอื่น”

ระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจกับผู้บริโภค จึงไม่เป็นคดีผู้บริโภค (คำวินิจฉัยประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 144/2551 *)

2. เรื่องเช่าทรัพย์ ในกรณีผู้เช่าได้เช่าทรัพย์สินจากผู้ประกอบการธุรกิจเพื่อนำมาใช้สอย ตามปกติของตนตั้งเป็นผู้บริโภค ผู้ให้เช่าประกอบกิจการให้เช่าทรัพย์สินเป็นปกติเป็นปกติเป็นผู้ประกอบการธุรกิจ เมื่อมีข้อพิพาทเกิดขึ้นเนื่องจากการใช้สินค้าหรือบริการย่อมเป็นคดีผู้บริโภค ตัวอย่างเช่น เช่าอพาร์ทเมนต์เพื่ออยู่อาศัย, กรุงเทพมหานครฟ้องขับไล่ผู้เช่าและเรียกค่าเสียหายจากผู้เช่าเนื่องจากผิดสัญญาเช่า

ส่วนกรณีผู้เช่าได้เช่าทรัพย์สินแต่มิได้นำมาใช้สอยเอง เช่นนี้จะไม่เป็นผู้บริโภคแต่เป็นผู้ประกอบการธุรกิจ ผู้ให้เช่าทรัพย์สินเป็นปกติจัดเป็นผู้ประกอบการธุรกิจ เมื่อมีข้อพิพาทเกิดขึ้นเนื่องจากการใช้สินค้าจึงเป็นคดีพิพาทระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจด้วยกันเอง ไม่เป็นคดีผู้บริโภค ตัวอย่างเช่น เช่ารถยนต์เพื่อนำมาให้เช่าต่อ เช่าที่ดินเพื่อนำมาให้เช่าต่อ หรือเช่าที่ดินระยะยาวแล้วนำมาก่อสร้างแล้วจึงให้บุคคลอื่นเช่าต่อไป

3. เรื่องกู้ยืมเงิน ในกรณีที่ผู้ให้กู้ ให้กู้ยืมเงิน ค่าประกัน จำนอง โดยมีการเรียกดอกเบี้ยเป็นค่าตอบแทนจึงเป็นผู้ประกอบการธุรกิจ ผู้กู้เป็นผู้ได้รับบริการจึงเป็นผู้บริโภค เมื่อผู้ให้กู้ฟ้องเรียกให้ผู้กู้ชำระเงินจึงเป็นคดีพิพาทระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจกับผู้บริโภคอันเนื่องมาจากการให้บริการจึงเป็นคดีผู้บริโภค เช่นธนาคารฟ้องผู้กู้ ผู้ค้ำประกัน ผู้จำนองให้ชำระหนี้หรือบังคับจำนอง (คำวินิจฉัยประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 41/2551)

ในกรณีที่บุคคลทั่วไปให้กู้ยืมเงินโดยเรียกดอกเบี้ยเป็นค่าตอบแทน และปรากฏว่าผู้ให้กู้ปล่อยเงินกู้เป็นปกติ ผู้ให้กู้จึงถือว่าเป็นผู้ประกอบการธุรกิจ ผู้กู้เป็นผู้ได้รับบริการเป็นผู้บริโภค เมื่อผู้ให้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* คำวินิจฉัยประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 144/2551 วินิจฉัยว่า "... ได้ความตามคำฟ้องว่าโจทก์ทำสัญญาจะซื้อจะขายที่ดินกับจำเลยในฐานะผู้จัดการมรดกนายจันทร์ ในราคา 900,000 บาท โดยโจทก์ได้ชำระค่าที่ดินไปแล้วบางส่วน เมื่อไม่ปรากฏว่านายจันทร์มีอาชีพขายที่ดินแก่บุคคลทั่วไป อันมีลักษณะเป็นการทำธุรกิจทางด้านอสังหาริมทรัพย์เพื่อแสวงหาผลประโยชน์เป็นทางค้าปกติ กลับได้ความว่า จำเลยจะนำเงินที่ได้จากการขายที่ดินพิพาทไปแบ่งปันแก่ทายาทของนายจันทร์ นายจันทร์จึงไม่เป็นผู้ประกอบการธุรกิจ ดังนั้น จำเลยในฐานะผู้จัดการมรดกของนายจันทร์ ย่อมไม่เป็นผู้ประกอบการธุรกิจเช่นกัน คดีพิพาทของโจทก์จึงไม่ใช่คดีพิพาทระหว่างผู้บริโภคกับผู้ประกอบการธุรกิจเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการบริโภคสินค้าหรือบริการตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 (1)"

ผู้ฟ้องเรียกให้ผู้กู้ชำระเงินจึงเป็นคดีพิพาทระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจกับผู้บริโภคอันเนื่องมาจากการให้บริการจึงเป็นคดีผู้บริโภค (คำวินิจฉัยชั้นประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 16/2551^{*})

ถ้าสหกรณ์ให้สมาชิกกู้ยืมเงินโดยผู้ให้กู้เรียกดอกเบี้ยเป็นค่าตอบแทน เมื่อสหกรณ์มีวัตถุประสงค์ให้กู้ยืมเงินจึงเป็นผู้ประกอบธุรกิจ ผู้กู้เป็นผู้ได้รับบริการเป็นผู้บริโภค เมื่อผู้ให้กู้ฟ้องเรียกให้ผู้ชำระเงินจึงเป็นคดีพิพาทระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจกับผู้บริโภคอันเนื่องมาจากการให้บริการจึงเป็นคดีผู้บริโภค (คำวินิจฉัยชั้นประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 22/2551^{**})

4. เรื่องบัตรเครดิต ในกรณีที่ผู้ประกอบการธุรกิจให้บริการสินเชื่อแก่สมาชิกโดยออกบัตรเครดิตแก่ลูกค้าที่สมัครเป็นสมาชิกโดยเรียกดอกเบี้ยเป็นค่าตอบแทนเป็นผู้ประกอบธุรกิจ ลูกค้าที่เป็นสมาชิกเป็นผู้ได้รับบริการเป็นผู้บริโภค เมื่อผู้ประกอบการธุรกิจฟ้องเรียกให้ลูกค้าชำระเงินอันเกิดจากการใช้บัตรจึงเป็นคดีพิพาทระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจกับผู้บริโภคอันเนื่องมาจากการให้บริการจึงเป็นคดีผู้บริโภค

5. เรื่องประกันภัย ในกรณีที่โจทก์เป็นผู้เอาประกันภัย ทำสัญญาประกันภัยกับจำเลยซึ่งประกอบธุรกิจรับประกันภัยซึ่งถือเป็นการรับจัดทำกรงานอย่างหนึ่ง เมื่อจำเลยได้รับเบี้ยประกันภัยเป็นค่าตอบแทนจึงเป็นการให้บริการและเป็นผู้ประกอบธุรกิจ ส่วนโจทก์เป็นผู้รับบริการ

^{*} คำวินิจฉัยชั้นประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 16/2551 วินิจฉัยว่า “... ได้ความตามคำฟ้องประกอบสารบบคดีความที่โจทก์เคยยื่นฟ้องลูกหนี้ต่อศาลชั้นต้นว่า โจทก์ให้บุคคลอื่นกู้ยืมเงินโดยเรียกดอกเบี้ยเป็นค่าตอบแทน อันมีลักษณะเป็นการกระทำในทางการค้าปกติของตน จึงถือได้ว่าโจทก์เป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้ประกอบธุรกิจ ส่วนจำเลยเป็นผู้กู้ยืมเงินจากโจทก์ จึงเป็นผู้ใช้บริการและผู้บริโภค เมื่อโจทก์ฟ้องเรียกให้จำเลยชำระหนี้ตามสัญญากู้ยืมเงิน จึงเป็นคดีพิพาทระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจกับผู้บริโภคเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการใช้บริการ เป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 (1)”

^{**} คำวินิจฉัยชั้นประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 22/2551 วินิจฉัยว่า “... ได้ความตามคำฟ้องว่า โจทก์ประกอบกิจการสหกรณ์ มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกของโจทก์กู้ยืมเงินโดยเรียกดอกเบี้ยจากสมาชิกและเรียกค่าปรับในกรณีสมาชิกผิดนัดไม่ชำระหนี้ ถือได้ว่าโจทก์เป็นผู้ให้บริการและผู้ประกอบธุรกิจ ส่วนจำเลยเป็นสมาชิกของโจทก์ได้กู้ยืมเงินจากโจทก์ จึงเป็นผู้ใช้บริการและผู้บริโภค เมื่อโจทก์ฟ้องให้จำเลยชำระหนี้ตามสัญญากู้ยืมเงิน จึงเป็นคดีพิพาทระหว่างผู้ประกอบการธุรกิจกับผู้บริโภคเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการใช้บริการ เป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 (1)”

และเป็นผู้บริโภค เมื่อมีข้อพิพาทเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการผิดสัญญา เรียกว่าชำระเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา จึงเป็นคดีผู้บริโภค (คำวินิจฉัยชั้นประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 162/2551 *)

ในกรณีที่ผู้ตายเอาประกันภัยไว้แก่บริษัทผู้รับประกันภัย ผู้ตายจึงเป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้บริโภค บริษัทผู้รับประกันภัยเป็นผู้ประกอบธุรกิจ เมื่อผู้เอาประกันภัยถึงแก่ความตาย ผู้รับประกันภัยตามสัญญาประกันภัยฟ้องเรียกค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าว จึงเป็นคดีเกี่ยวพันกับคดีผู้บริโภค เป็นคดีผู้บริโภค (คำวินิจฉัยชั้นประธานศาลอุทธรณ์ 61/2551 **) ส่วนกรณีที่บริษัทผู้รับประกันภัยออกหนังสือรับรองการประกันตัวเพื่อเป็นหลักประกันในการปล่อยชั่วคราวจำเลยในคดีอาญา ผู้เอาประกันภัยจึงเป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้บริโภค บริษัทผู้รับประกันภัยเป็นผู้ประกอบธุรกิจ เมื่อผู้รับประกันภัยฟ้องผู้เอาประกันภัยและผู้ค้ำประกันให้ชดใช้ค่าเสียหายเนื่องจากจำเลยหลบหนีและศาลสั่งปรับนายประกัน จึงเป็นคดีผู้บริโภค

6. เรื่องจ้างทำของ ในกรณีที่ผู้ว่าจ้างได้จ้างปลูกสร้างบ้านหรืออาคารเพื่ออยู่อาศัยจึงเป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้บริโภค ผู้รับเหมาก่อสร้างเป็นผู้ให้บริการและผู้ประกอบธุรกิจ เมื่อมี

* คำวินิจฉัยประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 162/2551 วินิจฉัยว่า "... ได้ความตามฟ้องและเอกสารท้ายฟ้องตลอดจนคำให้การว่า โจทก์ทั้งสองทำสัญญาประกันภัยกับจำเลยโดยโจทก์ทั้งสองเป็นผู้เอาประกันภัยทรัพย์สินจากเหตุอัคคีภัย โดยจ่ายเบี้ยประกันภัยเป็นการตอบแทนสำหรับการเข้ารับภาระเสี่ยงภัยของจำเลยแทนโจทก์ทั้งสองตามสัญญาดังกล่าว กิจการที่จำเลยเข้าไปรับภาระเสี่ยงภัยแทนโจทก์ถือได้ว่าเป็นการจัดทำกรณงานในอย่างหนึ่ง กิจการของจำเลยจึงเป็นการให้บริการ ถือได้ว่าจำเลยเป็นผู้ให้บริการและผู้ประกอบธุรกิจ ส่วนโจทก์ทั้งสองอยู่ในฐานะผู้ได้รับบริการจากจำเลยและเป็นผู้บริโภค เมื่อโจทก์ทั้งสองฟ้องเรียกให้จำเลยชำระค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยพร้อมดอกเบี้ย จึงเป็นคดีพิพาทระหว่างผู้ประกอบการกับผู้บริโภคเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการใช้บริการ เป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 (1)"

** คำวินิจฉัยประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 61/2551 วินิจฉัยว่า "... ได้ความตามคำฟ้องและคำให้การว่าจำเลยเป็นนิติบุคคลมีวัตถุประสงค์ประกอบกิจการรับประกันภัย จึงถือได้ว่าจำเลยเป็นผู้ให้บริการและผู้ประกอบธุรกิจ ส่วนโจทก์เป็นผู้รับประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัย กรณีนายไพศาล เอาประกันภัยไว้แก่จำเลย จึงถือว่านายไพศาลเป็นผู้ให้บริการและผู้บริโภค สัญญาประกันภัยที่ทำขึ้นระหว่างจำเลยกับนายไพศาลจึงเป็นสัญญาระหว่างผู้ประกอบการกับผู้บริโภค เมื่อนายไพศาลถึงแก่ความตายโดยมีโจทก์เป็นผู้รับประกันภัยมาเรียกร้องให้จำเลยชดใช้ค่าสินไหมทดแทน โดยอาศัยกรมธรรม์ประกันภัยและจำเลยปฏิเสธไม่ยอมชดใช้โดยอ้างว่าเป็นกรณีเข้าข้อยกเว้นที่จำเลยไม่ต้องรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย คดีนี้จึงเกี่ยวพันกันกับข้อพิพาทตามสัญญาที่ทำขึ้นระหว่างผู้ประกอบการกับผู้บริโภค เป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 (1)"

ข้อพิพาทเกิดขึ้นเกี่ยวกับการผิดสัญญาจ้างก่อสร้างจึงเป็นคดีผู้บริโภค (คำวินิจฉัยชั้นประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 124/2551 *) ส่วนกรณีที่นายความเป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้ประกอบการ ผู้ว่าจ้างนายความเป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้บริโภค นายความฟ้องเรียกค่าจ้างว่าความจึงเป็นคดีผู้บริโภค (คำวินิจฉัยชั้นประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 145/2551 **)

หากผู้ว่าจ้างปลูกสร้างบ้านหรืออาคารเพื่อนำออกให้เช่า แม้เป็นผู้ว่าจ้างเป็นผู้ให้บริการแต่เมื่อมิได้ใช้สอยเอง จึงถือได้ว่าเป็นผู้ประกอบการ ส่วนผู้รับเหมาก่อสร้างเป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้ประกอบการ เมื่อมีข้อพิพาทเกิดขึ้นเกี่ยวกับการผิดสัญญาจ้างก่อสร้าง จึงเป็นคดีที่พิพาทระหว่างผู้ประกอบการด้วยกันเอง ไม่เป็นคดีผู้บริโภค (คำวินิจฉัยชั้นประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 171/2551 ***)

* คำวินิจฉัยชั้นประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 124/2551 วินิจฉัยว่า "... ได้ความตามคำฟ้อง เอกสารท้ายฟ้องและบันทึกถ้อยคำของโจทก์ต่อเจ้าพนักงานคดีประจำศาลจังหวัดนางรองว่า โจทก์ประกอบธุรกิจรับเหมาก่อสร้างบ้านให้แก่ลูกค้าตามทางการค้าปกติของตนมาเป็นเวลานาน จึงถือได้ว่า โจทก์เป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้ประกอบการ ส่วนจำเลยทำสัญญาว่าจ้างโจทก์ก่อสร้างบ้าน โดยตกลงจะให้สินจ้างเพื่อผลสำเร็จแห่งการทำงานที่ทำนั้น จึงถือได้ว่า จำเลยเป็นผู้ที่ได้รับบริการและเป็นผู้บริโภค เมื่อโจทก์ฟ้องเรียกให้จำเลยชำระสินจ้างตามสัญญาดังกล่าว จึงเป็นคดีพิพาทระหว่างผู้ประกอบการกับผู้บริโภคเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการใช้บริการ เป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 (1)"

** คำวินิจฉัยชั้นประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 145/2551 วินิจฉัยว่า "... ได้ความตามคำฟ้องว่า โจทก์ประกอบอาชีพนายความและรับว่าความให้แก่จำเลยทั้งสามโดยเรียกค่าจ้าง โจทก์จึงเป็นผู้จัดทำกรงานให้แก่จำเลยทั้งสาม โดยเรียกค่าตอบแทน ถือได้ว่าโจทก์เป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้ประกอบการ ส่วนจำเลยทั้งสามว่าจ้างโจทก์ให้เป็นนายความว่าความให้แก่ในคดีของตน จึงเป็นผู้ได้รับบริการและเป็นผู้บริโภค เมื่อโจทก์ฟ้องเรียกให้จำเลยทั้งสามชำระหนี้ค่าจ้างว่าความ จึงเป็นคดีพิพาทระหว่างผู้ประกอบการกับผู้บริโภคเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการใช้บริการ เป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 (1)"

*** คำวินิจฉัยชั้นประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 171/2551 วินิจฉัยว่า "... ได้ความตามคำฟ้องและเอกสารท้ายฟ้องว่า โจทก์ทั้งสองทำสัญญาว่าจ้างจำเลยทั้งสองก่อสร้างอาคารพิพาท โดยจำเลยทั้งสองประกอบกิจการรับเหมาก่อสร้าง จำเลยทั้งสองจึงเป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้ประกอบการ แต่อาคารที่โจทก์ทั้งสองว่าจ้างจำเลยทั้งสองก่อสร้างเป็นอาคารสูง 5 ชั้น และโจทก์ทั้งสองสร้างขึ้นเพื่อให้ผู้อื่นเช่าพักอาศัยแสดงว่าเป็นการจ้างก่อสร้างอาคารเพื่อนำออกให้เช่าอีกต่อหนึ่ง โจทก์ทั้งสองจึงมิใช่ผู้ให้บริการและมีผู้บริโภค คดีระหว่างโจทก์ทั้งสองกับจำเลยทั้งสองจึงมิใช่คดีพิพาทระหว่างผู้ประกอบการกับผู้บริโภคเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการใช้บริการ เป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 (1)"

7. เรื่องขนส่ง ในกรณีที่ผู้ประกอบกิจการขนส่งได้ขนส่งผู้โดยสารโดยใช้เครื่องบินเป็นยานพาหนะ จึงเป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้ประกอบธุรกิจ ส่วนผู้เดินทางเป็นผู้ได้รับบริการและเป็นผู้บริโภค เมื่อมีข้อพิพาทเกิดขึ้นเนื่องจากการให้บริการจึงเป็นคดีผู้บริโภค (คำวินิจฉัยประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 73/2551*) ในกรณีที่ผู้โดยสารและทายาทของผู้โดยสารที่เสียชีวิตฟ้องเรียกค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทสายการบินที่เกิดอุบัติเหตุ เมื่อเป็นข้อพิพาทเกิดขึ้นเนื่องจากการใช้บริการ จึงเป็นคดีผู้บริโภค

8. เรื่องการศึกษา ในกรณีที่มหาวิทยาลัยของรัฐมีวัตถุประสงค์ในการให้การศึกษา การรับนักศึกษาเข้าศึกษาจึงเป็นการรับจัดทำกรงานอย่างหนึ่ง เมื่อมีการเรียกเก็บค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆเกี่ยวกับการเรียนถือได้ว่าเป็นการเรียกค่าตอบแทน มหาวิทยาลัยจึงเป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้ประกอบธุรกิจ ส่วนนักศึกษาเป็นผู้ได้รับบริการและเป็นผู้บริโภค คดีพิพาทระหว่างมหาวิทยาลัยกับนักศึกษาเกี่ยวกับการเข้ารับบริการดังกล่าวจึงเป็นคดีผู้บริโภค (คำวินิจฉัยประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 28/52, 127/52)

2.2.2 คำว่า “บริการ” หมายรวมถึง “การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” ด้วยหรือไม่

กรณีการรักษาพยาบาลจะอยู่ในความหมายของคำว่า “บริการ” หรือไม่นั้น ได้มีคำวินิจฉัยของประธานศาลอุทธรณ์ คือ คำวินิจฉัยของประธานศาลอุทธรณ์ที่ 8/2551 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

“โจทก์ฟ้องว่า โจทก์เป็นนิติบุคคล มีฐานะเป็นกรม สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสุรินทร์เป็นส่วนราชการในสังกัดโจทก์ เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2549 จำเลยที่ 2 ถูกรถยนต์หมายเลขทะเบียน พม 622 กรุงเทพมหานคร เฉี่ยวชนได้รับบาดเจ็บและเข้ารับการ

* คำวินิจฉัยประธานศาลอุทธรณ์ ที่ 73/2551 วินิจฉัยว่า “... ได้ความตามคำฟ้องและคำให้การของจำเลยที่ 1 จำเลยที่ 1 ประกอบกิจการขนส่งผู้โดยสารโดยใช้เครื่องบินเป็นยานพาหนะ และใช้สนามบินของจำเลยที่ 2 เป็นสถานที่ตรวจผู้โดยสารขาเข้าและขาออกก่อนขึ้นลงเครื่องบิน จึงถือได้ว่าจำเลยทั้งสองเป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้ประกอบธุรกิจ ส่วนโจทก์เป็นผู้โดยสารเดินทางผ่านสนามบินของจำเลยที่ 2 ขาออกไปขึ้นเครื่องบินยานพาหนะเดินทางทรัพย์ของจำเลยที่ 1 จึงถือว่าโจทก์เป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้บริโภค เมื่อโจทก์ฟ้องเรียกให้จำเลยทั้งสองชำระหนี้โดยอ้างมูลเหตุมาจากการดังกล่าว จึงเป็นคดีพิพาทระหว่างผู้ประกอบธุรกิจกับผู้บริโภคเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการใช้บริการ เป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 (1)”

รักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลสุรินทร์ รถยนต์คันดังกล่าวได้ทำประกันภัยตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถไว้กับจำเลยที่ 1 จำเลยที่ 1 จึงต้องจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัย ซึ่งจำเลยที่ 2 ได้มอบอำนาจให้โรงพยาบาลสุรินทร์มีอำนาจขอรับค่าเสียหายดังกล่าว แทน และโรงพยาบาลสุรินทร์ได้ยื่นคำร้องต่อจำเลยที่ 1 ขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นเพื่อนำมาชำระหนี้ค่ารักษาพยาบาลจำเลยที่ 2 แล้ว แต่จำเลยที่ 1 เพิกเฉย ขอให้บังคับจำเลยทั้งสองร่วมกันหรือแทนกันชำระค่ารักษาพยาบาลจำนวน 39,411.25 บาท พร้อมดอกเบี้ยแก่โจทก์

ศาลแขวงสุรินทร์เห็นว่า กรณีมีปัญหาว่าคดีนี้เป็นคดีผู้บริโภคหรือไม่ จึงส่งคำฟ้องให้ประธานศาลอุทธรณ์วินิจฉัยตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 8

พิเคราะห์แล้ว ตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 คดีผู้บริโภคหมายความว่า (1) คดีแพ่งระหว่างผู้บริโภคหรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคตามมาตรา 19 หรือตามกฎหมายอื่น กับผู้ประกอบการธุรกิจซึ่งพิพาทกันเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการบริโภคสินค้าหรือบริการ และ (3) คดีแพ่งที่เกี่ยวข้องกันกับคดีตาม (1) หรือ (2) ได้ความตามคำฟ้องว่า โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งเป็นส่วนราชการในสังกัดโจทก์ ดำเนินกิจการให้บริการด้านการสาธารณสุขแก่ประชาชน โดยเรียกค่ารักษาพยาบาลเป็นการตอบแทน จึงถือได้ว่า โจทก์เป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้ประกอบธุรกิจ ส่วนจำเลยที่ 2 เป็นผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล โดยมีความรับผิดชอบที่จะต้องชำระค่ารักษาพยาบาล จำเลยที่ 2 จึงเป็นผู้ใช้บริการและเป็นผู้บริโภค เมื่อโจทก์ฟ้องเรียกให้จำเลยที่ 2 ชำระค่ารักษาพยาบาลดังกล่าว จึงเป็นคดีพิพาทระหว่างผู้ประกอบการกับผู้บริโภคเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการใช้บริการ เป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 (1) สำหรับจำเลยที่ 1 เมื่อโจทก์ฟ้องเรียกให้ร่วมชำระค่ารักษาพยาบาลจำเลยที่ 2 ในฐานะเป็นผู้รับประกันภัยรถยนต์ที่เชี่ยวชาญจำเลยที่ 2 และจำเลยที่ 2 ได้มอบอำนาจให้โจทก์ขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นเพื่อนำมาชำระหนี้ดังกล่าวแล้วอันมีลักษณะเป็นคดีที่เกี่ยวข้องกันกับคดีตามมาตรา 3 (1) เป็นคดีผู้บริโภคตามมาตรา 3 (1)”

และต่อมาได้มีคำวินิจฉัยประธานศาลอุทธรณ์ที่ 166/2551 ซึ่งวินิจฉัยไว้มีสาระสำคัญดังนี้ “...พิเคราะห์แล้ว ตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 คดีผู้บริโภคหมายความว่า (1) คดีแพ่งระหว่างผู้บริโภคหรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคตามมาตรา 19 หรือตามกฎหมายอื่น กับผู้ประกอบการธุรกิจซึ่งพิพาทกันเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการบริโภคสินค้าหรือบริการ และ (3) คดีแพ่งที่เกี่ยวข้องกันกับคดีตาม (1) หรือ (2) ได้ความตามคำฟ้องและคำให้การว่า นอกจากจำเลยมีหน้าที่ป้องกันราชอาณาจักรแล้วจำเลยยัง

ดำเนินกิจการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนที่โรงพยาบาลภูมิพล วันที่ 11 กรกฎาคม 2545 ผู้ตายได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลดังกล่าวโดยได้รับการตรวจและจ่ายยา 3 ชนิดเพื่อรักษาอาการป่วย การตรวจรักษาดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วยซึ่งมีลักษณะเป็นการจัดทำกรงานให้อย่างหนึ่ง และถึงแม้จะมีการเรียกค่ารักษาพยาบาลผ่านโครงการบัตรทอง 30 บาท รักษาทุกโรคก็ต้องถือว่ามี การเรียกค่าตอบแทนแล้ว การดำเนินงานของจำเลยในส่วนี้จึงเป็นการให้บริการโดยถือได้ว่าจำเลยเป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้ประกอบธุรกิจด้านสาธารณสุข ส่วนผู้ตายเป็นผู้ได้รับการและเป็นผู้บริโภค โจทก์เป็นบิดาโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ตาย ดังนั้น เมื่อโจทก์อ้างมูลเหตุแห่งการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากการกระทำของจำเลยโดยโรงพยาบาลภูมิพลต่อผู้ตายซึ่งเป็นผู้บริโภค จึงถือว่าเป็นการกล่าวอ้างสิทธิในการเรียกค่าสินไหมทดแทนที่เกี่ยวข้องกันกับคดีผู้บริโภค เป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณา คดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 (3)”

จากคำวินิจฉัยประธานศาลอุทธรณ์ที่ 8/2551 และที่ 166/2551 สามารถวิเคราะห์ได้ว่าการรักษาพยาบาลคือ การดูแลรักษาผู้ป่วยอันมีลักษณะเป็นการทำงานให้แก่ผู้ป่วย จึงถือว่าเป็นการรับจัดทำกรงานอย่างหนึ่ง ดังนั้น หากมีการเรียกค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่น ย่อมต้องถือว่าเป็นการให้บริการ ถึงแม้ว่าผู้รับภาระจ่ายค่าตอบแทนนั้นในท้ายที่สุด อาจเป็นผู้รับประกันภัย ระบบประกันสังคม หรือหน่วยงานราชการก็ตาม เมื่อผู้ประกอบการโรงพยาบาลดังกล่าวเป็นผู้ให้บริการจึงอยู่ในฐานะเป็นผู้ประกอบธุรกิจ ส่วนผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลย่อมอยู่ในฐานะผู้ได้รับการและเป็นผู้บริโภค คดีพิพาทระหว่างบุคคลทั้งสอง จึงถือว่าเป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณา คดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ย่อมแสดงให้เห็นว่าคำวินิจฉัยดังกล่าวได้พิจารณาลักษณะการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐเป็นการจัดทำกรงานอย่างหนึ่งที่มีค่าตอบแทนให้ดังเช่นการรับจัดทำกรงานอื่นทั่วไปที่มีค่าตอบแทน ตัวอย่างเช่น เสริมสวย หรือบริการสปา ในขณะที่โรงพยาบาลของรัฐเป็นการให้บริการโดยธรรมจรรยายิ่งกว่าการจ้างทำของหรือจ้างแรงงานตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ดังนั้น การตีความว่าการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐแล้วมีค่าตอบแทนจะเป็นการจ้างทำของหรือไม่นั้น น่าจะพิจารณาจากเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณา คดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 เป็นหลัก

นอกจากนี้ยังได้มีคำวินิจฉัยของประธานศาลอุทธรณ์ที่ 176/2551 ซึ่งมีสาระสำคัญคือ “... ตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณา คดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 คดีผู้บริโภคหมายความว่า (1) คดีแพ่งระหว่างผู้บริโภคหรือผู้มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคตามมาตรา 19 หรือตามกฎหมายอื่น

กับผู้ประกอบธุรกิจซึ่งพิพาทกันเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการบริโภคสินค้าหรือบริการ ได้ตามตามคำฟ้องว่าโจทก์เจ็บครรภ์ใกล้คลอดได้เข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์และหรือพยาบาลที่โรงพยาบาลสามชุก ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับและดูแลสั่งการของจำเลย แพทย์และหรือพยาบาลที่โรงพยาบาลดังกล่าวให้โจทก์นอนรอที่ห้องคลอดและตรวจท้องโดยไม่มีเจ้าหน้าที่ดูแล จนกระทั่งได้ส่งโจทก์ไปผ่าตัดเอาทารกออกที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช เนื่องจากห้องคลอดของโรงพยาบาลสามชุกปิดและไม่มีแพทย์จะผ่าตัดให้ เมื่อแพทย์ผ่าตัดเอาทารกออกแล้วปรากฏว่าบุตรโจทก์ถึงแก่ความตายในเวลาต่อมา การตรวจรักษาดังกล่าวก็เพื่อให้การคลอดบุตรโจทก์เป็นไปโดยปกติ ไม่เกิดความบกพร่องหรือผิดพลาดใด ๆ จึงมีลักษณะเป็นการรับจัดทำกรงานให้อย่างหนึ่ง ในการตรวจรักษาดังกล่าวโจทก์เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยใช้สิทธิจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภท UC ชนิดเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท กรณีถือได้ว่ามีการเรียกค่าตอบแทน แม้โรงพยาบาลสามชุกจะเป็นโรงพยาบาลของรัฐซึ่งไม่แสวงหาผลกำไรอย่างเช่นโรงพยาบาลเอกชนก็ตาม เมื่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลสามชุกซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งของจำเลยมีการเรียกค่าตอบแทน จำเลยจึงเป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้ประกอบธุรกิจด้านสาธารณสุข ส่วนโจทก์เป็นผู้เข้ารับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลสามชุก จึงเป็นผู้ได้รับบริการและผู้บริโภค เมื่อโจทก์ฟ้องจำเลยให้รับผิดชอบในมูลละเมิดอันเกิดจากความประมาทเลินเล่อของจำเลยโดยโรงพยาบาลสามชุก จึงเป็นคดีระหว่างผู้ประกอบธุรกิจกับผู้บริโภคซึ่งพิพาทกันเกี่ยวกับสิทธิหรือหน้าที่ตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการใช้บริการ เป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 (1)”

จะเห็นได้ว่าคำวินิจฉัยของประธานศาลอุทธรณ์ที่ 176/2551 ได้วินิจฉัยถึงประเด็นว่า ถ้าผู้ประกอบกิจการโรงพยาบาลดังกล่าวเป็นโรงพยาบาลของรัฐยังจะถือว่าเป็นคดีผู้บริโภคด้วยหรือไม่ กรณีนี้เห็นว่าลักษณะของการให้การรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลของรัฐไม่แตกต่างกับโรงพยาบาลเอกชน จึงถือว่าเป็นการรับจัดทำกรงานให้เช่นเดียวกัน กรณีจึงมีปัญหาเพียงประการเดียวว่าโรงพยาบาลของรัฐดังกล่าวมีการเรียกค่าตอบแทนบ้างหรือไม่ หากมีการเรียกเก็บเงินไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไรก็ตาม เช่น ค่ายา ค่าเครื่องมือแพทย์ ค่าตรวจ หรือค่าบริการอื่นใดเป็นต้น เงินที่เรียกเก็บนั้นถือว่าเป็นค่าตอบแทนทั้งสิ้น และทำให้โรงพยาบาลของรัฐนั้นอยู่ในความหมายของคำว่า “ผู้ให้บริการ” และเป็น “ผู้ประกอบธุรกิจ” คดีแพ่งที่พิพาทกันระหว่างผู้ได้รับบริการกับโรงพยาบาลของรัฐจึงเป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัตินี้เช่นเดียวกับกรณีของโรงพยาบาลเอกชน แม้จำนวนค่าตอบแทนที่เรียกเก็บนั้นจะเป็นจำนวนเงินที่น้อยมากเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลเอกชนก็ตาม ความแตกต่างระหว่างกรณีของโรงพยาบาลเอกชนกับโรงพยาบาลของรัฐมีเฉพาะใน

เรื่องความรับผิดชอบของแพทย์ กล่าวคือ ในกรณีที่ เป็นโรงพยาบาลของรัฐนั้น ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการจะดำเนินคดีได้แต่เฉพาะหน่วยงานของรัฐ คือ กระทรวงสาธารณสุข เป็นจำเลยเท่านั้น จะฟ้องแพทย์ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐไม่ได้ ทั้งนี้ เป็นไปตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 มาตรา 5 วรรคหนึ่ง

ความหมายของคำว่า “บริการ” ที่ประธานศาลอุทธรณ์ได้วินิจฉัยให้เป็นคดีผู้บริโภค เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง “ผู้บริโภค” กับ “ผู้ประกอบการธุรกิจ” โดยวินิจฉัยถึง “ผู้ให้บริการ” ที่เรียกค่าตอบแทนไม่ว่าจะมีวัตถุประสงค์ในการเก็บค่าตอบแทนเพื่อประโยชน์ใด จำนวนมากน้อยเพียงใด หากมีการเรียกเก็บเงินแล้วยอมเป็นคดีผู้บริโภค นอกจากนี้ “บริการ” ที่วินิจฉัยให้เป็นคดีผู้บริโภคนั้น จะไม่คำนึงว่าผู้ให้บริการได้จัดทำบริการเหล่านั้นเพื่อวัตถุประสงค์หรือประโยชน์อื่นใด ส่งผลให้การให้ “บริการ” ที่ดำเนินการโดยมุ่งหวังผลกำไรกับการให้ “บริการสาธารณะ” ที่จัดทำเพื่อประโยชน์ส่วนรวมมีความหมายเป็นอย่างเดียวกัน คือ เป็น “บริการ” ในบทบัญญัติของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ก่อให้เกิดผลกระทบต่อแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ รัฐในฐานะผู้ให้บริการสาธารณะ และมีผลต่อผู้รับบริการทางการแพทย์ คือ

เมื่อแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเป็น “ผู้ให้บริการ” ตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ผู้รับบริการทางการแพทย์ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐจะดำเนินคดีกับหน่วยงานของรัฐที่เป็นต้นสังกัดของแพทย์ ผู้ปฏิบัติหน้าที่นั้น จะฟ้องแพทย์ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 มาตรา 5 วรรคหนึ่งไม่ได้ ผู้รับบริการทางการแพทย์ที่ได้รับความเสียหายจะดำเนินคดีในศาลไปตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ที่มีหลักการอำนวยความสะดวกและประหยัดค่าใช้จ่ายเพราะผู้ป่วยจะได้รับยกเว้นค่าฤชาธรรมเนียมและเลือกใช้วิธีการฟ้องด้วยวาจาโดยไม่ต้องจ้างทนายความก็ได้ เพราะศาลจะมีเจ้าพนักงานคดีคอยให้บริการช่วยร่างคำฟ้องหรือคำให้การ หลักความรวดเร็วเพราะในกฎหมายฉบับนี้ใช้ระบบไต่สวนแทนระบบกล่าวหาทำให้ศาลสามารถควบคุมกระบวนการพิจารณาได้รวดเร็วขึ้น ในการดำเนินคดีศาลสามารถกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษได้ ซึ่งข้อดีเหล่านี้เอื้อต่อการฟ้องร้องคดีเป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้รับบริการทางการแพทย์มักจะฟ้องแพทย์ผู้ให้บริการเป็นคดีอาญาโดยตรงควบคู่ไปกับการเรียกค่าเสียหายทางแพ่ง เท่ากับว่าแพทย์ผู้ให้บริการต้องสู้คดีในทางอาญาและรอผลคดีในทางแพ่งว่าจะต้องร่วมรับผิดชอบกับหน่วยงานของรัฐหรือไม่ การฟ้องคดีเหล่านี้กระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์เป็นอย่างมาก นอกจากนี้แพทย์ยังมีความเสี่ยงในการตกเป็นข่าวในสื่อต่าง ๆ ซึ่งหมายถึงการถูกสังคมพิพากษาลงโทษไปแล้ว

ในทันทีโดยไม่ต้องรอให้มีการสืบพยานในชั้นศาลดังที่เห็นกันอยู่บ่อย ๆ เมื่อแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีความกังวลต่อการฟ้องคดีในขณะที่ปริมาณผู้มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นผลจากนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค* จะทำให้เกิดมีการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่เกินความจำเป็น และแพทย์บางรายต้องลาออกไปจากโรงพยาบาลของรัฐเพื่อเข้าสู่ระบบเอกชนเพราะรายได้ของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับรายได้ในโรงพยาบาลเอกชนและยังไม่คุ้มกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการถูกร้องเรียน ฟ้องร้องทั้งทางแพ่งและทางอาญา

ผลกระทบจากให้บริการทางการแพทย์อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ทำให้หน่วยงานของรัฐเป็นผู้ประกอบธุรกิจ โรงพยาบาลของรัฐเป็นหน่วยงานของรัฐจึงตกเป็นผู้ประกอบธุรกิจที่ถูกฟ้องเป็นจำเลยหากแพทย์ในโรงพยาบาลแห่งนั้นกระทำละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งการดำเนินคดีก็เป็นไปตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัตินี้มีหลักการเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคที่ถูกเอาเปรียบจากผู้ประกอบธุรกิจเนื่องจากความรู้ ฐานะทางเศรษฐกิจที่ด้อยกว่า เมื่อมีข้อพิพาทผู้บริโภคจึงตกอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบ แต่การให้บริการทางการแพทย์ของรัฐซึ่งอยู่ในรูปโรงพยาบาลของรัฐ เป็นบริการสาธารณะที่รัฐมีหน้าที่ให้ความดูแลแก่ประชาชน และบริการทางการแพทย์มีความแตกต่างไปจากบริการอื่นทั่วไป** ดังนั้นการให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐตกอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติฉบับนี้นอกจากจะส่งเสริมให้มีการฟ้องร้องแพทย์มากขึ้นซึ่งกระทบต่อความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์แล้ว ยังมีผลโดยตรงต่อแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐที่ต้องรับภาระหนักจากปริมาณคนไข้ประกอบกับแต่เดิมจำนวนแพทย์ในภาครัฐไม่พอเพียงกับปริมาณประชาชนอยู่แล้ว ทำให้การตรวจวินิจฉัยที่เกินความจำเป็นและเพิ่มขึ้นตอนในการรักษาซึ่งหากเป็นโรงพยาบาลเอกชนแล้วค่ารักษาที่เกินความจำเป็นย่อมเป็นภาระแก่ผู้ป่วย แต่โรงพยาบาลของรัฐรัฐจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น และรัฐยังต้องเผชิญกับปัญหาขาดแคลนแพทย์เพราะเมื่อการให้บริการทางการแพทย์มีความเสี่ยงต่อการฟ้องคดีไม่คุ้มกับเงินเดือนที่ได้รับทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐลาออกจากระบบราชการ

ผลกระทบประการสุดท้าย คือ แม้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 จะทำให้ผู้รับบริการทางการแพทย์ที่ได้รับความเสียหายอันเกิดการจากบริการทางการแพทย์ใน

* ค่าบริการ 30 บาท นี้ ถูกยกเลิกไปในปี พ.ศ. 2550

** โปรดดูรายละเอียดเรื่องนี้ในหัวข้อ 2.3.2 ข้อพิจารณาความหมายของคำว่า “การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” ในฐานะที่เป็น “บริการสาธารณะ”

โรงพยาบาลของรัฐสามารถดำเนินคดีได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ประหยัด ค่าเสียหายที่ได้รับอาจเป็น ค่าเสียหายเชิงลงโทษได้ แต่ผลกระทบอันเกิดจากการฟ้องแพทย์ในภาพรวมทำให้แพทย์มีการ รักษาแบบป้องกันตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการมีขั้นตอนในการตรวจรักษาที่เกินความ จำเป็น เมื่อขั้นตอนในการตรวจรักษาเพิ่มขึ้นทำให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยแต่ละรายใช้บริการทาง การแพทย์นานขึ้น ในขณะที่ภาครัฐยังขาดแคลนแพทย์ ทำให้ปริมาณแพทย์ไม่เพียงพอต่อการ ให้บริการ ส่งผลต่อการบริการที่ล่าช้า ในขณะที่ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ไม่สามารถรอได้ทำให้ ผู้ป่วยบางรายต้องไปใช้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งผลสุดท้ายผู้ป่วยจะต้อง รับประทานค่าใช้จ่ายเองทั้งสิ้น ดังนั้น จึงควรศึกษาถึงการบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ ในมุมมองของหลักกฎหมายมหาชนว่ามีความแตกต่างจากมุมมองของศาลอย่างไร

2.3 การนำหลักกฎหมายมหาชนมาปรับใช้

จากการตีความให้ “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็น “บริการ” โดยอาศัย ลักษณะของการจ้างทำของและมองว่าโรงพยาบาลของรัฐเรียกเก็บค่าบริการ บริการทาง การแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐจึงเป็นคดีผู้บริโภค จึงควรศึกษาถึง “บริการทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลของรัฐ” ในมุมมองของหลักกฎหมายมหาชน ว่ามีแง่มุมความคิดเห็นที่แตกต่างกัน อย่างไร ดังจะกล่าวต่อไปนี้

2.3.1 ความเข้าใจเรื่อง “การบริการสาธารณะ” ตามหลักกฎหมายมหาชน

แนวความคิดในเรื่องบริการสาธารณะนั้น เป็นแนวความคิดที่แพร่หลายในประเทศฝรั่งเศส ซึ่งมีความหมายหลายด้าน หากแต่ว่าใครจะเป็น “ผู้มอง” ถ้าหากประชาชนเป็นผู้มองบริการ สาธารณะจะได้แก่ความสะดวกสบายที่รัฐจะต้องจัดให้มี ในขณะที่หากผู้มองเป็นรัฐ ก็ จะหมายรวมถึง การดำเนินงาน การจัดตั้งองค์กรหรือกิจการใหม่ ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อ ประชาชนและต่อประเทศ⁴

⁴ นันทวัฒน์ บรมานันท์, บริการสาธารณะในกฎหมายปกครองฝรั่งเศส (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ นิติธรรม, 2541), หน้า 1.

บริการสาธารณะนั้นอยู่คู่กับสังคมมาตั้งแต่สมัยโบราณกาล เดิมขุนนางได้ให้ประชาชนเข้ามาหาภินิหารประโยชน์ที่ดินของตนโดยจ่ายเป็นค่าตอบแทน และได้ชักจูงใจผู้เช่าด้วยการสร้างสิ่งต่าง ๆ ให้ผู้เช่าได้ใช้ประโยชน์ ซึ่งต่อมาโครงสร้างชุมชนเปลี่ยนแปลงไปกลายเป็นชุมชนที่ดูแลกันเอง จึงมีการรวมตัวเพื่อดูแลและจัดทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อเป็นประโยชน์ร่วมกัน อาทิ ป้อมปราการ สถานพยาบาล ฯลฯ โดยมีวัตถุประสงค์ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้อยู่อาศัยร่วมกัน ในฝรั่งเศสก่อนยุคปฏิวัติ มีกิจการหลายประเภทที่กษัตริย์จัดให้มีขึ้นเพื่อปกป้องประชาชนรวมทั้งอำนวยความสะดวกแก่ผู้อยู่อาศัยในพื้นที่นั้น ๆ หลังปฏิวัติ รัฐได้เข้ามาปกครองประชาชนแทนที่กษัตริย์และกิจการที่รัฐจะต้องจัดทำขึ้น ซึ่งคำว่า “บริการสาธารณะ” (Public Service) ก็เริ่มปรากฏชัดเจนขึ้นโดยพัฒนามาสู่การจำกัดกรอบเฉพาะ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์สาธารณะหรือสิ่งที่รัฐจะจัดทำให้แก่ประชาชนเพื่อตอบแทนการเสียภาษีอากรของประชาชน⁵ ซึ่งโดยสรุปแล้วบริการสาธารณะ หมายถึง กิจกรรมของฝ่ายปกครองที่จัดทำขึ้นเพื่อประโยชน์สาธารณะให้บริการแก่ประชาชนหรือเพื่อสนองความต้องการของประชาชน โดยทั่วไปแล้ว กิจกรรมซึ่งจัดว่าเป็นบริการสาธารณะ ไม่ว่าจะเป็นบริการสาธารณะประเภทใดหรือเป็นบริการสาธารณะที่จัดทำโดยผู้ใดย่อมจะต้องอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์หรือหลักเกณฑ์เดียวกันทั้งสิ้น

ในทางทฤษฎี ไม่ปรากฏว่ามีหลักเกณฑ์ร่วมสำหรับบริการสาธารณะทุกประเภท แต่อย่างไรก็ตามมีหลักเกณฑ์บางประการที่พอจะถือได้ว่าเป็นหลักเกณฑ์ร่วมระหว่างบริการสาธารณะแต่ละประเภทที่แม้จะมีลักษณะของการให้บริการบางอย่างแตกต่างกัน แต่ในความแตกต่างของลักษณะการให้บริการสาธารณะนั้นยังมีหลักเกณฑ์ที่ใช้ร่วมกันแทรกอยู่ภายในด้วย หลักเกณฑ์ร่วมที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้เป็นหลักเกณฑ์ที่พัฒนามาจากลักษณะสำคัญของบริการสาธารณะ 3 ประการ ของ Louis Rolland แห่ง Ecole de Bordeaux ซึ่งต่อมาในแวดวงนักกฎหมายมหาชนพากันเรียกหลักเกณฑ์นี้ว่า “กฎหมายของบริการสาธารณะ” หรือ “กฎหมายของ Rolland”⁶

กฎหมายของบริการสาธารณะนี้ได้ถูกสร้างขึ้นมาให้มีส่วนคล้ายกับหลักทั่วไปของกฎหมายเกี่ยวกับบริการสาธารณะเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาว่าบริการสาธารณะคืออะไร กฎหมายของบริการสาธารณะหรือหลักเกณฑ์ที่สำคัญในการจัดทำบริการสาธารณะนี้

⁵ เรื่องเดียวกัน , หน้า 2-7.

⁶ Gilles J. GUGLIELMI ,Introduction au droit des services publics (L.G.D.J.,1994) ,p.39. อ้างถึงใน นันทวัฒน์ บรมานันท์, บริการสาธารณะในกฎหมายปกครองฝรั่งเศส, หน้า 18.

ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ คือ หลักว่าด้วยความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หลักว่าด้วยความเสมอภาค และหลักว่าด้วยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง⁷

ประการที่หนึ่ง หลักว่าด้วยความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นหลักของการบริการสาธารณะเพราะมีจำเป็นในการดำรงชีวิตของประชาชน ประชาชนทุกคนมีความต้องการในบริการสาธารณะอยู่ตลอดเวลา และฝ่ายปกครองมีหน้าที่จัดทำบริการสาธารณะให้ดำเนินไปอย่างปกติโดยต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ดังนั้น การจัดทำกิจการบริการสาธารณะของฝ่ายปกครอง จึงไม่สามารถดำเนินการเป็นช่วง ๆ โดยไม่มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องไม่ได้

ประการที่สอง หลักความเสมอภาคหรือเท่าเทียม เป็นหลักประการหนึ่งในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 30 ซึ่งบัญญัติว่า

“บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน

การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคลฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้

มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ย่อมไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม”

เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณะหรือเข้าสู่บริการสาธารณะได้อย่างเท่าเทียมกัน รัฐจึงจัดทำบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของบุคคลหนึ่งบุคคลใดโดยเฉพาะไม่ได้ แต่เป็นการจัดทำเพื่อประโยชน์ของประชาชนทุกคน กิจการใดที่รัฐจัดทำเพื่อบุคคลใดโดยเฉพาะจะไม่มีลักษณะเป็นบริการสาธารณะ ประชาชนทุกคนย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติหรือได้รับผลประโยชน์จากการบริการสาธารณะอย่างเสมอภาคกัน

ประการที่สาม หลักว่าด้วยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง กล่าวคือในการจัดทำบริการสาธารณะเนื่องจากฝ่ายปกครองมีอำนาจตามกฎหมายที่จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ฝ่ายเดียว เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ฝ่ายปกครองจึงต้องคำนึงถึงความจำเป็นในการรักษาประโยชน์สาธารณะอยู่เสมอ และแม้ว่าการแก้ไขเปลี่ยนแปลงการจัดทำ

⁷ นันทวัฒน์ บรมานันท์, หลักกฎหมายปกครองเกี่ยวกับบริการสาธารณะ (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2543), หน้า 35-36.

บริการสาธารณะจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งก็ตาม บุคคลนั้นจะอ้างสิทธิประโยชน์ที่เคยได้รับจากบริการสาธารณะมาขัดขวางการแก้ไขเปลี่ยนแปลงบริการสาธารณะโดยกฎหมายไม่ได้⁸

ลักษณะที่สำคัญของการบริการสาธารณะคือเป็นกิจการที่รัฐจัดทำขึ้นเพื่อสนองความต้องการส่วนรวมของประชาชน กล่าวคือ เป็นกิจการที่อยู่ในความอำนาจการของรัฐ แต่การที่รัฐต้องดูแลกิจการทุกอย่างทำให้ภารกิจของรัฐมีเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับกิจกรรมบางอย่างต้องอาศัยเทคโนโลยีในการจัดทำสูงหรือใช้เงินลงทุนสูง ทำให้รัฐขาดความพร้อมที่จะอำนวยความสะดวกให้ จึงต้องมีการมอบหมายให้หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ เมื่อรัฐมอบหน้าที่ในการจัดทำบริการสาธารณะให้บุคคลอื่นทำแล้วบทบาทของรัฐก็จะเปลี่ยนเป็นผู้ควบคุมดูแลมาตรฐานของบริการสาธารณะควบคุมความปลอดภัยตลอดจนค่าบริการ โดยคำนึงถึงประโยชน์ตอบแทนที่ประชาชนจะได้รับให้มากที่สุดและมีความเดือดร้อนน้อยที่สุด

หลักการบริการสาธารณะในด้านสาธารณสุขนอกจากจะปรากฏในรูปของหน่วยงานของรัฐที่รู้จักกันโดยทั่วไป คือ “โรงพยาบาลของรัฐ” แล้ว หลักการบริการสาธารณะยังได้ปรากฏในรูปของกฎหมายมหาชนฉบับแรกที่วางหลักความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทุกคน คือ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 อันเป็นที่มาของ “ระบบประกันสุขภาพ” ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.3.2 ลักษณะของการนำบริการสาธารณะมาปรับใช้กับการบริการทางการแพทย์ : ระบบประกันสุขภาพ

การนำหลักบริการสาธารณะมาปรับใช้กับการบริการทางการแพทย์เป็นไปในหลายรูปแบบ ดังปรากฏเป็นลักษณะกิจการของรัฐที่กระจายเพื่อให้การบริการทางการแพทย์ได้ไปสู่ประชาชนในรูปแบบของ “โรงพยาบาลของรัฐ” หรือเป็นหน่วยย่อยที่มีขนาดเล็กลงมา ได้แก่ สถานีอนามัย รวมไปถึงการให้บริการในลักษณะหน่วยพยาบาลเคลื่อนที่ เหล่านี้ล้วนแต่เป็นบริการที่ภาครัฐจัดไว้ให้แก่ประชาชนเพื่อสนองตอบความต้องการในการรักษาเมื่อยามเจ็บป่วยทั้งสิ้น โดย

⁸ วันเพ็ญ ทรัพย์ส่งเสริม , “การจัดระบบองค์การมหาชนอิสระในกระบวนการจัดทำบริการสาธารณะในประเทศไทย ,” (วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539) , หน้า 7,8.

มีโรงพยาบาลของรัฐเป็นหน่วยงานให้การรักษาพยาบาลที่เป็นหน่วยหลักของการจัดการกิจ ให้บริการทางการแพทย์ของรัฐในเชิงผู้ลงมือปฏิบัติงาน หรือที่เรียกทั่วไปว่า “ผู้ให้บริการ”

นอกจากที่รัฐมี “โรงพยาบาลของรัฐ” เป็นเครื่องมือให้การบริการทางการแพทย์โดยกระจายไปทั่วประเทศแล้วนั้น รัฐยังได้ดำเนินการนำหลักบริการสาธารณะมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพโดยปรากฏครั้งแรกในรูปแบบ “นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค” ของรัฐบาลที่ปกครองประเทศในขณะนั้น และนำนโยบายดังกล่าวมาผลักดันให้เป็นกฎหมาย คือ “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545” โดยคาดหวังว่าจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดความเสมอภาคและเท่าเทียมกันของประชาชนในการได้รับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ กฎหมายฉบับนี้จึงเป็นที่มาของ “ระบบประกันสุขภาพ”

“ระบบประกันสุขภาพ” เป็นกระบวนการที่รัฐดำเนินการให้ประชาชนมีหลักประกันทางสุขภาพโดยใช้กลไกทางกฎหมายคือ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกฎหมายฉบับนี้มีหลักการและเหตุผลในการตราคือ จัดระบบการให้บริการทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานโดยมีองค์การกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน เมื่อนำระบบประกันสุขภาพมาปรับเข้ากับหลักบริการสาธารณะแล้ว สามารถจำแนกวิเคราะห์ได้หลายประการ ดังนี้

ประการที่ 1 ผู้ใช้บริการสาธารณะ ผู้มีสิทธิจะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ คือ ประชาชนทั่วไป เพียงแต่จะสามารถใช้สิทธิได้ต้องมาดำเนินการขอลงทะเบียนเพื่อเลือกหน่วยบริการสาธารณสุขที่ได้เลือกไว้ เพื่อเป็นหน่วยบริการประจำครอบครัว สาเหตุที่ระบบประกันสุขภาพต้องกำหนดให้มีการเลือกหน่วยบริการเป็นเพราะว่าระบบประกันสุขภาพมีที่มาจากบริการสาธารณสุขที่กำหนดให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์อย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันนั้น ก็ได้หมายความว่าประชาชนทุกคนมีสิทธิในการเลือกใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐแต่ละแห่งได้อย่างอิสระเสรีไร้ขีดจำกัด มิฉะนั้นแล้ว อาจมีความแออัดของประชากรในโรงพยาบาลของรัฐแห่งใดแห่งหนึ่งมากเกินไป และยังมีผลกระทบต่อผู้มารับบริการโดยเฉพาะผู้ที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความจำเป็นต้องพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพราะการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นต้องอาศัยประวัติการรักษาซึ่งหากประวัติดังกล่าวขาดหายไปช่วงใดช่วงหนึ่งแล้วมีการรักษาพยาบาลต่อนั้นก็อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยนั้น ๆ ได้

นอกจากหลักความเสมอภาคที่มีในบริการสาธารณสุขและส่งผลให้เกิดระบบประกันสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างเสมอภาค โดยไม่มีการแบ่งแยกชนชั้น ศาสนา ความเชื่อ ซึ่งหลักความเสมอภาคนอกจากจะปรากฏในลักษณะของสิทธิในการเข้าใช้บริการทางการแพทย์ซึ่งเป็นประโยชน์สาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกันแล้ว ยังหมายความรวมถึงความเสมอภาคที่จะได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าจะเป็นราคาค่าบริการหรือการบริการ⁹ ดังนั้น การที่รัฐคิดค่าใช้จ่ายนั้นไม่ทำให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐกลายเป็นบริการอื่นทั่วไป เพียงแต่การบริการสาธารณสุขอาศัยหลักความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ประชาชนผู้ใช้บริการสาธารณสุขเข้าใช้บริการทางการแพทย์แล้วย่อมมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นได้เพียงแต่ในการคิดค่าบริการต้องคิดในอัตราเดียวกันทุกคน

ประการที่ 2 ผู้จัดทำบริการสาธารณสุข หน่วยงานที่รัฐมอบหมายกำกับดูแล “ระบบประกันสุขภาพ” คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)^{*} ซึ่งจัดเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล^{**} อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่ที่สำคัญคือ รับผิดชอบงานธุรการ จัดระบบทะเบียนผู้มารับบริการ บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนกำกับดูแลโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมระบบประกันสุขภาพเพื่อให้การบริการเป็นไปตามมาตรฐาน และรวมไปถึงอำนวยความสะดวกในเรื่องการร้องเรียนและงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงอาจกล่าวได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขโดยมี “สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เป็นผู้จัดทำบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพ

ประการที่ 3 เครื่องมือในการจัดทำบริการสาธารณสุข ในระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการขึ้นเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ มีลักษณะวิธีการดำเนินงานโดยจัดตั้งเป็น “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” กองทุนนี้ได้ถูกจัดตั้งขึ้นในสำนักงาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

⁹ นันทวัฒน์ บรมานันท์, กฎหมายปกครอง (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2553), หน้า 353.

^{*} พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13 บัญญัติว่า “ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ...”

^{**} พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 24 บัญญัติว่า “ให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี ...”

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ* โดยกองทุนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในส่วนหนึ่งของเงินกองทุนได้จัดสรรเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการของแพทย์โดยไม่ต้องนำคดีขึ้นสู่ศาล จึงเป็นการให้ความคุ้มครองแก่ผู้รับบริการทางการแพทย์ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการฟ้องคดี และยังเป็นการให้ความคุ้มครองแพทย์ผู้ให้บริการให้รอดพ้นจากการถูกดำเนินคดีทางศาลซึ่งเป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ให้บริการ

อย่างไรก็ดี ผู้เขียนเห็นว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีข้อจำกัดบางประการคือ ให้ความคุ้มครองเฉพาะผู้ที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วเท่านั้น หากผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแล้วย่อมต้องนำคดีขึ้นสู่ศาลเพื่อเรียกค่าเสียหายด้วยตนเอง เมื่อพิจารณาในด้านแพทย์ผู้ให้บริการแล้ว จะเห็นได้ว่ากองทุนนี้ไม่ได้คุ้มครองประชาชนทุกคนที่ได้รับความเสียหายอันเกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ ส่งผลให้การพิจารณาว่าแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐได้กระทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยหรือไม่ ต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยรายนั้นใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพหรือไม่ หากผู้ป่วยรายดังกล่าวเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพย่อมได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจากกองทุน แต่หากเป็นผู้ป่วยนอกระบบหลักประกันสุขภาพแล้ว แพทย์ผู้ทำการรักษาย่อมต้องมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นต่อการถูกดำเนินคดีทางศาลเมื่อเทียบกับแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้ง ๆ ที่แพทย์ในทั้งสองกรณีต่างก็ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้ให้บริการทางการแพทย์ ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพ คือ เงินชดเชยความเสียหาย

เงินชดเชยความเสียหาย หรือที่เรียกชื่อเฉพาะในกฎหมายฉบับนี้ว่า “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” ที่ได้รับการจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อนำไปเป็นการชดเชยแก่ผู้รับบริการที่ได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแล้วเกิดเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ เงินจำนวนนี้จึงเป็นวิธีการชดเชยเยียวยาความเสียหายจากการได้รับบริการสาธารณสุข องค์การที่พิจารณาเรื่องการให้ “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” ของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ คือ คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้รับบริการหรือทายาทในระดับจังหวัดทุกจังหวัด โดยมีองค์ประกอบของกรรมการสามส่วน คือ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถหรือผู้อาวุโสหรือเป็นบุคคลที่ได้รับความนับถือในพื้นที่ไม่

* พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 38 บัญญัติว่า “ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ... “

น้อยกว่าสามคน ตัวแทนหน่วยบริการ และตัวแทนประชาชนผู้ให้บริการฝ่ายละเท่าๆกัน ซึ่งในทางปฏิบัติองค์กรนี้มีตัวแทนองค์กรเอกชนเข้าไปทำหน้าที่ในฐานะประชาชนอยู่ด้วย¹⁰

เกณฑ์การจ่ายเงินและขอบเขต ได้มีการกำหนดไว้สามกลุ่ม คือ ความเสียหายแก่ชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 80,000 บาท การสูญเสียอวัยวะหรือพิการ จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 50,000 บาท และการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เกิน 20,000 บาท และกำหนดการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีมีการอุทธรณ์ได้ไม่เกินสองเท่าของวงเงินแต่ละลักษณะ¹¹ อย่างไรก็ตาม มีการกำหนดเกณฑ์ให้อุทธรณ์การสามารถเสนอความเห็นเพื่อขออนุมัติวงเงินเพิ่มมากกว่าที่กำหนดไว้จากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขพิจารณาในกรณีที่เห็นว่ามีมารุนแรงของความเสียหายค่อนข้างมาก¹²

วิธีการ ขั้นตอนการร้องขอ และสิทธิทางศาล ผู้เสียหายจะต้องยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือได้ตามช่องทางที่กำหนด ได้แก่ สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนั้น หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียน หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ภายใน 90 วัน นับจากวันที่มีความเสียหายเกิดขึ้น หากไม่ใช้สิทธิภายในเวลาดำหนด ถือว่าสิทธิในการยื่นคำร้องเป็นอันหมดสิ้นไป เมื่อคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยเป็นประการใด ต้องแจ้งผลเป็นหนังสือไปยังผู้เสียหายพร้อมแจ้งสิทธิการอุทธรณ์ ในกรณีที่ผู้เสียหายไม่พอใจการอนุมัติวงเงินชดเชยของคณะกรรมการ ได้กำหนดให้ผู้เสียหายมีสิทธิอุทธรณ์ตามช่องทางที่ยื่นคำร้องครั้งแรกภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย ทั้งนี้ ผลการพิจารณาวินิจฉัยของคณะกรรมการให้เป็นที่สุด และหากผู้เสียหายยังไม่พอใจต่อคำวินิจฉัยอุทธรณ์สามารถนำข้อโต้แย้งที่เกิดขึ้นเพื่อฟ้องร้องต่อศาลได้ตามปกติ

การปฏิบัติงานตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ถูกมองทั้งในภาพบวกและลบ มีแพทย์หรือผู้บริหารโรงพยาบาลบางส่วนที่เห็นในเชิงบวก

¹⁰ รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์,ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย และธเนศภูษี กุลจิรมาพันธ์, “รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ,” (ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2550), หน้า166.

¹¹ ตั้งแต่วันที่ 1กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา มีการกำหนดวงเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามกลุ่มที่กล่าวมาเป็นลำดับคือ 200,000 บาท 120,000 บาท และ50,000 บาท และเกณฑ์การอุทธรณ์ถูกยกเลิก

¹² รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์,ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย และธเนศภูษี กุลจิรมาพันธ์, “รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ,” หน้า 166.

กล่าวคือมีความเห็นด้วยในหลักการที่ให้มีการจ่ายเงินชดเชยความเสียหายแก่ผู้รับบริการทางการแพทย์ แต่ยังมีข้อกังวล คือ ต้องเพิ่มการประชาสัมพันธ์หรือมีการสื่อสารแก่ประชาชนที่แพร่หลายมากกว่าที่เป็นอยู่ โดยมุ่งหวังว่าการจ่ายเงินชดเชยความเสียหายซึ่งอยู่ในรูปของ “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” จะช่วยชดเชยความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นให้บรรเทาเบาบางลง ทำให้โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน ส่งผลให้แพทย์มีกำลังใจที่จะปฏิบัติงานต่อไป

ส่วนมุมมองในเชิงลบ มีข้อพิจารณาว่าการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 เป็นการให้สิทธิประชาชนในการได้รับบริการทางการแพทย์เพียงด้านเดียว โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับหน้าที่หรือข้อควรปฏิบัติที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการทางการแพทย์พึงมี กล่าวคือ นอกจากแพทย์จะให้การรักษาพยาบาลโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแล้วยังให้สิทธิแก่ผู้ป่วยสามารถฟ้องแพทย์ได้ ดังนั้น กลไกการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ควรเกิดขึ้นหลังจากการปรับปรุงคุณภาพบริการทางการแพทย์ เนื่องจากแพทย์ผู้ให้บริการมีความกังวลกับผลกระทบที่ตามมาหลังจากการจ่ายเงินชดเชย ตัวอย่างเช่น จะมีการดำเนินคดีทางศาลเรียกร้องค่าเสียหายต่อไปหรือไม่เพียงใด อีกทั้งต้องพิจารณาว่าการจ่ายเงินค่าชดเชยให้แก่ผู้ป่วยไปนั้นเป็นการสื่อความหมายว่าแพทย์หรือโรงพยาบาลได้กระทำความผิดต่อผู้ป่วยแล้วหรือไม่ เป็นต้น ผลกระทบในเชิงลบอีกประการหนึ่งต่อแพทย์ คือ ผลกระทบในเชิงจิตวิทยา กล่าวคือ เมื่อความผิดพลาดที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากการให้บริการของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลแล้ว ตัวอย่างเช่นจากการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น ย่อมทำให้แพทย์ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรม ส่งผลกระทบต่อการทำงานในระยะยาวเพราะแพทย์ย่อมเลือกออกจากโรงพยาบาลที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ ทำให้โรงพยาบาลขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์

ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 การจ่ายเงินชดเชยความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ในรูปแบบของ “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” แก่ผู้รับบริการทางการแพทย์นั้น โดยเจตนารมณ์ของกฎหมายนอกจากช่วยเหลือเพื่อมนุษยธรรมแล้ว ยังมุ่งหวังให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์ผู้ให้บริการและผู้ป่วยที่มาใช้บริการ และป้องกันการฟ้องคดีแก่แพทย์ด้วย แต่ในปัจจุบันการช่วยเหลือจากมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติฉบับนี้ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของกรณีความเสียหายหรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจริง ทั้งนี้ เพราะกรณีความเสียหายและความผิดพลาดได้ถูกจัดการด้วยกระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ย ที่เป็นกลไกเดิมของโรงพยาบาล ซึ่งมีการใช้หลายวิธีมากกว่าการชดเชย เช่น การใช้ความสัมพันธ์เดิม เครือข่ายทางสังคม เงิน และ

ความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ ประกอบกับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 มีข้อจำกัดในเรื่องวงเงินในการให้ความช่วยเหลือและการขยายการชดเชยความเสียหายที่ได้รับจากบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง ทำให้ถูกมองว่าไม่สามารถแก้ปัญหาความทุกข์ของผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ได้อย่างแท้จริง การใช้กระบวนการ มาตรา 41 จึงกลายเป็นเรื่องของการฟ้องร้องมากกว่าการขอรับการช่วยเหลือ อย่างไรก็ตามในการดำเนินคดีทางศาลซึ่งเดิมใช้ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง ผู้ได้รับความเสียหายก็พบกับข้อจำกัดที่เป็นภาระอันหนักในกระบวนการทางศาล การใช้ระยะเวลาในการดำเนินคดีที่ยาวนาน เสียค่าใช้จ่ายมาก ดังนั้น เมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 และให้บริการทางการแพทย์อยู่ในคดีผู้บริโภค หลักการของกฎหมายนี้เป็นการเอื้อต่อผู้บริโภคในการฟ้องดำเนินคดีแก่ผู้ประกอบการบนพื้นฐานความแตกต่างในทางเศรษฐกิจ การศึกษา เงินทุน เป็นสำคัญ จึงผ่อนคลายความเคร่งครัดของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง ทำให้การฟ้องร้องแพทย์ง่ายและสะดวกขึ้น

จึงอาจสรุปได้ว่า “การบริการสาธารณะ” เป็นภารกิจที่สำคัญของรัฐในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับความสะดวกสบาย โดยรัฐต้องดำเนินการให้บริการอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง มีความเสมอภาค และสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ในประเทศไทยได้นำกฎหมายมหาชนที่มีหลักการของการบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขมาบัญญัติไว้คือ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อให้เกิด “ระบบประกันสุขภาพ” ในประเทศไทย เนื้อหาสาระของกฎหมายฉบับนี้จึงเป็นการนำหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้เป็นครั้งแรก โดยวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทั้งประเทศได้รับการบริการทางการแพทย์ที่มีความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน เพราะหลักการบริการสาธารณะไม่จำเป็นต้องอยู่ในรูปเชิงปฏิบัติงาน คือ “โรงพยาบาลของรัฐ” แต่เพียงประการเดียว หากแต่กิจกรรมของรัฐที่ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการบริการทางการแพทย์ในรูปแบบของการกำหนดสิทธิด้านการแพทย์ให้ประชาชนได้เข้าถึงก็เป็นบริการสาธารณะด้วย ตลอดจนเมื่อเกิดความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ รัฐยังต้องเป็นผู้เยียวยาความเสียหายในรูปของเงินค่าชดเชยความเสียหายด้วย

2.3.3 การตีความให้ “การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็น “บริการสาธารณะ”

จากความเข้าใจเรื่องบริการสาธารณะในมุมมองของหลักกฎหมายมหาชนและลักษณะของการนำบริการสาธารณะมาปรับใช้กับการบริการทางการแพทย์นั้น จะเห็นได้ว่า

โรงพยาบาลของรัฐเป็นกิจการที่รัฐพึงต้องจัดทำสนองต่อความต้องการของประชาชนทั้งประเทศ โดยไม่เลือกปฏิบัติ เพียงแต่การจัดบริการสาธารณะไม่จำเป็นต้องปรากฏในรูปของ กิจกรรมที่ประกอบไปด้วยอาคาร สถานที่ อุปกรณ์ ตลอดจนบุคลากรต่าง ๆ เท่านั้น วิธีทางที่จะให้ประชาชนได้ถึงการบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน รัฐจึงดำเนินการให้มี “ระบบประกันสุขภาพ” ขึ้น ระบบประกันสุขภาพใช้เฉพาะกับโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น ไม่สามารถบังคับใช้กับโรงพยาบาลเอกชนได้นอกจากโรงพยาบาลเอกชนจะสมัครใจเข้าร่วมระบบประกันสุขภาพ ย่อมแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า “การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็นบริการสาธารณะ ผลที่ตามมาจากที่บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเป็นบริการสาธารณะ คือ เกิดสิทธิแก่ประชาชนในการเข้าใช้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐได้อย่างเสมอภาค ในประเด็นการเข้าใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐของประชาชนแล้วมีการเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ทำให้เกิดการตีความว่าเป็นค่าบริการและประธานศาลอุทธรณ์ได้วินิจฉัยว่า “โรงพยาบาลของรัฐ” เมื่อเรียกเก็บค่าบริการไม่ว่าในรูปแบบใดแล้ว ย่อมทำให้โรงพยาบาลของรัฐอยู่ในฐานะ “ผู้ประกอบการธุรกิจ” ในประเด็นการเก็บค่าบริการในโรงพยาบาลของรัฐ รัฐสามารถเก็บได้เพราะหลักของการบริการสาธารณะไม่ได้ห้ามมิให้รัฐเรียกเก็บค่าบริการ เพียงแต่ถ้าหากคิดค่าบริการแล้วต้องคิดในอัตราเดียวกันซึ่งเป็นไปตามหลักความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน การที่รัฐไม่เก็บค่าบริการสำหรับกรเข้าใช้บริการสาธารณะของประชาชนนั้นเกิดขึ้นในกรณีที่ประเทศนั้นเป็นรัฐสวัสดิการ แต่ถ้าเป็นเพียงสวัสดิการของรัฐแล้ว รัฐย่อมคิดค่าใช้จ่ายได้ ซึ่งรายละเอียดจะกล่าวถึงในบทที่ 3 ต่อไป

นอกจากสิทธิของประชาชนในการเข้าใช้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐแล้ว ประชาชนยังมีสิทธิที่จะได้รับการเยียวยาความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ ในระบบประกันสุขภาพที่ได้ศึกษาไปแล้ว จะกำหนดไว้อย่างชัดเจนว่าผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าย่อมได้รับค่าชดเชยจากความเสียหายอันเกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ ในขณะที่ผู้ได้รับความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์ที่มีสิทธิทางการแพทย์อื่นนอกขอบเขตของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องนำคดีขึ้นสู่ศาลจึงจะได้รับค่าชดเชยความเสียหาย และเมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดของเงินค่าชดเชยที่ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับโดยไม่ต้องนำคดีขึ้นสู่ศาลนั้น เป็นการจ่ายเงินในลักษณะของ “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” คือ เป็นการให้เพื่อช่วยเหลือไม่ได้จ่ายให้ตามจำนวนความเสียหายอันแท้จริงที่ผู้รับบริการทางการแพทย์ได้รับผลร้ายนั้น ในภาพรวมของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยจึงยังมีความเหลื่อมล้ำและขาดประสิทธิภาพ จึงก่อให้เกิดปัญหาการฟ้องร้องเพื่อต้องการเงินค่าเสียหายในจำนวนที่เสียหายอย่างแท้จริง ในปัญหา

นี้ผู้เขียนเห็นว่า เมื่อเกิดความเลื่อมล้ำในการจ่ายเงินชดเชยด้วยระบบประกันสุขภาพยังไม่ครอบคลุม ก็ควรแก้ไขให้ระบบประกันสุขภาพสามารถจ่ายเงินชดเชยได้ครอบคลุมและเป็นธรรมชาติ ความเลื่อมล้ำในการจ่ายเงินชดเชยจนทำให้ผู้เสียหายนำคดีมาฟ้องร้องไม่สามารถจะเปลี่ยนสถานะของ “การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” ที่เป็น “บริการสาธารณะ” ให้มีความรับผิดชอบเช่นบริการอื่นที่มีใช้บริการสาธารณะได้ นอกจากนี้ยังมีข้อพิจารณาต่อไปว่าการตีความให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเป็นบริการสาธารณะจะมีผลทางกฎหมายต่อโรงพยาบาลของรัฐในฐานะองค์การหนึ่งของรัฐและผลทางกฎหมายต่อบุคลากรซึ่งได้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐอย่างไร

2.3.4 ผลทางกฎหมายของการบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐในฐานะที่เป็นบริการสาธารณะ

เมื่อบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเป็นบริการสาธารณะ และการบริการสาธารณะเป็นส่วนหนึ่งในองค์ประกอบของรัฐ การกระทำหรือกระบวนการต่างที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเพื่อให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐย่อมอยู่ภายใต้ระบบกฎหมายปกครอง ย่อมหมายความว่า การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ มี “รัฐ” เป็นผู้จัดทำภารกิจอำนวยความสะดวก โดยอาศัย “เจ้าหน้าที่ของรัฐ” เป็นผู้ดำเนินการแทนรัฐ แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐจึงมีฐานะเป็น “เจ้าหน้าที่ของรัฐ” หลักการที่สำคัญประการหนึ่งในระบบกฎหมายปกครองคือ เมื่อเจ้าหน้าที่ผู้จัดทำบริการสาธารณะแทนหน่วยงานของรัฐและในนามของหน่วยงานของรัฐนั้น ได้กระทำละเมิดต่อบุคคลอื่นแล้ว หน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่จะต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อให้ผู้เสียหายได้กลับคืนสู่ฐานะเดิมของตน และหากหน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ปฏิเสธความรับผิดชอบดังกล่าว ผู้เสียหายก็ย่อมมีสิทธิที่จะฟ้องขอให้ศาลพิพากษาให้หน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่ตนได้

ในอดีต ระบบศาลไทยได้มีการรองรับการใช้สิทธิของผู้ได้รับความเสียหายอันเกิดจากการกระทำละเมิดของหน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่โดยให้ผู้เสียหายต้องฟ้องคดีต่อศาลยุติธรรม ซึ่งต้องตกอยู่ภายใต้บังคับของประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ลักษณะละเมิด การให้เจ้าหน้าที่ของรัฐต้องรับผิดชอบเป็นการส่วนตัวต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่เอกชนย่อมเป็นการไม่สมควรเพราะ “เจ้าหน้าที่ของรัฐ” เป็นผู้จัดทำบริการสาธารณะแทนหน่วยงานของรัฐ และในนามของหน่วยงานของรัฐ มิใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐปฏิบัติงานในสถานะของเอกชน เพราะในความเป็นจริงสถานะของเอกชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือ

หน่วยงานของรัฐมีลักษณะแตกต่างกันค่อนข้างมาก เนื่องจากโดยปกติเอกชนจะกระทำการต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ส่วนตน กฎหมายจึงต้องถือว่าเอกชนเสมอภาคและเท่าเทียมกันตามกฎหมาย นิติสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจึงต้องอาศัยความสมัครใจเข้าก่อนนิติสัมพันธ์ระหว่างกัน ดังนั้นจึงควรรับผิดชอบหากการกระทำของตนในสถานะเอกชนนั้นก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น

แต่ในการปฏิบัติงานในฐานะเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐมิได้เป็นการกระทำเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัวแต่ทำงานเพื่อประโยชน์สาธารณะโดยรวม คือต้องให้ประโยชน์สาธารณะมาก่อนหรืออยู่เหนือประโยชน์ส่วนตัวของเอกชน ถ้าเอกชนไม่สมัครใจหรือไม่ยินยอมที่จะสละประโยชน์ส่วนตัวของตนเพื่อประโยชน์สาธารณะแล้ว เจ้าหน้าที่ของรัฐต้องเป็นผู้ดูแลรักษาประโยชน์สาธารณะแทนและสามารถใช้อำนาจหน้าที่บังคับเอกชนเพื่อประโยชน์สาธารณะได้ ดังนั้น หากให้เจ้าหน้าที่ของรัฐต้องรับผิดชอบเป็นการส่วนตัวแล้วอาจทำให้เจ้าหน้าที่นั้นไม่กล้าตัดสินใจหรือกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใด โดยเฉพาะในกรณีที่มีความเสี่ยงสูงว่าอาจถูกเอกชนฟ้องเรียกค่าสินไหมทดแทนในภายหลังซึ่งอาจทำให้เป็นที่เสียหายแก่สาธารณะโดยรวมก็ได้ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2539 ประเทศไทยจึงได้ออกกฎหมายมหาชน คือพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 เพื่อวางหลักเกณฑ์ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ของรัฐโดยการยกเว้นหลักกฎหมายทั่วไป แต่ยังคงนำหลักเกณฑ์ทั่วไปที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาใช้กับความรับผิดของหน่วยงานของรัฐเช่นเดิม ขอบเขตการบังคับใช้ของพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ได้กำหนดขอบเขตการบังคับใช้ 2 ประการ¹³ คือ ใช้กับ “เจ้าหน้าที่” และ “หน่วยงานของรัฐ” ตามมาตรา 4

¹³ ศูนย์กฎหมายและจรรยาบรรณ, พ.ร.บ. ความรับผิดของเจ้าหน้าที่กับปัญหาในเวชปฏิบัติ (กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์), หน้า 4-5.

* พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 มาตรา 4 กำหนดบทนิยามคำว่า “เจ้าหน้าที่” หมายความว่า ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง หรือผู้ปฏิบัติงานประเภทอื่น ไม่ว่าจะเป็นการแต่งตั้งในฐานะเป็นกรรมการหรือฐานอื่นใด

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า กระทรวง ทบวง กรม หรือส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นและฐานะเป็นกรม ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจที่ตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติหรือพระราชกฤษฎีกา และให้หมายความรวมถึงหน่วยงานอื่นของรัฐที่มีพระราชกฤษฎีกากำหนดให้เป็นหน่วยงานของรัฐตามพระราชบัญญัตินี้ด้วย

เหตุที่กฎหมายฉบับนี้ต้องแยกความรับผิดของ “เจ้าหน้าที่ของรัฐ” กับ “หน่วยงานของรัฐ” ออกจากกัน เพราะการกระทำละเมิดของเจ้าหน้าที่ของรัฐอาจเป็นกรณีที่เจ้าหน้าที่ของรัฐกระทำละเมิดที่มีชื่ออยู่ในการปฏิบัติหน้าที่และกรณีที่เจ้าหน้าที่ของรัฐกระทำละเมิดขณะอยู่ในการปฏิบัติหน้าที่ เนื่องจากกฎหมายฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะคุ้มครองเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่เท่านั้นเพราะอยู่ในฐานะเป็นตัวแทนของหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานของรัฐซึ่งเป็นตัวการจึงมีความรับผิดอันเกิดจากการที่ตัวแทนได้กระทำละเมิดไปในกิจการของรัฐ แต่ถ้าเจ้าหน้าที่ของรัฐกระทำละเมิดในเรื่องที่เป็นส่วนตัวหรือไม่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของตนก็เป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้นั้นต้องรับผิดเป็นส่วนตัวเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปกระทำละเมิดเพราะมิใช่เป็นการกระทำละเมิดในฐานะตัวแทนของรัฐ ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ของรัฐกระทำละเมิดที่มีชื่อการปฏิบัติหน้าที่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจึงต้องฟ้องให้เจ้าหน้าที่ผู้กระทำละเมิดนั้นรับผิดเป็นการส่วนตัวจะฟ้องหน่วยงานของรัฐต้นสังกัดของเจ้าหน้าที่ให้ชดเชยค่าสินไหมทดแทนไม่ได้ ส่วนกรณีเจ้าหน้าที่ของรัฐกระทำละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่ถือว่าเป็นตัวแทนที่กระทำงานแทนรัฐจึงต้องฟ้องหน่วยงานของรัฐต้นสังกัด จะฟ้องเจ้าหน้าที่ผู้นั้นให้รับผิดเป็นการส่วนตัวไม่ได้ ด้วยเหตุนี้จึงจำต้องแบ่งแยกความรับผิดของ “เจ้าหน้าที่ของรัฐ” และ “หน่วยงานของรัฐ” ออกจากกันโดยพิจารณาจากภาระงานในการปฏิบัติหน้าที่

ตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ฉบับนี้ เน้นถึงการทำงานแทนรัฐในลักษณะของหน่วยงานของภาครัฐโดยตรง เพราะฉะนั้น ในคำนิยามของคำว่า “หน่วยงานของรัฐ” จะหมายถึง

- (1) ราชการส่วนกลาง อันได้แก่ กระทรวง ทบวง กรม หรือส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่น และมีฐานะเป็นกรม
- (2) ราชการส่วนภูมิภาค อันได้แก่ จังหวัด อำเภอ
- (3) ราชการส่วนท้องถิ่น อันได้แก่ เทศบาล สุขาภิบาล กรุงเทพมหานคร ฯลฯ
- (4) รัฐวิสาหกิจที่จัดตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติหรือพระราชกฤษฎีกา
- (5) หน่วยงานอื่นของรัฐที่มีพระราชกฤษฎีกากำหนดให้เป็นหน่วยงานของรัฐตามพระราชบัญญัตินี้ด้วย

โรงพยาบาลของรัฐไม่ว่าเป็นโรงพยาบาลระดับชุมชน หรือระดับจังหวัดย่อมเป็นหน่วยงานของรัฐ ส่วนเจ้าหน้าที่ในกฎหมายนี้คือบุคลากรทุกประเภทที่ทำงานให้กับรัฐ ไม่ว่าจะเป็่็นลูกจ้าง หรือจะเป็นกรรมการ และไม่ว่าจะเป็นการแต่งตั้งในฐานะใด ดังนั้น แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐประเภทหนึ่ง ไม่ว่าจะแพทย์ผู้ให้บริการนั้นจะเป็น

ข้าราชการ หรือเป็นลูกจ้างยอมเป็นเจ้าหน้าที่ตามความหมายของพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างความรับผิดทางละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ กับความรับผิดทางละเมิดตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 จึงขอสรุปเป็นตารางเปรียบเทียบ ดังนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* ดูรายละเอียดในเรื่องนี้ ในบทที่ 3.2.1.2 เรื่องหลักกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยเรื่องสัญญาและละเมิด หน้าที่ 76

ตารางเปรียบเทียบความรับผิดทางละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ กับ
ความรับผิดทางละเมิดตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ.2539

ประเด็น พิจารณา	ความรับผิดทางละเมิดตาม ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์	ความรับผิดทางละเมิดตาม พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด ของเจ้าหน้าที่ พ.ศ.2539
1.กรณีเจ้าหน้าที่ กระทำละเมิดทำ ให้บุคคลอื่นได้รับความ เสียหาย	ไม่ว่าการละเมิดนั้นจะเป็นการกระทำ ในการปฏิบัติหน้าที่หรือในทางการที่ จ้างหรือไม่ก็ตาม เจ้าหน้าที่ผู้นั้น จะต้องรับผิดเป็นการส่วนตัวในผล แห่งละเมิด	มีการแบ่งแยกระหว่างการกระทำละเมิด กรณีที่เกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ และ กรณี กระทำละเมิดที่ไม่ได้เกิดจากการปฏิบัติ หน้าที่ 1. กรณีเจ้าหน้าที่กระทำละเมิดในการ ปฏิบัติหน้าที่ (มาตรา 5) หน่วยงานของรัฐ เป็นผู้รับผิดชอบในผลแห่งละเมิด ผู้เสียหาย ต้องฟ้องหน่วยงานของรัฐโดยตรงจะฟ้อง เจ้าหน้าที่ไม่ได้ 2. กรณีเจ้าหน้าที่กระทำละเมิดที่ไม่ได้เกิดจาก การปฏิบัติหน้าที่ (มาตรา 6) เจ้าหน้าที่ต้องรับ ผิดเป็นการส่วนตัว ผู้เสียหายต้องฟ้องเจ้าหน้าที่ โดยตรง จะฟ้องหน่วยงานของรัฐไม่ได้
2.ความรับผิดใน ค่าเสียหายของ เจ้าหน้าที่	ผู้เสียหายมีสิทธิฟ้องให้เจ้าหน้าที่รับ ผิดชดใช้ค่าสินไหมทดแทนได้โดยตรง และฟ้องหน่วยงานของรัฐให้ร่วมรับ ผิดชดใช้ค่าสินไหมทดแทนกับ เจ้าหน้าที่ได้	เมื่อหน่วยงานของรัฐได้ชดใช้ค่าสินไหม ทดแทนให้แก่ผู้เสียหายแล้ว มีสิทธิไต่เบี่ยให้ เจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดชดใช้ค่าสินไหม ทดแทนคืน เฉพาะกรณีที่ทำไปโดยจงใจหรือ ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเท่านั้น
3. ข้อจำกัดในการ ไต่เบี่ยแก่เจ้าหน้าที่ ของรัฐ	หากหน่วยงานของรัฐได้ชดใช้ค่าสินไหม ทดแทนแก่ผู้เสียหายแล้ว ก็มีสิทธิไต่เบี่ย จากเจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดได้เต็มจำนวน เจ้าหน้าที่ไม่อาจยกข้ออ้างว่าหน่วยงาน มีส่วนบกพร่องด้วยและนำมาหักออก จากความรับผิดของตนได้	1.การไต่เบี่ยให้คำนึงถึงความร้ายแรงแห่ง การกระทำและความเป็นธรรมในแต่ละกรณี ประกอบ โดยอาจไม่ต้องใช้ค่าเสียหายเต็ม จำนวนก็ได้ 2. ถ้าการละเมิดเกิดจากความผิดหรือความ บกพร่องของหน่วยงานของรัฐหรือระบบ

ประเด็น พิจารณา	ความรับผิดทางละเมิดตาม ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์	ความรับผิดทางละเมิดตาม พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด ของเจ้าหน้าที่ พ.ศ.2539
		การดำเนินงานของส่วนรวมแล้ว การไล่เบียด จากเจ้าหน้าที่ก็ต้องหักส่วนความรับผิด ดังกล่าวออก
4.กรณีเจ้าหน้าที่ หลายคนร่วมกัน ทำละเมิดในการ ปฏิบัติหน้าที่	เจ้าหน้าที่ทั้งหมดต้องรับผิดอย่าง ลูกหนี้ร่วม ตามมาตรา 432 แห่ง ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์	ไม่ให้นำหลักลูกหนี้ร่วมมาใช้บังคับ
5.อายุความ	ต้องใช้อายุความตามมาตรา 448 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและ พาณิชย์ ซึ่งสิทธิเรียกร้องค่าเสียหาย จากมูลละเมิดมีอายุความ 1 ปี นับแต่ วันที่ผู้เสียหายรู้ถึงการละเมิดและรู้ตัว ผู้จะพึงต้องใช้ค่าสินไหมทดแทน หรือ เมื่อพ้น 10 ปีนับแต่วันทำละเมิด	อายุความในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน มี 2 กรณี คือ 1. กรณีหน่วยงานของรัฐและกระทรวงการคลัง มีความเห็นตรงกันว่าเจ้าหน้าที่ต้องรับผิด ชดใช้ค่าสินไหมทดแทน สิทธิเรียกร้องค่า สินไหมทดแทนมีอายุความ 2 ปี นับแต่วันที่ หน่วยงานของรัฐรู้ถึงการละเมิดและรู้ตัว เจ้าหน้าที่ผู้ต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทน 2. กรณีหน่วยงานของรัฐเห็นว่าเจ้าหน้าที่ ผู้นั้นไม่ต้องรับผิด แต่กระทรวงการคลัง ตรวจสอบแล้วเห็นว่าต้องรับผิด ให้สิทธิ เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมีอายุความ 1 ปี นับแต่วันที่หน่วยงานของรัฐมีคำสั่งตาม ความเห็นของกระทรวงการคลัง

2.3.4.1 ผลต่อองค์กร : โรงพยาบาลของรัฐ

โรงพยาบาลของรัฐจัดเป็นหน่วยงานของรัฐที่เข้ามาทำกิจกรรมในด้านการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม โรงพยาบาลของรัฐเป็นบริการที่จัดตั้งขึ้นเพื่อประโยชน์ของประชาชนทุกคนไม่เลือกเฉพาะเจาะจงกลุ่มบุคคล ดังนั้นประชาชนทุกคนที่เจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพย่อมมีสิทธิเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐได้ นอกจากนี้การบริการด้านสุขภาพที่จัดทำโดยโรงพยาบาลของรัฐเป็นบริการที่มีความจำเป็นไม่สามารถคาดหมายล่วงหน้าได้ว่าจะเจ็บป่วยเมื่อใดเวลาใด จึงมีความจำเป็นที่โรงพยาบาลของรัฐต้องเปิดบริการในส่วนของอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลของรัฐจึงเป็นบริการสาธารณะด้านการให้บริการทางการแพทย์โดยผ่านทางบุคลากรของรัฐ โรงพยาบาลของรัฐและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจึงอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ซึ่งกฎหมายฉบับนี้วางหลักว่า “หน่วยงานของรัฐ” ต้องรับผิดชอบต่อผู้เสียหายในผลแห่งละเมิดที่ “เจ้าหน้าที่” ในที่นี้คือแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐได้กระทำในการปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีเช่นนี้หน่วยงานของรัฐคือโรงพยาบาลของรัฐที่แพทย์ผู้กระทำละเมิดสังกัดอยู่เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในผลแห่งละเมิดนั้น และผู้เสียหายสามารถฟ้องหน่วยงานของรัฐชดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ตนได้เท่านั้น จะฟ้องร้องเจ้าหน้าที่ไม่ได้ การร้องขอให้หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทน มาตรา 11^{*} ได้กำหนดไว้เป็น 2 แนวทาง คือ

1. ผู้เสียหายหรือผู้ป่วยสามารถยื่นคำร้องต่อหน่วยงานของรัฐที่แพทย์ผู้นั้นสังกัดอยู่ได้โดยตรง โดยที่ผู้เสียหายหรือผู้ป่วยไม่ต้องไปฟ้องคดีต่อศาล เพราะการนำคดีสู่ศาลนั้นเป็น

* พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 มาตรา 11 บัญญัติว่า

“ในกรณีที่ผู้เสียหายเห็นว่า หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดตามมาตรา 5 ผู้เสียหายจะยื่นคำขอต่อหน่วยงานของรัฐให้พิจารณาชดใช้ค่าสินไหมทดแทนสำหรับความเสียหายที่เกิดแก่ตนก็ได้ ในกรณีนี้หน่วยงานของรัฐต้องออกไปรับคำขอให้ไว้เป็นหลักฐานและพิจารณาคำขอนั้นโดยไม่ชักช้า เมื่อหน่วยงานของรัฐมีคำสั่งเช่นใดแล้วหากผู้เสียหายยังไม่พอใจในผลการวินิจฉัยของหน่วยงานของรัฐก็ให้มีสิทธิร้องทุกข์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยร้องทุกข์ตามกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่ตนได้รับแจ้งผลการวินิจฉัย

ให้หน่วยงานของรัฐพิจารณาคำขอที่ได้รับตามวรรคหนึ่งให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวัน หากเรื่องใดไม่อาจพิจารณาได้ทันในกำหนดนั้นจะต้องรายงานปัญหาและอุปสรรคให้รัฐมนตรีเจ้าสังกัดหรือกำกับหรือควบคุมดูแลหน่วยงานของรัฐแห่งนั้นทราบและขออนุมัติขยายระยะเวลาออกไปได้ แต่รัฐมนตรีดังกล่าวจะพิจารณาอนุมัติให้ขยายระยะเวลาให้อีกได้ไม่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวัน”

การสร้างภาระให้กับผู้ป่วยที่ถูกทำละเมิด กรณีเช่นนี้หากมีการยื่นคำร้องหน่วยงานของรัฐมีหน้าที่ที่จะต้องพิจารณาโดยไม่ชักช้า ถ้าเป็นเรื่องซับซ้อนก็กำหนดให้ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 180 วัน และถ้าหน่วยงานของรัฐได้พิจารณาแล้วเห็นว่า เจ้าหน้าที่ของตนกระทำละเมิดจริงก็จะกำหนดค่าเสียหายไปด้วย และส่งคำสั่งให้กับผู้เสียหายที่ยื่นคำร้อง แต่ถ้าหน่วยงานของรัฐได้พิจารณาแล้วเห็นว่าตนไม่ต้องรับผิดชอบก็ให้ยกคำร้องและแจ้งให้ผู้ยื่นคำร้องทราบ

แต่ถ้าหากผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายไม่เห็นด้วยกับการวินิจฉัยของหน่วยงานของรัฐ ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายก็มีสิทธิที่จะร้องทุกข์ภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ตนได้รับแจ้งผลการวินิจฉัย

2. การนำคดีขึ้นสู่ศาลโดยฟ้องเป็นคดีละเมิด หากผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายไม่ต้องการยื่นคำร้องเรียกค่าเสียหายต่อหน่วยงานของรัฐที่แพทย์ผู้ทำละเมิดสังกัดอยู่ก็อาจจะใช้วิธีทางศาลฟ้องเป็นคดีละเมิดต่อแพทย์ผู้นั้นได้

บทบัญญัติในมาตรา 11 เป็นการผ่อนภาระของราษฎรผู้เสียหายที่จะเรียกค่าสินไหมทดแทนซึ่งบางครั้งอาจเป็นจำนวนเงินเพียงไม่กี่พันบาท ซึ่งถ้าจะต้องไปฟ้องคดีต่อศาลก็ จะไม่คุ้มค่าทนายความและค่าธรรมเนียมต่าง ๆ ¹⁴

จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลของรัฐซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ ให้ความสำคัญคุ้มครองแก่แพทย์ที่สังกัดในโรงพยาบาลนั้น ๆ ซึ่งมุ่งหวังให้การปฏิบัติงานและการตัดสินใจดำเนินงานของแพทย์ในโรงพยาบาลมีความคล่องตัวและลดความกลัวเรื่องความรับผิดชอบที่จะเกิดแก่ตน เพราะหากเกิดความเสียหายในการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์แล้ว หน่วยงานของรัฐจะถูกฟ้องคดี เช่น แพทย์ในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งทำละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่ โรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นหน่วยงานของรัฐซึ่งสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น ผู้เสียหายหากประสงค์ จะเรียกค่าสินไหมทดแทนทางศาลจะต้องฟ้องสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นจำเลย

2.3.4.2 ผลต่อบุคลากร : แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ

หน่วยงานของรัฐที่แพทย์สังกัดอยู่นั้นอาจจะไม่ต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการทำละเมิดของแพทย์เสมอไป ถ้าไม่ใช่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่แล้วมาตรา 6^{*}

¹⁴ ศุภชัยกัญญาและจรัสศาสตร, พ.ร.บ. ความรับผิดของเจ้าหน้าที่กับปัญหาในเวชปฏิบัติ หน้า 17

* พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 มาตรา 6 “ถ้าการกระทำละเมิดของเจ้าหน้าที่มิใช่การกระทำในการปฏิบัติหน้าที่เจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบในการนั้นเป็นการเฉพาะตัว ในกรณีนี้ผู้เสียหายอาจฟ้องเจ้าหน้าที่ได้โดยตรง แต่จะฟ้องหน่วยงานของรัฐไม่ได้”

กำหนดให้ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจะต้องฟ้องแพทย์ผู้ทำละเมิดโดยตรงจะฟ้องต่อหน่วยงานของรัฐที่แพทย์สังกัดอยู่ไม่ได้ ตัวอย่าง เช่น แพทย์ที่ทำงานส่วนตัวและนอกเวลาราชการโดยเปิดคลินิกรับรักษาคนไข้ กรณีของสูตินารีแพทย์ที่รับฝากครรภ์และทำคลอดให้แก่ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์จะฝากครรภ์ไว้ที่โรงพยาบาลกับแพทย์ผู้รับฝากครรภ์ที่ปฏิบัติหน้าที่ประจำโรงพยาบาลแห่งนั้นและเปิดคลินิกส่วนตัวรับฝากครรภ์ด้วยในระหว่างอายุครรภ์จะต้องมีการตรวจครรภ์เป็นประจำ แพทย์ผู้หนึ่งที่จะให้คนไข้ไปตรวจครรภ์ที่คลินิกส่วนตัว กรณีเช่นนี้หากแพทย์กระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อต่อผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ดังกล่าว ผู้ป่วยจะฟ้องร้องหน่วยงานของรัฐที่แพทย์สังกัดอยู่ไม่ได้ จะต้องฟ้องร้องต่อแพทย์ผู้หนึ่งโดยตรง

เมื่อพิจารณา มาตรา 5* และ มาตรา 6** ประกอบกันจะเห็นได้ว่าผู้เสียหายจะต้องเลือกว่าจะฟ้องหน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ แต่จะฟ้องคู่กันอย่างไรที่เคยปฏิบัติมาไม่ได้อีกแล้ว โดยจะต้องบรรยายฟ้องว่า กรณีนี้เกิดจากการกระทำของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งหน่วยงานของรัฐจะต้องรับผิดชอบ แต่ถ้าเป็นการกระทำส่วนตัวก็ต้องบรรยายฟ้องว่าเป็นการกระทำส่วนตัว จะบรรยายฟ้องทั้งสองกรณีรวมกันไม่ได้เพราะขัดกันเองในตัว แต่ถ้าผู้เสียหายไม่แน่ใจว่าการกระทำของเจ้าหน้าที่เป็นการกระทำในการปฏิบัติหน้าที่หรือเป็นการกระทำส่วนตัว ก็ให้ฟ้องหน่วยงานของรัฐเอาไว้ก่อนเนื่องจากมาตรา 7 ได้วางกลไกในการแก้ปัญหาไว้โดยเปิดโอกาสให้หน่วยงานของรัฐที่ถูกฟ้องขอให้ศาลเรียกเจ้าหน้าที่เข้ามาร่วมเป็นจำเลยด้วยหรือถ้าผู้เสียหายฟ้องเจ้าหน้าที่แล้วเจ้าหน้าที่เห็นว่าเป็นเรื่องที่หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบหรือต้องร่วมรับผิดชอบ ก็ขอศาลให้เรียกหน่วยงานของรัฐเข้ามาร่วมเป็นจำเลยด้วยทำนองเดียวกับประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งมาตรา 57 (2)***

* มาตรา 5 หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบต่อผู้เสียหายในผลแห่งละเมิดที่เจ้าหน้าที่ของตนได้กระทำการปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีนี้ผู้เสียหายอาจฟ้องหน่วยงานของรัฐดังกล่าวได้โดยตรง แต่จะฟ้องเจ้าหน้าที่ไม่ได้

ถ้าการละเมิดเกิดจากเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ได้สังกัดหน่วยงานของรัฐแห่งใดให้ถือว่ากระทรวงการคลังเป็นหน่วยงานของรัฐที่ต้องรับผิดชอบตามวรรคหนึ่ง

** มาตรา 6 ถ้าการกระทำละเมิดของเจ้าหน้าที่มิใช่การกระทำการในการปฏิบัติหน้าที่เจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบในการนั้นเป็นการเฉพาะตัว ในกรณีนี้ผู้เสียหายอาจฟ้องเจ้าหน้าที่ได้โดยตรงแต่จะฟ้องหน่วยงานของรัฐไม่ได้

*** ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งมาตรา 57 บัญญัติว่า “บุคคลภายนอกซึ่งมิใช่คู่ความอาจเข้ามาเป็นคู่ความได้ด้วยการร้องสอด

อย่างไรก็ดี แม้ในมาตรา 5 จะให้ความคุ้มครองแก่แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐโดยให้ผู้เสียหายฟ้องหน่วยงานของรัฐในกรณีที่แพทย์ได้กระทำละเมิดในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ก็ตาม ในมาตรา 8 ได้กำหนดว่า กรณีที่หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายเพื่อการละเมิดของเจ้าหน้าที่ ก็ไม่ได้หมายความว่าเจ้าหน้าที่จะหลุดพ้นจากความรับผิดชอบทั้งหมดไปเสียทีเดียว กล่าวคือ เจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบในจำนวนค่าสินไหมทดแทนนั้นด้วย หากตนได้กระทำให้เกิดการละเมิดขึ้นด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ในกรณีเช่นนี้ เมื่อหน่วยงานของรัฐได้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้เสียหายไปแล้ว ก็มีสิทธิมาไล่เบี้ยเอาแก่เจ้าหน้าที่ได้ ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ประมาทเลินเล่อธรรมดา หน่วยงานของรัฐไม่มีสิทธิไล่เบี้ยจากเจ้าหน้าที่ได้

หลักเกณฑ์การไล่เบี้ยให้คำนึงถึงระดับความร้ายแรงแห่งการกระทำและความผิดหรือความบกพร่องของหน่วยงานของรัฐหรือระบบการดำเนินงานส่วนรวมตามมาตรา 8 วรรคสอง* และคำนึงถึงความผิดหรือความบกพร่องของหน่วยงานของรัฐหรือระบบการดำเนินงานส่วนรวมตามมาตรา 8 วรรคสาม** และในกรณีที่การละเมิดเกิดจากเจ้าหน้าที่หลายคนซึ่งแต่เดิมเมื่อยังไม่มีกฎหมายในเรื่องนี้ ศาลก็ใช้หลักลูกหนี้ร่วม กล่าวคือ โจทก์สามารถเรียกให้จำเลยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่คนใดคนหนึ่งชำระหนี้ได้เต็มจำนวน ดังนั้น หากเจ้าหน้าที่คนใดมีฐานะทางการเงินดีก็อาจถูกบังคับคดีชำระหนี้ทั้งหมดได้ หลังจากนั้นก็เป็นเรื่องที่เจ้าหน้าที่เหล่านั้นจะไล่เบี้ยกันเอง ดังนั้น เพื่อความเป็นธรรม มาตรา 8 วรรคสี่*** จึงกำหนดว่าเจ้าหน้าที่แต่ละคนจะต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนเฉพาะส่วนของตนเท่านั้น โดยตัดระบบความรับผิดชอบอย่างลูกหนี้ร่วมออกไป

(2) ด้วยความสมัครใจเองเพราะตนมีส่วนได้เสียตามกฎหมายในผลแห่งคดีนั้น โดยยื่นคำร้องขอต่อศาลไม่ว่าเวลาใด ๆ ก่อนมีคำพิพากษา ขออนุญาตเข้าเป็นโจทก์ร่วมหรือจำเลยร่วม หรือเข้าแทนที่คู่ความฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเสียทีเดียวโดยได้รับความยินยอมของคู่ความฝ่ายนั้น ...”

* พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 มาตรา 8 วรรคสอง บัญญัติว่า “สิทธิเรียกให้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนตามวรรคหนึ่งจะมีได้เพียงใดให้คำนึงถึงระดับความร้ายแรงแห่งการกระทำและความเป็นธรรมในแต่ละกรณีเป็นเกณฑ์โดยมีต้องให้ใช้เต็มจำนวนของความเสียหายก็ได้”

** พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 มาตรา 8 วรรคสาม บัญญัติว่า “ถ้าการละเมิดเกิดจากความผิดหรือความบกพร่องของหน่วยงานของรัฐหรือระบบการดำเนินงานส่วนรวม ให้หักส่วนแห่งความรับผิดดังกล่าวออกด้วย”

*** พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 มาตรา 8 วรรคสี่ บัญญัติว่า “ในกรณีที่การละเมิดเกิดจากเจ้าหน้าที่หลายคน มิให้นำหลักเรื่องลูกหนี้ร่วมมาใช้บังคับและเจ้าหน้าที่แต่ละคนต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนเฉพาะส่วนของตนเท่านั้น”

แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเมื่อกระทำละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่ต่อผู้ป่วย นอกจากจะได้รับความคุ้มครองโดยผู้ป่วยหรือผู้เสียหายต้องฟ้องหน่วยงานของรัฐที่แพทย์นั้นสังกัดอยู่ แพทย์ผู้กระทำละเมิดไม่ต้องรับผิดชอบใช้ค่าเสียหายเลยถ้าการทำละเมิดของแพทย์ในการปฏิบัติหน้าที่นั้นได้กระทำไปด้วยความประมาทเลินเล่อธรรมดา แพทย์จะรับผิดชอบเมื่อได้กระทำไปด้วยความจงใจ หรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง นอกจากนี้หากแพทย์ผู้กระทำละเมิดต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายแล้ว หลักการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในส่วน of แพทย์ผู้กระทำละเมิดให้ชดใช้ตามสัดส่วนแห่งความรับผิดชอบของตน มิได้นำหลักการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนอย่างลูกหนี้ร่วมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาปรับใช้อีกต่อไป

โรงพยาบาลของรัฐเป็นหน่วยงานทางปกครองของรัฐที่ทำหน้าที่ให้บริการการรักษาแก่ผู้ป่วย ซึ่งจัดเป็นบริการสาธารณะ ประการหนึ่ง¹⁵ หากแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐกระทำโดยละเมิด กล่าวคือ มีการกระทำโดยประมาท เช่น ทำการผ่าตัดแล้วลืมคีมผ่าตัดไว้ในท้องคนไข้ ทำให้คนไข้ปวดท้อง หรือทำการรักษาโดยการให้เลือดแก่ผู้ป่วยโดยประมาททำให้ผู้ป่วยติดเชื้อ H.I.V. การกระทำละเมิดหรือการกระทำโดยประมาทของแพทย์เหล่านี้จะต้องยื่นฟ้องต่อศาลได้นั้น คณะกรรมการวินิจฉัยชี้ขาดอำนาจหน้าที่ระหว่างศาล¹⁶ ได้วินิจฉัยยืนยันว่า

¹⁵ สาโรจน์ เกษมถาวรศิลป์, ฟ้องหมอ(ให้ติดคุก) ทำไม? (กรุงเทพมหานคร: บจก.สร้างสรรค์บุ๊คส์), หน้า 93.

* พระราชบัญญัติว่าด้วยการวินิจฉัยชี้ขาด อำนาจหน้าที่ระหว่างศาล พ.ศ. 2542 มาตรา 4 บัญญัติว่า “ให้มีคณะกรรมการวินิจฉัยชี้ขาดอำนาจหน้าที่ระหว่างศาลคณะหนึ่ง ประกอบด้วยประธานศาลฎีกา เป็นประธานกรรมการ ประธานศาลปกครองสูงสุด หัวหน้าสำนักตุลาการทหาร และผู้ทรงคุณวุฒิอื่นอีกสี่คนเป็นกรรมการ

ในกรณีที่มีการจัดตั้งศาลอื่นขึ้น ให้ประธานศาลอื่นนั้นเป็นกรรมการโดยตำแหน่งตามวรรคหนึ่งด้วย คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ระหว่างศาลและอำนาจหน้าที่อื่นตามพระราชบัญญัตินี้”

พระราชบัญญัติว่าด้วยการวินิจฉัยชี้ขาด อำนาจหน้าที่ระหว่างศาล พ.ศ. 2542 มาตรา 5 บัญญัติว่า “ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยบุคคล ดังต่อไปนี้

(1) ผู้มีความรู้และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการพิจารณาพิพากษาคดีของศาลยุติธรรม ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากที่ประชุมใหญ่ศาลฎีกา จำนวนหนึ่งคน

(2) ผู้มีความรู้และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการพิจารณาพิพากษาคดีของศาลปกครอง ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากที่ประชุมใหญ่ตุลาการในศาลปกครองสูงสุด จำนวนหนึ่งคน

การกระทำละเมิดของหน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ดังกล่าว มิใช่เป็นการกระทำละเมิดอันเกิดจากการใช้อำนาจตามกฎหมาย จึงเป็นคดีที่ต้องยื่นฟ้องต่อศาลยุติธรรม มิใช่ศาลปกครอง เช่น คำวินิจฉัยชี้ขาดอำนาจหน้าที่ระหว่างศาลที่ 2/2545* เป็นต้น

จากที่ผู้เขียนได้ศึกษาถึงความหมายของคำว่า “บริการ” ในพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 พบว่า การ “บริการ” ที่มีลักษณะทั่วไป กับ “บริการสาธารณะ” ถูกจัดเป็นบริการในคดีผู้บริโภคเหมือนกัน โดยไม่ได้มีการแบ่งแยกว่าผู้ให้บริการได้จัดทำบริการเหล่านั้นเพื่อวัตถุประสงค์ที่มุ่งหวังผลกำไร หรือเป็นไปเพื่อการ “บริการสาธารณะ” อันเป็นประโยชน์แก่ส่วนรวม ทั้ง ๆ ที่ “บริการ” ที่มีลักษณะทั่วไป กับ “บริการสาธารณะ” มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ “บริการ” อื่นทั่วไปเป็นเรื่องที่เอกชนต่างฝ่ายต่างมุ่งผลประโยชน์ส่วนตัวของตนที่ตั้งอยู่บนหลักความศักดิ์สิทธิ์ในการแสดงเจตนาของเอกชนทั้งสองฝ่าย ทำให้ผู้บริโภคที่ใช้บริการมักตกอยู่ในสถานะที่เสียเปรียบกว่าผู้ประกอบการไม่ว่าโดยฐานะ เงินทุน ความรู้ความสามารถ จึงจำเป็นต้องมีกฎหมายมาเป็นกลไกที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้บริโภคมีความสามารถในการต่อสู้คดีกับผู้ประกอบการได้อย่างเสมอภาค ดังปรากฏเป็นกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้บริโภคหลายฉบับ ตัวอย่างเช่น พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 เป็นต้น จึงมีข้อพิจารณาว่าการกำหนดให้ “บริการสาธารณะ” ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์สาธารณะอยู่ภายใต้กลไกของกฎหมายที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้บริโภคมีความสามารถในการต่อสู้คดีกับผู้ประกอบการที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อแสวงหากำไรนั้น อาจไม่เหมาะสมเพราะเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติ

(3) ผู้มีความรู้และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการพิจารณาพิพากษาคดีของศาลทหารซึ่งได้รับการคัดเลือกจากที่ประชุมใหญ่ตุลาการพระธรรมนูญในศาลทหารสูงสุด จำนวนหนึ่งคน

(4) ผู้มีความรู้และมีประสบการณ์ด้านกฎหมายที่มีชื่อเป็นผู้พิพากษาหรือ ตุลาการประจำศาล ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากกรรมการโดยตำแหน่งและกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตาม (1) (2) และ (3) จำนวนหนึ่งคน”

* คำวินิจฉัยชี้ขาดอำนาจหน้าที่ระหว่างศาลที่ 2/2545 วินิจฉัยว่า คดีที่ฟ้องขอให้กระทรวงสาธารณสุขโรงพยาบาลของรัฐและแพทย์ประจำโรงพยาบาลชดใช้ค่าสินไหมทดแทน เนื่องมาจากการที่แพทย์ทำการรักษาพยาบาลโดยประมาทเลินเล่อเป็นเหตุให้คนไข้ซึ่งถูกงูพิษกัดถึงแก่ความตาย ถือว่าเป็นการกระทำละเมิดทางกายภาพในระหว่างปฏิบัติหน้าที่เท่านั้น มิใช่เป็นการกระทำละเมิดอันเนื่องมาจากการใช้อำนาจตามกฎหมายหรือจากการละเลยหรือปฏิบัติหน้าที่ล่าช้าตามที่กฎหมายกำหนดไว้ ทั้งมิใช่เป็นการฟ้องคดีเนื่องจากยังไม่พอใจในคำวินิจฉัยของหน่วยงานของรัฐตามมาตรา 11 และมาตรา 14 แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 มาตรา 9 วรรคหนึ่ง (3) คดีนี้จึงอยู่ในเขตอำนาจของศาลยุติธรรม

วิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ต้องการแก้ไขปัญหาที่ผู้บริโภคอาจมีข้อขัดข้องด้านกำลังทรัพย์ในการว่าจ้างทนายความเพื่อต่อสู้คดี จนผู้บริโภคบางรายจึงไม่ยอมนำคดีขึ้นสู่ศาลเพราะการเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ และต้องรอคอยการพิจารณาคดีที่ค่อนข้างล่าช้าอาจไม่คุ้มค่า ซึ่งแตกต่างไปจากผู้ประกอบธุรกิจมีกำลังทรัพย์ ข้อมูล ตลอดจนความรู้ความสามารถมากกว่าและมักเอาไรต์เอาเปรียบผู้บริโภคเพราะมุ่งหวังผลประโยชน์ทางการค้าและกำไรจนไม่คำนึงถึงผลที่ผู้บริโภคจะได้รับ จึงต้องมีบทลงโทษเพื่อให้ผู้ประกอบการเกิดความเข็ดหลาบไม่กล้าเอาไรต์เอาเปรียบผู้บริโภคในรูปแบบของ “ค่าเสียหายเชิงลงโทษ” ในขณะที่ผู้ให้บริการสาธารณะไม่ได้มีเจตนาให้บริการโดยมุ่งหวังกำไรทางการค้า ดังนั้น การกำหนดให้ผู้ให้บริการสาธารณะจะถูกปฏิบัติและมีความรับผิดชอบเช่นเดียวกับผู้ประกอบการทั้ง ๆ ที่วัตถุประสงค์ในการให้บริการมีความแตกต่างกันจึงไม่มีความเหมาะสมและอาจส่งผลให้ผู้ให้บริการสาธารณะหมดกำลังใจที่จะปฏิบัติงาน

จากการนำหลักกฎหมายมหาชนมาปรับใช้กับ “การบริการสาธารณะ” จึงสามารถสรุปได้ว่า “บริการสาธารณะ” มีความแตกต่างจาก “บริการ” อื่นทั่วไป กล่าวคือ “บริการสาธารณะ” เป็นกิจกรรมของฝ่ายปกครองที่จัดทำขึ้นเพื่อประโยชน์สาธารณะ ในขณะที่ “บริการ” อื่นทั่วไป เป็นการประกอบกิจการที่อยู่บนพื้นฐานของเอกชนที่ต่างฝ่ายต่างมุ่งประโยชน์ส่วนตัว การประกอบกิจการต่างของบริการอื่นทั่วไปที่มีใช้บริการสาธารณะจึงไม่ถูกบังคับโดยหลักความสม่าเสมอและต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น ร้านเสริมสวยหรือกิจการบริการสปาสามารถกำหนดวันหยุดบริการได้เอง สามารถกำหนดราคาค่าใช้จ่ายบริการโดยคำนึงถึงผลกำไรทางธุรกิจและเป็นการจำกัดความสามารถในการเข้าใช้บริการอันเนื่องมาจากฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคมของประชาชนได้อย่างเสรี และเมื่อกิจกรรมหนึ่งกิจกรรมใดของ “บริการ” อื่นทั่วไปประสบภาวะขาดทุนย่อมสามารถยกเลิกการให้บริการในกิจกรรมนั้น ๆ ได้ ในขณะที่ “บริการสาธารณะ” แม้ว่าจะประสบปัญหาภาวะขาดทุนย่อมต้องให้บริการต่อเนื่องต่อไป เพราะวัตถุประสงค์ของ “บริการสาธารณะ” เป็นไปเพื่อประโยชน์ของประชาชนในประเทศทุกคน ไม่ได้ให้บริการโดยแสวงหาผลกำไรดังเช่น “บริการ” อื่นทั่วไป

ในประเทศไทยได้มีการนำหลักกฎหมายมหาชนเกี่ยวข้องกับเรื่องการบริการสาธารณะด้านสาธารณสุข คือ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาใช้ดำเนินการจัด “ระบบประกันสุขภาพ” ขึ้นมาโดยกฎหมายฉบับนี้ได้วางหลักการเข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนทั้งประเทศอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน โดยมี “สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เป็นผู้จัดทำบริการสาธารณะ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพ และอาศัยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นเครื่องมือในการอำนวยความสะดวก

ในการจัดทำบริการสาธารณสุขบรรลุวัตถุประสงค์ นอกจากระบบประกันสุขภาพจะพยายามให้ประชาชนได้เข้าถึงการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐอย่างเท่าเทียมกันแล้ว หากเกิดความเสียหายที่มาจากกรรับบริการทางการแพทย์ ระบบประกันสุขภาพก็ยิ่งให้การคุ้มครองเยียวยาโดยการจ่ายเงินชดเชยความเสียหาย หรือที่ชื่อเฉพาะในกฎหมายฉบับนี้ว่า “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น”

แต่ในทางปฏิบัติยังปรากฏความเลื่อมล้ำและไม่เป็นธรรม กล่าวคือ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่สามารถใช้ครอบคลุมประชาชนได้ทั่วประเทศ เพราะยังมีสิทธิการรักษาประเภทอื่น ๆ เช่น สวัสดิการข้าราชการ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ที่ไม่ได้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีสิทธิรับเงินชดเชยเบื้องต้นจากความเสียหายอันเกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ แต่ต้องนำคดีสู่ศาลเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายด้วยตนเอง ในมุมมองของผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีสิทธิได้รับเงินชดเชยในจำนวนที่จำกัดเพราะในกฎหมายฉบับนี้ได้มีการกำหนดเพดานขั้นสูงของเงินชดเชยดังกล่าวไว้ จึงไม่เป็นธรรมเพราะค่าเสียหายที่แท้จริงที่ผู้รับบริการทางการแพทย์ได้รับอาจมีมากกว่าเงินชดเชยที่มีเพดานขั้นสูงก็ได้ ผู้เสียหายบางรายที่ไม่พอใจกับค่าชดเชยที่ได้รับจึงนำคดีมาฟ้องศาล ปัญหาในประเด็นนี้ รัฐผู้ให้บริการสาธารณสุขควรแก้ไขให้ถูกต้อง กล่าวคือ เมื่อเห็นวาระระบบการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการสาธารณสุขทางการแพทย์มีความเลื่อมล้ำ ไม่ครอบคลุม ควรหาระบบการชดเชยความเสียหายที่สามารถชดเชยความเสียหายได้อย่างแท้จริงและมีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาตามนัยกฎหมายมหาชนแล้ว “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” หมายถึงกิจการอย่างหนึ่งที่ “รัฐ” จัดทำขึ้นเนื่องจากบริการทางการแพทย์มีความจำเป็นต่อประชาชน โดยแพทย์ในฐานะเจ้าหน้าที่ของรัฐมีหน้าที่จะต้องให้บริการกับประชาชนแบบไม่เปล่งกล่าวคือ ผู้ป่วยจะได้การตรวจรักษาฟรีจากแพทย์และโรงพยาบาล หากมีการคิด “ค่าบริการ” ในการรักษาพยาบาลก็เป็นคิดค่าใช้จ่ายตามที่เป็นอย่างจริงและเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ค่าใช้จ่ายในส่วนอื่นนอกจากนี้ รัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด โดยในรูปแบบด้านงบประมาณให้แต่ละโรงพยาบาล ซึ่งก็คือเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น ซึ่งค่าบริการที่รัฐเรียกเก็บจากผู้รับบริการทางการแพทย์นี้ เป็นค่าใช้จ่ายที่รัฐสามารถเรียกเก็บได้เพราะการบริการสาธารณสุขไม่ได้ห้ามรัฐไม่ให้คิดค่าใช้จ่าย เพียงแต่การกำหนดค่าบริการที่คิดคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายต้องเป็นไปอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

นอกจากนี้ การให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐไม่สามารถให้บริการโดยเลือกรักษาผู้ป่วยเฉพาะบางคนหรือบางกลุ่มได้ ลักษณะงานบริการของโรงพยาบาลมีความต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ไม่สามารถจะจำกัดการให้บริการเฉพาะในเวลาราชการเท่านั้น หากนอกเวลา

ราชการมีความเจ็บป่วยบางกรณีที่มีความรุนแรง เจ็บพลัน หรือเกิดอุบัติเหตุที่ไม่สามารถรอเข้ารับการรักษาพยาบาลในวันรุ่งขึ้น แพทย์ย่อมต้องรักษาพยาบาลโดยไม่อาจจำกัดเวลาที่ผู้ป่วยจะเข้ารับรักษาพยาบาลได้ ดังนั้น ระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐนี้ จัดอยู่ในรูปแบบของการจัดบริการสาธารณะ ซึ่งหมายถึงกิจการที่อยู่ในความอำนาจการหรืออยู่ในความควบคุมของฝ่ายปกครองที่จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนองความต้องการส่วนรวมของประชาชนทุกคน โดยมีแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐให้บริการทางการแพทย์ในฐานะเป็นเจ้าของที่ของรัฐ และมีโรงพยาบาลของรัฐเป็นหน่วยงานราชการที่ตั้งขึ้นเพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย เมื่อเกิดความเสียหายอันเนื่องจากการรับบริการทางการแพทย์แล้ว ความรับผิดชอบของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐย่อมเป็นไปตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ซึ่งมีความแตกต่างไปจากประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด โดยผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐต้องดำเนินคดีขึ้นสู่ศาลเพื่อให้ได้รับค่าเสียหาย ซึ่งสามารถแยกพิจารณาได้สองประการ คือ ประการแรก ผู้รับบริการในระบบประกันสุขภาพนอกจากจะได้รับเงินชดเชยความเสียหายจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 โดยไม่ต้องฟ้องร้องแล้ว หากยังไม่พอใจในเงินชดเชยความเสียหายที่ได้รับก็สามารถดำเนินคดีขึ้นสู่ศาลเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายเพิ่มเติมได้อีก ประการที่สอง สำหรับกรณีผู้รับบริการที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะไม่ได้รับเงินชดเชยความเสียหายตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 ผู้รับบริการทางการแพทย์จึงต้องนำคดีขึ้นสู่ศาลเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายด้วยตนเอง ดังนั้นจะเห็นว่า การชดเชยความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ประกอบกับประธานศาลอุทธรณ์ได้วินิจฉัยให้ “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็น “บริการ” ในคดีผู้บริโภค ก่อให้เกิดปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งมีผลกระทบต่อแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ ต่อรัฐ และต่อผู้รับบริการทางการแพทย์ด้วย ทั้ง ๆ ที่ “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” ไม่ใช่บริการอื่นทั่วไป แต่เป็น “บริการสาธารณะ” และบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐยังเป็นบริการสาธารณะที่มีลักษณะแตกต่างไปจากบริการสาธารณะประเภทอื่น ดังจะได้กล่าวในบทที่ 3 ต่อไป

บทที่ 3

“การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็น “บริการสาธารณะ” ที่มีลักษณะเฉพาะตัวแตกต่างจากบริการสาธารณะประเภทอื่น

3.1 ลักษณะเฉพาะตัวด้านจริยธรรมและสังคมในการให้บริการทางการแพทย์

3.1.1 ด้านสังคม

การบริการทางการแพทย์ในยุคดิจิทัลที่ผู้ป่วยที่ไม่มีแพทย์หรือการตั้งโรงเรียนแพทย์ จึงเป็นการบริการทางการแพทย์ในรูปแบบที่ต้องดูแลรักษาตนเอง มีลักษณะเป็นกิจกรรมในครอบครัว หน้าที่การรักษายาบาลคนเจ็บไข้เป็นหน้าที่ของบิดามารดานั่นเอง ส่วนผู้ที่เติบโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว การบำบัดความป่วยไข้เป็นเรื่องที่ทุกคนต้องช่วยตนเอง เพราะในสมัยนั้น มนุษย์ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างพอเพียงที่จะให้บริการทางการแพทย์ในโรคภัยไข้เจ็บใด ๆ ได้อย่างเป็นกระบวนการเหมือนเช่นในปัจจุบัน การบำบัดความป่วยไข้ต่าง ๆ จึงต้องทำตามสัญชาตญาณล้วน ๆ โดยนำวิธีการพื้นฐานอย่างง่าย ๆ มาช่วยบรรเทาความเจ็บป่วยเช่นใช้วิธีการเป่า การเลีย บริเวณที่ปวด การใช้ต้นไม้ใบหญ้ามาทา มาพอกบริเวณเจ็บปวด หรือการชวนขวยหาพืชบางชนิด มากินเพื่อรักษาอาการไม่สบายต่าง ๆ¹ จนต่อมาเมื่อมนุษย์ได้รวมตัวขึ้นเพื่ออยู่รวมกันเป็นชุมชน ก็จะมีผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์แก่คนในชุมชน อันได้แก่ พระหรือหมอผี นอกจากนี้จะให้การรักษาแก่คนแล้ว พระหรือหมอผียังมีหน้าที่กำหนดกฎเกณฑ์ รวมไปถึงการพิจารณาตัดสินการกระทำของสมาชิกในชุมชนที่ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ที่ตั้งไว้ รวมไปถึงเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมตามลัทธิความเชื่อของชุมชนนั้นอีกด้วย พระในบุคคลดังกล่าวนี้นี้จึงเป็นการแสดงออกซึ่งบทบาทหน้าที่ของแพทย์และผู้พิพากษาไปพร้อมกัน² สังคมจึงให้ความเคารพนับถือและมีความศรัทธาเลื่อมใส พระหรือหมอผีดังกล่าวจึงต้องมีคุณธรรมสูงกว่ามาตรฐานของคนทั่วไปในชุมชนแห่งนั้น ลักษณะของการบริการทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับล้วนเป็นพิธีกรรมอันเป็นศาสตร์ลึกลับเกินกว่าความเข้าใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องมีความไว้วางใจให้กับผู้ให้บริการทางการแพทย์เพราะ

¹ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, จากจรรยาแพทย์มาถึงยุคชีวจริยศาสตร์, (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2548), หน้า 11.

² อัจฉรา วีระชาลี, “สิทธิของผู้ป่วย,” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537), หน้า 3.

เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย สังคมระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้ป่วยจึงเป็นการถือคุณ
ทำนองพ่อแม่รักษาดูแลลูกของตน มิได้เฟื่องไปถึงที่ค่าตอบแทนที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์จะ
ได้รับจากผู้ป่วย

ต่อมาแพทย์ได้แยกตัวออกจากพระหรือหมอผี และได้มีการเรียนการสอนของแพทย์
เกิดขึ้น โดยจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ซึ่งโรงเรียนแพทย์ที่มีชื่อเสียง คือ โรงเรียนแพทย์ของฮิปโปเครติส
ในประเทศกรีก ฮิปโปเครติสมีชื่อเสียงในการทำบันทึกรวบรวมตำราต่าง ๆ ทางด้านการแพทย์สมัย
นั้น รวมทั้งศิลปะการประกอบวิชาชีพของแพทย์ไว้เป็นจำนวนมาก โดยมีเอกสารชิ้นหนึ่งที่เรียกว่า
คำสาบานของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath) ถือได้ว่าเป็นจรรยาแพทย์ที่บัญญัติไว้เป็น
ลายลักษณ์อักษรที่เก่าแก่ที่สุด เวชปฏิบัติของฮิปโปเครติสใช้วิธีการรวบรวมข้อมูล จากการบันทึก
และสังเกตอาการของผู้ป่วยซึ่งนับได้ว่าเป็นวิธีการเก็บข้อมูลเช่นเดียวกันวิธีการทางวิทยาศาสตร์
สมัยปัจจุบันนั่นเอง³ แต่อาชีพแพทย์ได้จำกัดอยู่ในกลุ่มของชนชั้นนำที่มีฐานะทางสังคมสูงกว่าคน
ทั่วไป ทำให้สังคมระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน แพทย์จึงมักเป็นผู้ออกคำสั่งใน
ขณะที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตาม เมื่อแพทย์ประเมินว่าการรักษาจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและทำอยู่
บนพื้นฐานความกรุณาไม่เป็นการทำอันตรายต่อผู้ป่วย แพทย์ผู้ให้การรักษาจะสามารถตัดสินใจ
แทนผู้ป่วยได้แม้ไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก็ตาม

การแพทย์ในยุโรปได้พัฒนาตามแนววิทยาศาสตร์ธรรมชาติโดยใช้วิชาชีววิทยา เคมี
ฟิสิกส์มาเป็นพื้นฐาน ซึ่งการแพทย์แนวนี้ได้แผ่ขยายไปทั่วโลกตั้งแต่ต้นคริสต์ศตวรรษที่ 17 เป็น
ต้นมา โดยการแพทย์แผนใหม่ซึ่งอาจเรียกว่าเป็นการแพทย์สากลเน้นศึกษาไปที่ส่วนปลีกย่อย
ของร่างกายทำให้มักจะรู้สึกต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นมนุษย์และลดทอนเรื่องสุขภาพลงเป็นเพียง
การทำงานของเครื่องยนต์กลไกเท่านั้น การที่วงการแพทย์ได้อาศัยเทคนิควิธี ความรู้ใหม่และ
เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัยในการรักษาอันเป็นผลมาจากการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์
ทำให้บทบาทของแพทย์เข้าไปเกี่ยวข้องกับกรณีชีวิตและการตายของผู้ป่วยมากขึ้น ประชาชน
พิจารณาได้ว่าแพทย์มิใช่บุคคลสำคัญแต่ผู้เดียวในระบบการบริการทางการแพทย์ แต่แพทย์ต้อง
อาศัยบุคลากรทางการแพทย์อื่นและอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมตลอดจนถึงแพทย์จะต้องให้คำอธิบายที่มี
เหตุมีผลได้ในการรักษาอีกด้วย

สำหรับสังคมไทยในอดีตนั้นจะถือว่าการให้ความช่วยเหลือกันในยามเจ็บป่วยเป็นเรื่อง
ของมนุษยธรรม และจะเกิดบุญกุศลในการกระทำดังกล่าว มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

³ วิทยุर्थ อึ้งประพันธ์, จากจรรยาแพทย์มาถึงยุคชีวจริยศาสตร์, หน้า 14 ,15.

เช่น ระบบหมอพื้นบ้าน ระบบการแพทย์แผนไทย ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชุมชนชนบทธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น แต่เมื่อวันเวลาผ่านไปทุกอย่างเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ มีการแพทย์แบบตะวันตกเข้ามาใช้กับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย โดยผู้นำการแพทย์สมัยใหม่เข้ามานั้นมีความเข้าใจว่าเป็นบริการทางการแพทย์ที่ดีที่สุด ทันสมัยที่สุด ทำให้ประชาชนเริ่มต้องการการแพทย์สมัยใหม่มากขึ้น แต่ส่วนหนึ่งของการบริการทางการแพทย์ไม่ได้เป็นเหมือนในอดีต แพทย์ส่วนหนึ่งได้นำวิชาชีพเวชกรรมไปทำกำไรเชิงธุรกิจ⁴ นักธุรกิจส่วนหนึ่งก็มองว่าความเจ็บป่วยของเพื่อนมนุษย์ด้วยกันเป็นช่องทางที่จะทำกำไรได้ และมองว่าโรงพยาบาลเป็นกิจการที่น่าลงทุนอย่างหนึ่ง การเปิดสถานพยาบาลเอกชนจึงมีไม่สิ่งผิดถ้าได้กระทำไปโดยคำนึงถึงจริยธรรมแห่งวิชาชีพประกอบด้วย แต่สถานพยาบาลเอกชนบางแห่งไม่เป็นเช่นนั้นมีการบริหารงานแบบธุรกิจที่มุ่งแสวงหากำไรเป็นเป้าหมายสำคัญ มีการโฆษณา ลดราคา และเชิญชวนด้วยวิธีการต่าง ๆ โกลั้เคียงกับการหลอกลวงเพื่อให้ประชาชนมาใช้บริการหวังจะได้ทำกำไรให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้แบบธุรกิจทั่วไป เพื่อให้การทำงานบริการทางการแพทย์เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงจำเป็นต้องมีกฎหมายซึ่งเป็นกฎเกณฑ์ทางสังคมเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานของแพทย์

3.1.1.1 พัฒนาการในการควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์

ในระยะเริ่มต้นของการควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ต้องอาศัยกฎเกณฑ์ทางสังคมเป็นเครื่องมือในการกำหนดระเบียบแบบแผนในการทำงานของแพทย์ โดยปรากฏในรูปของกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 เนื้อหาสาระของกฎหมายฉบับนี้เป็นการควบคุมกำกับการบริการทางการแพทย์ในลักษณะต่าง ๆ โดยกำหนดให้การประกอบโรคศิลปะ หมายถึง การประกอบวิชาชีพที่กระทำหรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ การผดุงครรภ์ แต่ไม่รวมถึงการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น จะเห็นได้ว่าการควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายฉบับนี้จะมีลักษณะทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจงลงไปทีวิชาชีพใดเว้นแต่ “แพทย์” จะมีกฎหมายที่ควบคุมการ

⁴ แสง บุญเฉลิมวิภาส , เรื่องยุ่ง ที่ควรรู้, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(พรพ.),2543), หน้า 7.

ประกอบวิชาชีพแยกไว้โดยเฉพาะ ได้แก่ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 เป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขที่กำหนดขึ้นโดยรัฐซึ่งจัดเป็นเครื่องมือของรัฐในการคุ้มครองการประกอบวิชาชีพกับคุ้มครองประชาชน โดยพัฒนามาจากพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 ซึ่งกฎหมายฉบับนี้ใช้บังคับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2466 จนถึงปี พ.ศ. 2479 จึงได้ยกเลิกไป และได้ประกาศใช้กฎหมายใหม่ คือ พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 แทน ซึ่งในนิยามศัพท์ คำว่า “โรคศิลปะ” หมายความว่า กิจการใด ๆ อันกระทำโดยตรงต่อร่างกายมนุษย์ในการบำบัดโรค ซึ่งรวมถึงตลอดถึงการตรวจโรค และการป้องกันโรคในสาขาต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. เวชกรรม คือ การตรวจโรค การป้องกันโรค หรือการบำบัดโรคมนุษย์ด้วยกรรมวิธีทางการประกอบโรคศิลปะตามแผนนั้น ๆ
2. ทันตกรรม คือ การตรวจหรือการบำบัดโรคฟัน หรืออวัยวะที่เกี่ยวข้องกับฟันโดยตรง หรือการทำฟันในช่องปากของมนุษย์
3. เภสัชกรรม คือ การปรุงยาหรือผสมยา หรือการประดิษฐ์วัตถุใด ๆ ขึ้นเป็นยาสำหรับมนุษย์
4. การพยาบาล คือ การกระทำในการช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาอาการของโรค
5. การผดุงครรภ์ คือ การตรวจและการปฏิบัติต่อหญิงมีครรภ์ เพื่อป้องกันความผิดปกติในการคลอดบุตร การทำคลอด ตลอดถึงการดูแลมารดาและทารกในระยะคลอด
6. กายภาพบำบัด คือ การกระทำในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบำบัด ป้องกัน แก้ไข และฟื้นฟูการเสื่อมสภาพ หรือความพิการทางร่างกาย หรือจิตใจด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด
7. เทคนิคการแพทย์ คือ การกระทำใด ๆ ด้วยกรรมวิธีทางปฏิบัติการเพื่อช่วยในการวินิจฉัย และทำนายความรุนแรงของโรค

ผู้ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ในสาขาต่าง ๆ ทั้ง 7 สาขาข้างต้น จึงอยู่ภายใต้การควบคุมวิชาชีพตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479

สืบเนื่องจากจำนวนบุคลากรทางการแพทย์มีเพิ่มมากขึ้นและมีความหลากหลายในวิชาชีพ ประกอบกับสภาพการณ์ในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงจึงได้มีการแยกสาขาเวชกรรมเฉพาะแผนปัจจุบันขึ้นหนึ่ง คือ แพทย์ออกไปควบคุมกันเองตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.

2511 ซึ่งต่อมาได้มีการแก้ไขใหม่เป็น พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ส่วนสาขาเวชกรรมที่ยังอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 คือ สาขาเวชกรรมแผนปัจจุบันชั้นสองและสาขาเวชกรรมแผนโบราณ ได้มีการแยกสาขาการพยาบาล และสาขาการผดุงครรภ์ (เฉพาะแผนปัจจุบัน) ออกไปควบคุมกันเองตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 นอกจากนี้สาขาเภสัชกรรมและสาขาทันตกรรมได้แยกออกไปตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 และพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 เพื่อให้การประกอบโรคศิลปะในสาขาต่าง ๆ มีความเป็นอิสระ คล่องตัวในการดำเนินงาน ในขณะเดียวกันเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและทำให้การประกอบโรคศิลปะดำเนินไปอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งยังเป็นควบคุมมิให้มีการแสวงหาผลประโยชน์หรือใช้วิชาชีพโดยมิชอบ ทำให้เกิดความเสียหายแก่ประชาชนอีกด้วย

เมื่อการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นที่ได้แยกไปควบคุมตามกฎหมายเฉพาะดังที่กล่าวไปแล้ว การประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 จึงหมายความถึงการประกอบวิชาชีพที่กระทำหรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ การผดุงครรภ์เท่านั้น จึงสรุปได้ว่า การควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ได้เปลี่ยนจากอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาเป็นถูกควบคุมกำกับทางวิชาชีพโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 อันเป็นกฎหมายเฉพาะวิชาชีพเวชกรรมหรือแพทย์

อย่างไรก็ดี แม้ว่าพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 จะไม่ได้มีบทบาทด้านการประกอบวิชาชีพโดยตรง แต่ในบางส่วนของกฎหมายฉบับนี้ยังคงมีบทบาทหน้าที่ของแพทย์ในบางแง่มุม คือ ในมาตรา 8 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการและกรรมการอื่นดังต่อไปนี้

1. กรรมการซึ่งเป็นผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข จำนวนสี่คนกระทรวงกลาโหม สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม สภากายภาพบำบัด และสภาเทคนิคการแพทย์ แห่งละหนึ่งคน และผู้แทนจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัตินี้สาขาละสองคน และ
 2. กรรมการซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนไม่เกินห้าคน
- ให้ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะเป็นกรรมการและเลขานุการ”

กองการประกอบโรคศิลปะจึงมีบทบาทมากตามพระราชบัญญัติฉบับนี้และยังมีหน้าที่ดูแลสถานพยาบาลเอกชนที่ขอจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ให้ได้มาตรฐานและยังมีบทบาทในการกำหนดสิทธิผู้ป่วยให้ชัดเจน รวมถึงการคิดค่ารักษาพยาบาลในราคาที่เหมาะสมด้วย

กล่าวโดยสรุปคือ แม้วิชาชีพเวชกรรมหรือแพทย์แผนปัจจุบัน จะได้แยกออกจากพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 โดยมีกฎเฉพาะที่ควบคุมกำกับ คือพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 แล้วก็ตาม แต่หากแพทย์เปิดสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์แล้ว กิจการเหล่านั้นย่อมอยู่ภายใต้การดูแลของกองการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ด้วย

ดังนั้น พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ในปัจจุบันใช้ควบคุมกำกับการขอเปิดกิจการโรงพยาบาลเอกชนและขอเปิดคลินิกส่วนตัวโดยมีกองการประกอบโรคศิลปะเป็นผู้พิจารณาอนุญาตและควบคุมกำกับ มีการออกตรวจโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกหลังจากได้อนุญาตให้ดำเนินการแล้วด้วย โดยไม่ได้คำนึงว่าผู้ขอเปิดกิจการซึ่งโดยมากเป็นแพทย์จะเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐหรือไม่ เพราะหากแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐประสงค์จะเปิดคลินิกส่วนตัวให้บริการแล้ว ย่อมต้องขออนุญาตและปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่กองการประกอบโรคศิลปะกำหนดด้วย จึงกล่าวสรุปได้ว่าการควบคุมและกำกับตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 นี้ พิจารณาจากสถานพยาบาลหรือประเภทโรงพยาบาลที่ขอเปิดไม่ได้พิจารณาจากแพทย์ว่าเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐหรือแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน

3.1.1.2 การควบคุมในแง่การจัดระเบียบการกระทำของวิชาชีพ : พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

ดังที่กล่าวไว้แล้วว่าแต่เดิมการประกอบวิชาชีพของแพทย์อยู่ภายใต้ความหมายของการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2511 จึงได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมออกมาต่างหาก และแก้ไขอีกครั้งเมื่อปี พ.ศ. 2525 โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มาตรา 4 ได้ให้ความหมายของ “วิชาชีพเวชกรรม” ว่า

“วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนส์ สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การ

ฉีดยาหรือสสาร การสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้ เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวय หรือ การบำรุงร่างกายด้วย”

การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามคำจำกัดความของกฎหมายดังกล่าว ได้แก่ การกระทำที่มีองค์ประกอบอยู่ 2 ประการ⁵ คือ

1. เป็นการกระทำที่เกี่ยวกับมนุษย์ และการกระทำในที่นี้ไม่ได้ระบุเจาะจงว่าเป็น การกระทำโดยตรงต่อร่างกายกับการกระทำต่อผู้อื่นเท่านั้น หากแต่รวมไปถึงกระทำโดยอ้อมด้วย และไม่ว่ากระทำต่อตนเองหรือผู้อื่นก็ยอมถือว่าเป็นการกระทำต่อมนุษย์ทั้งสิ้น ดังนั้นพยาธิแพทย์ที่ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือพยาธิแพทย์ที่ตรวจชิ้นเนื้อที่ตัดออกจากร่างกายผู้ป่วย แม้ไม่ได้ทำ โดยตรงต่อร่างกายผู้ป่วยก็ยอมถือว่าเป็นการกระทำต่อมนุษย์ด้วย

2. การกระทำนั้นต้องเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งดังต่อไปนี้

2.1 การตรวจโรค

2.2 การวินิจฉัยโรค

2.3 การบำบัดโรค

2.4 การป้องกันโรค

2.5 การผดุงครรภ์

2.6 การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส

2.7 การแทงเข็มหรือฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือเพื่อระงับความรู้สึก

2.8 การคุมกำเนิด ซึ่งต้องเป็นการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยา หรือสสาร หรือโดยการสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย

2.9 การเสริมสวयที่มีการกระทำในลักษณะเดียวกับการคุมกำเนิดในข้อ 2.8

2.10 การบำรุงร่างกายที่มีการกระทำในลักษณะเดียวกับการคุมกำเนิดใน ข้อ 2.8

หากแบ่งการกระทำในวิชาชีพเวชกรรมตามลักษณะของผู้มารับบริการ อาจแบ่งได้ 2 ลักษณะ⁶ คือ

⁵ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ , คำอธิบายพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 (กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน 2551), หน้า 18.

⁶ เรื่องเดียวกัน หน้า 22.

1. การกระทำต่อบุคคลที่เป็นโรคหรือผู้ป่วย ซึ่งได้แก่การตรวจ การวินิจฉัยและการบำบัดโรค การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือระงับความรู้สึก กับ

2. การกระทำต่อบุคคลที่ไม่เป็นโรค ซึ่งได้แก่ การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การคุมกำเนิด การเสริมสวย และการบำรุงร่างกาย เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปแล้ว สามารถอธิบายการกระทำในวิชาชีพเวชกรรมตามมาตรา 4 ในรูปแบบต่าง ๆ⁷ ได้ดังนี้

รูปแบบที่ 1. การตรวจร่างกายผู้ป่วยถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยโรคว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร พยาธิสภาพอยู่ที่ไหนและอยู่ในระยะอะไร ซึ่งอาจจะเป็นการตรวจร่างกายหรือการตรวจทางกายภาพด้วยเครื่องมือโดยวิธีการ ดูด้วยตา คลำด้วยมือ เคาะเพื่อฟังเสียง ฟังด้วยหู หรือการตรวจด้วยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เช่น การตรวจด้วยเครื่องมือที่ส่งคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) เป็นต้น

รูปแบบที่ 2. การวินิจฉัยโรคนั้นแพทย์จะได้มาจากการรวบรวมข้อมูลโดยอาศัยประวัติของผู้มารับบริการหรือผู้ป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษต่าง ๆ เข้ามาเพื่อวินิจฉัยโรค การตรวจและการวินิจฉัยโรคจึงทำร่วมกันไปเสมอ ตัวอย่างการวินิจฉัยโรคได้แก่ การอ่านฟิล์มของรังสีแพทย์ การอ่านชิ้นเนื้อของพยาธิ เป็นต้น ซึ่งการตรวจและการวินิจฉัยโรคจึงเป็นส่วนสำคัญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพราะจะนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้อง หากเกิดความผิดพลาดในขั้นตอนของการตรวจและวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยย่อมถือได้ว่าเป็นความประมาทในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม หากพิสูจน์ได้ว่า ความผิดพลาดนั้นเกิดจากการขาดความระมัดระวังที่เพียงพอตามวิสัยของแพทย์ในพฤติการณ์นั้น ๆ

รูปแบบที่ 3. การบำบัดโรค ตามความเข้าใจโดยทั่วไปก็คือการรักษาโรค ซึ่งแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ได้ดังนี้

(ก) การรักษาทางอายุรกรรม หมายถึงการรักษาโดยใช้ยาเป็นสำคัญ

(ข) การรักษาทางศัลยกรรม หมายถึงการรักษาที่ใช้การผ่าตัดเป็นหลัก

(ค) การรักษาทางรังสีวิทยา หมายถึงการรักษาโดยการฉายรังสีเข้าไปทำลาย

เนื้อเยื่อของร่าง เช่น กรณีของโรคมะเร็ง เป็นต้น

⁷ เรื่องเดียวกัน หน้า 20-25.

(ง) การรักษาทางกายภาพบำบัด หมายถึงการบริหารร่างกายซึ่งอาจมีเครื่องมือมาช่วยเพื่อให้เกิดผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อและอวัยวะที่พิการให้คืนสู่สภาพเดิมให้มากที่สุด

(จ) การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาโดยใช้เครื่องมือที่ส่งกระแสไฟฟ้าผ่านเข้าไปในสมองโดยตรง เช่น การรักษาผู้ป่วยจิตเวช

(ข) การรักษาโดยจิตบำบัด หมายถึงการรักษาโดยการพูดคุยเพื่อค้นหาสาเหตุของความผิดปกติทางความคิดและช่วยปรับความคิดให้ถูกต้อง เป็นวิธีการทางจิตวิทยาเพื่อรักษาผู้ป่วยจิตเวช

รูปแบบที่ 4. การป้องกันโรค คือ การกำจัดหรือทำลายสิ่งที่เป็นต้นเหตุให้เกิดโรค และป้องกันการแพร่กระจายของสิ่งที่เป็นต้นเหตุไม่ให้มาถึงคน รวมทั้งการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันหรือความต้านทานของแต่ละคนให้มีขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือที่จะป้องกันการเกิดโรคเมื่อคนได้รับหรือถูกตอกกับสิ่งที่เป็นต้นเหตุนั้น วิธีป้องกันโรคที่กระทำต่อตัวคน เช่น การปลูกฝี การฉีดวัคซีนหรือการสร้างภูมิคุ้มกันโดยวิธีอื่น วิธีการเหล่านี้มิใช่การรักษาโรคโดยตรงแต่เป็นการป้องกันไว้ก่อน กฎหมายได้กำหนดให้แพทย์สามารถกระทำได้โดยถือว่าเป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเช่นกัน

รูปแบบที่ 5. การผดุงครรภ์ เป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ โดยขั้นตอนจะเริ่มตั้งแต่การตรวจร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ การทำคลอด และการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด โดยทั่วไปการตั้งครรภ์เป็นเรื่องที่เป็นไปตามธรรมชาติไม่ถือว่าเป็นเรื่องของโรคภัยไข้เจ็บ แต่เนื่องจากว่าในระยะเวลาของการตั้งครรภ์อาจมีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่าคนธรรมดา และอาจเป็นผลกระทบต่อทารก แพทย์จึงเข้ามามีบทบาทที่จะช่วยดูแลในเรื่องดังกล่าว หากมีปัญหาที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์และจะเป็นอันตรายแก่หญิงผู้เป็นมารดา แพทย์ก็สามารถทำการเพื่อช่วยชีวิตได้

รูปแบบที่ 6. การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส หรือที่เรียกกันว่า contact lens คือ เป็นเลนส์ขนาดเล็กที่ใช้แทนแว่นตาสำหรับคนสายตาดูผิดปกติ โดยใช้เลนส์แปะเข้าไปที่ตาดำ วิธีการดังกล่าวหากทำโดยไม่ถูกต้องย่อมจะเกิดอันตรายแก่ผู้ใช้ได้ ทางสมาคมจักษุ โสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย จึงเห็นว่าเรื่องนี้ควรรให้อยู่ในดุลยพินิจของจักษุแพทย์และกำหนดไว้ในกฎหมายว่าเป็นส่วนหนึ่งของการประกอบวิชาชีพ

รูปแบบที่ 7. การแทงเข็มหรือฝังเข็มเพื่อบำบัดโรค หรือเพื่อระงับความรู้สึก การแทงเข็มหรือฝังเข็มเพื่อรักษาโรคเป็นวิธีการรักษาโรคแบบจีนและต่อมาได้มีการนำมาใช้หรือใช้ร่วมกับการรักษาโรคแผนปัจจุบันด้วย อนึ่ง โดยที่การแทงเข็มหรือฝังเข็มเป็นการทำต่อร่างกาย

โดยตรง หากปล่อยให้ทำกันโดยผู้ที่ขาดความรู้หรือขาดความชำนาญย่อมจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ประชาชนได้ ดังนั้นกฎหมายจึงกำหนดให้การกระทำดังกล่าวอยู่ในความหมายของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยถือว่าเฉพาะแพทย์เท่านั้นที่จะกระทำได้

รูปแบบที่ 8. การคุมกำเนิด ซึ่งต้องเป็นการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยา หรือสสาร หรือโดยการสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย หากพิจารณาโดยทั่วไปการคุมกำเนิด การเสริมสวย และการบำรุงร่างกายมิใช่การรักษาโรค เพราะบุคคลที่มาพบแพทย์ด้วยความต้องการดังกล่าวไม่ได้เจ็บป่วยเป็นโรคอะไร แต่หากแพทย์กระทำด้วยวิธีทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยาหรือสสาร การสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย การกระทำของแพทย์ต่อร่างกายของบุคคลเหล่านั้นจะทำได้ตามกฎหมายหรือไม่ หากพิจารณาตามหลักกฎหมายทั่วไปคงต้องพิจารณาใน 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรกพิจารณาว่าผู้นั้นยินยอมหรือไม่ ขั้นตอนนี้คงไม่มีปัญหาเพราะผู้ที่มาขอให้แพทย์ทำให้ยอมถือว่า สมควรใจอยู่แล้ว แต่ที่อาจเป็นปัญหาก็คือขั้นตอนที่สอง จะต้องพิจารณาว่าเรื่องที่กระทำต่อร่างกายนั้นขัดต่อความสำนึกหรือความรู้สึกในศีลธรรมอันดีของประชาชนหรือไม่ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยื่นอยู่กับความรู้สึกของบุคคลทั่วไปในท้องที่และเวลาที่เกิดการกระทำนั้นอันอาจแตกต่างกันไป ดังนั้นเพื่อไม่ให้มีปัญหาในเรื่องดังกล่าว กฎหมายจึงได้นิยามให้การคุมกำเนิดก็ดี การเสริมสวยก็ดี และการบำรุงร่างกายก็ดีเป็นเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างหนึ่ง

ที่กล่าวไปแล้วทั้ง 8 รูปแบบ เป็นการกระทำที่เป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเพื่อประกอบความเข้าใจจึงขอยกตัวอย่างการกระทำต่อร่างกายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่ไม่ใช่เป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

การเจาะหู ไม่ใช่การเสริมสวยโดยตรง แต่เป็นการเจาะเพื่อใส่เครื่องประดับ

การสักเป็นรูปร่างสวยงามตามร่างกาย แม้เพื่อการสวยงามถือว่าการเสริมสวย แต่วิธีการสักไม่ใช่เป็นการกระทำทางศัลยกรรม ไม่ใช่การฉีดยาหรือการสอดใส่วัตถุเข้าไปในร่างกาย ทั้งเป็นกรรมวิธีที่มีมาแต่โบราณ จึงไม่เข้าข่ายของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำนองเดียวกันนี้ การสักขนคิ้วถาวรในการเสริมสวยจึงไม่เป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การสักเพื่ออยู่ยงคงกระพันตามวิธีการไสยศาสตร์ ก็ไม่เป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเช่นกัน

ความสำคัญของ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 จึงเป็นการกำหนดบทบาทของแพทย์ในการให้บริการทางการแพทย์ โดยอธิบายในรูปแบบของการกระทำไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อมนุษย์และการกระทำนั้นต้องเกี่ยวกับเรื่องที่ยกเว้นไว้ในมาตรา 4 เพื่อให้มีความครอบคลุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ทุก ๆ สาขา โดยไม่คำนึงว่าเป็นการประกอบ

วิชาชีพของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐหรือแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน และในพระราชบัญญัติ วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 กำหนดให้มีองค์กร “แพทยสภา” ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักที่สำคัญเพื่อ ควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม โดยแพทยสภาออกเป็นข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ซึ่งจะได้กล่าวถึงรายละเอียดต่อไปในลักษณะเฉพาะด้านจริยธรรม

3.1.2 ด้านจริยธรรม

แนวคิดในเรื่องการบริการทางการแพทย์ได้พัฒนามาจากความสำคัญในการดูแลการ เจ็บป่วยมาสู่การส่งเสริมป้องกันดูแลสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะเมื่อสมัยก่อนความก้าวหน้า ด้านวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่เจริญเท่ายุคปัจจุบัน ทำให้บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแล การป่วยไข้ของประชาชนมีจำนวนหลายกลุ่ม จึงได้มีมาตรฐานในการเข้าควบคุมบุคลากรทางการแพทย์ อันได้แก่ จริยธรรม

จริยธรรมในยุคของฮิปโปเครติสปรากฏในรูปหลักการจรรยาแพทย์ อันได้แก่การวาง กฎเกณฑ์ด้านความเมตตาากรุณา ความเป็นแพทย์ที่ดีและยังได้กำหนดแนวทางการทำเวชปฏิบัติที่ อยู่ในกรอบของจริยธรรมที่เป็นที่ยอมรับกันในยุคนั้น โดยได้กำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษรใน รูปแบบคำสาบานที่ใช้กันในโรงเรียนแพทย์ของฮิปโปเครติส คำสาบานของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath) จึงเป็นการวางกฎเกณฑ์ด้านความเมตตาากรุณา ความเป็นแพทย์ที่ดีและวาง แนวทางการทำเวชปฏิบัติที่อยู่ในกรอบของจริยธรรมตามคุณค่าที่ยอมรับกันในยุคนั้น ในกรอบ ของจรรยาแพทย์ดังกล่าวแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย แม้จะไม่ได้ได้รับความยินยอมจาก ผู้ป่วยก็ตามซึ่งการที่แพทย์ตัดสินใจแทนผู้ป่วยนี้จะเกิดขึ้นในกรณีจำเป็นเท่านั้น ทั้งนี้ก็ด้วยเหตุผล ที่ว่าแพทย์มีคุณสมบัติเพียงพอที่จะตัดสินใจดำเนินการใด ๆ ทางทางการแพทย์แทนผู้ป่วยได้ เมื่อ แพทย์ประเมินว่าให้บริการทางการแพทย์นั้นจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและภาระทำนั้นอยู่บน พื้นฐานของความกรุณาจึงไม่ถือว่าการกระทำของแพทย์เป็นการทำอันตรายต่อผู้ป่วยซึ่งถือกัน ว่าเป็นผู้ค่อนข้างจะหย่อนความสามารถเนื่องจากความเจ็บป่วย จรรยาแพทย์ลักษณะนี้ได้เน้น ให้เห็นว่าผู้ป่วยเป็นปัจเจกบุคคลที่มีคุณค่ามากกว่าการยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นผู้ที่สามารถ ตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ (Autonomous Moral Agent) และในมุมมองด้านแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ก็ต้องเป็นผู้ที่ทรงไว้ซึ่งคุณธรรมและจรรยามากกว่าเป็นผู้ให้บริการ

หรือพ่อค้า⁸ จรรยาบรรณแนววิปโยคเรติสนี้เป็นรากฐานของจรรยาแพทย์สากลอันก่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติของแพทย์ในทุกประเทศ โดยแพทยสมาคมโลกได้ประมวลหลักสำคัญมาประกาศเป็นจรรยาแพทย์สากล ที่เรียกกันว่าคำประกาศกรุงเจนีวา ในปี พ.ศ. 2490 (Geneva Declaration 1947)⁹

เมื่อระบบกฎหมายของสังคมได้พัฒนาไปเรื่อย ๆ รัฐจึงได้ตรากฎหมายเพื่อควบคุมการประกอบวิชาชีพแพทย์ขึ้น โดยปรากฏในรูปพระราชบัญญัติการแพทย์ (Medical Act 1858) ซึ่งประกาศใช้ปี ค.ศ. 1858 บัญญัติให้มีแพทยสภาทำหน้าที่ควบคุมจรรยาแพทย์โดยเฉพาะ ต่อมาได้มีการตรากฎหมายวิชาชีพในลักษณะดังกล่าวขึ้นใช้ในเกือบทุกประเทศ จรรยาแพทย์จึงกลายมาเป็นกฎเกณฑ์ที่แพทย์ต้องนำมาประพฤติปฏิบัติเช่นเดียวกับกฎหมาย¹⁰ ที่สามารถตรวจสอบได้ตามมาตรฐานทางกฎหมาย มีผลในทางการคุ้มครองตามกฎหมายแก่ผู้รับบริการทางการแพทย์ แต่ด้วยสังคมและวัฒนธรรมมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ จรรยาแพทย์ในประเทศต่าง ๆ จึงต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและกฎหมายของตนเอง

เมื่อกล่าวถึงบุคลากรทางการแพทย์ สิ่งหนึ่งที่มักจะนึกควบคู่ไปด้วยก็คือจริยธรรมแห่งวิชาชีพ โดยเฉพาะงานของแพทย์นั้น มีภาพสะท้อนออกมาจากความรู้สึกนึกคิดตั้งแต่อดีต เป็นภาพที่แพทย์นั่งอยู่ข้างเตียงคนไข้ มีลักษณะท่าทางเป็นห่วงเป็นใย มีความเมตตาสูงและมุ่งมั่นที่จะรักษาคนไข้โดยไม่เลือกชั้นวรรณะ ความรู้สึกเช่นนี้เป็นสิ่งที่อธิบายได้หากเข้าใจถึง “จริยธรรมแห่งวิชาชีพ”¹¹

“จริยธรรม” หมายถึง ธรรมที่เป็นข้อประพฤติปฏิบัติหรือศีลธรรม หรือกฎของศีลธรรม¹² : ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “ethics” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากคำในภาษากรีก คือ ethos แปลว่า ประเพณี หรือการปฏิบัติตามกันมาเป็นเวลานาน หรือหมายถึงศีลธรรมของกลุ่มคน¹³

⁸ Benatar SR. Traditional and evolving concepts in medical ethics” Med Law 1989 ; 7 : 423-6 อ้างถึงในวิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, จากจรรยาแพทย์มาถึงยุคชีวจริยศาสตร์, (กรุงเทพมหานคร: วิทยุชน , 2548), หน้า 67.

⁹ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, จากจรรยาแพทย์มาถึงยุคชีวจริยศาสตร์, หน้า 68.

¹⁰ เรื่องเดียวกัน หน้า 69.

¹¹ แสง บุญเฉลิมวิภาส , เรื่องยุ่ง ที่ควรรู้, หน้า 16.

¹² พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 สืบค้นจาก <http://rirs3.royin.go.th/dictionary.asp>

วันที่ 6 ตุลาคม 2553

¹³ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, จากจรรยาแพทย์มาถึงยุคชีวจริยศาสตร์, หน้า 25.

จริยธรรมยังหมายถึง ความถูกต้องดีงาม สังคมทุกสังคมจะกำหนดกฎเกณฑ์กติกาบรรทัดฐานของตนว่า อะไรคือสิ่งดีงาม อะไรคือความถูกต้อง ความถูกต้องในความคิดของแต่ละบุคคลจึงขึ้นอยู่กับพื้นฐานการอบรม ชัดเกล้าของบุคคลในสังคมนั้น¹⁴

คำว่า “วิชาชีพ” มาจากคำว่า profession แปลว่ายอมรับหรือรับว่าเป็นของตน ศัพท์คำนี้เดิมใช้ในทางศาสนาเป็นประกาศตนว่ามีศรัทธาหรือมีการประกาศปฏิญาณตน พระเจ้าวรวงศ์เธอ กรมหมื่นนราธิปพงศ์ประพันธ์ เคยทรงแปลศัพท์ “profession” ว่า “อาชีพปฏิญาณ” เพราะสภาพอันแท้จริงแห่งวิชาชีพ ก็คือการปฏิญาณตนต่อสรรพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่าจะประกอบอาชีพตามธรรมเนียมซึ่งมีวางไว้เป็นบรรทัดฐานอาชีพปฏิญาณในขั้นต้นได้แก่วิถีอาชีพของนักบวช ซึ่งต้องเคร่งครัดในระเบียบวินัยที่บังคับได้ และต่อมาก็ได้แก่นักกฎหมายและแพทย์ เป็นต้น ซึ่งเขาได้จัดองค์กรควบคุมกันเอง มีวินัยและมารยาทอันเคร่งครัด

“วิชาชีพ” มีความหมายที่ลึกซึ้ง และมีความแตกต่างจากการประกอบอาชีพโดยทั่วไป เพราะอาชีพนั้นหมายเฉพาะการทำมาหากิน แต่วิชาชีพเป็นงานที่ต้องอุทิศตน แม้จะมีค่าตอบแทนก็เรียกได้ในลักษณะเป็นค่าธรรมนิยม ไม่ได้เรียกว่าเป็นค่าจ้างเหมือนอาชีพอื่น ๆ วิชาชีพจึงมีลักษณะเฉพาะเนื่องจากเป็นงานที่มีการอุทิศตนทำไปตลอดชีวิต โดยคำนึงถึงประโยชน์ของส่วนรวมเป็นสำคัญ เป็นงานที่มีเจตนารมณ์เพื่อรับใช้ประชาชน ดังที่สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรชุลยเดชวิกรมพระบรมราชชนก ได้ทรงให้ข้อคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของแพทย์ไว้ว่า “ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง ประโยชน์เพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ลาภทรัพย์และเกียรติยศจะตกมาแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์”¹⁵ และโดยเหตุที่วิชาชีพทางกฎหมายและการแพทย์เป็นศาสตร์ที่มีลักษณะเฉพาะซึ่งประชาชนทั่วไปมีโอกาสจะรู้และตรวจสอบได้โดยสามัญสำนึกหรืออาศัยความรู้ทั่วไป การประกอบอาชีพของนักกฎหมายที่ดี ของแพทย์ที่ดี จึงต้องผูกติดอยู่กับจริยธรรมเป็นสำคัญ เพราะลักษณะงานเป็นการใช้ความรู้ที่มีอำนาจเหนือบุคคลอันหาขาดเสียซึ่งจริยธรรมก็มีโอกาสที่จะใช้ความรู้นั้นไปในทางเอารัดเอาเปรียบประชาชนได้ การสอนจริยธรรมหรือหลักวิชาชีพที่ดีจึงเป็นเรื่องที่ต้องมีอยู่ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เฉพาะในศาสตร์นั้น ๆ การมีองค์กรคอยควบคุมจึงเป็นเรื่องจำเป็น เพื่อให้ชนบทรธรรมนิยมที่ดีของหมู่คณะคงอยู่ได้ และยังเป็นการให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนและดำรงไว้ซึ่งเกียรติยศแห่งวิชาชีพ

¹⁴ สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เล็งเชียง), พิมพ์ครั้งที่ 10 , หน้า 2.

¹⁵ เรื่องเดียวกัน หน้า 17.

ดังนั้น คำว่า “จริยธรรมแห่งวิชาชีพ” จึงหมายถึง ธรรมที่เป็นข้อประพฤติปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ โดยผู้ประกอบวิชาชีพได้รวมกลุ่มกันและออกเป็นข้อบังคับจริยธรรมแห่งวิชาชีพเพื่อควบคุมตนเอง จึงไม่เพียงแต่แพทย์เท่านั้นที่มี “จริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม” อันเป็นธรรมที่เป็นข้อประพฤติปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพหรือแพทย์ หากแต่ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ตัวอย่างเช่น สถาปนิกก็มีจริยธรรมแห่งวิชาชีพ คือ ข้อบังคับสภาสถาปนิกว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพสถาปัตยกรรมควบคุม พ.ศ. 2545 หรือผู้ประกอบวิชาชีพวิศวกรรมก็มีจริยธรรมแห่งวิชาชีพ คือ ข้อบังคับสภาวิศวกรว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพวิศวกรรมและการประพฤติผิดจรรยาบรรณอันจะนำมาซึ่งความเสียหายเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ พ.ศ. 2543

องค์กรที่ทำหน้าที่ควบคุมจริยธรรมของแพทย์ในประเทศไทยได้แก่ แพทยสภา ซึ่งถูกกำหนดไว้ในมาตรา 6* แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 โดยองค์กรแพทยสภามีฐานะเป็นนิติบุคคลทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยปกติองค์กรแพทยสภาไม่มีอำนาจรัฐ จะมีก็แต่อาศัยอำนาจตามที่กฎหมายให้โดยเฉพาะและจำกัด เช่น เมื่อเกิดความเสียหายจากการประกอบวิชาชีพแก่ผู้หนึ่งผู้ใดแล้ว ผู้เสียหายหรือผู้ที่ทราบเรื่องมีสิทธิร้องเรียนต่อแพทยสภา เพื่อให้แพทยสภาได้ตรวจสอบพฤติกรรมของผู้ถูกร้องเรียนนั้น ๆ ว่าประพฤติปฏิบัติอยู่ในกรอบแห่งจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพหรือไม่ประการใด หากเป็นไปดังเรื่องร้องเรียน แพทยสภามีอำนาจลงโทษตามความร้ายแรงแห่งพฤติกรรม ถ้าแพทยสภาเห็นว่าพฤติกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ใดมีความบกพร่องร้ายแรงจนไม่อาจให้ประกอบวิชาชีพต่อไปได้ แพทยสภาก็มีสิทธิเพิกถอนใบอนุญาตได้ และเพื่อควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือแพทย์ให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม แพทยสภาจึงได้ออกข้อบังคับว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 เพื่อให้การควบคุมจริยธรรมบรรลุผลและแพทย์ปฏิบัติไปในแนวทางเดียว

คำว่า “จริยธรรม” ไม่ใช่คำเดียวกับ “กฎหมาย” เพียงแต่มีลักษณะบางประการร่วมกันคือ อาศัยวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดความคิดเห็นและความประพฤติปฏิบัติในสังคม จึงต้องปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของสังคม จริยธรรมมีความแตกต่างไปจากกฎหมายเพราะจริยธรรมเป็นเครื่องมือควบคุมพฤติกรรมระดับสูงของมนุษย์ที่เกิดจากจิตสำนึกภายในโยงใยถึงปัญหาคุณธรรมและศีลธรรมที่มนุษย์กระทำด้วยความสมัครใจและภาคภูมิใจ สถานะของ

* พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มาตรา 6 บัญญัติว่า ให้มีสภาขึ้นสภาหนึ่งเรียกว่า “แพทยสภา” มีวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัตินี้ให้แพทยสภาเป็นนิติบุคคล

จริยธรรมนั้นจึงเป็นข้อกำหนดของสังคมที่ยอมรับและเชื่อถือร่วมกันว่าจะไร้อุทธรณ์ อดิเรกอะไรผิด อะไรดีอะไรชั่ว เป็นเรื่องของจิตสำนึกมากกว่าการบังคับ หากทำผิดไม่ต้องรับโทษจากรัฐแต่จะถูกสังคมลงโทษ ดังนั้นจริยธรรมจึงต้องอาศัยกฎหมายมาสนับสนุน โดยการออกเป็นข้อบังคับทางจริยธรรมตามที่กฎหมายหลักกำหนด เพื่อสามารถกำหนดบทลงโทษได้หากผู้ประกอบการวิชาชีพได้กระทำการฝ่าฝืนจริยธรรม ตัวอย่างเช่น พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มาตรา 21 (3)(ข) ให้อำนาจในการออกข้อบังคับแพทยสภาได้ หากฝ่าฝืนจะมีบทลงโทษกำหนดไว้ในเนื้อหาพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ข้อบังคับแพทยสภาที่สำคัญ คือ ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. 2526 ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

3.1.2.1 การควบคุมในแง่จริยธรรมในการประกอบวิชาชีพ : ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. 2526

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มาตรา 21 (3) (ข)^{*} กำหนดให้คณะกรรมการแพทยสภาออกข้อบังคับว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ โดยผ่านความเห็นชอบของสภานายกพิเศษตามมาตรา 25 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ซึ่งข้อบังคับที่สำคัญคือ ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. 2526 เพื่อให้แพทย์ยึดถือเป็นแนวปฏิบัตินั้น แพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจึงต้องรับผิดชอบต่อแพทยสภา โดยข้อบังคับฉบับนี้มีทั้งหมด 6 หมวด แต่ละหมวดมีสาระสำคัญดังนี้

หมวด 1 หลักทั่วไป เป็นการกำหนดให้แพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพดำรงตนให้สมควรในสังคมโดยธรรม เคารพต่อกฎหมายบ้านเมือง ไม่ประพฤติหรือกระทำการใด ๆ อันอาจเป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ และแพทย์ย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมือง

หมวด 2 การโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาระสำคัญคือ แพทย์ต้องไม่โฆษณา ใช้ จ้าง ให้ หรือยินยอมให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของตน ยกเว้นการแสดงผลงานในวารสารทางวิชาการ การประชุมวิชาการ การแสดงผลงานในหน้าที่ การบำเพ็ญประโยชน์สาธารณะ หรือความก้าวหน้า

^{*} พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มาตรา 21 บัญญัติว่า “ให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้ ... (3) ออกข้อบังคับว่าด้วย ... (ข) การรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ...”

ทางวิชาการเพื่อการศึกษาของมวลชน หรือการประกาศเกียรติคุณอย่างเป็นทางการ อย่างไรก็ตาม ใดก็ตามที่
ต้องละเว้นการแสวงหาผลประโยชน์ที่จะเกิดต่อการประกอบวิชาชีพเวชกรรมส่วนบุคคล

นอกจากนี้ยังกำหนดให้แพทย์แสดงข้อความเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ของตนที่สำนักงานได้เพียง ชื่อ นามสกุล คำนำหน้าว่านายแพทย์หรือแพทย์หญิง ตำแหน่งทาง
วิชาการ ฐานันดรศักดิ์ ยศ และบรรดาศักดิ์ ชื่อปริญญา วุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือแสดงวุฒิ
อย่างอื่น สาขาของวิชาชีพเวชกรรม และเวลาทำการ

ในการโฆษณายังคงควบคุมไปถึงกรณีที่แพทย์ผู้ทำการเผยแพร่หรือตอบปัญหาทาง
สื่อมวลชน ถ้าได้แสดงตนว่าเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว ต้องไม่แจ้งสถานที่ทำการประกอบ
วิชาชีพส่วนตัวเป็นทำนองโฆษณาและต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของตน
แพร่ออกไปในสื่อมวลชนเป็นทำนองโฆษณาความรู้ความสามารถ

หมวด 3 การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ข้อบังคับฉบับนี้กำหนดให้แพทย์ต้อง
รักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด และพยายามให้ผู้ป่วยพ้นจาก
อาการทรมานจากโรคและความพิการต่าง ๆ โดยไม่เรียกร้องสินจ้าง รางวัลพิเศษนอกเหนือจาก
ค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ และแพทย์ต้องไม่จงใจหรือชักชวนผู้ป่วยให้มารับบริการทาง
การแพทย์เพื่อผลประโยชน์ของตน หรือต้องไม่ให้หรือรับผลประโยชน์เป็นค่าตอบแทนจากการรับ
หรือส่งผู้ป่วยเพื่อรับบริการทางการแพทย์ แพทย์ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยสุภาพ ปราศจากการ
บังคับขู่เข็ญ คำนิ่งถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย แพทย์ต้องไม่ออกไปรับรอง
อันเป็นความเท็จหรือให้ความเห็นโดยไม่สุจริต และต้องรักษาความลับของผู้ป่วยในการรักษาเว้น
แต่ความยินยอมของผู้ป่วยหรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่ แพทย์ต้องไม่ปฏิเสธ
การช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับคำขอร้องและตนอยู่ในฐานะที่จะ
ช่วยได้

หมวด 4 การปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ โดยกำหนดให้แพทย์ยกย่องให้เกียรติผู้ร่วม
วิชาชีพเดียวกัน ไม่ทับถมให้ร้ายหรือกลั่นแกล้งกัน และต้องไม่ชักจูงผู้ป่วยของผู้อื่นมาเป็นของตน

หมวด 5 การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงาน ผู้ร่วมงานของแพทย์ ได้แก่ พยาบาล เทคนิค
การแพทย์ เภสัชกร เป็นต้น ซึ่งกำหนดให้แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ร่วมงานโดยใช้หลักเดียวกับการปฏิบัติ
ต่อผู้ร่วมวิชาชีพ และแพทย์พึงส่งเสริม สนับสนุนการประกอบวิชาชีพของผู้ร่วมงานด้วย

หมวด 6 การทดลองในมนุษย์ กำหนดให้แพทย์ก่อนจะทำการทดลองในมนุษย์
ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลองเสียก่อน และเตรียมพร้อมป้องกันอันตรายอันจะเกิดแก่ผู้ถูก
ทดลองด้วย หากมีความเสียหายหรืออันตรายที่ไม่ใช่ความผิดของผู้ถูกทดลองแล้วแพทย์ต้อง

รับผิดชอบต่ออันตรายหรือผลเสียหายอันเกิดจากการทดลองด้วย และให้การประกอบวิชาชีพในหมวด 3 มาบังคับใช้ด้วยโดยอนุโลม

จะเห็นได้ว่าข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. 2526 จะใช้กับแพทย์ทั้งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐและแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน โดยเป็นเครื่องมือควบคุมพฤติกรรมของแพทย์ที่ยังลี้ลึงไปในระดับของศีลธรรม ดังปรากฏในหมวด 1 ที่กำหนดให้แพทย์ประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาที่ดี มีความหมายว่าผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์นั้นจำเป็นต้องให้การรักษาผู้ป่วยโดยมีจิตใจที่มุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีอยู่ในสามัญสำนึก มากกว่าจะเป็นการบังคับเพียงการบังคับให้แพทย์ลงมือรักษา จริยธรรมของแพทย์ที่ปรากฏในรูปข้อบังคับดังกล่าวนี้ย่อมแสดงให้เห็นว่า ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ต้องมีศีลธรรมและคุณธรรมสูงกว่าวิชาชีพอื่น คือ แพทย์ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับคำร้องขอและแพทย์อยู่ในสภาพที่จะช่วยได้ หมายความว่าความเป็นแพทย์ที่มีเจตนาดีต่อผู้ป่วยไม่ได้ใช้เฉพาะเวลาที่แพทย์ผู้นั้นปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเท่านั้น หากแต่แพทย์ไปอยู่ ณ แห่งหนใดความเป็นแพทย์ย่อมผูกติดตัวผู้นั้นควบคู่ไปกับจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ส่งผลให้แพทย์ไม่อาจปฏิเสธคำร้องขอของผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วยที่ไม่ได้มารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลได้ หากแพทย์ประพฤติปฏิบัติอันเป็นการละเมิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับแพทยสภาแล้ว แพทย์ผู้นั้นอาจถูกสอบสวนและได้รับโทษจากองค์กรแพทยสภา ซึ่งจะกล่าวต่อไป

3.1.2.2 องค์กรที่ควบคุมด้านจริยธรรม : แพทยสภา

แพทยสภา เป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 คือ แพทยสภาจะทำหน้าที่ดูแล ควบคุมในด้านจริยธรรม และมาตรฐานการประกอบวิชาชีพซึ่งเน้นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั้งที่เป็นแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐและแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนต้องรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ แพทยสภาถูกบริหารโดยคณะกรรมการแพทยสภาซึ่งมีนายกแพทยสภา หรือเลขาธิการแพทยสภาเป็นผู้ดำเนินการต่าง ๆ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ในมาตรา 14 บัญญัติให้คณะกรรมการแพทยสภามาจากสองส่วนคือ กรรมการที่มาจากการแต่งตั้งโดยตำแหน่ง และกรรมการที่มาจากกรเลือกตั้ง โดยจำนวนกรรมการที่มาจากกรเลือกตั้งต้องมีจำนวนเท่ากับกรรมการที่มาจากกรแต่งตั้ง ในการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภาครั้งแรกเลือกกรรมการส่วนละ 14 ท่านเท่ากัน แต่ปัจจุบันมีคณบดีคณะแพทยศาสตร์เพิ่มอีกหลายท่าน การเลือกตั้งกรรมการตามวาระในปี พ.ศ. 2550 จึงเลือกให้มี

จำนวนเท่ากับกรรมการโดยตำแหน่งที่เพิ่มขึ้น คือ ต้องเลือกถึง 23 ท่าน ตำแหน่งนายกแพทยสภาจากการเลือกตั้งของกรรมการโดยตำแหน่งและกรรมการโดยการเลือกตั้งเป็นผู้ประชุมเลือกขึ้นมาโดยนายกแพทยสภามีอำนาจหน้าที่ ตามมาตรา 22 (1) (ก) – (ค) สำหรับตำแหน่งเลขาธิการแพทยสภานั้น นายกแพทยสภาจะเป็นผู้เลือกโดยมีที่มาได้ทั้งจากสมาชิกแพทยสภาและจากกรรมการแพทยสภาก็ได้ แต่ผู้นั้นต้องมีคุณสมบัติตามมาตรา 17 ถ้าเลขาธิการแพทยสภาจากสมาชิกแพทยสภาก็จะทำให้จำนวนคณะกรรมการแพทยสภาเพิ่มขึ้นหนึ่งคน จำนวนกรรมการรวมจะเป็นเลขคี่ ถ้าเลขาธิการแพทยสภามาจากกรรมการด้วยกันจำนวนกรรมการทั้งหมดจะเป็นจำนวนเลขคู่ เลขาธิการแพทยสภามีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 22 (4) (ก) – (จ) โดยเลขาธิการแพทยสภาจะเป็นผู้ควบคุมและรับผิดชอบงานธุรการทั่วไปของแพทยสภาซึ่งจะบริหารงานในรูปของสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา นอกจากนายกแพทยสภาและเลขาธิการแพทยสภาแล้วพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ยังกำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขดำรงตำแหน่งสภานายกพิเศษของแพทยสภาในลักษณะตำแหน่งเกียรติยศหรือตำแหน่งกิตติมศักดิ์และกำหนดอำนาจหน้าที่ไว้หลายประการที่สำคัญประการหนึ่งคือ ให้ความเห็นชอบแก่มติของที่ประชุมคณะกรรมการในการออกข้อบังคับ การกำหนดงบประมาณของแพทยสภา การให้สมาชิกพ้นจากสมาชิกภาพตามมาตรา 13 (3) และการวินิจฉัยชี้ขาดสำนวนการสอบสวนและความเห็นของคณะกรรมการ

คณะกรรมการแพทยสภามีอำนาจหน้าที่หลายประการที่สำคัญประการหนึ่งคือ ตามมาตรา 21 (2) คณะกรรมการจะทำกิจการต่าง ๆ เองหรือตั้งอนุกรรมการขึ้นมาช่วยทำกิจการใด ๆ ก็ได้ ในปัจจุบันคณะกรรมการแพทยสภาได้ตั้งอนุกรรมการต่าง ๆ ไว้ช่วยงานหลายสิบคณะ ให้ประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ภายในวัตถุประสงค์ของแพทยสภา และในมาตรา 21 (3) คณะกรรมการแพทยสภามีอำนาจออกข้อบังคับต่าง เช่น ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยโครงสร้างการบริหารของคณะกรรมการแพทยสภา พ.ศ. 2547 ซึ่งข้อบังคับฉบับนี้แบ่งอนุกรรมการตามโครงสร้างการบริหารออกเป็น 4 ชุด ได้แก่

1. คณะอนุกรรมการบริหาร
2. คณะอนุกรรมการกลั่นกรองจริยธรรม
3. คณะอนุกรรมการกลั่นกรองวิชาการ
4. คณะอนุกรรมการสมาชิกมวลชนสัมพันธ์

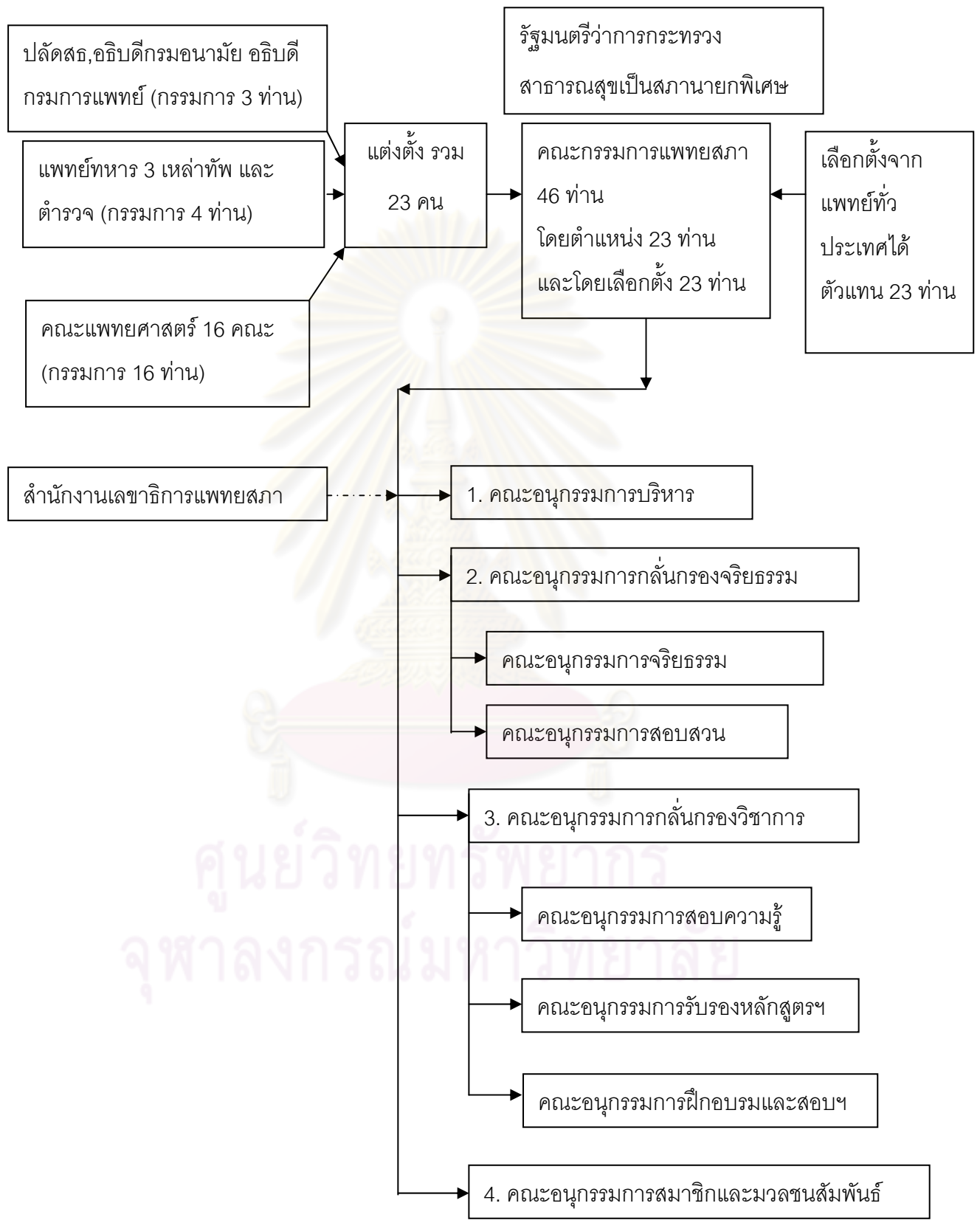
นอกจากอนุกรรมการตามโครงสร้างดังกล่าว ยังมีอนุกรรมการตามกฎหมายซึ่ง มาตรา 21 (2) บัญญัติให้คณะกรรมการแพทยสภาตั้งอนุกรรมการขึ้น ได้แก่ คณะอนุกรรมการ

จริยธรรม คณะอนุกรรมการสอบสวน คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จะเห็นได้ว่าโครงสร้างของแพทยสภามีความสลับซับซ้อน เพื่อให้เกิดความเข้าใจจึงขอสรุปเป็นแผนผังดังต่อไปนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนผังแสดงโครงสร้างของแพทยสภา



อย่างไรก็ดี ในต่างประเทศก็มีองค์กรในลักษณะเช่นเดียวกันนี้คอยดูแลควบคุมอยู่ เช่นกันซึ่งมีบทบาทคล้ายคลึงกัน อนึ่ง กฎหมายควบคุมจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพนี้ต่างจากกฎหมายอาญา เพราะความผิดที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายอาญานั้นจะต้องเป็นไปตามกลไกและลำดับขั้นตอนของกระบวนการยุติธรรมซึ่งเริ่มต้นจากเจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นลำดับแรก ฉะนั้น จึงขึ้นอยู่กับว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจจะให้ความร่วมมือเอาใจใส่ในคดีทุรเวชปฏิบัติ เพียงใด รวมตลอดไปจนถึง พนักงานอัยการ และศาลยุติธรรมด้วย

แต่ในส่วนของการดำเนินการดำเนินคดีทางจริยธรรมของแพทยสภานั้นเป็นการดำเนินการหาข้อเท็จจริงจากการสอบสวนซึ่งเป็นวิธีการดำเนินการทางวินัยของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่อาจเปรียบเทียบได้กับการสอบสวนทางวินัยของข้าราชการหรือการสอบสวนสืบสวนของพนักงานสอบสวน มิใช่การพิจารณาคดีในศาล กฎหมายจึงมิได้กำหนดให้ต้องกระทำต่อหน้าผู้ถูกกล่าวหา หรือถูกกล่าวโทษเช่นเดียวกับวิธีการทางศาล เพราะหลักการของกฎหมายควบคุมวิชาชีพ

* ทุรเวชปฏิบัติ (Malpractice) หมายความว่า การขาดทักษะที่ควรมีอย่างสมเหตุสมผลตามสมควร ในฐานะเป็นแพทย์และขาดการเอาใจใส่ดูแลคนไข้จนทำให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพหรือชีวิตของคนไข้ ตัวอย่างคดี ทุรเวชปฏิบัติในกรณีต่าง ๆ อาทิ

1. ทุรเวชปฏิบัติในการชักประวัติของผู้ป่วย เช่น เด็กอายุ 15 เดือน ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบถี่ และมีอาการแสดงอื่น ๆ ของการเกิดพิษจากแอสไพริน ซึ่งแพทย์ควรจะสังเกตพบ แต่บกพร่องไม่ได้ชักประวัติของผู้ป่วย กลับวินิจฉัยฉัยว่าเป็นไข้หวัดเหมือนกับมารดาเด็ก ต่อมาเด็กตาย
2. ทุรเวชปฏิบัติในการตรวจร่างกายผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยหญิงปวดท้องเฉียบพลัน แต่แพทย์ใช้เวลาตรวจลวก ๆ โดยไม่ได้ตรวจทางทวารหนัก ต่อมาผู้ป่วยตายด้วยโรคลำไส้บิดตัว
3. ทุรเวชปฏิบัติในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น เด็กหญิงอายุ 3 ปี ปวดท้องรุนแรงและมีไข้สูง อาเจียน ไม่สามารถยืนได้ แต่แพทย์ไม่ได้เจาะเลือด ไม่ได้ตรวจปัสสาวะ แล้วให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ไม่ได้รับการตรวจอะไร เช้าวันต่อมาผู้ป่วยตายด้วยสาเหตุเยื่อช่องท้องอักเสบอันเนื่องมาจากไส้ติ่งอักเสบจนแตก
4. ทุรเวชปฏิบัติในการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย เช่น ผู้ป่วยถูกหัวตะปูกระเด็นเข้าตา แพทย์ตรวจเพียงใช้แว่นขยายแล้วล้างตา โดยไม่ได้ส่งตรวจเอกซเรย์หัวตะปูแตกปลอมตกค้างในตา จนผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นไป
5. ทุรเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยโรค เช่น แพทย์ตรวจร่างกายผู้สมัครงานแล้ววินิจฉัยผิดพลาดว่าเป็นวัณโรคระยะติดต่อ จนนายจ้างปฏิเสธการรับเข้าทำงาน แต่เมื่อไปตรวจซ้ำยังสถานพยาบาลอื่น ๆ กลับไม่เคยเป็นวัณโรคเลย
6. ทุรเวชปฏิบัติในการรักษาโรค เช่น นายเอกษเรย์รักษาตามโปรแกรมของแพทย์ด้านรังสีรักษา จนมีอาการคลื่นไส้ มีอาการปวด คัน บวมแดง จนเป็นโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรังอันเนื่องมาจากการฉายรังสี แล้วขยายผลเป็นโรคกัลลัวจะเป็นมะเร็งอย่างรุนแรง

เป็นหลักการของกฎหมายปกครองซึ่งต่างกับหลักของกฎหมายอาญา ทั้งนี้ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินคดีทางจริยธรรมไว้ในมาตรา 32 ถึงมาตรา 40 ซึ่งสามารถสรุปสาระสำคัญได้ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. : การร้องเรียน

โดยการร้องเรียนสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การกล่าวหากับการกล่าวโทษ โดยการกล่าวหา หมายถึง การร้องเรียนโดยผู้เสียหายที่เกิดจากการที่แพทย์ประพฤติผิดจริยธรรม ส่วนการกล่าวโทษ หมายถึง การร้องเรียนโดยผู้อื่น หรือคณะกรรมการแพทยสภาที่รู้เรื่องการประพฤติผิดจริยธรรมของแพทย์

เงื่อนไขการร้องเรียน อาจจำแนกออกเป็น 4 เรื่อง ดังนี้

ก. การร้องเรียน ไม่ว่าจะในลักษณะกล่าวหาหรือกล่าวโทษ ต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษรเนื่องจากกฎหมายใช้คำว่า “โดยทำเรื่องยื่นต่อแพทยสภา”

ข. การร้องเรียนมีข้อจำกัดเรื่องเวลา คือ ต้องทำภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ผู้ร้องเรียนได้ทราบถึงพฤติการณ์แห่งการประพฤติผิดจริยธรรม และต้องไม่เกิน 3 ปีนับแต่มีการประพฤติผิดจริยธรรม

ค. ถ้าคณะกรรมการแพทยสภาเป็นผู้กล่าวโทษ คณะกรรมการแพทยสภาต้องมีมติก่อนที่จะส่งเรื่องให้คณะกรรมการจริยธรรมดำเนินการ

ง. การถอนเรื่องร้องเรียนที่ได้ยื่นแล้วนั้น ไม่นับเป็นเหตุให้ระงับการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 2. : การดำเนินการของเลขาธิการแพทยสภา

ในทางปฏิบัติให้ยื่นเรื่องต่อแพทยสภา โดยส่งไปถึงสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา จากนั้นเลขาธิการจะเสนอเรื่องดังกล่าวต่อประธานอนุกรรมการจริยธรรมของแพทยสภา ชุดใดชุดหนึ่งโดยเร็ว

ขั้นตอนที่ 3. : การดำเนินการของคณะกรรมการจริยธรรม

หลังจากได้รับเรื่องจากเลขาธิการแล้ว คณะอนุกรรมการจริยธรรมจะทำการสืบสวนหาข้อเท็จจริง ซึ่งอาจจะแจ้งให้ผู้ถูกร้องเรียนทราบหรือไม่ก็ได้ หรืออาจเพียงขอหลักฐานต่าง ๆ จากบุคคลดังกล่าวก็ได้ จากนั้นจะสรุปสำนวนการสืบสวนพร้อมทั้งความเห็นว่ามีมูลหรือไม่มีมูล หรือไม่สมควรดำเนินเรื่องต่อไป เพื่อเสนอต่อไปยังคณะกรรมการแพทยสภา ลำดับต่อมาคณะกรรมการแพทยสภาจะส่งเรื่องให้คณะกรรมการสอบสวนดำเนินเรื่องต่อไป ในกรณีคดีมีมูลหรือยกข้อกล่าวหา หรือข้อกล่าวโทษในกรณีคดีไม่มีมูล คณะอนุกรรมการสอบสวนอาจส่งเรื่องกลับไปให้คณะกรรมการจริยธรรมแสวงหาข้อเท็จจริงเพิ่มเติมได้

ขั้นตอนที่ 4 : การดำเนินการของคณะกรรมการสอบสวน

ในกรณีคดีมีมูล คณะกรรมการแพทยสภาจะส่งคำร้องเรียนและสำนวนการหาข้อเท็จจริงของอนุกรรมการจริยธรรมทั้งหมดไปให้คณะกรรมการสอบสวนทำการสอบสวนต่อไป โดยประธานอนุกรรมการสอบสวนคณะที่ทำการสอบสวนต้องแจ้งข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษพร้อมทั้งสำเนาเรื่องที่กล่าวหาหรือกล่าวโทษให้ผู้ถูกกล่าวหาหรือกล่าวโทษไม่น้อยกว่า 15 วันก่อนเริ่มทำการสอบสวน และผู้ถูกกล่าวหาหรือกล่าวโทษมีสิทธิทำคำชี้แจง หรือนำพยานหลักฐานใด ๆ มาหักล้าง โดยคำชี้แจงต้องยื่นต่อประธานอนุกรรมการสอบสวนภายใน 15 วันนับแต่วันได้รับแจ้งจากประธานอนุกรรมการสอบสวน ส่วนการจะเรียกตัวผู้ถูกกล่าวหาหรือถูกกล่าวโทษมาทำการสอบสวนเมื่อใดนั้น คงอยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการสอบสวนเป็นกรณี ๆ ไป

เมื่อทำการสอบสวนเสร็จ คณะกรรมการสอบสวนจะสรุปสำนวนของการสอบสวน โดยในกรณีที่เห็นว่ามีความผิดจะระบุพฤติการณ์ในการกระทำ และวินิจฉัยว่ากระทำผิดข้อบังคับในหมวดใด ข้อใด รวมทั้งเสนอมาตรการลงโทษด้วยโดยเสนอต่อคณะกรรมการแพทยสภา และคณะกรรมการแพทยสภาจะวินิจฉัยชี้ขาดต่อไป หรืออาจส่งเรื่องให้คณะกรรมการสอบสวนทำการสอบสวนเพิ่มเติมได้ทำนองเดียวกับการดำเนินการของอนุกรรมการจริยธรรม

ขั้นตอนที่ 5 : การพิจารณาและการดำเนินการของกรรมการแพทยสภา

คณะกรรมการแพทยสภาจะพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาดอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้

1. ยกข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษ
2. ว่ากล่าวตักเตือน
3. ภาคทัณฑ์
4. พักใช้ใบอนุญาตมีกำหนดระยะเวลาตามที่เห็นสมควร แต่ไม่เกิน 2 ปี
5. เพิกถอนใบอนุญาต

ในทางปฏิบัติ กรณีที่มติของคณะกรรมการแพทยสภาไม่ตรงกับความเห็นของอนุกรรมการทั้ง 2 คณะ หรือคณะใดคณะหนึ่งเช่นนี้ ต้องแจ้งให้คณะกรรมการดังกล่าวทราบถึงมติเช่นนี้ด้วย และเมื่อคณะกรรมการแพทยสภาได้พิจารณาให้คำวินิจฉัยชี้ขาดแล้ว จะต้องเสนอต่อไปยังสภานายกพิเศษ เพื่อให้ความเห็นชอบก่อนจึงจะดำเนินการตามมตินั้นได้

เมื่อนายกสภาพิเศษไม่เห็นชอบกับมติของคณะกรรมการแพทยสภาเช่นนี้ ต้องถือว่าถูกยับยั้งโดยสภานายกพิเศษ ซึ่งการดำเนินงานตามมตินั้นจะได้ต่อเมื่อคณะกรรมการมีมติยืนยันมติเดิมด้วยคะแนนเสียงไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของกรรมการทั้งคณะจึงจะดำเนินการตามมตินั้นได้ กรณีหากคณะกรรมการลงมติใหม่ มติใหม่นี้จะต้องเสนอต่อสภานายกพิเศษใหม่อีกเช่นกัน

ก่อนที่จะดำเนินการตามมตินั้น คำวินิจฉัยชี้ขาดของคณะกรรมการแพทยสภานี้เป็นที่สุด กล่าวคือ มีลักษณะเด็ดขาดจะนำมาฟ้องร้องอีกไม่ได้ เว้นแต่การอุทธรณ์ต่อไปในชั้นที่สูงกว่า

ผู้ที่ถูกพักใช้ใบอนุญาตให้ถือว่ามีได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนับแต่วันที่คณะกรรมการสั่งพักใช้ใบอนุญาตนั้น สำหรับผู้ที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาตอาจขอรับใบอนุญาตอีกได้เมื่อพ้นกำหนด 2 ปี นับแต่วันที่ถูกลงโทษเพิกถอนใบอนุญาต แต่เมื่อคณะกรรมการได้พิจารณาคำขอและปฏิเสธการออกใบอนุญาต ผู้นั้นมีสิทธิยื่นคำขอใบอนุญาตได้ใหม่อีกครั้งเมื่อครบ 1 ปี นับแต่วันที่ถูกปฏิเสธครั้งแรก ถ้าหากคณะกรรมการได้ปฏิเสธเป็นครั้งที่สอง ผู้นั้นจึงหมดโอกาสที่จะขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมอีกต่อไป

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ลักษณะเฉพาะตัวด้านจริยธรรมของการบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 เป็นกฎหมายสำคัญที่เป็นเครื่องมือควบคุมกำกับกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือที่เรียกโดยทั่วไปว่า “แพทย์” บุคคลอื่นจึงไม่สามารถประกอบวิชาชีพดังกล่าวได้ ความรับผิดชอบตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มิใช่ความรับผิดชอบต่อผู้เสียหายโดยตรง แต่เป็นความรับผิดชอบต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันเอง ถือเป็น การควบคุมทางวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพ โดยมี “แพทยสภา” คอยควบคุมการประกอบวิชาชีพ และควบคุมความประพฤติทางจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพให้ดำรงไปอย่างถูกต้องเหมาะสม แม้กฎหมายจะมีได้กำหนดให้ความรับผิดชอบที่เกิดขึ้นเป็นเหตุให้แพทย์ต้องชดเชยค่าเสียหายหรือต้องถูกลงโทษทางอาญา แต่เป็นความรับผิดชอบที่เป็นเหตุให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้นไม่อาจประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้อีกต่อไป ซึ่งโทษที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะได้รับคือ การว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ หรือให้หยุดปฏิบัติหน้าที่ชั่วคราวหรือตลอดไป ทั้งนี้ขึ้นกับความหนักเบาของพฤติกรรม หรือความรุนแรงของความเสียหาย และเพื่อให้การประกอบวิชาชีพเป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงได้มีการออกข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. 2526 โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มีรายละเอียดเกี่ยวกับระบบการควบคุมการประกอบวิชาชีพด้วยกันเอง

จึงกล่าวได้ว่าลักษณะของบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐนอกจากจะเป็นบริการสาธารณะแล้ว ยังมีความแตกต่างไปจากบริการสาธารณะประเภทอื่น เนื่องจากต้องอาศัยความเฉพาะตัวในด้านสังคมที่ต้องอาศัยความไว้วางใจระหว่างผู้รับบริการทางการแพทย์ และแพทย์ที่ให้การรักษาแล้ว การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐยังต้องคำนึงถึงด้านจริยธรรมด้วย กล่าวคือ แพทย์ไม่สามารถให้การรักษาโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการทางการแพทย์เป็นหลักเหมือนเช่นในวิชาชีพอื่น หากแต่แพทย์ต้องคำนึงถึงสภาพร่างกาย พยาธิ

สภาพของโรคเพื่อส่งผลให้ผู้รับบริการทางการแพทย์ได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดสำหรับผู้รับบริการเฉพาะรายไป แพทย์จึงไม่สามารถให้บริการโดยตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ครบถ้วนดังเช่นบริการสาธารณสุขประเภทอื่นทั่วไป ประกอบกับการประกอบวิชาชีพของแพทย์ต้องอาศัยทักษะและการลงมือรักษามักจะกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้รับบริการทางการแพทย์ แพทย์จึงต้องมีจริยธรรมที่สูงกว่าการประกอบอาชีพหรือวิชาชีพอื่นทั่วไป ความเข้มงวดในด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์จึงปรากฏตั้งแต่กระบวนการเข้าสู่วิชาชีพที่แพทย์สภาต้องกำหนดคุณสมบัติของบุคคลที่มีสิทธิขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ เมื่อสามารถผ่านเข้ามาปฏิบัติงานในวิชาชีพแพทย์แล้วยังต้องมีการควบคุมไม่ให้เกิดการแข่งขันแก่งแย่งกันในการประกอบวิชาชีพโดยการออกจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ เช่น ห้ามผู้ประกอบวิชาชีพโฆษณาความรู้ความสามารถ ห้ามมิให้มีการทับถมให้ร้ายผู้ร่วมวิชาชีพ เพราะหากเกิดความเสียหายจะมี��แค้นนำความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งมาสู่วิชาชีพเท่านั้น แต่ยังคงกระทบโดยตรงต่อตัวบุคคลผู้รับบริการ การบริการทางการแพทย์จึงไม่ได้มีลักษณะเฉพาะด้านสังคมและจริยธรรมเท่านั้น หากแต่ยังต้องพิจารณาในแง่มุมมองของผู้รับบริการทางการแพทย์ คือ สิทธิของประชาชนในการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ ดังจะได้อธิบายต่อไป

3.2 ลักษณะเฉพาะตัวด้านสิทธิของประชาชน ในการได้รับการบริการทางการแพทย์

3.2.1 ในฐานะสิทธิมนุษยชน

เนื่องจากมนุษย์มีเสรีภาพและความเสมอภาคอย่างเท่าเทียมกัน การพัฒนาความเป็นมนุษย์จะต้องรับรู้ถึงความเป็นอิสระและการเคารพนับถือในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิที่จะได้รับการบริการทางการแพทย์ถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานตามสิทธิมนุษยชน จึงควรกล่าวถึงสิทธิมนุษยชน พอสังเขป ดังนี้

สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิขั้นมูลฐานในเรื่องศักดิ์ศรี คุณค่าและความเท่าเทียมกันของมนุษย์ เป็นแนวคิดทางปรัชญาที่มนุษย์พยายามเรียกร้องให้มีการรับรองคุ้มครองสิทธิตามความเป็นจริง โดยมีรากฐานความคิดมาจากสิทธิธรรมชาติซึ่งเป็นแนวคิดทางปรัชญาที่เชื่อว่ามนุษย์มีสิทธิบางประการที่ติดตัวมนุษย์มาแต่กำเนิด สิทธิดังกล่าวไม่อาจโอนให้แก่กันได้ หากมีการล่วงละเมิดย่อมกระทบกระเทือนต่อสภาพความเป็นมนุษย์และแนวคิดเรื่องสิทธิธรรมชาติมีที่มาจากแนวคิดเรื่องกฎหมายธรรมชาติซึ่งมีความมุ่งหมายที่จะจำกัดอำนาจของรัฐหรือผู้มีอำนาจปกครอง โดยมีแนวคิดว่านอกจากกฎหมายที่รัฐบัญญัติขึ้นแล้วยังมีกฎหมายอีกประเภทหนึ่งซึ่งมีอยู่ตาม

ธรรมชาติ คือ เกิดขึ้นเองโดยมนุษย์ไม่ได้เป็นผู้สร้างขึ้นเป็นกฎหมายที่ใช้บังคับได้โดยไม่จำกัดเวลา สถานที่และเป็นกฎหมายที่อยู่เหนือรัฐ กล่าวคือ รัฐจะออกกฎหมายให้ขัดแย้งกับกฎหมายธรรมชาติไม่ได้ มิฉะนั้นกฎหมายของรัฐจะใช้บังคับไม่ได้ สิทธิธรรมชาติตามกฎหมายธรรมชาติ จึงเป็นสิทธิของมนุษย์ทุกรูปทุกนาม ไม่ว่าจะ เป็นมนุษย์เชื้อชาติใด ทุกคนต้องมีเพื่อศักดิ์ศรีของมนุษย์ ถ้าหมดไปเสียแล้วความเป็นมนุษย์ก็จะค่อยหมดความหมายลง¹⁶

ในคำปรารภของกฎบัตรสหประชาชาติซึ่งเป็นปณิธานในการก่อตั้งองค์การสหประชาชาติ ได้กล่าวถึงสิทธิมนุษยชนในตอนหนึ่งว่า “ประชาชนของสหประชาชาติได้ยืนยันการรับรองสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานในศักดิ์ศรีและคุณค่าของมนุษย์ในสิทธิแห่งความเท่าเทียมกันของชายและหญิงและของชาติใหญ่กับชาติเล็ก ...”¹⁷ กฎบัตรนี้จึงเป็นกฎหมายระหว่างประเทศฉบับแรกที่ได้คุ้มครองสิทธิมนุษยชนอย่างชัดเจน ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนาการรับรองสิทธิมนุษยชนโดยสมัชชาแห่งสหประชาชาติได้มีมติผ่านร่างปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) โดยกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนซึ่งก่อให้เกิดพันธะทางศีลธรรมและมโนธรรมแก่ประเทศที่ให้ความเห็นชอบในปฏิญญาดังกล่าว หลักการสำคัญพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนเบื้องต้นนี้ คือ การยอมรับกันโดยทั่วไปว่าบุคคลทุกคนที่มีความสามารถตามกฎหมายต้องเป็นผู้ที่มีอิสระเสรีในการตัดสินใจที่จะเลือกรับหรือไม่รับการกระทำใดต่อตัวเรา (Human Autonomy) ซึ่งได้มีการระบุไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนนี้ว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิ ...” อันเป็นเพียงการยอมรับว่า ในฐานะที่เป็นมนุษย์นั้นควรมีสิทธิอะไรบ้าง ซึ่งยังมีได้มีฐานะเป็นสิทธิตามกฎหมายอย่างแท้จริง ประเทศหรือรัฐต่าง ๆ ที่เป็นสมาชิกขององค์การสหประชาชาติที่ยอมรับสิทธิมนุษยชนนี้จะต้องนำไปบัญญัติเป็นสิทธิตามกฎหมายภายในเพื่อให้มีผลตามกฎหมายต่อไป¹⁸ หลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยก็ได้นำเนื้อหาของปฏิญญานี้ไปกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญของประเทศตน

โดยที่ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนมิใช่ข้อตกลงระหว่างประเทศและไม่มีผลผูกพันทางกฎหมายกับรัฐสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนหลายกรณีต้องอาศัยกฎบัตรสหประชาชาติเป็นหลัก หรือให้การติดตามสอดส่องดูแลส่งเสริม

¹⁶ จรัญ โฆษณานันท์, สิทธิมนุษยชนไร้พรมแดน ปรัชญากฎหมายและความเป็นจริงทางสังคม, (กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์นิติธรรม, 2545), หน้า 24

¹⁷ อัจฉรา วีระชาติ, “สิทธิของผู้ป่วย,” หน้า 12.

¹⁸ Hans Kelsen , Principles of International Law, (second edition , revised and edited by Robert W. Tudker),pp. 226-228 อ้างถึงใน อัจฉรา วีระชาติ, “สิทธิของผู้ป่วย,” หน้า 13.

ทางด้านบริหารทั่วไป จึงอาจทำให้เกิดปัญหาข้อขัดข้องได้ ดังนั้น สหประชาชาติจึงดำเนินการ เพื่อให้สิทธิมนุษยชนที่ระบุในกฎบัตรสหประชาชาติและในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิตามกฎหมาย ทั้งนี้ โดยการจัดทำข้อตกลงระหว่างประเทศเพื่อส่งเสริมคุ้มครองสิทธิมนุษยชนโดยตรงและมีผลผูกพันตามหลักกฎหมายระหว่างประเทศต่อรัฐภาคีทุกรัฐ ข้อตกลงระหว่างประเทศดังกล่าวมีอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น “กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม” (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1961) กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิของพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights, 1966) เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปแล้ว สิทธิมนุษยชนจะมีลักษณะเป็นสิทธิที่ขยายขอบเขตออกไปตามกาลเวลา และมีขอบเขตที่กว้าง¹⁹ สิทธิมนุษยชนนี้เป็นสิทธิของทั้งปัจเจกบุคคล (Individual Rights) และของกลุ่มบุคคลหรือสังคม (Social Rights) อันอาจจำแนกได้เป็นสิทธิของชนกลุ่มน้อย สิทธิของสตรี สิทธิของเด็ก สิทธิของผู้ป่วย สิทธิของผู้บริโภค เป็นต้น ซึ่งจะมีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับกฎหมายภายในของรัฐและกฎหมายระหว่างประเทศ

โดยที่ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนกำหนดสิทธิด้านสุขภาพไว้ในข้อ 25 ซึ่งบัญญัติว่า

“1. มนุษย์ทุกคนมีสิทธิที่จะดำรงชีวิตตามมาตรฐาน เพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี สำหรับตนเองและครอบครัว รวมถึงการได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรคและบริการทางสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิที่จะได้รับหลักประกันความมั่นคงเมื่อว่างงาน เจ็บป่วย พิกัด เป็นม่าย ยามชราด้วย เมื่อประสบเคราะห์กรรมจากเหตุการณ์ที่เขามิได้มีส่วนเกี่ยวข้อง

2. มารดาและเด็ก จำต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลเป็นพิเศษ เด็กทุกคน ไม่ว่าจะเกิดในหรือนอกสมรส ต้องได้รับการคุ้มครองจากสังคมเท่าเทียมกัน”²⁰

เมื่อพิจารณาจากข้อความในปฏิญญา ดังกล่าวแล้ว จะเห็นได้ว่า การจะมีสุขภาพที่ดีนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการบริการทางด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐานและเท่าเทียมกัน ประกอบ

¹⁹ วิจิต มั่นตาภรณ์, “สิทธิมนุษยชนและประเทศไทย ทศนคติรากฐาน,” วารสารกฎหมาย 10 (2528) : 179-221. อ้างถึง ในวิฑูรณ อึ้งประพันธ์, “สิทธิมนุษยชนกับกฎหมาย” หน้า 642.

²⁰ นฤมล สุภาพร, “สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข,” ห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ศาลยุติธรรม (www.library.coj.go.th) หน้า 12.

กับการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก ปี 1970 ได้มีมติว่า “สิทธิที่จะมีสุขภาพดี (The Right to Health) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน”²¹ และวัตถุประสงค์ที่สำคัญขององค์การอนามัยโลก ก็คือ ให้ประชาชนทุกคนได้บรรลุถึงควมมีสุขภาพดีในระดับสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และสิ่งที่สำคัญที่สุดเพื่อสนองวัตถุประสงค์ดังกล่าว การพัฒนาระบบสาธารณสุขแห่งชาติของทุกประเทศให้มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น แต่เนื่องจากความหมายของบริการทางสุขภาพนั้นมีหลายระดับ และความจำกัดของทรัพยากร ความหมายอันแท้จริงของสิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ ก็คือ สิทธิของปัจเจกบุคคลที่มีโอกาสเท่าเทียมกันในการที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงว่าบุคคลนั้นมีความสามารถจะรับภาระค่าบริการเหล่านั้นได้หรือไม่ก็ตาม ดังนั้น การบริการทางการแพทย์จึงเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชนที่ผู้มารับบริการทางการแพทย์หรือที่เรียกว่าผู้ป่วยพึงได้รับ ความชอบธรรมที่ผู้ป่วยพึงได้รับจากบริการทางการแพทย์ เช่นการได้รับบริการที่มีมาตรฐานแห่งวิชาชีพของผู้ที่มีหน้าที่รักษา โดยแพทย์มีหน้าที่ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ เมื่อผู้ป่วยรับรู้แล้วยอมรับการรักษาจากแพทย์ ความยินยอมของผู้ป่วยนั้นจึงจะมีผลตามกฎหมาย ซึ่งเรียกว่า “ความยินยอมที่จะได้รับการบอกกล่าว (Informed Consent) เหล่านี้ เพื่อเป็นการคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของผู้ป่วยนั่นเอง ซึ่งเรียกว่า “สิทธิผู้ป่วย” ซึ่งจะได้อธิบายต่อไป

ดังได้กล่าวแล้วว่าปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนได้บัญญัติรับรองว่ามนุษย์ทุกคนมีเกียรติศักดิ์และสิทธิ (Dignity and Rights) และถือว่าคุณคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับการรักษาพยาบาล “สิทธิผู้ป่วย” จึงเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน นอกจากนี้ผู้ป่วยควรมีสิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในขั้นตอนและกระบวนการรักษา รวมทั้งสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา และมีสิทธิส่วนบุคคลในอันที่จะไม่ถูกเปิดเผยในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคภัยไข้เจ็บของผู้ป่วยด้วย จึงเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องเก็บรักษาความลับของผู้ป่วยไว้ ดังนั้น แพทย์ในฐานะผู้ให้บริการทางการแพทย์ควรจะต้องปฏิบัติงานด้วยความรู้สึกผิดชอบชั่วดีโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยอยู่เป็นประจำสม่ำเสมอ และพยายามที่จะรับประกันความเป็นอิสระเสรีของผู้ป่วยและความยุติธรรม โดยที่ประชุมแพทยสภาโลกได้ออกเป็น ปฏิญญาว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ของแพทย์

²¹ เฟิงอ่าง

สมาคมโลก* (The World Medical Association Declaration on the Right of the Patient) ซึ่งมีหลักการสำคัญ ดังนี้**

1. สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพดี
 - ก. บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสมโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ
 - ข. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ ซึ่งต้องมีอิสระในการตัดสินใจทางคลินิกและทางจริยธรรมโดยปราศจากการแทรกแซงใด ๆ
 - ค. ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเอง การรักษาพยาบาลดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามหลักวิชาทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่รับรองกันทั่วไป
 - ง. การรับรองคุณภาพควรถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ควรจะต้องรับผิดชอบต่อการรักษาคุณภาพของบริการทางการแพทย์
 - จ. ในกรณีจะต้องเลือกใช้วิธีการรักษาบางอย่างที่มีอยู่อย่างจำกัดแก่ผู้ป่วยบางราย ผู้ป่วยเหล่านั้นจะต้องได้รับการคัดเลือกอย่างเป็นธรรมในการได้รับวิธีการรักษานั้น และการคัดเลือกต้องทำโดยพื้นฐานข้อชี้บ่งทางการแพทย์เท่านั้นและต้องไม่มีทางเลือกปฏิบัติ
 - ฉ. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แพทย์มีหน้าที่จัดการให้มีการประสานงานทางการแพทย์กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น แพทย์ไม่อาจยุติการรักษาผู้ป่วยลงได้ ตราบเท่าที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องให้การรักษาต่อไป โดยปราศจากความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและให้โอกาสเพียงพอ ที่จำเป็นสำหรับการรักษาด้วยวิธีการอื่น
2. สิทธิในการเลือกอย่างเสรี
 - ก. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกและเปลี่ยนแพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลโดยอิสระ โดยไม่คำนึงว่าจะอยู่ในสังกัดของรัฐหรือเอกชน
 - ข. ผู้ป่วยมีสิทธิสอบถามความเห็นจากแพทย์อื่นเมื่อใดก็ได้
3. สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง
 - ก. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ โดยที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น

* ได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมแพทยสภาโลก ครั้งที่ 34 ณ กรุงลิสบอน ประเทศโปรตุเกส เมื่อปี ค.ศ. 1981 และปรับปรุงในปี ค.ศ. 1995 และ 2005 ตามลำดับ

** แปลโดย ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์และนายไพศาล ลิมสติกดิ์, อ้างถึงใน ไพศาล ลิมสติกดิ์, รายงานฉบับสมบูรณ์ : การศึกษาวิเคราะห์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สถาบันพระปกเกล้า

ข. ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์มีสิทธิที่จะให้หรือไม่ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษาโรคของตน ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจของตนเอง ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจทดสอบหรือการบำบัดรักษา ผลที่จะได้รับรวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ให้ความยินยอม

ค. ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในงานวิจัยหรือการเรียนการสอนทางการแพทย์

4. ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว

ก. กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถแสดงเจตจำนงของตนเองได้ แพทย์จะต้องได้รับความยินยอมที่ได้รับการอธิบายให้เข้าใจจากผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมาย

ข. กรณีที่ไม่อาจมีผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมาย เมื่อมีความจำเป็นรีบด่วนที่จะต้องให้การรักษาทางการแพทย์ ให้สันนิษฐานว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมแล้ว เว้นแต่เป็นที่ชัดเจนและปราศจากข้อสงสัยว่าจะขัดต่อการแสดงเจตนาหรือความคิดเห็นแต่เดิมของผู้ป่วย ซึ่งประสงค์จะไม่ให้ความยินยอมในสภาพการณ์เช่นนั้น

ค. อย่างไรก็ตาม แพทย์ควรพยายามช่วยชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวในทุกกรณีที่ผู้ป่วยพยายามจะฆ่าตัวตาย

5. ผู้ป่วยที่เป็นผู้ไร้ความสามารถ

ก. กรณีผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์หรือผู้ที่ไม่สามารถใช้สิทธิตามกฎหมาย ในบางประเทศให้ใช้ความยินยอมของผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายแทน กระนั้นก็ดี ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างเต็มที่เท่าที่ความสามารถของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวยให้กระทำได้

ข. ถ้าผู้ที่ไม่สามารถใช้สิทธิตามกฎหมายยังสามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลได้อยู่ แพทย์จะต้องเคารพการตัดสินใจดังกล่าว และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะห้ามมิให้เปิดเผยข้อมูลนี้แก่ผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมาย

ค. กรณีผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายของผู้ป่วย หรือบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย ห้ามมิให้ดำเนินการบำบัดรักษาต่อไป ซึ่งตามความเห็นของแพทย์แล้วเห็นว่าการรักษานั้นจะเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเอง แพทย์พึงจะไม่ปฏิบัติตามคำสั่งนั้น ทั้งนี้ จะต้องไม่ขัดต่อกฎหมายหรือกฎเกณฑ์อื่น สำหรับกรณีฉุกเฉินแพทย์จะต้องดำเนินการเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

6. วิธีการตรวจรักษาที่ขัดต่อเจตจำนงของผู้ป่วย

กระบวนการตรวจวินิจฉัยโรคหรือการบำบัดรักษาที่ขัดต่อเจตจำนงของผู้ป่วย สามารถทำได้เฉพาะในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น กล่าวคือจะต้องมีกฎหมายอนุญาตเป็นการเฉพาะ และเป็นไปตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์

7. สิทธิที่จะได้รับข้อมูล

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองในเวชระเบียน และได้รับการแจ้งข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยทุกประการ รวมถึงข้อมูลการเจ็บป่วยทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่เป็นความลับของบุคคลอื่นที่ปรากฏในเวชระเบียนไม่ควรเปิดเผยให้ผู้ป่วยทราบ หากไม่ได้รับความยินยอมจากบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลนั้น

ข. ข้อยกเว้นที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วยคือ เมื่อมีเหตุผลอันดีที่เชื่อได้ว่า ข้อมูลนั้นจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิตหรือสุขภาพของผู้ป่วย

ค. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยต้องเป็นไปอย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้โดยง่าย

ง. ผู้ป่วยมีสิทธิร้องขอให้เปิดเผยข้อมูลแก่บุคคลอื่น ยกเว้นกรณีจำเป็นเพื่อปกป้องชีวิตของบุคคลอื่น

จ. ผู้ป่วยมีสิทธิจะเลือกบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่จะได้รับแจ้งข้อมูลแทนตน

8. สิทธิที่จะได้รับการรักษาความลับ

ก ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย อาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การฟื้นฟู และการบำบัดรักษารวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ จะต้องถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ แม้กระทั่งหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตลง แต่ทายาทมีสิทธิที่จะขอข้อมูลซึ่งจะบ่งบอกถึงความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพของเขา

ข. ข้อมูลที่เป็นความลับจะเปิดเผยได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมโดยชัดแจ้ง หรือโดยอำนาจแห่งบทบัญญัติกฎหมาย ข้อมูลดังกล่าวจะเปิดเผยแก่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นได้ก็ต่อเมื่อเป็นความจำเป็นที่จะต้องรู้เท่านั้น เว้นแต่ผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมโดยชัดแจ้งแล้ว

ค. ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยทุกประเภทจะได้รับความคุ้มครอง การคุ้มครองข้อมูลส่วนตัวจะต้องจัดเก็บไว้อย่างเหมาะสม ขึ้นส่วนเนื้อเยื่อของมนุษย์ที่สามารถอ้างอิงข้อมูลส่วนตัวได้จะได้รับความคุ้มครองเช่นกัน

9. สิทธิได้รับสุขศึกษา

บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับสุขศึกษาที่มีส่วนช่วยตนเองในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพและการรับบริการด้านสุขภาพ การศึกษาดังกล่าวให้รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ วิธีการป้องกันและรู้จักสังเกตอาการของโรคในระยะเริ่มแรก ควรมีการเน้นให้

คนทุกคนต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองในเบื้องต้น โดยแพทย์ต้องกระตือรือร้นที่จะต้องถือเป็นหน้าที่ในการมีส่วนร่วมที่จะให้การศึกษานี้ด้วย

10. สิทธิในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

ก. ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยและสิทธิในความเป็นส่วนตัวจะต้องได้รับการเคารพตลอดเวลาที่มีการรักษาพยาบาลและการเรียนการสอนของนิสิตแพทย์ โดยคำนึงถึงคุณค่าและวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยยึดถือ

ข. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานของตนตามวิทยาการความรู้ในปัจจุบัน

ค. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีโดยสงบเท่าที่จะทำได้

11. สิทธิในการได้รับความช่วยเหลือทางศาสนา

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับหรือปฏิเสธการเยียวยาทางจิตวิญญาณและศีลธรรม รวมถึงการช่วยเหลือของนักบวชในศาสนาที่ตนนับถือ

ปฏิญญาว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ของแพทยสมาคมโลก ที่กล่าวถึงข้างต้นนี้ หากพิจารณาในอีกด้านหนึ่งคือการแสดงให้เห็นถึงอำนาจที่ผู้ป่วยพึงได้รับ เช่น ผู้ป่วยย่อมมีอิสระเสรีในการตัดสินใจที่จะรักษาโดยปราศจากการแทรกแซง หากผู้ป่วยไม่พอใจในการรักษาของแพทย์หรือของโรงพยาบาลใดแล้ว ผู้ป่วยมีอำนาจที่จะขอเปลี่ยนแพทย์หรือโรงพยาบาลนั้นได้ ในกระบวนการรักษาหากปรากฏว่ามีขั้นตอนใดที่ขัดต่อเจตจำนงของผู้ป่วยแล้วจะกระทำไม่ได้ เว้นแต่มีกฎหมายให้อำนาจไว้ เป็นต้น ในขณะที่เดียวกัน สิทธิผู้ป่วยย่อมก่อให้เกิดหน้าที่แก่รัฐที่ต้องให้ความคุ้มครองตลอดจนหามาตรการเสริมเพื่อให้การนำ “สิทธิผู้ป่วย” ไปใช้ในทางปฏิบัติ บรรลุผลสำเร็จเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยต่อไป

3.2.2 ในฐานะสิทธิเสรีภาพในรัฐธรรมนูญ

รัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายมหาชนที่บัญญัติรับรองสิทธิเสรีภาพของประชาชนบนพื้นฐานของศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เพราะมนุษย์ทุกคนเกิดมามีสิทธิเสรีภาพที่จะสร้างสรรค์ตนเอง มีอิสระทางความคิด ความเชื่อและสามารถจะกระทำได้ตามที่ตนต้องการได้ สิทธิดังกล่าวเรียกว่า “สิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐาน” โดยสิทธิดังกล่าวนี้เป็นสิทธิที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่กำเนิด ไม่มีใครสามารถพรากไปจากมนุษย์ได้ ตัวอย่างเช่น สิทธิในชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สินและ

เสรีภาพ เป็นต้น สิทธิเสรีภาพดังกล่าวนอกจากจะถูกบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญที่รัฐไม่อาจล่วงละเมิดได้ หากแต่รัฐยังมีหน้าที่ต้องให้การคุ้มครองสิทธิเสรีภาพดังกล่าวด้วย

รัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุดที่วางหลักการปกครองของรัฐ โดยจำกัดอำนาจของผู้ปกครอง คุ้มครองและประกันสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนรัฐนั้น จึงกล่าวได้ว่า สิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่ถูกรับรองโดยรัฐธรรมนูญย่อมก่อให้เกิดหน้าที่ต่อรัฐในการให้ความคุ้มครองสิทธิเสรีภาพนั้น ๆ ซึ่งจัดว่าเป็นบรรทัดฐานทางรัฐธรรมนูญมาแต่ดั้งเดิม ดังจะเห็นได้อย่างชัดเจนตั้งแต่รัฐธรรมนูญฉบับแรก ๆ ของโลกเป็นต้นมา ที่มักจะระบุหน้าที่ของรัฐการรักษาความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของราษฎรไว้เป็นสำคัญ ซึ่งผูกพันกับแนวความคิดพื้นฐานว่าด้วยสัญญาประชาคมในปลายศตวรรษที่ 18 ที่ถือว่าการที่ราษฎรยอมให้รัฐเป็นผู้ทรงอำนาจปกครองและให้ความเคารพเชื่อฟังก็เพื่อจะได้รับความคุ้มครอง ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินเป็นการตอบแทน

ในศตวรรษที่ 19 แนวความคิดเสรีนิยมเข้มแข็งขึ้น จึงค่อย ๆ มีการพัฒนาแนวความคิดว่าด้วยสิทธิเสรีภาพ จากแนวที่ถือว่ารัฐมีหน้าที่คุ้มครองสิทธิเสรีภาพ มาสู่แนวทางที่ว่ารัฐจะก้าวก้าวหรือล่วงล้ำสิทธิเสรีภาพของราษฎรมิได้ ต่อมาเมื่อสภาพสังคมมีความสลับซับซ้อนขึ้น เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมจากความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมกันทางสังคมมากขึ้น จึงเกิดความคิดว่ารัฐมิได้มีแต่เพียงหน้าที่และประกันความปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สิน และการบังคับใช้กฎหมายตลอดจนการพิจารณาคดีต้องเป็นไปอย่างเสมอภาคเท่าเทียมต่อประชาชนทุกคนซึ่งเป็นความเสมอภาคทางกฎหมายเท่านั้น หากแต่รัฐยังต้องเป็นผู้ประกันสวัสดิภาพ ความเป็นธรรม และความเท่าเทียมกันทางสังคมของสมาชิกทุกคนในสังคม โดยไม่เลือกปฏิบัติต่อบุคคลเพราะความแตกต่างเรื่องเพศ ถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา ทางการเมือง นอกจากนี้รัฐสามารถกำหนดมาตรการเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถจะใช้สิทธิ เสรีภาพได้เท่าเทียมกันกับบุคคลอื่นได้ และไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติ ซึ่งถือว่าเป็นความเท่าเทียมทางสังคมด้วย

สำหรับประเทศไทยภายหลังจากได้มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองประเทศในปี พ.ศ. 2475 แล้ว ได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญหลายฉบับ โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ถือได้ว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนที่มีความทันสมัย เพราะได้วางหลักประกันต่อสิทธิเสรีภาพของประชาชนไว้รอบด้าน ทั้งด้านชีวิต ร่างกาย ความคิด การนับถือศาสนา ทรัพย์สิน เคหสถานการประกอบอาชีพและอื่น ๆ ซึ่งรัฐจะก้าวล่วงหรือละเมิดต่อสิทธิเสรีภาพของประชาชนเกินไปกว่าที่รัฐธรรมนูญกำหนดไม่ได้ นอกจากนี้รัฐยังต้องมีหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพไม่ให้ถูกล่วงละเมิดทั้งจากกลไกของรัฐและจากราษฎรด้วยตนเอง

ในด้านสาธารณสุข รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กำหนดให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิในการรับบริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายได้กำหนดไว้และมาตรา 82 ที่กล่าวว่า “รัฐจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” จึงส่งผลให้รัฐบาลในขณะนั้นประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนชาวไทย ซึ่งในเวลาต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อประกันสิทธิของประชาชนทุกคนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างถ้วนหน้า

แต่โดยที่ได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ซึ่งเป็นฉบับปัจจุบัน มีเนื้อหาสาระในหมวดสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย โดยส่วนที่ 9 บัญญัติถึงสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐไว้ในมาตรา 51 ว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”

เจตนารมณ์ในมาตรา 51 เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิของประชาชนให้ได้รับบริการทางสาธารณสุขอย่างเสมอภาค เพราะในรัฐธรรมนูญ มาตรา 30 บัญญัติถึงความเสมอภาคเป็นสาระสำคัญของรัฐธรรมนูญที่จะต้องไม่เลือกปฏิบัติแก่บุคคลที่มีความแตกต่างกัน อีกทั้งรัฐมีหน้าที่ในการจัดอุปสรรคและส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น โดยไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม อันเป็นหลักการสำคัญของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มาตรา 51 นี้ยังคงหลักการเดิมตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 เพียงแต่เพิ่มบทบาทของรัฐในการให้หลักประกันแก่ประชาชนในการเข้าถึงระบบสาธารณสุข เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนให้ได้รับการดูแลด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และให้ตัดคำว่า “ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ” เพื่อให้สามารถใช้สิทธิได้ทันที โดยสรุปคือบทบัญญัติมาตรา 51 กำหนดให้รัฐมีหน้าที่ต้องจัดบริการสาธารณสุขและป้องกันโรคติดต่ออันตรายแก่ประชาชนอย่างได้มาตรฐาน ทั่วถึง เท่าเทียมกัน และมีประสิทธิภาพ ทั้งยังกำหนดให้ผู้ยากไร้มี

สิทธิเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เช่น สถานเอนกามัย หน่วยบริการทางการแพทย์ หรือสถานพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย*

นโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ คือ หลักการแห่งนโยบายหลักซึ่งกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญให้รัฐจะต้องปฏิบัติตาม²² โดยรัฐธรรมนูญได้บัญญัติถึง แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐไว้ในหมวด 5 ส่วนที่ 4 เรื่อง แนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม ซึ่งมาตรา 80 กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

“(2) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย ”

เจตนารมณ์ของมาตรา 80 เพื่อกำหนดเป็นนโยบายอันสำคัญของรัฐบาลในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน โดยส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้ภาคเอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและจัดบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ บุคลากรที่ให้บริการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย*

ดังนั้น การบริการทางการแพทย์จึงเป็นสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนที่รัฐธรรมนูญกำหนดให้ได้รับจากรัฐ และรัฐมีหน้าที่ปฏิบัติให้บรรลุตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ โดยกำหนดในรูปแบบของภาระหน้าที่ของรัฐที่ต้องจัดบริการสาธารณสุขและป้องกันโรคติดต่ออันตรายแก่ประชาชนอย่างได้มาตรฐาน ผู้ยากไร้มีสิทธิเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และกำหนดการบริการทางการแพทย์ในนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐเพื่อเป็นการประกันว่าไม่ว่า รัฐบาลใดขึ้นมา

* “เจตนารมณ์รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550,” สำนักกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร หน้า 45,46.

²² มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์, บริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข, (กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549) หน้า 13.

* “เจตนารมณ์รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550,” สำนักกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร หน้า 75,76.

ปกครองรัฐ รัฐบาลนั้นต้องให้ความสำคัญแก่การบริการทางการแพทย์ ดังนั้นจึงควรศึกษาถึงหน้าที่ของรัฐที่เกิดจากสิทธิของประชาชนในแง่มุมต่าง ๆ ดังจะได้กล่าวต่อไป

3.3 ลักษณะเฉพาะตัวด้านสวัสดิการของรัฐและหน้าที่ของรัฐ

เมื่อได้ศึกษาถึงลักษณะเฉพาะตัวด้านจริยธรรม สังคม สิทธิของประชาชนในฐานะสิทธิมนุษยชน และในฐานะสิทธิเสรีภาพประเภทหนึ่งในรัฐธรรมนูญแล้วนั้น ในมุมมองอีกด้านหนึ่งของสิทธิของประชาชนจึงเป็นการกำหนดถึงหน้าที่ของรัฐ ไม่ว่าจะเป็นหน้าที่ของรัฐอันเกิดจากสิทธิของประชาชน สิทธิมนุษยชน และตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3.1 หน้าที่ของรัฐจากสิทธิของประชาชน

“รัฐสวัสดิการ” (Welfare State) เป็นแนวคิดจากประเทศทางยุโรปตะวันตกที่ว่ารัฐยื่นมือเข้าไปช่วยเหลือแก่ประชาชนโดยการจัดให้มีสวัสดิการในด้านต่าง ๆ เป็นการตอบแทนที่ประชาชนได้เสียภาษีและเบี้ยประกันสังคมตามกฎหมาย ให้ประชาชนได้รับความเป็นอยู่อย่างสะดวกสบายหรือเมื่อยามตกทุกข์ได้ยากให้มีความอบอุ่นใจมั่นใจต่อชีวิตในอนาคตว่าจะไม่ถูกทอดทิ้งจากสังคม เริ่มตั้งแต่เกิดไปจนถึงให้การศึกษ การจัดหางาน การเจ็บป่วย ทุพพลภาพ และชราภาพไปจนถึงเสียชีวิตรวมตลอดทั้งการจัดสาธารณูปโภคให้เกิดความสะดวกสบายอื่น ๆ เป็นส่วนรวม เพราะถือว่ารัฐได้มีรายได้จากประชาชนที่มีรายได้หรือมีงานทำทุกฐานะตามอัตราส่วนของรายได้ตามกฎหมาย จึงเป็นการสมควรที่รัฐจะจ่ายเงินสมทบตอบแทนกลับคืนสู่ประชาชน

Archbishop William Temple ได้เขียนไว้ในบทความชื่อ Citizen and Churchman ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1941²³ ว่าหน้าที่ของรัฐตามความหมายเดิมนั้นมุ่งเน้นการป้องกันประเทศ การรักษาความสงบเรียบร้อยภายใน ดูแลให้ประชาชนปฏิบัติตามกฎหมาย แก้ไขปัญหาความขัดแย้ง และดูแลให้มีการปฏิบัติตามสัญญาที่มีต่อกัน²⁴ แต่ความรับผิดชอบและหน้าที่ของรัฐความเป็นจริง

²³ J.S. Bains and R.B. Jain. Contemporary Political Theory (New Delhi : Radiant Publicshers, 1980), p. 25-26. อ้างถึงใน สุเทพ เชาวลิต ,สวัสดิการสังคม (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์ ,2527), หน้า 243.

²⁴ สุเทพ เชาวลิต ,สวัสดิการสังคม (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์,2527), หน้า 243.

นั้น ยังต้องมุ่งไปถึงเรื่องความอยู่ดีกินดีของประชาชนด้วย โดยเฉพาะบริการทางสังคมซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง เช่น จัดให้มีการประกันสังคม การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การประชาสงเคราะห์และการให้การศึกษาโดยรัฐเป็นผู้จัดให้ เป็นต้น ซึ่งรัฐบาลจำเป็นต้องเข้าส่งเสริมเพื่อความเจริญทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนเข้าดูแลความทุกข์สุขของประชาชนด้วย บริการดังกล่าวนี้ ถือเป็นหน้าที่ของรัฐสวัสดิการ

รัฐสวัสดิการนั้นมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน อาทิ

“รัฐสวัสดิการ” หมายถึงบริการสังคมในด้านสวัสดิการช่วยเหลือประชาชนซึ่งตกอยู่ในฐานะทุกข์ยาก ให้ได้รับความสะดวกสบายขึ้น โดยรัฐบาลหรือองค์การกุศลต่าง ๆ จัดในรูปแบบให้เปล่าหรือโดยไม่มุ่งหวังผลกำไรเป็นสำคัญ²⁵

“รัฐสวัสดิการ” หมายถึง ประเทศที่รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมความอยู่ดีกินดีแก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ทั้งมีโครงการป้องกันและวางหลักประกันแก่ประชาชนสามารถมีบริการอันจำเป็นเพียงพอที่จะดำรงชีพต่อไปได้²⁶

“รัฐสวัสดิการ” หมายถึง ประเทศที่มีนโยบายสังคมที่มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนในสังคม โดยรัฐจัดโครงการหรือบริการทางสังคมให้กับประชาชนอย่างกว้างขวาง เป็นการสร้างระบบความมั่นคงทางสังคม (Social Security) ให้กับคนในรัฐนั้น ๆ อาจกล่าวได้ว่ารัฐจะทำหน้าที่ดูแลความเป็นอยู่ของคนในสังคมตั้งแต่แรกเกิดจนตาย²⁷

รัฐสวัสดิการจึงมีลักษณะและมีความมุ่งหมายที่พยายามสร้างชีวิตที่ดีขึ้นในสังคมหรือสร้างสวัสดิการทางสังคม โดยพยายามเข้าไปมีส่วนในการจัดความเป็นอยู่ของประชาชนทุกด้านให้ได้รับประโยชน์ในการมีชีวิตในสังคมอย่างเท่าเทียมกัน

การที่จะสรุปว่าประเทศใดที่จะมีคุณสมบัติและถือได้ว่าเป็นรัฐสวัสดิการนั้นจะต้องมีลักษณะสำคัญเบื้องต้น ดังนี้²⁸

1. เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องเข้าไปมีบทบาท

²⁵ อนันต์ พยัคฆ์พันธ์, รัฐสวัสดิการตัวอย่างในอังกฤษ, (กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนบุ๊กส์, 2518), หน้า 1.

²⁶ ปกรณ์ อังคสิงห์, หลักการและนโยบายการสังคมสงเคราะห์ (กรุงเทพฯ : ศรีไทยการพิมพ์, 2511), หน้า 10.

²⁷ รพีพรรณ คำหอม, สวัสดิการสังคมกับสังคมไทย (กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545), หน้า 146.

²⁸ ไพโรจน์ ติตปริษา, คำบรรยายวิชา Social welfare Program, Policy and Services ในระดับปริญญาโท คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2519. อ้างถึงใน สุเทพ เชาวลิขิต, สวัสดิการสังคม, หน้า 249.

2. สวัสดิการของประชาชนที่รัฐเข้าไปจัดการส่วนใหญ่แล้วเพื่อเข้าไปจัดการความเป็นอยู่
ขั้นมูลฐาน คือปัจจัยสี่
3. เป็นการยื่นมือเข้าไปช่วยเหลือความทุกข์ยากของประชาชน
4. สวัสดิการที่รัฐจัดให้ นั้น ต้องมุ่งให้ประชาชนได้รับโดยมีมาตรฐานขั้นต่ำสุดสามารถ
ดำรงชีพอยู่ได้อย่างไม่เดือนร้อน
5. บริการทางสังคมควรประกอบด้วยประเภทของบริการที่เป็นหลักใหญ่ ๆ ซึ่งต้อง
ดำเนินไปพร้อม ๆ กัน คือ
 - 1) บริการทางการศึกษา
 - 2) บริการทางการแพทย์ , สาธารณสุข
 - 3) การประชาสงเคราะห์
 - 4) การประกันสังคม
6. สวัสดิการที่รัฐจัดให้ต้องจัดอย่างก้าวหน้าและบริการอย่างกว้างขวางครอบคลุม
ไม่ใช่แก่บุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะ
7. รัฐควรให้โอกาสแก่ประชาชน ได้มีความภาคภูมิใจด้วยโดยการให้โอกาสประชาชน
ช่วยเหลือตัวเองด้วยเช่นเดียวเหมือนกัน

โดยสรุป รัฐสวัสดิการ เป็นรูปแบบการกำหนดนโยบายของประเทศซึ่งเน้นการดำเนินการ
เพื่อสร้างหลักประกันการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ อย่างน้อยในระดับพื้นฐานแก่ประชาชนอย่างเท่า
เทียม เพื่อบรรเทาผลกระทบที่ประชาชนได้รับจากนโยบายการพัฒนาประเทศ ดังนั้น ประเทศที่
เป็นรัฐสวัสดิการ จึงหมายถึง ประเทศที่พยายามใช้ อำนาจรัฐ เป็นเครื่องมือสร้างความมั่นคง
ทางด้านรายได้ให้กับบุคคลหรือครอบครัว สร้างหลักประกันให้ประชาชนเมื่อต้องตกอยู่ใน
สภาวะการณที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เช่น การเจ็บป่วยการว่างงาน การเป็นผู้สูงอายุ เป็นต้น และ
สร้างความมั่นใจให้กับประชาชนว่าทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสังคม โดยไม่มีสถานะ ชนชั้น เป็น
ปัจจัยขัดขวางการเข้าถึงบริการสังคมที่รัฐได้ดำเนินการจัดไว้

“สวัสดิการของรัฐ” หรือ “สวัสดิการสังคมของรัฐ” ถือเป็นกิจกรรมหนึ่งที่รัฐบาลประเทศ
ต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทยจัดให้กับประชาชนเพื่อช่วยส่งเสริมสวัสดิภาพทั่ว ๆ ไปของประชาชน
และเพื่อเป็นการพัฒนาคนอันจะนำประโยชน์ที่ได้สู่ตนเอง ครอบครัวและสังคม ซึ่งจะส่งผลไปถึง
ความเจริญก้าวหน้าของประเทศชาติเป็นส่วนรวมต่อไป สวัสดิการของรัฐจึงเป็นกิจกรรมที่ช่วย
บรรเทาปัญหาต่าง ๆ ของคนในสังคม ทั้งนี้ เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่าง
เป็นสุขตามอัตภาพ โดยในอดีตที่ผ่านมาได้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันแต่มักปรากฏในรูปของการ

ให้ปัจจัยต่าง ๆ ในระดับบุคคลต่อบุคคล บุคคลต่อกลุ่มเท่านั้น ต่อมาเมื่อสภาพสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงออกไป สภาพปัญหาและความต้องการของคนในสังคมมีมากขึ้น การช่วยเหลือในระดับเฉพาะบุคคลหรือเฉพาะกลุ่มไม่สามารถจะกระทำได้อีกต่อไป จึงเป็นหน้าที่ของรัฐบาลที่ต้องเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาคน โดยการให้การสงเคราะห์และให้บริการในด้านต่าง ๆ นอกจากนั้น ในปัจจุบันยังมีหน่วยงานภาคเอกชน มูลนิธิ สมาคมและกลุ่มพลังต่าง ๆ ดำเนินการให้การสนับสนุนและช่วยเสริมการทำงานของหน่วยงานของรัฐอีกต่อหนึ่งในรูปของอาสาสมัครและผู้ช่วยงานสังคมสงเคราะห์ด้วย สถิติการสังคมของรัฐบาลแบ่งได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. การสาธารณูปการ เป็นการช่วยเหลือโดยทั่วไปแก่ประชาชนหรือครอบครัวที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยจะต้องมีการสอบข้อเท็จจริงหรือทดสอบความจำเป็นก่อนที่จะให้ความช่วยเหลือ ซึ่งมีหลายวิธีแล้วแต่ว่าจะมีความจำเป็นแก่การทดสอบเพียงใด ถ้ากรณีที่ปรากฏชัดว่าบุคคลใดประสบความทุกข์ยากจริง เช่น ประสบอุบัติเหตุ ว่างงาน อดิภัย ซึ่งปรากฏชัดเจนอยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องทำการทดสอบก็สามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันที เพียงแต่พิจารณาว่าบุคคลเหล่านั้นอยู่ในสถานการณ์นั้นจริงหรือไม่เท่านั้น

หลักการให้ความช่วยเหลือแบบสาธารณูปการ มีหลัก 4 ประการ คือ

1.1 การให้ความช่วยเหลือเป็นเงินเพื่อบรรเทาความเดือนร้อน หรือแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า หรือช่วยเหลือเป็นครั้งคราวระยะหนึ่ง เพียงเพื่อให้ผู้ได้รับความทุกข์ยากเดือนร้อนสามารถตั้งตัวใหม่ได้

1.2 การให้ความช่วยเหลือเป็นสิ่งของโดยจะพิจารณาตามความจำเป็นในสิ่งที่บุคคลเหล่านั้นมีความจำเป็นจริง ๆ เพื่อนำไปใช้ในการบรรเทาความต้องการได้อย่างแท้จริง

1.3 การให้ความช่วยเหลือแบบรับเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์จะเป็นการช่วยเหลือบุคคลหลายประเภท เช่น สถานสงเคราะห์เด็กกำพร้าอนาถาของรัฐบาลที่รับอุปการะเลี้ยงดูให้การศึกษาอบรมเด็กเหล่านี้ตามนโยบายของรัฐ

1.4 การให้ความช่วยเหลือในรูปของบริการ โดยเป็นการช่วยเหลือในรูปแบบให้คำแนะนำปรึกษา หางานให้ทำ การจัดสรรที่ดินให้อยู่ทำกินในนิคมสร้างตนเอง และการฝึกอาชีพให้เพื่อจะได้มีทางทำมาหากิน

2. การประกันสังคม เป็นวิธีการที่รัฐบาลออกกฎหมายบังคับให้ประชาชนทำการประกันรายได้ของตนไว้กับรัฐบาล และมีนายจ้างเข้ามาช่วยออกเงินสมทบด้วย การที่รัฐบาลบังคับให้ประชาชนประกันรายได้ไว้ก็เพื่อประโยชน์ของผู้ประกันเอง ว่าในยามที่ผู้ประกันขาดรายได้ขึ้นมา

จะได้ไม่เดือดร้อน ยังคงมีประโยชน์ทดแทนจากการประกันสังคมมาเป็นรายได้ใช้จ่ายเลี้ยงตนเอง และครอบครัว

3. การบริการสาธารณสุข ได้แก่ การที่รัฐบาลให้ความช่วยเหลือประชาชนกลุ่มหนึ่งกลุ่มใด เป็นการทั่วไป โดยไม่คำนึงถึงว่าผู้นั้นจะต้องมีความเดือดร้อนอย่างแท้จริงหรือไม่ และผู้รับบริการก็ไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมบริจาคสมทบเหมือนการประกันสังคม

จากแนวคิดด้านสวัสดิการสังคมของรัฐดังกล่าวไปแล้ว หากจัดสรรสวัสดิการสังคมของรัฐ ซึ่งได้จัดทำขึ้นทั้งทางฝ่ายรัฐบาลและเอกชนเพื่อให้ความช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว กลุ่มชน และ ชุมชน ได้มีมาตรฐานการครองชีพที่ดี มีการอยู่ดีกินดีในสังคมตามควรแก่อัตภาพ และเป็น มาตรการทางสังคมที่จัดขึ้นเพื่อเป็นการป้องกัน แก้ไขปัญหา และพัฒนาสังคมแล้ว จะสามารถ แบ่งสวัสดิการสังคมของรัฐออกเป็น 7 สาขา ดังนี้

1. การศึกษา
2. สุขภาพอนามัย
3. ที่อยู่อาศัย
4. การทำงานและการมีรายได้
5. ความมั่นคงทางสังคม
6. บริการสังคม
7. นันทนาการ

การให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐจึงเป็นสวัสดิการของรัฐในรูปแบบของการดูแลประชาชนด้านสุขภาพอนามัย เริ่มจากมีการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราชเป็นแห่งแรก จนกระทั่งได้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลในทุกจังหวัดจนครบถ้วนในปี พ.ศ. 2495 ในปัจจุบันรัฐได้ จัดสร้างโรงพยาบาลสำหรับบริการทั่วไปและเฉพาะทาง โดยมีกระทรวงสาธารณสุขในฐานะ องค์การของรัฐเป็นผู้ดำเนินการดูแลสุขภาพอนามัย ในขณะที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 51 วรรคแรกได้พยายามพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นรัฐสวัสดิการ โดยบัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้ มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” จึงถือเป็น ภาระหน้าที่ของรัฐที่เป็นรัฐต้องดำเนินการ แต่ความจริงแล้วประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่สามารถ เรียกตัวเองได้ว่าเป็นรัฐสวัสดิการ เนื่องจากข้อจำกัด คือ การให้ความคุ้มครองที่ยังไม่ครอบคลุม เพราะผู้รับบริการทางการแพทย์ทุกรายไม่ได้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือยังมี ผู้รับบริการทางการแพทย์ที่สามารถใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ทำให้ความ

คุ้มครองในการบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐไม่เท่าเทียมกัน และงบประมาณที่ใช้ยังมีอย่างจำกัดส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการทางการแพทย์บางส่วนผู้ให้บริการต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายเหล่านั้นเอง ทำให้การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งเป็นนโยบายของรัฐยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ผู้รับบริการจึงยังคงต้องรับภาระค่าใช้จ่ายบางส่วน ส่งผลให้ “การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็นสวัสดิการของรัฐ และเป็นเครื่องยืนยันว่าประเทศไทยยังไม่สามารถเป็นรัฐสวัสดิการได้

3.3.2 หน้าที่ของรัฐตามหลักสิทธิมนุษยชน

สืบเนื่องจากสิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิขั้นมูลฐานในเรื่องศักดิ์ศรี คุณค่าและความเท่าเทียมกันที่มนุษย์ทุกคนจึงได้รับ ประเทศไทยจึงได้บัญญัติให้มีหลักสิทธิมนุษยชนดังปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 หมวด 3 ว่าด้วย สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ซึ่งอาจครอบคลุมถึงสิทธิ และเสรีภาพต่างๆ ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันอย่างเป็นสากล โดยเฉพาะอย่างยิ่งตามบทบัญญัติเกี่ยวกับการส่งเสริม รับรอง และคุ้มครอง ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ตามมาตรา 26 และมาตรา 28 เป็นต้น นอกจากนี้ รัฐธรรมนูญยังได้ให้มีคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติขึ้นเพื่อ ตรวจสอบและรายงานการกระทำ หรือการละเลยการกระทำอันเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน ซึ่งนับเป็นการสร้างกลไกที่ให้การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนมีผลเป็นจริงมากขึ้นในสังคมไทยโดยกำหนดไว้ในมาตรา 256 ถึงมาตรา 257

“สิทธิผู้ป่วย” เป็นสิทธิมนุษยชนที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่คุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของผู้ป่วยที่มารับบริการทางการแพทย์โดยไม่จำแนกว่าผู้ป่วยจะเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน แต่อาศัยหลักความสัมพันธ์ว่าสิทธิของผู้ป่วยนั้นมาจากสังคมและได้มีการยอมรับในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยที่จะดำรงชีวิตอย่างมีอิสระและมีศักดิ์ศรี ประกอบกับเกณฑ์ทางจริยธรรมทางการแพทย์ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าผู้ป่วยต้องเป็นผู้มีอิสระเสรีในการตัดสินใจที่จะเลือกรับหรือไม่รับการกระทำใด ๆ ทางทางการแพทย์ที่ต้องกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ที่เจ็บป่วยเองซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน แสดงว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะยอมรับการให้บริการทางการแพทย์หรือปฏิเสธการให้บริการทางการแพทย์ได้ จากความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยดังกล่าว จึงก่อให้เกิดหน้าที่แก่แพทย์ที่ต้องบอกกล่าวการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหรือสิ่งที่ดีที่สุดตามความประสงค์ของตัวผู้เจ็บป่วยเอง

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยตามแนวนโยบายสาธารณะที่รัฐมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบในการส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพของประชาชนในรัฐ จะเห็นได้ว่าการวางแนวนโยบายที่มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับสิทธิผู้ป่วยไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการทางการแพทย์มีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตามสิทธิของผู้ป่วยไม่ได้จำกัดแค่เพียงการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเพียงประการเดียว สิทธิของผู้ป่วยยังถูกกำหนดไว้อย่างกว้างขวาง* รัฐจึงมีหน้าที่ต้องจัดหามาตรการที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงสิทธิและควบคุมการใช้สิทธิของผู้ป่วย เช่น มีวิธีการตรวจสอบการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์และคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวกับการบอกกล่าวข้อมูลทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย ความยินยอมโดยสมัครใจของผู้ป่วย วิธีการรักษาที่ต้องได้มาตรฐานและมีมาตรการเพื่อความปลอดภัยในกรณี que ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือมีความเสี่ยงเกิดขึ้นจากการรักษาซึ่งรัฐอาจจะวางระเบียบออกมาในรูปของกฎหมาย หรือข้อบังคับอันเป็นมาตรการทางปกครอง ดังนั้น จึงสามารถแยกพิจารณาถึงหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยได้ดังต่อไปนี้

1. หน้าที่ของรัฐในการสนับสนุนให้ประชาชนมีสิทธิที่จะได้รับการเพื่อสุขภาพ (The Right to Health Care) โดยเป็นสิทธิของผู้ป่วยประการหนึ่งที่พึงจะได้รับการปฏิบัติและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย การให้บริการทางการแพทย์ที่เบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานแห่งวิชาชีพไม่ว่าโดยความจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ย่อมถือได้ว่าเป็นทุรเวชปฏิบัติ ซึ่งถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายและข้อบังคับของแพทยสภา การได้รับการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพเป็นสิทธิที่พึงมีพึงได้ของประชาชนอย่างไรก็ตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพในการให้บริการทางการแพทย์เป็นเรื่องที่ประชาชนไม่อาจจะเข้าใจได้ง่ายและมักจะถูกละเลยอยู่เสมอ จึงเป็นหน้าที่ของรัฐโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขและแพทยสภาจะต้องเข้ามามีบทบาทในการพิทักษ์สิทธิของประชาชนในสังคม

2. หน้าที่ของรัฐในการสนับสนุนให้ประชาชนมีสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้รักษา (The Right to Information) ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยเพราะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยตัดสินใจในการบำบัดโรคภัยที่เกิดขึ้น ด้วยเหตุนี้ แพทย์จึงมีหน้าที่ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการของโรค วิธีการรักษา ผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการให้บริการทางการแพทย์ เมื่อผู้ป่วยได้รับทราบและยินยอมในการให้บริการของแพทย์แล้ว ความยินยอมของ

* โปรดดูรายละเอียดในปฏิญญาว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ของแพทยสมาคมโลก หน้า 80.

ผู้ป่วยจึงจะมีผลตามกฎหมายที่เรียกว่า ความยินยอมในการได้รับการบอกกล่าว ซึ่งหมายถึง ความยินยอมของผู้ป่วยที่ยอมให้แพทย์กระทำต่อร่างกายของตนตามกรรมวิธีของแพทย์ โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายหรือบอกเล่าให้เข้าใจว่าการกระทำของแพทย์มีวัตถุประสงค์อย่างไร รายละเอียดของการกระทำมีอะไรบ้าง และผลที่ปรากฏขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการทางการแพทย์จะเป็นอย่างไร ซึ่งแพทย์มีหน้าที่ต้องอธิบายหรือบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบ

3. หน้าที่ของรัฐในการสนับสนุนให้ประชาชนมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (The Patient's Right to Refuse Treatment) เพราะตามปกติเมื่อเกิดความเจ็บป่วยแล้วผู้ป่วยจะต้องหาทางรักษาให้หายเป็นปกติ การปฏิเสธการรักษาจึงไม่ใช่เรื่องปกติทั่วไปที่จะต้องกล่าวถึง อย่างไรก็ตามในยุคสมัยใหม่ได้มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและพัฒนาการทางการแพทย์ได้ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว มีการนำเครื่องมือสมัยใหม่ทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการรักษาโรคหรือแม้กระทั่งการยืดชีวิตที่จะต้องตายตามธรรมชาติให้ยาวนานออกไป ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการถูกยืดชีวิตท่ามกลางความทุกข์ทรมาน จึงได้แสดงเจตจำนงที่จะปฏิเสธการรักษา ซึ่งสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษานี้ได้ถูกนำมาบัญญัติไว้ใน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องออกกฎหมายลำดับรองที่มีความชัดเจนในขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อรองรับสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย

4. หน้าที่ของรัฐในการสนับสนุนให้ประชาชนมีสิทธิส่วนบุคคล (Privacy Right) ที่ได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไว้เป็นลับ ดังนั้น หน้าที่ของรัฐในการคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคลจึงปรากฏเป็นมาตรการทางกฎหมายเช่น ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 232 ที่ถือว่าแพทย์ต้องมีความระมัดระวังในเรื่องสิทธิส่วนบุคคล การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจะถือได้ว่าเป็นความผิดอาญา นอกจากนี้การคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยยังปรากฏในข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมอีกด้วย

นอกจากหน้าที่ของรัฐการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชนแล้ว บทบาทหน้าที่ของรัฐยังปรากฏในนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญ ดังจะได้อธิบายต่อไป

3.3.3 หน้าที่ของรัฐตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญ

ความสำคัญของแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐเกิดขึ้นจากในอดีตที่ผ่านมาอำนาจในการบริหารปกครองบ้านเมืองอยู่ในการควบคุมของบุคคลคนเดียวอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด หากผู้ปกครองประสงค์จะกำหนดนโยบายบริหารประเทศไปในรูปแบบใดก็สามารถทำได้ เพราะไม่มีหลักเกณฑ์ใด ๆ มาควบคุมกำกับผู้ใช้อำนาจปกครองนั้น และเมื่อผู้ปกครองคนนั้นลงจากตำแหน่ง

แล้วมีผู้ปกครองใหม่ที่เข้ามาแทน ก็อาจนำพาประเทศชาติไปในทางใด ๆ ก็ได้ตามที่ผู้ปกครองใหม่ เห็นสมควรอีกเช่นกัน ทำให้แนวทางในการบริหารปกครองประเทศชาติขาดความเป็นเอกภาค ซึ่ง ปัญหาเชิงนโยบายลักษณะนี้ก็ยังคงมีอยู่ในปัจจุบันที่นักการเมืองผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเข้ามาเป็นผู้บริหารประเทศ ในธรรมชาติของนักการเมืองโดยส่วนใหญ่แล้วย่อมหวังผลประโยชน์ทางการเมืองของตน ส่งผลให้การกำหนดนโยบายในการบริหารปกครองประเทศอาจมิได้คำนึงถึง ผลประโยชน์ของส่วนรวมเป็นสำคัญ จึงเกิดแนวคิดที่จะให้มีการกำหนดแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐเอาไว้ให้ชัดเจนในรัฐธรรมนูญ เพื่อให้รัฐบาลยึดถือเป็นแนวทางในการบริหารปกครอง และ กำหนดทิศทางของประเทศชาติ และถึงแม้รัฐบาลจะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเข้ามาปกครองประเทศ ก็จำเป็นต้องปฏิบัติตามกรอบของแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐทั้งสิ้น แนวทางในการบริหาร ปกครองประเทศก็จะเป็นเอกภาพมั่นคง นอกจากนี้ การนำแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐมา บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ ย่อมเป็นการสร้างหลักประกันในการ กำหนดนโยบายที่ดีให้แก่ประชาชนได้อีกด้วย ดังนั้น แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ จึงหมายถึง เครื่องมือที่ใช้ในการกำหนดทิศทางและแสดงถึงอุดมการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม ของ ประเทศชาติ อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นแนวทางบริหารปกครองประเทศ และเป็นหลักประกันในการ กำหนดนโยบายที่ดีให้แก่ประชาชน

เมื่อพิจารณารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ในมาตรา 75 บัญญัติว่า “บทบัญญัติในหมวดนี้เป็นเจตจำนงให้รัฐดำเนินการตรากฎหมายและกำหนดนโยบายในการ บริหารราชการแผ่นดิน” ย่อมแสดงอยู่ในตัวว่าผู้ที่มีหน้าที่ในการปฏิบัติตามแนวนโยบายพื้นฐาน แห่งรัฐนั้นคือฝ่ายนิติบัญญัติและฝ่ายบริหาร เพราะมีหน้าที่ในการออกกฎหมายและบริหาร ราชการแผ่นดินตามลำดับ ดังนั้น กฎหมายที่ฝ่ายนิติบัญญัติจะออกมาหรือการดำเนินการใดๆของ ฝ่ายบริหารจึงต้องเป็นไปตามที่แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐกำหนดเอาไว้ โดยแนวนโยบายพื้นฐาน แห่งรัฐที่ฝ่ายนิติบัญญัติและฝ่ายบริหารต้องปฏิบัติตามนั้นมีทั้งหมด 9 ส่วนดังนี้คือ

- 1.) แนวนโยบายด้านความมั่นคงของรัฐ
- 2.) แนวนโยบายด้านการบริหารราชการแผ่นดิน
- 3.) แนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม
- 4.) แนวนโยบายด้านกฎหมายและการยุติธรรม
- 5.) แนวนโยบายด้านการต่างประเทศ
- 6.) แนวนโยบายด้านเศรษฐกิจ
- 7.) แนวนโยบายด้านที่ดิน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

8.) แผนนโยบายด้านวิทยาศาสตร์ ทรัพย์สินทางปัญญา และพลังงาน

9.) แผนนโยบายด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน

นอกจากนี้ ในแต่ละส่วนก็ยังได้กำหนดรายละเอียดไว้อีกเป็นจำนวนมาก จนอาจกล่าวได้ว่า รัฐธรรมนูญฉบับนี้เป็นรัฐธรรมนูญที่มีการกำหนดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐเอาไว้มาก และละเอียดมากที่สุด

ในส่วนของบริการทางการแพทย์ได้จัดเป็นส่วนหนึ่งของแผนนโยบายด้านสาธารณสุข โดยกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 80 ที่บัญญัติว่า “รัฐต้องดำเนินการตามแผนนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

(1) คัดกรองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษา ปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้

(2) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย ...”

ดังนั้นหน้าที่ของรัฐที่ต้องดำเนินการเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้สอดคล้องกับแผนนโยบายพื้นฐานของรัฐตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญอาจแบ่งพิจารณาได้ 3 ประการ คือ

ประการที่ 1 การจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ในปัจจุบันการได้มีการนำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ให้ประชาชนได้บริการทางการแพทย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วยังมีความเลื่อมล้ำในการรับบริการทางการแพทย์อันเนื่องมาจากสิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชนในโรงพยาบาลของรัฐไม่ได้มีแค่เพียงผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียงอย่างเดียว หากแต่ยังมีผู้รับบริการทางการแพทย์ที่มีสิทธิประการอื่นอีก คือ สิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิประกันสังคม ซึ่งให้ความคุ้มครองที่ไม่เท่าเทียมกัน ประกอบกับสภาวะการขาด

แคลนแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ ส่งผลกระทบต่อประชาชนที่อาจได้รับการบริการทางการแพทย์จากรัฐที่ไม่ทั่วถึงและขาดประสิทธิภาพ

ประการที่ 2 ส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข หน้าที่ของรัฐในเรื่องนี้ได้ถูกบัญญัติรองรับไว้แล้วใน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 4 เรื่องสมัชชาสุขภาพ กล่าวโดยสรุป คือ เป็นการกำหนดให้ประชาชนสามารถรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น เพื่อนำข้อเสนอที่ได้จากการประชุมให้หน่วยงานของรัฐเพื่อกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะที่ประชาชนในพื้นที่นั้นได้มีส่วนร่วม โดยในกฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดให้มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตัวอย่างเช่น "จากบทเรียนวัดไผ่เงิน สู่ทางออกของปัญหาท้องแล้ว (ทำ) แท้ง" โดยได้จัดขึ้นในวันอาทิตย์ที่ 28 พฤศจิกายน 2553 ณ วัดไผ่เงิน อันเป็นการรับรองถึงสิทธิของประชาชนด้านสุขภาพและเป็นกำหนดภาระหน้าที่แก่รัฐที่ต้องให้ความสำคัญและปฏิบัติตามกฎหมาย

ประการที่ 3 การส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน แนวนโยบายประการนี้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งมีแนวคิดที่จะปฏิรูประบบสุขภาพของคนไทยเสียใหม่ โดยทำความเข้าใจความหมายของคำว่า "สุขภาพ" ให้กว้างขึ้น บนพื้นฐานความคิดของการ "สร้างนำซ่อม" ที่ถือว่าการสร้างสุขภาพจะต้องสร้างที่ตัวบุคคลและชุมชน โรงพยาบาลควรเป็นเพียงที่ซ่อมสุขภาพ เหตุผลของการประกาศใช้กฎหมายฉบับนี้ได้กล่าวถึงสุขภาพว่าหมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล การวางระบบเพื่อดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน จึงไม่อาจมุ่งเน้นที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเพียงด้านเดียว เพราะจะทำให้รัฐและประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายมากและจะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงและมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้เท่าทัน มีส่วนร่วมและมีระบบเสริมสร้างสุขภาพและระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ พระราชบัญญัติฉบับนี้จึงช่วยส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพอันเป็นหน้าที่ที่รัฐต้องดำเนินการ จึงขออธิบายกฎหมายฉบับนี้พอสังเขป ดังนี้

3.3.3.1 การปฏิรูประบบสุขภาพตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

สืบเนื่องจากนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญ มาตรา 80 กำหนดให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมี

ประสิทธิภาพ จึงเป็นที่มาของระบบประกันสุขภาพแล้วนั้น รัฐยังมีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข จึงเกิดแนวคิดที่จะปฏิรูประบบสุขภาพของประชาชนเสียใหม่ โดยทำความเข้าใจความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ให้กว้างขึ้น จากเดิมมีพื้นฐานความคิดของสุขภาพที่เน้นการรักษาพยาบาล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือที่เรียกว่า “ซ่อมสร้าง” ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาเป็นการ “สร้างนำซ่อม” ที่ถือว่าการสร้างสุขภาพมิใช่แค่การรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่การสร้างสุขภาพต้องเริ่มที่ตัวบุคคลและชุมชน โรงพยาบาลจึงควรเป็นแค่เพียงที่ซ่อมสุขภาพเท่านั้น ดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อนำไปสู่สุขภาพะที่ยั่งยืนของประชาชนจึงจำเป็นต้องวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งเมืองค์กรและกลไกเพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง ให้ทุกฝ่ายไม่ว่าภาครัฐ เอกชน ชุมชน มีส่วนร่วมในสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีธรรมนูญสุขภาพขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน คือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยในกฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดถึงสิทธิของประชาชนและหน้าที่ของรัฐไว้ดังจะได้กล่าวต่อไป

3.3.3.2 ธรรมนูญด้านสุขภาพ : พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีลักษณะโครงสร้างที่แตกต่างไปจากพระราชบัญญัติทั่วไป เพราะวาทกฏหมายโดยทั่วไปจะเขียนเป็นลักษณะที่ว่า “ให้ใครทำอะไร ห้ามทำอะไร อย่างไร” ถ้าไม่เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติจะมีการกำหนดโทษ แต่กฎหมายฉบับนี้เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพ คล้ายกับนำหลักการในรัฐธรรมนูญมาเขียนขยายต่อ ไม่เชิงเป็นบทบังคับชัดเจนแบบกฎหมายทั่วไป²⁹

ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นี้ แบ่งออกเป็น 6 หมวด โดยมีสาระสำคัญในแต่ละหมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

(1) ส่วนที่ 1 สิทธิด้านสุขภาพ เป็นการกำหนดสิทธิที่ประชาชนจะได้รับในด้านสุขภาพตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ เช่น สุขภาพหญิง เด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาส

²⁹ สปรส. , 99 ความคิดกัลยาณมิตรปฏิรูปสุขภาพ, (กรุงเทพฯ : อูษาการพิมพ์), หน้า 119.

ในสังคมและกลุ่มคนอื่นที่มีความจำเพาะ ต้องได้รับการสร้างเสริมสุขภาพและคุ้มครองสุขภาพ ด้วย สิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สิทธิในข้อมูลด้านสุขภาพที่จะเป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรงหรือมีกฎหมายบัญญัติให้ต้องเปิดเผย และเคร่งครัดในสิทธิของผู้ป่วยว่าห้ามไม่ให้ผู้ใดอาศัยอำนาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของทางราชการหรือกฎหมายอื่นเพื่อขอข้อมูลสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ตน สิทธิที่จะทราบ และได้รับความยินยอมเมื่อผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของการทดลองในงานวิจัย สิทธิในการร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบาย สาธารณะ สิทธิในการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย เหล่านี้เป็นการกำหนดสิทธิด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญและยังสอดคล้องกับสิทธิมนุษยชนด้วย

(2) ส่วนที่ 2 หน้าที่ด้านสุขภาพ เป็นการกำหนดหน้าที่ที่บุคคล ครอบครัวและชุมชนจะต้องปฏิบัติ เช่น มีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีหน้าที่ต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่รู้และควรบอกให้แจ้งแก่ผู้ให้บริการ

(3) ส่วนที่ 3 ความมั่นคงด้านสุขภาพ ในกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้น หน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าวต้องเปิดเผยข้อมูลนั้นและวิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบโดยเร็วหมวด 2 คณะกรรมการ กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช) ซึ่งเป็นกลไกที่ภาคการเมืองหรือราชการ ภาควิชาการหรือวิชาชีพ และภาคประชาชนหรือสังคมจะมาทำงานร่วมกันเพื่อดูแลระบบสุขภาพ เสนอแนะและผลักดันให้มีการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อนำไปสู่การทำงานและการเรียนรู้ร่วมกันในการสร้างสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น องค์ประกอบของคณะกรรมการจึงต้องมีครบทั้งภาคการเมืองหรือราชการ ภาควิชาการหรือวิชาชีพ และภาคประชาชนหรือสังคม โดยมีจำนวนที่ได้สัดส่วนกัน

หมวด 3 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กฎหมายฉบับนี้กำหนดให้มีสำนักงานฯ เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล ทำหน้าที่ประสานงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ ประสานกับทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบายยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ การดำเนินงานด้านสุขภาพเป็นงานที่ต้อง

กระทำอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีสำนักงานและมีฐานะเป็นนิติบุคคล มีเลขาธิการ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารของสำนักงาน

หมวด 4 สมัชชาสุขภาพ คือ กำหนดให้ประชาชนสามารถรวมตัวกันเพื่อจัด สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น หากมีข้อเสนอใดให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติ หรือนำไปพิจารณาประกอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ให้เสนอข้อเสนอ เหล่านั้นต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อดำเนินการต่อไป ส่วนการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพ แห่งชาตินั้นกำหนดให้มีการจัดขึ้นอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้งกรรมการคณะหนึ่งตามที่กฎหมายกำหนด โดยผู้แทนกรรมการจะต้องไม่เป็นผู้แทน หน่วยงานของรัฐไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของกรรมการทั้งหมด

หมวด 5 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้ คณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนด นโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา ให้ความเห็นชอบ โดยในการจัดทำธรรมนูญนี้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจะต้องนำความ คิดเห็นและข้อเสนอแนะของสมัชชาสุขภาพมาประกอบด้วย เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบใน ธรรมนูญฯ แล้ว ให้รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจา นุเบกษาต่อไป นอกจากนี้ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่ทบทวนธรรมนูญฯ ที่ได้ ประกาศใช้อย่างน้อยทุกห้าปี

หมวด 6 บทกำหนดโทษ กำหนดบทลงโทษแก่ผู้กระทำความผิดในมาตรา 7 และ มาตรา 9 และบัญญัติให้ความผิดอันยอมความได้

จากที่สรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จะเห็น ได้ว่ากฎหมายฉบับนี้ไม่มุ่งเน้นที่การบริการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ได้มองสุขภาพว่าเป็น ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล หากมองที่การบริการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวจะทำให้รัฐและประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่าย มากและจะเพิ่มมากขึ้น ในภาวะปัจจุบันโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงและมีความ ยุ่งยากสลับซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้เท่าทัน มีส่วนร่วม และมีระบบเสริมสร้างสุขภาพ และระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์

3.3.3.3 หน้าที่ของรัฐตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

จากที่ได้สรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไว้ข้างต้นแล้วนั้น เมื่อพิจารณาถึงรายละเอียดในเรื่องสิทธิของประชาชนและหน้าที่ของรัฐแล้วสามารถจำแนกหน้าที่ของรัฐได้ดังนี้

1. หน้าที่ด้านสิ่งแวดล้อม ในบทบัญญัติมาตรา 5 วรรคแรก* เป็นการกำหนดถึงสิทธิของประชาชนทั่วไปในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ แสดงว่า ชุมชน สังคม หรือรัฐ มีหน้าที่ต้องจัดการให้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพซึ่งปรากฏในรูปแบบของกฎหมายต่าง ๆ เช่น กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข กฎหมายว่าด้วยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ แต่โดยที่กฎหมายฉบับนี้มุ่งหมายให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมร่วมกับรัฐในการดูแลสุขภาพ มาตรา 5 วรรคสอง** จึงกำหนดให้ประชาชนมีหน้าที่ให้ความร่วมมือในการจัดการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่ดีโดยร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ หากไม่ให้ความร่วมมือถึงขนาดฝ่าฝืนกฎหมายดังกล่าวด้วย ก็ย่อมต้องได้รับโทษตามกฎหมายนั้น ๆ

2. หน้าที่ในการคุ้มครองผู้ที่อ่อนแอด้านสุขภาพในสังคม ในบทบัญญัติมาตรา 6*** เป็นเรื่องของสุขภาพที่กฎหมายได้บัญญัติเฉพาะเจาะจงลงในกลุ่มบุคคลต่าง ๆ เพราะเป็นผู้อ่อนแอกว่าคนทั่วไป อาจถูกทำละเมิดและเอาเปรียบได้ง่าย อันได้แก่ หญิง เด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะเรื่องสุขภาพเหล่านี้ ซึ่งรัฐต้องจัดการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของบุคคลเหล่านี้อย่างสอดคล้องและเหมาะสม

* พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 5 วรรคแรก บัญญัติว่า “บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ”

** พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 5 วรรคสอง บัญญัติว่า “บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวรรคหนึ่ง”

*** พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 6 บัญญัติว่า “สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ซึ่งมีความจำเพาะ ชับซ้อน และมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิตต้องได้รับการสร้างเสริม และคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย”

3. หน้าที่รักษาข้อมูลส่วนบุคคล ในกฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดถึงสิทธิของผู้ป่วยไว้ในมาตรา 7* ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ หากพิจารณาประกอบรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 35** แล้วจะเห็นได้ว่า การเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลต่อสาธารณะ จะทำได้ก็ต่อเมื่อเพื่อประโยชน์ต่อสาธารณะเท่านั้น แต่กรณีการเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของเจ้าของข้อมูลแล้ว ย่อมไม่เป็นการละเมิดตามมาตรา 35 ของรัฐธรรมนูญ นอกจากนั้น ยังมีกฎหมายเฉพาะอื่นที่บัญญัติให้ต้องมีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล แม้ไม่ได้เป็นความประสงค์ของเจ้าของข้อมูลนั้น เช่นพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 มาตรา 7 ซึ่งบัญญัติให้กรณีมีโรคติดต่ออันตราย หรือโรคติดต่อต้องแจ้งความเกิดขึ้นหรือมีเหตุสงสัยว่าได้มีโรคติดต่อดังกล่าวเกิดขึ้น ให้แจ้งต่อเจ้าพนักงานสาธารณสุขหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

4. หน้าที่ต้องแจ้งข้อมูลด้านบริการทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยทราบ ดังปรากฏในมาตรา 8 วรรคแรก*** ซึ่งมีที่มาจากหลักกฎหมายอเมริกันเรื่องความยินยอมที่ได้รับบอกกล่าว (Informed Consent) หลักการนี้เป็นการนำข้อกฎหมายเข้ามาปรับกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข ซึ่งได้แก่แพทย์เป็นกลุ่มหลักกับผู้ป่วย ว่ามีลักษณะความสัมพันธ์เชิง

* พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 7 บัญญัติว่า “ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่าในกรณีใด ๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่นเพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้”

** รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 35 บัญญัติว่า “สิทธิของบุคคลในครอบครัว เกียรติยศ ชื่อเสียง ตลอดจนความเป็นอยู่ส่วนตัวย่อมได้รับความคุ้มครอง

การกล่าวหรือไขข่าวแพร่หลายซึ่งข้อความหรือกายไม่ว่าด้วยวิธีใดไปยังสาธารณชนอันเป็นการละเมิดหรือกระทบถึงสิทธิของบุคคลในครอบครัว เกียรติยศ ชื่อเสียง หรือความเป็นอยู่ส่วนตัวจะกระทำมิได้ เว้นแต่กรณีที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการแสวงประโยชน์โดยมิชอบจากข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตน ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

*** พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 8 บัญญัติว่า “ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมิได้

สัญญา สัญญาที่ผูกพันถูกต้องและฟ้องร้องได้นั้นต้องมีได้เกิดจากความสำคัญผิดของคู่กรณีในสาระสำคัญ และต้องไม่มีลักษณะเป็นโมฆียกรรมตามที่กฎหมายบัญญัติ ดังนั้น แพทย์ผู้ให้บริการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความรู้เรื่องการให้บริการดีกว่าผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับบริการเป็นอันมาก จึงต้องแจ้งข้อมูลหรืออธิบายข้อมูลเหล่านั้นให้ผู้ป่วยได้ทราบเกี่ยวกับบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับเพื่อประกอบการตัดสินใจว่าจะยอมรับบริการนั้นหรือไม่ ปัญหาประการต่อไปคือข้อมูลที่แพทย์จะบอกให้ผู้ป่วยทราบอย่างเพียงพอเพื่อให้ประกอบการตัดสินใจนั้นมากน้อยเพียงใด ซึ่งในแต่ละประเทศมีเกณฑ์ต่างกัน* เช่น ศาลในบางประเทศวางหลักว่า ผู้ประกอบวิชาชีพต้องเปิดเผยข้อมูลให้ผู้รับบริการทราบตามที่ผู้รับบริการทั่วไปต้องการทราบหรืออาจจะทราบโดยถือมาตรฐานของผู้รับบริการที่เป็นวิญญูชนเป็นเกณฑ์ แต่ศาลของบางประเทศกลับถือตามประเพณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพในท้องถิ่นนั้นเป็นเกณฑ์ ซึ่งเรื่องนี้ยังไม่พบในคำพิพากษาของศาลไทยเพราะไม่พบการให้สิทธิฟ้องร้องกันในประเด็นนี้ของผู้ที่เป็นผู้เสียหายที่เป็นคนไทย

5. หน้าที่คุ้มครองผู้ป่วยจากงานวิจัย บทบัญญัติในมาตรา 9** เป็นการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยไม่ให้เกิดเป็นผู้ถูกทดลองในงานวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขโดยไม่รู้ตัวจึงกำหนดให้เป็นหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า และต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือก่อนดำเนินการทดลองจากผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ผู้ให้บริการต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทดลองความเสี่ยงภัยที่อาจเกิดขึ้นระหว่างหรือภายหลังการทดลองอย่างละเอียดก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจให้ความยินยอมเป็นหนังสือด้วย

6. หน้าที่แจ้งข้อมูลที่กระทบต่อสุขภาพโดยรวมให้ประชาชนทราบ บทบัญญัติในมาตรา 10*** มีวัตถุประสงค์จะให้ประชาชนที่ยังมิใช่ผู้ป่วยและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลที่มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมได้โดยรวดเร็วทันการ เมื่อมีกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของ

* ศาสตราจารย์ นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ “สิทธิด้านสุขภาพ” ดุลพาห เล่มที่ 1 ปีที่ 57 หน้า 169

** พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 9 บัญญัติว่า “ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขประสงค์จะใช้ผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของการทดลองในงานวิจัย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้าและต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้รับบริการก่อนจึงจะดำเนินการได้ ความยินยอมดังกล่าวผู้รับบริการจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้”

*** พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 10 บัญญัติว่า

“เมื่อมีกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้นหน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าวต้องเปิดเผยข้อมูลนั้นและวิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบและจัดหาข้อมูลให้โดยเร็ว

การเปิดเผยข้อมูลตามวรรคหนึ่งต้องไม่มีลักษณะเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของบุคคลใดเป็นการเฉพาะ”

ประชาชนเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นกรณีภัยพิบัติตามธรรมชาติ หรือโรคระบาดที่อาจเกิดอันตรายต่อประชาชนในวงกว้าง เช่น การระบาดของไข้หวัดนก การปนเปื้อนของสารเคมีในอากาศหรือในน้ำที่มีผลกระทบต่อสาธารณสุขในวงกว้าง โดยหน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าวต้องเปิดเผยข้อมูลเหล่านั้นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพเผยแพร่ให้ประชาชนทราบ

7. หน้าที่จัดให้ประชาชนมีส่วนร่วมประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ ซึ่งถูกกำหนดไว้ในมาตรา 11* ว่าหากโครงการอันเกิดจากนโยบายมีผลกระทบด้านสุขภาพต่อสาธารณสุข บุคคลหรือคณะบุคคลที่อาจได้รับผลกระทบมีสิทธิที่จะร้องขอต่อเจ้าของโครงการเพื่อให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพก่อน และผู้ร้องขอยังมีสิทธิเข้าร่วมกระบวนการประเมินผลกระทบนั้นด้วย โดยในวรรคสองเป็นการรับรองสิทธิของบุคคลทั่วไปที่แม้ยังมีไข้ผู้ป่วย ให้มีสิทธิที่จะรู้หรือรับทราบข้อมูลจากหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่อนุญาตให้มีการทำกิจกรรมใด ๆ ที่อาจจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลหรือชุมชนที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

8. เนื่องด้วยมาตรา 12** กำหนดสิทธิการปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ในภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในลักษณะ “ฟื้นก็ไม่ได้ ตายก็ไม่ลง” คือ การให้การรักษาของแพทย์คงเป็นไปเพื่อป้องกันการตายของผู้ป่วยออกไปเท่านั้น ผู้ป่วยไม่มีหวังที่จะกลับมาใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติสุขหรือช่วยเหลือตนเองได้อีกต่อไป ในบางกรณีอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยจึงมีสิทธิที่จะตายอย่าง

* พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 11 บัญญัติว่า

“บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชนและแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว”

** พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 บัญญัติว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

สงบและไม่เป็นภาระต่อผู้เกี่ยวข้อง โดยไม่มีลักษณะบังคับให้บุคคลจะต้องเลือกใช้สิทธินี้แต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม รัฐมีหน้าที่ต้องดำเนินการรองรับสิทธิการปฏิเสธการรักษาพยาบาลโดยได้ออกเป็นกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553^{*}

จะเห็นได้ว่าสิทธิของประชาชนในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่บุคคลทุกคนพึงได้รับ รัฐจึงมีหน้าที่ต้องดำเนินการเพื่อรองรับและให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพได้ โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคประชาชน และชุมชนที่คอยขับเคลื่อนให้ธรรมนูญสุขภาพฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้

3.3.3.4 ข้อพิจารณาจากหน้าที่ของรัฐตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

นอกจากหน้าที่ของรัฐดังกล่าวไปแล้วข้างต้น ในกฎหมายฉบับนี้ยังมีข้อพิจารณาบางประการกับการปฏิบัติงานของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐดังปรากฏใน มาตรา 8 วรรคสอง ซึ่งบัญญัติว่า “ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง”

เนื้อความในมาตรา 8 วรรคสอง นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) และเลขานุการคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ได้แสดงความเห็นว่า^{**} เป็นการคุ้มครองแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วย เพื่อสร้างความสมดุลกับการคุ้มครองผู้ป่วย โดย

^{*} ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127 ตอนที่ 65 ก หน้า 18 วันที่ 22 ตุลาคม 2553

^{**} การสัมมนา “ทิศทางการเสริมสุขภาพ หลัง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” จัดโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.) เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2550 ณ ลานกิจกรรม สสส. ชั้น 35 อาคารเอส.เอ็ม.ทาวเวอร์ กรุงเทพฯ . อ้างถึงใน ไพศาล ลิ้มสถิตย์, “รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษาวิเคราะห์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550,” หน้า 35.

ยกตัวอย่างกรณีผู้ป่วยที่เป็นโรคสตีเวนจอห์นสันซินโดรม (Steven Johnson Syndrome) * และมีอาการแพ้ยา แต่ไม่แจ้งให้แพทย์ทราบ ในกรณีนี้แพทย์ก็ไม่ควรต้องรับผิดชอบ ยกเว้นจะเป็นกรณีประมาณเกินอย่างร้ายแรง มาตรานี้จึงกำหนดเพื่อให้ความเป็นธรรมกับแพทย์ด้วย

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์³⁰ ได้ให้ความเห็นว่า ในทางปฏิบัติ คนไข้ทั่วไปมักจะไม่รู้ข้อมูลว่าตนเองแพ้ยาอะไร หรือหากรู้ว่าตัวเองเคยแพ้ยาแต่ก็ไม่สามารถระบุชื่อยาที่แพ้อย่างชัดเจน เมื่อพิจารณาเนื้อหาของมาตรานี้แล้ว ยังมีถ้อยคำบางอย่างที่ไม่มีความชัดเจน โดยเฉพาะการยกกรณีผู้รับบริการหรือผู้ป่วยปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้งจะหมายถึงกรณีใดบ้าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่คงไม่ต้องการปกปิดข้อมูลอยู่แล้ว เว้นแต่จะเป็นข้อมูลสุขภาพที่ผู้ป่วยอาจรู้สึกจะทำให้คนอื่นรังเกียจ และมีผลกระทบทางจิตใจ ดังเช่นกรณีผู้ป่วยเอดส์ ฉะนั้นการตีความวรรคสองของมาตรานี้จะต้องพิจารณาเจตนาของผู้ป่วยว่าสุจริตหรือไม่เป็นสำคัญ

ศาสตราจารย์แสง บุญเฉลิมวิภาส³¹ ให้ความเห็นเกี่ยวกับมาตรา 8 วรรคสอง ดังนี้

1. การยกเว้นความรับผิดตามมาตรา 8 วรรคสอง มีความหมายเฉพาะเรื่องข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุขเท่านั้น โดยครอบคลุมถึงความรับผิดทางแพ่งและความรับผิดทางอาญา

2. กรณีตามมาตรา 8 วรรคสองไม่ถือเป็นการยกเว้นความรับผิดโดยเด็ดขาด กล่าวคือผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ยังมีสิทธิฟ้องผู้ให้บริการต่อศาลเป็นคดีแพ่งหรือคดีอาญาได้ โดยผู้เสียหายในฐานะโจทก์สามารถนำสืบพยานพิสูจน์ความเสียหายที่ตนได้รับ

* สตีเวนจอห์นสันซินโดรม (Steven Johnson Syndrome) เป็นชื่อโรคผิวหนังชนิดหนึ่ง นับเป็นปฏิกิริยาแพ้ยาที่รุนแรงที่สุด อาจรุนแรงถึงขนาดทำให้เสียชีวิตได้ อาการของการแพ้ยาแบบสตีเวนส์-จอห์นสันซินโดรมนี้ พบว่าจะเกิดผื่นแพ้ที่ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังตายและลอกทั้งตัว นอกจากนั้น ยังเกิดผื่นแพ้ที่เยื่อบุทั่วร่างกาย เช่น ในปาก หลอดอาหาร ลำคอ หลอดลม กล้องเสียง ช่องคลอด รูขี้สวะ และทวารหนัก การแพ้ยาแบบสตีเวนส์จอห์นสันซินโดรม พบได้ 2.3-6.7 คนในหนึ่งล้านคน และหากแพ้ยาคชนิดนี้ จะมีโอกาสเสียชีวิตถึงร้อยละ 5-12

³⁰ ข้อมูลสัมภาษณ์ ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อวันที่ 23 มกราคม 2550 อ้างถึงใน ไพศาล ลิ้มสถิตย์, “รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษาวิเคราะห์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550,” หน้า 35.

³¹ ข้อมูลสัมภาษณ์ ศาสตราจารย์แสง บุญเฉลิมวิภาส ผู้อำนวยการศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2550 อ้างถึงใน ไพศาล ลิ้มสถิตย์, “รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษาวิเคราะห์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550,” หน้า 36.

เพื่อให้ศาลพิจารณาพิพากษาคดี เพราะคดีความที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ ยังมีเหตุปัจจัยเกี่ยวเนื่องกับคดีหลายแง่มุม ไม่ว่าจะเป็นความประมาทเลินเล่อของแพทย์เองที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งไม่มีความเกี่ยวข้องกับการแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย

นายไพศาล ลิ้มสถิตย์³² ให้ความเห็นเกี่ยวกับมาตรา 8 วรรคสอง สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1. การยกเว้นความรับผิดตามมาตรา 8 วรรคสอง ไม่ได้ระบุชัดเจนว่าหมายถึงความรับผิดทางแพ่งหรือความรับผิดทางอาญา ในที่นี้น่าจะตีความว่าหมายถึงความรับผิดทางแพ่งเท่านั้น เพราะตามกฎหมายอาญาในปัจจุบัน ยังไม่มีการวางฐานความผิดตามมาตราดังกล่าวไว้ ดังนั้น ผู้ให้บริการหรือแพทย์ยังคงต้องรับผิดทางอาญาตามที่ประมวลกฎหมายอาญาหรือกฎหมายอื่น ๆ ที่บัญญัติไว้ แต่อาจมีผลต่อการพิจารณาค่าเสียหายในคดีแพ่งระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ

กฎหมายหลายฉบับได้กำหนดกรณีไว้อย่างชัดเจนว่า การยกเว้นความผิดตามกฎหมายหมายถึงความรับผิดทางแพ่งหรือทางอาญาอย่างชัดเจน เช่น มาตรา 24 วรรคสองแห่งพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยคณะกรรมการการเลือกตั้ง พ.ศ. 2541 หรือตามมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา พ.ศ. 2542

2. ไม่ควรตีความบทบัญญัตินี้ว่าจำกัดสิทธิฟ้องคดีของผู้เสียหาย ผู้เสียหายยังมีสิทธิฟ้องร้องผู้ให้บริการทั้งคดีแพ่งและคดีอาญา โดยศาลจะเป็นผู้พิจารณาข้อเท็จจริงแห่งคดีว่าแพทย์จะต้องชดเชยค่าเสียหายหรือค่าชดเชยให้แก่ผู้ป่วยหรือไม่

3. ความระมัดระวังตามมาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับบริการสาธารณสุข มีขอบเขตเพียงใด ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือแพทย์ จะต้องปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวังและรักษามาตรฐานตามการประกอบวิชาชีพอย่างดีที่สุด กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ต้องมีระดับความระมัดระวังสูงกว่าวิญญูชนหรือผู้ประกอบอาชีพทั่วไป การกำหนดข้อยกเว้นให้ผู้ให้บริการหรือแพทย์ในกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงนั้นมีความเหมาะสมหรือไม่

³² ไพศาล ลิ้มสถิตย์, “รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษาวิเคราะห์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550,” หน้า 36.

หลักกฎหมายไทยเรื่องการกระทำโดยประมาทตามกฎหมายอาญากับกฎหมายแพ่ง มิได้แบ่งแยกอย่างชัดเจน สำหรับเรื่องการกระทำโดยประมาทของแพทย์นั้น มีข้อพิจารณาสรุปได้ดังนี้

ประการแรก ผู้กระทำที่เป็นแพทย์ได้ใช้ความระมัดระวังตามวิสัย ในระดับเทียบเท่ากับแพทย์ที่ต้องมีความรู้ ความชำนาญในการรักษาพยาบาลหรือไม่ เช่น การผ่าตัดที่ต้องอาศัยศัลยแพทย์ที่อบรมมาเป็นอย่างดีตามมาตรฐานวิชาชีพ หากใช้ความระมัดระวังไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับศัลยแพทย์อื่นที่ได้รับการอบรมมาเช่นเดียวกัน ก็เป็นความประมาทเล็กน้อย

ประการที่สอง การกระทำของแพทย์จะต้องพิจารณาจากพฤติการณ์หรือสถานการณ์ในขณะนั้นซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก เช่น การตรวจรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ก็ต้องเปรียบเทียบแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเช่นกัน

มาตรา 8 วรรคสอง มีเนื้อหาไม่สอดคล้องกับหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม และยังไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงและหลักกฎหมายอาญา อีกทั้งคนส่วนใหญ่ในสังคมไทยยังเชื่อถือว่าไว้วางใจแพทย์ว่า จะรักษาจริยธรรมและมาตรฐานแห่งวิชาชีพเวชกรรมที่สูงกว่าบุคคลที่ประกอบอาชีพอื่น

ผู้เขียน เห็นว่า มาตรา 8 วรรคสอง ที่มองว่าเป็นการคุ้มครองแพทย์ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิด ข้อเท็จจริงที่ตนรู้ และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ เว้นแต่ผู้ให้บริการประมาทเล็กน้อยอย่างร้ายแรง นั้น ไม่เป็นการตัดสิทธิในการฟ้องคดีของผู้เสียหายทั้งในคดีแพ่งและคดีอาญา เพราะศาลจะเป็นผู้พิจารณาเองว่าผู้ให้บริการต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรือไม่ ผู้รับบริการมีเจตนาในการบอกปกปิดข้อมูลหรือไม่ซึ่งศาลจะเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาดเอง และบทบัญญัตินี้ไม่อาจไปยกเว้นความรับผิดชอบในทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญาได้ เพราะกฎหมายอาญาเป็นกฎหมายเกี่ยวด้วยความสงบเรียบร้อยของประชาชน หากประมวลกฎหมายอาญาประสงค์จะยกเว้นความรับผิดชอบไว้เป็นประการใด ก็บัญญัติยกเว้นไว้ในประมวลกฎหมายอาญา เช่น อายุ ความสามารถของบุคคล ดังนั้นมาตรา 8 วรรคสองนี้ผู้เขียนจึงเห็นว่าไม่ใช่บทบัญญัติห้ามฟ้องคดีแพ่งหรืออาญาโดยเด็ดขาด อยางไรก็ดี

* ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 73 วรรคแรก บัญญัติว่า “เด็กอายุยังไม่เกินสิบปี กระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิดเด็กนั้นไม่ต้องรับโทษ”

** ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 วรรคแรก บัญญัติว่า “ผู้ใดกระทำความผิด ในขณะไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น”

บทบัญญัติในมาตรา 8 นี้ใช้บังคับทั้งแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐและแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน เพราะมุ่งหมายคุ้มครองผู้รับบริการทุกประเภท

โดยภาพรวมแล้ว ภาระหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไม่ได้มีผลแค่เพียงแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน ชุมชน และประชาชนด้วย แต่ยังมีข้อพิจารณาบางประการในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่เป็นหน้าที่ของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ธรรมนูญสุขภาพว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

ธรรมนูญสุขภาพว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เป็นการอนุวัติตามมาตรา 46 และมาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งจัดทำขึ้นโดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช)* เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ แล้วนำเสนอให้คณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ในเนื้อหาของธรรมนูญที่มีส่วนสำคัญเกี่ยวข้องกับแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ หมวดที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ โดยในธรรมนูญฉบับนี้ได้กำหนดยุทธศาสตร์อย่างน้อย 5 ประการ คือ

1. การพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ
2. การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนตามแนวปรัชญา
4. การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน
5. การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่กำหนดขึ้นมานี้เพื่อเป็นการพัฒนานโยบายสาธารณะ สิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อให้ชุมชนท้องถิ่นมีความเข้มแข็งด้านสุขภาพครอบคลุมร้อยละ 80 ของตำบลทั่วประเทศ มาตรการที่จะให้บรรลุยุทธศาสตร์ที่ตั้งไว้ คือ ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐทุกระดับและภาคส่วนต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินการ โดยให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีนโยบายและแผนรองรับการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ดังนั้นในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลของรัฐที่เป็นไปเพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยแล้ว โรงพยาบาลของรัฐยัง

* พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 13 บัญญัติว่า “ให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรียกโดยย่อว่า “คสช” ... “

ต้องดำเนินการให้มีนโยบายและแผนรองรับการพัฒนา นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ และยังมี ภาระผลักดันให้การดำเนินบรรลุผลตามยุทธศาสตร์ที่วางไว้ด้วย

นอกจากเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพแล้ว ในธรรมนูญฉบับนี้ยังกำหนด มาตรการใน การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ เพื่อให้บุคคลมีสิทธิดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ จึงถือว่าเป็นภาระหน้าที่ร่วมกันของทุกภาคส่วน แต่โดยมาตรการ ในการปฏิบัติงานแล้ว หน่วยงานของรัฐในระดับที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด คือ โรงพยาบาลของรัฐ ย่อมเป็นส่วนสำคัญที่ต้องรณรงค์ ให้ข้อมูลข่าวสาร และสร้างค่านิยมด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

ในธรรมนูญสุขภาพว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมวดที่ 6 เรื่องการ บริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ กำหนดให้การบริการสาธารณสุขต้องเป็นไปอย่าง สอดคล้องกับระบบสุขภาพ โดยรัฐควรสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ที่มุ่งเน้นประโยชน์สาธารณะเป็นหลัก และไม่สนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์ เชิงธุรกิจ โดยมาตรการให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ย่อมเป็นหน้าที่หลักของหน่วยงานรัฐ แม้ใน ธรรมนูญจะกำหนดให้เป็นภาระหน้าที่ของทุกฝ่าย คือ หมายรวมถึงภาคเอกชนด้วยก็ตาม แต่โดยสภาพ ของเนื้อหาที่ให้บริการทางการแพทย์ไม่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจแล้ว ในทางปฏิบัติอาจทำได้ยาก เนื่องด้วยโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งมีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นกำไร ส่งผลให้การปฏิบัติงานให้บรรลุ เป้าหมายหมวดนี้ ย่อมตกแก่โรงพยาบาลของรัฐที่ต้องรับหน้าที่ส่งเสริมให้เกิดการบริการสาธารณสุขที่ ไม่มุ่งเน้นกำไร

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นการ ดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้เท่าทัน มีส่วนร่วม และมีระบบเสริมสร้างสุขภาพ และระวังป้องกัน อย่างสมบูรณ์ โดยอาศัยความร่วมมือจากชุมชน ภาครัฐ และภาคเอกชน ดังนั้น สิทธิหน้าที่ใน กฎหมายฉบับนี้จึงใช้บังคับทั้งแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐและแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน แต่โดยที่ สภาพการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของ ธรรมนูญสุขภาพว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เป็นการทำงานในเชิงนโยบายให้เป็นไปในทิศทางที่กำหนดไว้ ที่สำคัญประการหนึ่งคือ ไม่ สนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนบางราย มีวัตถุประสงค์ในเชิงพาณิชย์ ดังนั้น หน่วยงานที่ต้องรับบทเป็นหนักให้การดำเนินงานลุล่วงไปได้ ย่อม ตกแก่หน่วยงานของรัฐ และหน่วยงานของรัฐที่กระจายไปตามภูมิภาคต่างและใกล้ชิดกับประชาชน คือ โรงพยาบาลของรัฐ ดังนั้น แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐนอกจากมีหน้าที่ในการรักษาพยาบาลผู้มารับ

บริการแล้ว ยังมีภาระหน้าที่เป็นกำลังหลักเพื่อให้ประชาชน ชุมชน และภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน

3.3.4 บุคคลที่ปฏิบัติงานด้านสวัสดิการและหน้าที่ของรัฐ : ข้าราชการ

สิทธิของประชาชนไม่ว่าจากสิทธิมนุษยชนหรือจากรัฐธรรมนูญล้วนแต่ก่อให้เกิดหน้าที่ต่อรัฐที่ต้องหามาตรการทางกฎหมายตลอดจนให้ความคุ้มครองแก่ประชาชน โดยบุคคลผู้มีส่วนสำคัญให้ภารกิจของรัฐด้านการบริการทางการแพทย์สำเร็จลุล่วงไปได้ คือ “แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ”

การจะเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐได้นั้นต้องผ่านการสอบโดยมีหน่วยงานชื่อว่า กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) ทำหน้าที่จัดสอบคัดเลือกและประกาศผลนักเรียนที่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่หกเพื่อเข้ารับการศึกษาระดับแพทยศาสตร์ต่างๆ ทั่วประเทศ และมีการรับนักเรียนตามโครงการต่างๆ อีกหลายโครงการเข้าจากหน่วยงานที่เปิดคณะแพทยศาสตร์ การเรียนแพทยศาสตร์ในประเทศไทยใช้เวลาเรียน 6 ปี ปีแรกเรียนวิทยาศาสตร์ทั่วไปเน้นเกี่ยวข้องกับชีววิทยา ปีที่ 2-3 เรียนวิชาที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ เรียกระยะนี้ว่า ปรีคลินิก (Preclinic) ปีที่ 4-5 เรียนและฝึกงานผู้ป่วยจริงร่วมกับแพทย์รุ่นพี่และอาจารย์ เรียกระยะนี้ว่า ชั้นคลินิก (Clinic) และปีสุดท้ายเน้นฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงภายใต้การดูแลของแพทย์รุ่นพี่และอาจารย์ เรียกระยะนี้ว่า เอกซ์เทิร์น (Extern) เมื่อศึกษาจบแพทยศาสตรบัณฑิต บัณฑิตแพทย์ต้องมีการทำงานหรือการชดใช้ทุนของแพทย์ โดยกำหนดให้ทำงานให้รัฐบาล เหตุที่กำหนดให้มีการทำงานหรือการชดใช้ทุนเป็นเพราะวิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพที่ขาดแคลน มีกำลังในการผลิตได้น้อยเพราะมีขั้นตอนการศึกษาที่ต้องเพิ่มพูนทักษะมาก ตลอดเวลาที่เรียนมีค่าใช้จ่ายสูงซึ่งผู้ประสงค์จะเข้าเรียนไม่อาจรับภาระค่าใช้จ่ายได้ทั้งหมด จึงเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องอุดหนุนค่าใช้จ่ายบางส่วน เมื่อศึกษาจบเป็นแพทยศาสตรบัณฑิตแล้ว จึงต้องตอบแทนค่าใช้จ่ายบางส่วนที่รัฐออกให้โดยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐตามกำหนดเวลาที่รัฐกำหนด คือ 3 ปี ซึ่งหากผิดสัญญาต้องจ่ายค่าชดเชยให้รัฐตามแต่สัญญาซึ่งทำไว้ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการศึกษากำหนด ดังนั้นหากแพทย์บางรายไม่ประสงค์จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐเพราะโรงพยาบาลของรัฐบางแห่งอยู่ในที่ทุรกันดาร หรือกระจายอยู่ตามภูมิภาคต่าง ๆ มีประชาชนมารับบริการเป็นจำนวนมาก มีค่าตอบแทนน้อยและยังต้องตอบสนองนโยบายด้านสาธารณสุข ทำให้แพทย์บางรายเลือกที่จะจ่ายค่าชดเชยและออกสู่ระบบเอกชนโดยทันที และมีแพทย์บางรายที่เลือกจะใช้ทำงานชดใช้ทุน

ตามระยะเวลาที่กำหนดแล้วจึงออกสู่ระบบเอกชน แพทย์ที่เหลืออยู่คือแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ ดังนั้น แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเป็น “บุคลากรของรัฐ” นั่นเอง

“บุคลากรของรัฐ” หรือที่เรียกกันว่า “เจ้าหน้าที่” โดยทั่วไปจะแบ่งออกเป็น 5 ประเภทใหญ่³³ คือ

1. ข้าราชการ
2. ลูกจ้างของส่วนราชการ
3. บุคลากรของรัฐวิสาหกิจ
4. บุคลากรขององค์การมหาชน
5. พนักงานของรัฐในส่วนราชการ

เนื่องจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ ดังนั้นบุคลากรของรัฐที่ประกอบวิชาชีพแพทย์โดยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ จึงมีสองประเภท คือ ข้าราชการและลูกจ้าง โดยส่วนใหญ่แล้วแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐจะเป็นข้าราชการมากกว่าแพทย์ที่เป็นลูกจ้าง จึงขอกล่าวถึงเฉพาะแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐที่เป็นข้าราชการ

แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเป็นข้าราชการประจำที่เป็นข้าราชการฝ่ายพลเรือน จึงอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการฝ่ายพลเรือน พ.ศ. 2551 ที่แพทย์จะเข้าสู่ตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญโดยการบรรจุตามที่กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดไว้ เมื่อข้าราชการพลเรือนสามัญผู้ใดปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นข้าราชการและปฏิบัติราชการมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลในระดับที่พอใจของทางราชการแล้ว ย่อมถือว่าผู้นั้นมีความชอบจะได้รับบำเหน็จความชอบซึ่งอาจเป็นค่าชเมชย เครื่องเชิดชูเกียรติ รางวัล หรือการได้เลื่อนขั้นเงินเดือนตามควรแก่กรณี นอกจากข้าราชการจะได้รับความชอบแล้ว ยังต้องมีความรับผิดชอบปรากฏในวินัยและการรักษาวินัยซึ่งข้าราชการพลเรือนสามัญต้องรักษาวินัยตามที่บัญญัติเป็นห้ามและข้อปฏิบัติในพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 โดยเคร่งครัดเสมอ หากมีการฝ่าฝืนข้อห้ามหรือไม่ปฏิบัติตามข้อปฏิบัติที่กำหนดไว้ ถือว่าผู้นั้นเป็นผู้กระทำผิดวินัยและอาจต้องได้รับโทษทางวินัย ซึ่งโทษทางวินัยมี 5 สถาน คือ

1. ภาคทัณฑ์
2. ตัดเงินเดือน
3. ลดขั้นเงินเดือน

³³ ชาญชัย แสงศักดิ์ , คำอธิบายกฎหมายปกครอง (กรุงเทพฯ : วิทยุชน , 2546), หน้า 199.

4. ปลอดออก

5. ไล่ออก

ผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งมีฐานะเป็นข้าราชการไม่ว่าจะได้ปฏิบัติงานในส่วนกลางหรือส่วนภูมิภาค จะมีความรับผิดชอบที่มีใช่เป็นความรับผิดชอบต่อผู้เสียหายโดยตรง แต่เป็นความรับผิดชอบอันเนื่องมาจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพกับส่วนราชการที่ตนสังกัดอยู่ เป็นโทษทางการบริหารงานบุคคลซึ่งมีผลกระทบต่อความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงานของผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกลงโทษนั้น โทษทางวินัย คือ ภาคทัณฑ์ ตัดเงินเดือน ลดขั้นเงินเดือน ปลอดออก และไล่ออก ทั้งนี้ ตามความหนักเบาของพฤติกรรมหรือความรุนแรงของความเสียหายที่ผู้เสียหายได้ก่อขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐจึงได้รับความคุ้มครองทางอ้อมจากการที่แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีสถานะเป็นข้าราชการในหน่วยงานของรัฐด้วย

3.4 บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีความแตกต่างจากบริการสาธารณะประเภทอื่น

จากที่ได้ศึกษาว่า “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็น “บริการสาธารณะ” เมื่อพิจารณาจากด้านสังคมและจริยธรรมแล้วนั้น จะเห็นได้ว่าแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐนอกจากจะมีหน้าที่ความรับผิดชอบและลงมือปฏิบัติงานคือการรักษาพยาบาลเหมือนดังเช่นบริการสาธารณะประเภทอื่นทั่วไปที่มีให้บริการทางการแพทย์แล้ว แพทย์ยังมีความรับผิดชอบในแง่ของจริยธรรมสูงกว่าวิชาชีพอื่น ที่กล่าวเช่นนี้ไม่ได้หมายความว่าผู้ประกอบการวิชาชีพอื่นจะไม่ต้องอาศัยจริยธรรม หากแต่การกระทำของแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยเป็นการกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายโดยตรง บ่อยครั้งที่ชีวิตความเป็นความตายของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของแพทย์ แพทย์นอกจากจะมีทักษะที่ดีแล้วยังต้องเป็นผู้มีจิตใจสูงด้วย ดังจะเห็นได้จากข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. 2526 ที่กำหนดให้แพทย์ประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดีโดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง หรือความรู้สึกส่วนตัวใด ๆ ที่แพทย์อาจเคยมีต่อผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้แพทย์จะนำมาอ้างเพื่อปฏิเสธจะไม่รักษาหรือให้การบริการทางการแพทย์ที่คุณภาพต่ำย่อมกระทำไม่ได้ นอกจากนี้การประกอบวิชาชีพแพทย์เป็นเรื่องมนุษยธรรม ความเป็นแพทย์จึงไม่ได้มีความหมายเพียงบุคลากรของรัฐที่เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมในโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น ความเป็นแพทย์ยังคงติดตัวบุคคลผู้นั้นไปตลอด ดังนั้น ในข้อบังคับแพทยสภาดังกล่าวจึงกำหนดให้แพทย์ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตราย

จากการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะผู้ที่ร้องขอจะเป็นผู้ที่ตกในระยะอันตรายหรือผู้ที่อยู่ใกล้เคียงบริเวณนั้นหากแพทย์อยู่ในฐานะที่จะช่วยผู้ป่วยได้ แพทย์จะต้องลงมือช่วยเหลือบุคคลนั้น มิฉะนั้นอาจมีความผิดทางจริยธรรม

ความแตกต่างระหว่างบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐกับบริการสาธารณะประเภทอื่น ๆ คือ ลักษณะของการให้บริการ กล่าวคือ ด้วยสภาพของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐคือ “ผู้ป่วย” ที่มีอาการเจ็บป่วยจากสภาพร่างกายหรือจิตใจแล้ว โรงพยาบาลของรัฐยังต้องรองรับผู้ที่ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุ ซึ่งทั้งอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินไม่อาจเลือกเวลาสถานที่ได้ โรงพยาบาลของรัฐจึงจำเป็นต้องเปิดรับอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง ไม่สามารถหยุดให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินในวันหยุดราชการได้ดังเช่นบริการสาธารณะอื่น แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐจึงต้องผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนทำงานโดยไม่คำนึงว่าโรงพยาบาลของรัฐแห่งนั้น ๆ จะมีแพทย์จำนวนเท่าใด ในปัจจุบันโรงพยาบาลของรัฐยังมีแพทย์ไม่เพียงพอแก่การให้บริการและรัฐไม่สามารถเร่งผลิตแพทย์ได้เพราะเป็นวิชาชีพที่อาศัยทักษะความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสูง แต่ด้วยสภาพการให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเป็นบริการต่อเนื่อง แพทย์ที่ปฏิบัติงานจะอ้างว่าโรงพยาบาลของรัฐที่ตนสังกัดอยู่มีแพทย์จำนวนไม่เพียงพอ เพื่อเป็นเหตุผลในการหยุดให้บริการไม่ได้ ในขณะที่บริการสาธารณะประเภทอื่นสามารถเลือกที่จะให้บริการต่อเนื่องเหมือนเช่นบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ หรือจะให้บริการในเวลาเปิดทำการปกติก็ได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหน่วยงานที่ควบคุมกำกับบริการสาธารณะนั้น ๆ

ในขณะที่แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐให้บริการสาธารณะต่อเนื่องมากกว่าบริการสาธารณะประเภทอื่น แต่ความรับผิดชอบในฐานะที่ “แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ คือ “ข้าราชการ” ย่อมอยู่ภายใต้กฎหมายฉบับเดียวกับบริการสาธารณะประเภทอื่น คือ พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการฝ่ายพลเรือน พ.ศ. 2551 อาจกล่าวในอีกด้านหนึ่งคือ แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเสียสละเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่าบริการสาธารณะอื่นบางประเภท แต่แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐกลับต้องมีความรับผิดชอบในด้านวินัยข้าราชการตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการฝ่ายพลเรือน พ.ศ. 2551 และยังต้องมีความรับผิดชอบในด้านจริยธรรมแห่งวิชาชีพตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. 2526

ด้วยเหตุผลที่กล่าวไป สะท้อนให้เห็นถึงสภาพการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐที่ต้องประกอบวิชาชีพด้วยคุณธรรมและจริยธรรมสูง ต้องอุทิศเวลาส่วนตัวให้แก่การบริการสาธารณะของรัฐที่ไม่ได้หวังผลกำไร สิ่งที่คุณเขียนวิเคราะห์ไปนั้นไม่ได้หมายความว่าเมื่อมีความ

เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐแล้วแพทย์จะพ้นจากความรับผิดชอบใด ๆ เพียงแต่ผู้เขียนมีความเห็นว่า การตีความให้แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐที่ปฏิบัติงานด้วยความเสียสละและมีคุณธรรมและจริยธรรมสูง ต้องอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ที่มีเจตนารมณ์มุ่งปราบปรามผู้ประกอบการธุรกิจที่สร้างความไม่เป็นธรรมให้แก่ผู้บริโภค นั้น มีความเหมาะสมและยุติธรรมแล้วหรือไม่เพียงใด

จึงสรุปได้ว่า ลักษณะของบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ กับ บริการสาธารณสุขประเภทอื่นมีความแตกต่างกันในหลายด้าน ได้แก่ ลักษณะการให้บริการนอกเวลาและวันหยุดราชการ ที่บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐในส่วนอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้น จะปิดให้บริการไม่ได้เลย ส่วนบริการสาธารณสุขประเภทอื่นอาจเปิดให้บริการในวันหยุดหรือไม่ก็ได้ แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีความรับผิดชอบต่อหน่วยงานของรัฐเหมือนเช่นบริการสาธารณสุขอื่น แต่จะมีข้อแตกต่างคือ แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีความผิดด้านจริยธรรมด้วย นอกจากนี้แพทย์ยังมีลักษณะเฉพาะตัวของการประกอบวิชาชีพคือ ความเป็นแพทย์จะติดตัวผู้นั้นไปตลอด หากมีผู้ตกอยู่ในอันตรายและมีการร้องขอแพทย์ต้องให้ความช่วยเหลือ แต่หากเป็นบริการสาธารณสุขอื่นบางประเภทที่ไม่ใช่งานด้านสาธารณสุข อาจจะไม่ให้ความช่วยเหลือหรือไม่ก็ได้ ดังปรากฏในตารางเปรียบเทียบ ดังต่อไปนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางเปรียบเทียบลักษณะของ
“บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” กับ “บริการสาธารณสุขประเภทอื่น”**

ลักษณะในด้านต่าง ๆ	บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ	บริการสาธารณสุขประเภทอื่น
1. ลักษณะการให้บริการนอกเวลาและวันหยุดราชการ	1. ในกรณีบริการตรวจโรคทั่วไปนอกเวลาจะให้มีหรือไม่มีก็ได้ 2. ในกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะหยุดให้บริการไม่ได้เลย	การให้บริการนอกเวลาหรือวันหยุดอาจมีหรือไม่มีก็ได้ ไม่ได้เป็นกรณีบังคับ
2. กฎหมายที่ใช้ลงโทษทางวินัย	พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการฝ่ายพลเรือน พ.ศ. 2551	พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการฝ่ายพลเรือน พ.ศ. 2551
3. ความรับผิดชอบด้านอื่น ๆ	ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. 2526	อาจมีหรือไม่มีก็ได้
4. ลักษณะเฉพาะตัวในการปฏิบัติงาน	ความเป็นแพทย์ติดตัวบุคคลนั้นตลอดไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติหน้าที่ในหรือนอกโรงพยาบาลของรัฐ หากมีผู้ตกอยู่ในอันตรายและมีผู้ร้องขอให้ช่วยเหลือ แพทย์จะต้องให้ความช่วยเหลือ	บริการสาธารณสุขประเภทอื่นยังไม่ปรากฏลักษณะเฉพาะตัวอย่างแพทย์ ยกเว้นบุคลากรทางการแพทย์อื่น เช่น พยาบาล

บทที่ 4

สิทธิของประชาชนในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในต่างประเทศ

4.1 สิทธิของประชาชนในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

ด้วยสภาพสังคม การปกครอง ตลอดจนวัฒนธรรมที่หลากหลายในแต่ละประเทศ ทำให้การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของประชาชนประเทศต่าง ๆ มีความแตกต่างกันไป ดังจะได้กล่าวต่อไป

4.1.1 ประเทศนิวซีแลนด์

ประเทศนิวซีแลนด์เป็นประเทศที่มีประชากรเป็นพวกผิวขาวสืบเชื้อสายมาจากอังกฤษ สังคมและวัฒนธรรมของประเทศนี้จึงได้รับอิทธิพลมาจากอังกฤษเป็นส่วนใหญ่ และบางส่วนได้ผสมผสานกับวัฒนธรรมของชาวพื้นเมืองดั้งเดิมจนกลายเป็นวัฒนธรรมของประเทศ การเมืองการปกครองก็ได้รับอิทธิพลมาจากอังกฤษเช่นกัน โดยมีการปกครองระบบประชาธิปไตยแบบรัฐสภาเป็นรัฐบาลเดี่ยวที่มีรัฐบาลกลางเพียงรัฐบาลเดียวดูแลและบริหารราชการทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม ในประเทศนิวซีแลนด์มีรัฐธรรมนูญเป็นแบบไม่เป็นลายลักษณ์อักษร คือ ไม่มีกฎหมายฉบับใดฉบับหนึ่งที่บัญญัติถึงระบบการเมืองการปกครอง แต่จะมีกฎหมายอื่นๆ หลายฉบับมาประกอบกัน เช่น Constitution ACT 1986 ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติที่รวบรวมเอาหลักกฎหมายรัฐธรรมนูญที่กระจัดกระจายอยู่มาบัญญัติไว้ด้วยกัน และพระราชบัญญัติเลือกตั้ง เป็นต้น แต่พระราชบัญญัติเหล่านี้ไม่มีบทบัญญัติที่ว่า บทบัญญัติของกฎหมายใดที่ขัดแย้งกับพระราชบัญญัติฉบับนี้ใช้บังคับมิได้ นอกจากนี้ กฎหมายรัฐธรรมนูญของนิวซีแลนด์ยังรวมเอากฎหมายของอังกฤษบางฉบับที่บังคับใช้ในนิวซีแลนด์ด้วย เช่น Act of Settlement 1701 ซึ่งเกี่ยวกับการสืบราชสันตติวงศ์ของกษัตริย์อังกฤษ คำพิพากษาของศาลในคดีที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายรัฐธรรมนูญ และธรรมเนียมปฏิบัติทางรัฐธรรมนูญ เป็นต้น¹

¹ http://edoc.parliament.go.th/edocfiles/document_viewfile.asp?hdDocID...pdf, สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2554.

ประเทศนิวซีแลนด์ใช้ระบบบริการของสุขภาพของประเทศอังกฤษเป็นแม่แบบ² โดยประเทศอังกฤษเป็นประเทศที่มีระบบบริการสุขภาพแบบรัฐสวัสดิการและถือเป็นต้นแบบของการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก³ ประชาชนที่ประสบกับโรคภัยไข้เจ็บสามารถเข้ารับบริการที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึงเป็นธรรมโดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย เมื่อประเทศนิวซีแลนด์นำระบบดังกล่าวมาปรับใช้ จึงทำให้ระบบบริการสุขภาพโดยส่วนใหญ่ต้องพึ่งพางบประมาณของรัฐ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศสูงมากขึ้น ประชาชนผู้มารับบริการทางการแพทย์มีความไม่พึงพอใจในบริการเพราะต้องใช้เวลาในการรอคิวรับบริการนานและไม่ประทับใจในบริการที่ได้รับ เป็นต้น

จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1935 พรรคแรงงานของประเทศนิวซีแลนด์ได้รับเลือกตั้งด้วยคะแนนเสียงส่วนใหญ่จนสามารถจัดตั้งรัฐบาลได้ รัฐบาลที่จัดตั้งพรรคแรงงานจึงได้พยายามแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพและเศรษฐกิจเหล่านี้ ด้วยการเปิดเสรีทางการค้าให้มากขึ้นในทุกๆ ด้าน และการจัดการของรัฐบาลใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยบริการเกี่ยวกับสุขภาพเป็นบริการทางด้านสังคมที่รัฐจะต้องกำกับให้ตรงไปสู่กลุ่มเป้าหมายที่แท้จริงมากขึ้นเพื่อให้เกิดความยุติธรรมในภาวะงบประมาณที่จำกัด ในปี 1938 รัฐบาลจึงได้ประกาศใช้กฎหมายประกันสังคมซึ่งครอบคลุมการให้บริการรักษาพยาบาล รวมทั้งสิทธิประโยชน์การเป็นผู้ป่วยในและอื่นๆ โดยในระยะเริ่มต้นการจัดบริการประกันสุขภาพได้รับการต่อต้านจากกลุ่มวิชาชีพแพทย์และนักการเมืองบางส่วน แต่เมื่อการจัดบริการประกันสุขภาพสามารถดำเนินการได้จริงในปี ค.ศ. 1941 ระบบประกันสุขภาพและการจัดระบบประกันสังคมของนิวซีแลนด์จึงนับได้ว่ามีชื่อเสียงมากตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

4.1.2 ประเทศสวีเดน

ประเทศสวีเดนเป็นประเทศที่ให้สวัสดิการสำหรับการบริการด้านสาธารณสุขและบริการทางสังคมแก่ประชาชนอย่างมาก (Welfare State)⁴ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ประเทศสวีเดนมีระบบ

² สวงน นิตยารัมภ์พงศ์, การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศนิวซีแลนด์, (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข : 2544), หน้า 12.

³ คณะอนุกรรมการศึกษากลไกระบบสุขภาพแห่งชาติและบทบาทโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข, รายงานการสังเคราะห์กลไกในระบบสุขภาพแห่งชาติและบทบาทหน้าที่ โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข, (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข), หน้า 69.

⁴ นารีรัตน์ จิตรมนตรี. เรื่องเล่าจากการดูงาน ณ Malardalen University ประเทศสวีเดน วันที่ 6-25 เมษายน 2552, ใน http://www.ns.mahidol.ac.th/english/KM/doc/นารีรัตน์_สวีเดน.pdf, สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2554.

การกำกับดูแลสุขภาพในรูปแบบของรัฐสวัสดิการ ภาครัฐจัดเก็บภาษีจากประชาชนในอัตราสูง และสิทธิของผู้ป่วยได้ถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ ดังนั้น ประเทศสวีเดนจึงเป็นประเทศที่ถือว่ามีระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งของโลก และเป็นต้นแบบในการให้บริการด้านสุขภาพ โดยมีเป้าหมายหลักของประเทศคือ การมีครอบครัวสุขภาพดี และประชากรทั้งหมดในประเทศมีสุขภาพดีอย่างเท่าเทียมกัน เนื่องจากการจัดเก็บภาษีจากประชาชนในอัตราสูง จึงสามารถนำเงินภาษีดังกล่าวไปจัดสวัสดิการให้กับประชาชนได้อย่างพอเพียง ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา สุขภาพ และความเป็นอยู่ ดังนั้น พลเมืองทุกคนมีสิทธิได้รับการดูแลรักษาสุขภาพซึ่งรัฐให้การสนับสนุนทางการเงิน

ระบบสาธารณสุขที่รัฐสนับสนุนนั้นจะครอบคลุมถึง บริการป้องกันและรักษาสุขภาพของรัฐ การดูแลรักษาของโรงพยาบาลในสวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การดูแลรักษาสุขภาพพื้นฐาน ยาที่สั่งในสวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก การดูแลรักษาสุขภาพทางจิต การดูแลทันตกรรมสำหรับเด็กและคนหนุ่มสาว บริการรักษาบำบัด โดยส่วนใหญ่แล้ว ผู้ป่วยจะจ่าย 100-150 โครน* ต่อการเข้ามาหนึ่งครั้งในการมาพบแพทย์ จ่าย 200-300 โครน สำหรับการมาหาผู้เชี่ยวชาญหรือการเข้าถึงการดูแลรักษาฉุกเฉิน และจ่าย 80 โครนต่อวันในโรงพยาบาล จำนวนสูงสุดที่จะจ่ายเองสำหรับการดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากรัฐใน 12 เดือนเท่ากับ 900 โครน สำหรับบริการด้านสุขภาพ และ 1,800 โครน สำหรับเวชภัณฑ์ผู้ป่วยนอก สำหรับเด็กได้รับยกเว้นจากการต้องมีส่วนจ่ายในบริการสุขภาพ

4.1.3 ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกามีรูปแบบของการจัดระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างออกไปจากประเทศอื่นโดยสิ้นเชิง เพราะการที่ประชาชนจะได้รับการดูแลทางสุขภาพนั้น ไม่ใช่สิทธิ (Right) ตามตัวบทกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกา แม้ว่าการสำรวจความคิดเห็นประชาชนในหลายๆ ครั้งเช่นในปี ค.ศ.1968 1975 1978 1986 และ 1988 พบว่ากว่าร้อยละ 75-90 ของประชาชนเห็นว่าการดูแลสุขภาพควรจะเป็นสิทธิ การประกันสุขภาพในประเทศนี้จึงมีทั้งระบบภาครัฐและเอกชน ที่ไม่ได้มีการสอดประสานกันที่ดีนัก อันมีผลมาจากลักษณะผสมผสานของความเชื่อทางสังคมที่ว่า บริการทางการแพทย์สำหรับทุกคนเป็นสินค้าสาธารณะ (Social good) ที่สังคม

* 1 โครน เท่ากับ 4.8 บาท อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศของธนาคารแห่งประเทศไทย ณ วันที่ 19 เมษายน 2554.

ควรรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น หรือบริการดังกล่าวเป็นสิทธิประโยชน์ที่นายจ้างซื้อให้กับลูกจ้างและครอบครัวผ่านทางงานการประกันสุขภาพที่เป็นไปตามกลไกตลาด โดยที่ระบบประกันสุขภาพของรัฐมีไว้เพียงสำหรับผู้ที่ไม่ได้ทำงานเท่านั้น แนวคิดดังกล่าวส่งผลให้ประชาชนอเมริกันมีประกันสุขภาพร้อยละ 85 ของทั้งประเทศ ในขณะที่อีก 35.7 ล้านคนไม่มีหลักประกันทางสุขภาพ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มักต้องมาใช้บริการจากห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลหรือจากสถานพยาบาลที่รักษาแบบการกุศล ซึ่งส่วนใหญ่มักไม่ได้รับการดูแลด้านการป้องกันโรค การติดตามโรคเรื้อรังและการดูแลก่อนและหลังคลอดที่⁵

การให้บริการทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาถูกหล่อหลอมขึ้นมาภายใต้อิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ได้แก่ ความเป็นมาตามประวัติศาสตร์ จุดวิกฤติทางการสาธารณสุขระยะต่างๆ กระบวนการทางการเมือง การใช้อิทธิพลของกลุ่มผลประโยชน์ภาคเอกชน ความเชื่ออย่างรุนแรงในเรื่องบทบาทที่จำกัดของรัฐบาล เสรีภาพส่วนบุคคล รวมทั้งวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การให้บริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่เน้นความสำคัญของการดูแลรักษาในสถาน เช่น โรงพยาบาล และบ้านพักคนชรา มากกว่าการดูแลในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ซึ่งเป็นจุดเน้นของระบบให้บริการในประเทศพัฒนาแล้วอื่น ๆ ในทวีปยุโรป ประเทศสหรัฐอเมริกามีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายที่เป็นของโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 17 ในปี ค.ศ.1929 เป็นร้อยละ 43 ในปี ค.ศ.1990 ในขณะที่สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ให้แกบริการของแพทย์ ทันตแพทย์และยา ลดลง ค่าใช้จ่ายบริการของแพทย์ลดลงจากร้อยละ 32 เป็นร้อยละ 22 ในช่วงเวลาเดียวกัน ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกั้นส่วนมากนิยมประกันสุขภาพเอกชนมากกว่าที่จะได้แผนการประกันที่บังคับโดยรัฐหรือดำเนินการโดยรัฐ และเมื่อเปรียบเทียบกับอเมริกาแล้ว ประเทศทางยุโรปตะวันตกแล้ว จะพบว่าเก็บภาษีในอัตราต่ำกว่ามาก

นอกจากนี้วงการแพทย์มีอิทธิพลอย่างมากในการต่อต้านความพยายามที่จะมีการประกันสุขภาพภาคบังคับขึ้น เพราะแพทย์อเมริกันกังวลต่อบทบาทของรัฐบาลที่เข้ามายุ่งเกี่ยวและคอยจับตาบริการทางการแพทย์ และแพทย์กลัวต่อการถูกบังคับให้ต้องทำตามแนวปฏิบัติ รวมทั้งกฎเกณฑ์ต่างๆ ของแผนการประกันสุขภาพทั้งของภาครัฐและภาคเอกชนที่มีมากขึ้นต่อตัวแพทย์และเวชปฏิบัติที่ให้แก่ผู้ป่วย นอกเหนือจากนี้ การที่ยังไม่มีนโยบายที่ได้รับการยอมรับทางสังคมใน

⁵ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ, การประกันสุขภาพภาคเอกชน: ประสบการณ์ของต่างประเทศ, (ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย), หน้า 7-8.

การจัดสรรทรัพยากรได้ดีไปกว่านี้ จะทำให้องค์กรต่าง ๆ และแพทย์จำนวนมากพยายามที่จะทำ รายได้ของแต่ละคนให้ได้มากที่สุด ไม่ว่าจะทำอยู่บนพื้นฐานของการแสวงหาผลกำไรหรือไม่ก็ตาม⁶

4.1.4 ประเทศมาเลเซีย

ประเทศมาเลเซียมีการปกครองระบบประชาธิปไตยโดยมีกษัตริย์เป็นประมุขของประเทศ มีรัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ องค์กรสูงสุดทางนิติบัญญัติประกอบด้วย วุฒิสภา และสภาผู้แทนราษฎร วุฒิสภาประกอบด้วยสมาชิก 69 คนที่ได้รับการแต่งตั้งจากสมเด็จพระราชาธิบดี 43 คน ที่เหลืออีก 26 คน มาจากการเลือกตั้งของสมาชิกด้านกฎหมายจาก 13 รัฐ รัฐละ 2 คน ส่วนสภาผู้แทนราษฎรประกอบด้วยสมาชิก 192 คน มาจากการเลือกตั้ง ผู้บริหารคือนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีต้องเป็นสมาชิกวุฒิสภา คณะรัฐมนตรีเป็นผู้กำหนดนโยบายของรัฐบาล

สิทธิของประชาชนด้านการรับบริการทางการแพทย์ได้ถูกกำหนดไว้ในนโยบายที่เรียกว่า “Vision 2020” เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 1991 เพื่อให้นโยบายดังกล่าวได้บรรลุผล กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เน้นการส่งเสริมแนวคิดของสุขภาพที่หมายถึงภาวะความสมบูรณ์ของทั้งร่างกาย จิตใจ และการดำรงอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุข ซึ่งโอกาสของการเข้าสู่ภาวะสุขภาพนี้จะต้องได้รับอย่างเท่าเทียมกันในหมู่พลเมืองทั้งหมดของประเทศ

ระบบสาธารณสุขของประเทศมาเลเซียเป็นระบบที่รัฐให้การช่วยเหลือประชาชนในด้านค่าใช้จ่ายในการรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ผู้ใช้บริการจ่ายค่าธรรมเนียมเพียงเล็กน้อย สิทธิของประชาชนด้านสุขภาพเป็นเพียงนโยบายที่เรียกว่า Open Door Policy คือการไม่ปฏิเสธเมื่อผู้ป่วยไปถึงสถานพยาบาลแล้ว ถึงแม้ว่าจะข้ามขั้นตอนของการส่งต่อ และหากไม่มีเงินจ่ายในขั้นตอนที่ต้องจ่ายเงิน ก็สามารถได้รับบริการฟรีโดยผ่านการพิจารณาของหน่วยสังคมสงเคราะห์

โดยที่ประเทศมาเลเซียยังไม่มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะมีเพียงระบบประกันสุขภาพของเอกชน ประกันสังคมหรือประกันสุขภาพของรัฐ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญมากต่อรัฐบาลคือการพึ่งพารัฐที่มากเกินไป (Over-Dependence) ของชุมชน ก่อให้เกิดอาการที่เรียกว่า

⁶ เฟิงอ่าง หน้า 93.

Dependency Syndromes⁷ กล่าวคือ ประชาชนคาดหวังว่าจะได้รับการบริการจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเพียงเล็กน้อยถึงแม้ว่าจะมีกำลังจ่าย ก่อให้เกิดภาวะด้านเศรษฐกิจแก่รัฐบาลเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนต้องเริ่มดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเริ่มจากการว่าจ้างให้เอกชนดำเนินการกิจการที่ไม่ใช่การรักษาในโรงพยาบาลจำนวนหนึ่ง นโยบายเสริมอีกอย่างหนึ่งคือการสนับสนุนการจัดตั้งสถานบริการทางการแพทย์ของเอกชน เพื่อหวังว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีส่วนหนึ่งจะไปใช้บริการ ซึ่งจะทำให้ภาระของรัฐบาลลดลง แต่ผลเสียที่ตามมาคือแพทย์ในหน่วยงานของรัฐลาออกจากราชการเพื่อไปทำงานในภาคเอกชนที่มีจ่ายค่าตอบแทนสูงกว่า

4.2 ระบบประกันสุขภาพ

เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์เป็นไปอย่างรวดเร็ว ทำให้แก้ไขปัญหาสุขภาพบางประการได้ อย่างไรก็ตามความคาดหวังของประชาชนมีเพิ่มสูงขึ้นและอาจไม่ได้รับการตอบสนองเพราะมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและงบประมาณ ในขณะที่ประชาชนมีสิทธิที่จะได้รับการบริการทางการแพทย์จากรัฐไม่ว่าสิทธินั้นจะถูกกำหนดในรัฐธรรมนูญ หรือ กฎหมายลำดับรองก็ตาม ดังนั้นเพื่อให้รัฐตอบสนองความต้องการของประชาชนทางการแพทย์ตามทรัพยากรและงบประมาณที่มีอยู่จึงจำเป็นต้องมีระบบประกันสุขภาพขึ้น ซึ่งแต่ละประเทศจะมีลักษณะแตกต่างกันไป ดังต่อไปนี้

4.2.1 ประเทศนิวซีแลนด์

ประเทศนิวซีแลนด์แต่เดิมได้แบ่งเขตระบบบริการสุขภาพเป็น 14 เขต โดยมี Area Health Board เป็นผู้ตัดสินใจว่าจะใช้จ่ายเงินงบประมาณอย่างไร กล่าวคือทำหน้าที่เป็นทั้งผู้จ่ายเงิน (Funder) และผู้ให้บริการ (Provider) โดยรัฐบาลจะคัดเลือกคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลจากท้องถิ่น (Locally Elected Hospital Board) ขึ้นมาเพื่อจัดบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแก่ประชาชนในท้องถิ่น ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการของโรงพยาบาลนั้นจะได้รับการ

⁷ อาทาร์ รั้วไพบูลย์, “รายงานการวิจัย เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศมาเลเซีย”, (ทุนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543), หน้า 70.

สนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสุขภาพ โดยที่ผู้ป่วยในจะได้รับการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย⁸

ต่อมาค่าใช้จ่ายสุขภาพมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายนี้ประมาณร้อยละ 80 เป็นภาครัฐ ในขณะที่รัฐจำเป็นต้องตัดลดงบประมาณ ประกอบกับความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพ กล่าวคือ ประชาชนต้องใช้เวลาในการรอคิวรับบริการนานและไม่ประทับใจในบริการที่ได้รับ มีการแบ่งแยกระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพออกเป็นหลายส่วนทำให้เกิดปัญหาการโยนความรับผิดชอบไปให้แกกันและกันของกองทุนต่างๆ เช่น ไม่จ่ายยาเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแต่ให้ผู้ป่วยไปรับยาจากแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (GP) ที่อยู่ในชุมชน เนื่องจากบที่จ่ายสำหรับโรงพยาบาลกับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวมาจากกองทุนคนละส่วนกัน เป็นต้น มีปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของประชาชนโดยเฉพาะประชาชนผู้มีรายได้น้อย คือผู้มีรายได้น้อยไม่ได้รับการจากสถานบริการสุขภาพตามที่ควรจะได้รับ

ในปี 1991 มีพรรคแรงงานที่ได้เข้ามาจัดตั้งรัฐบาลใหม่ได้ปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ซึ่งการปฏิรูประบบบริการสุขภาพมีผลบังคับใช้วันที่ 1 กรกฎาคม 1993 เป็นต้นไป โดยมีนโยบายที่ชัดเจนของการให้ประกันสุขภาพในนิวซีแลนด์ คือ การช่วยเหลือผู้พิการหรือกลุ่มคนด้อยโอกาสให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เกิดการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนทุกคนให้มีสิทธิรับบริการสุขภาพในสถานบริการทุกแห่งที่ RHA (Regional Health Authority) เขตนั้นจัดซื้อให้ โดย RHA หรือ HFA จะกำกับผู้ให้บริการเพื่อให้แน่ใจว่าได้จัดบริการที่ได้มาตรฐานให้แก่ประชาชน งบประมาณที่จะเข้ามาใช้สำหรับกาครั้งนี้ร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ ร้อยละ 5 มาจากกองทุนเงินทดแทนการเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 3 มาจากประกันสุขภาพเอกชน และร้อยละ 12 เป็นส่วนที่ประชาชนจ่ายเอง กรณีที่เป็นผู้ป่วยในจะได้รับการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่สำหรับบริการผู้ป่วยนอกนั้นผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองตามแต่ละระดับรายได้ของตนเอง ในปี 1996 รัฐบาลใหม่ได้รวม RHA ทั้ง 4 แห่งเข้าเป็นองค์กรเดียวคือ Health Funding Authority (HFA) ทำหน้าที่ซื้อบริการทั่วประเทศ

บริการสุขภาพต่างๆ ที่ HFA จัดซื้อให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุมด้านต่างๆดังนี้

1 บริการสาธารณสุข

⁸ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ, (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข : 2543). หน้า 32.

2 บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมถึง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การวางแผนครอบครัว การให้วัคซีน การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรักษาโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลเด็กและผู้ป่วย

3 บริการวินิจฉัยเบื้องต้น การจ่ายยา รวมทั้งบริการสนับสนุนอื่นๆ ซึ่งสามารถมีได้จากการส่งต่อของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

4 บริการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอด

5 บริการทันตกรรม เป็นบริการการป้องกัน การให้สุขศึกษา รวมทั้งการอุดฟัน ให้บริการแก่เด็กในโรงเรียนและผู้ใหญ่โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

6 บริการทันตกรรม ตติยภูมิ และบริการผ่าตัด

7 บริการด้านจิตเวช

8 บริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ

แหล่งหลักของค่าใช้จ่ายสุขภาพคือ รัฐบาล โดยใช้ภาษีทั่วไปในการสนับสนุน ส่วนที่เหลือมาจากเงินที่บุคคลจ่ายเองและส่วนของประกันสุขภาพเอกชน กล่าวคือ รัฐบาลชำระรายจ่ายสุขภาพร้อยละ 77.3 ประชาชนจ่ายเองร้อยละ 15.6 และประกันสุขภาพเอกชนเป็นส่วนเสริม คิดเป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ 6.8

จะเห็นได้ว่า นิวซีแลนด์เป็นประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งหมด ระบบบริการสุขภาพโดยภาพรวมยังถือว่าเป็นระบบบริการสุขภาพของรัฐ และบริหารโดยองค์กรเดียว คือ Health Funding Authority (HFA) ภายใต้กระทรวงสุขภาพ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการรายเดียว (Single Payer) โดย HFA จะทำสัญญาซื้อกับผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รัฐมีบทบาทหลักในการดูแลด้านสุขภาพ ทั้งนี้มีการกำหนดสิทธิประโยชน์ในการได้รับบริการต่างๆ สำหรับประชากรไว้อย่างชัดเจน

4.2.2 ประเทศสวีเดน

ระบบประกันสุขภาพในประเทศสวีเดนเป็นการประกันสังคม โดยประชาชนชาวสวีเดนและชาวต่างชาติที่อาศัยในประเทศสวีเดนมีสิทธิได้รับสวัสดิการประกันสังคมโดยประชาชนจะได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ประกันตนเมื่อมีอายุครบ 16 ปี บริบูรณ์ ซึ่งการประกันสังคมนี้จะเป็นการช่วยประชาชนในเรื่องค่าใช้จ่าย การให้ผลประโยชน์แก่เด็ก การให้บำนาญและเบี้ยเลี้ยงแก่บุคคลไร้ความสามารถ จากการทำหน้าที่รัฐบาลให้สิทธิประโยชน์ทางประกันสังคมมากมาย ทำให้ประชาชนชาวสวีเดนต้องมีภาระทางภาษีสูงถึงร้อยละ 30-50 ของรายได้พึงประเมิน นอกจากนี้

รายได้หลักของรัฐบาลยังมาจากภาษีจากสินค้าสูงถึงร้อยละ 25 แต่เนื่องจากระบบประกันสังคมได้เอื้อประโยชน์ให้แก่ประชาชนทุกระดับจึงปรากฏว่าชาวสวีเดนยอมรับภาระและยินดีเสียภาษีตามที่รัฐบาลกำหนด

ส่วนการประกันภาคเอกชนในประเทศสวีเดนมีจำนวนน้อยมาก โดยส่วนใหญ่จะให้ประกันที่ครอบคลุมการบริการอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการให้บริการจากภาครัฐอยู่แล้ว

จากการที่สวีเดนใช้ระบบสาธารณสุขแบบรัฐสวัสดิการ การรักษาพยาบาลจึงมีลักษณะการบริหารแบบผูกขาดโดยรัฐ มีการใช้รูปแบบการกระจายศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาลภายใต้สังกัดของมณฑล ทำให้ในทุกเขตเทศบาลและท้องถิ่นมีศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาลตั้งอยู่ทั่วถึง ทั้งนี้เพื่อตอบสนองนโยบายสิทธิการเข้าถึงการดูแลรักษาสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ขณะที่ปัจจุบันมีผู้ที่ทำประกันสุขภาพกับเอกชนเพียงร้อยละ 2.3 เท่านั้น ซึ่งได้ประโยชน์จากการที่ไม่ต้องรอคิวเข้ารับการรักษาพยาบาล ทำให้อัตราหน่วยงานเอกชนที่ให้บริการด้านสุขภาพมีเพียงประมาณร้อยละ 10 เท่านั้น⁹

แหล่งที่มาของเงินสนับสนุนระบบสาธารณสุขมาจาก 3 แหล่ง ได้แก่

1. ระบบภาษี ทั้งจากส่วนกลาง ระดับเขต และภาษีระดับท้องถิ่น
2. ระบบประกันสังคม
3. ภาคเอกชน

การให้บริการปฐมภูมิที่ศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานบริการอย่างอิสระในเขตเดียวกัน นอกจากนี้ยังสามารถเลือกใช้บริการในศูนย์บริการปฐมภูมิหรือแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลก็ได้ แต่ถ้าต้องการจะข้ามเขตจะต้องอยู่ภายใต้ระบบการส่งต่อ ในการรับบริการปฐมภูมิ ผู้รับบริการจะต้องจ่ายร่วมในอัตราหนึ่ง และจะมีเพดานสูงสุดที่ต้องจ่ายเป็นรายปีกำหนดโดยรัฐบาล ค่าใช้จ่ายที่มากกว่าวงเงินที่กำหนดจะได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล โดยเขตเป็นผู้กำหนดระดับการจ่ายร่วมของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก แต่คณะรัฐมนตรีจะเป็นผู้กำหนดเพดานสูงสุดของการจ่ายร่วม แพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะอยู่ในระบบการจ้างโดยรัฐ มีเพียงร้อยละ 5 ที่ปฏิบัติงานอิสระ

⁹ สถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงสตอกโฮล์ม, ระบบการดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาลในประเทศสวีเดนกับโอกาสของไทยในฐานะศูนย์กลางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ, ใน <http://news.thaieurope.net/content/view/2609/188/>, สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2554.

4.2.3 ประเทศสหรัฐอเมริกา

การประกันสุขภาพในประเทศนี้มีความหลากหลายมาก ให้ความคุ้มครองประชากรแต่ละกลุ่มที่แตกต่างกันให้สิทธิประโยชน์แตกต่างกัน มีเกณฑ์การรับเข้าไม่เหมือนกัน นอกจากนี้ยังมี ความแตกต่างกันในแง่กลไกการทบทวนการใช้บริการ วิธีการให้บริการ แหล่งของเงินทุน และ วิธีการชำระค่าบริการแก่แพทย์ ส่งผลต่อต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการของระบบเป็นอย่างมาก แต่โดยรวมแล้วอาจกล่าวได้ว่าตลาดของการประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาแบ่งได้ เป็น 4 กลุ่ม คือ

1. การประกันสุขภาพภาคเอกชนผ่านทางกรจ้างงาน(Employment-based or Employment-sponsored)
2. การประกันสุขภาพรายบุคคล (Individuals)
3. ความคุ้มครองโดยการสนับสนุนจากภาครัฐสำหรับผู้สูงอายุ (Medicare) และ
4. สำหรับผู้มีรายได้น้อย (Medicaid)

ในส่วนระบบสวัสดิการทางสุขภาพภาครัฐของประเทศ ประกอบด้วย Medicare และ Medicaid นั้น มีกฎหมายกำกับอยู่ภายใต้ Titles 18 และ 19 ของ Social Security Act (1965) กล่าวคือ Medicare เป็นระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลกลางที่ให้เป็นสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ที่มีความพิการอย่างถาวร (Permanently Disabled) และผู้ที่ไตวายในระยะสุดท้าย(Terminal-Stage Renal Failure) Medicare แบ่งได้เป็น 2 ส่วนคือ Part A เป็นส่วนบังคับ ครอบคลุมบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ซึ่งใช้เงินจากภาษีของนายจ้างและลูกจ้าง (Payroll tax) ที่แต่ละฝ่ายจ่ายร้อยละ 1.45 ของเงินเดือนลูกจ้าง และ Part B ซึ่งเป็นส่วนที่สมัครใจ ให้ความคุ้มครองบริการของแพทย์ บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ซึ่งผู้เอาประกันต้องจ่ายเบี้ยประกันรายปีเป็นรายเดือนด้วย คิดเป็นร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือนั้นได้มาจากภาษีทั่วไปของรัฐ ผู้สูงอายुर้อยละ 98 จะสมัครเข้า Medicare Part B ด้วย ส่วน Medicaid เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้น้อย โดยผูกโยงคุณสมบัติของผู้มีสิทธิไว้กับระบบการจ่ายเงินช่วยเหลือของสวัสดิการสังคม ซึ่งผู้ได้รับสิทธิประโยชน์จะต้องพิสูจน์ว่าตนเองอยู่ในภาวะยากจน Medicaid เป็นระบบระดับมลรัฐ ซึ่งมีการจัดสวัสดิการได้แตกต่างกันไปบ้างและได้รับเงินสนับสนุนมาจากทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นของแต่ละมลรัฐ

จะเห็นได้ว่าสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ไม่มีระบบความปลอดภัยทางการแพทย์ของรัฐ ที่ครอบคลุมพลเมืองทุกคนทั่วไปอย่างเท่าเทียมทั่วถึงกัน การประกันสุขภาพ

ภาคเอกชนจึงมีบทบาทสำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกา ค่ารักษาพยาบาลและค่าประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกามีราคาแพงมาก¹⁰ หากบุคคลใดในสหรัฐอเมริกาที่ไม่มีประกันสุขภาพ แล้วเกิดเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้นมาอาจต้องเสียเงินจำนวนมากเพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาล แม้ว่าสหรัฐอเมริกาจะขึ้นชื่อว่าเป็นประเทศเจริญแล้ว แต่การครอบคลุมเรื่องการให้บริการทางด้านสุขภาพหรือสาธารณสุขแก่ประชาชนในประเทศไม่ได้ได้ครอบคลุมทั่วทุกชนชั้นเหมือนประเทศพัฒนาแล้วประเทศอื่น ๆ

สหรัฐอเมริกามีได้มีระบบสาธารณสุขในรูปแบบของรัฐสวัสดิการดังเช่นในประเทศสวีเดน แต่ระบบสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกาดังอยู่บนพื้นฐานของการประกันสุขภาพ โดยมีการประกันที่หลากหลายรูปแบบให้เลือกใช้ ประชาชนส่วนใหญ่ใช้บริการประกันภาคเอกชนซึ่งต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง หรือนายจ้างจ่ายสมทบ และผู้มีเงินเดือนมักมีการประกันภัยแบบกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงาน

4.2.4 ประเทศมาเลเซีย

ประเทศมาเลเซียมีระบบสาธารณสุขแบบพหุลักษณะ¹¹ (Pluralistic Health Care System) คือมีการใช้ระบบการแพทย์หลาย ๆ ระบบไปพร้อมกัน และมีแหล่งที่มาของการเงินแบบผสมทั้ง 4 แหล่ง ได้แก่ ภาษี (Direct Taxation) การประกันสังคม (Social Insurance) การประกันสุขภาพภาคเอกชน (Private Health Insurance) การจ่ายเงินจากครีวเรือน (Out-of-pocket-payments) มีการบริการที่เรียกว่า “การบริการโดยภาครัฐและเอกชน” (Universal Provision by Public and Private Sectors) เหมือนกับประเทศอื่น ๆ ในเครือจักรภพซึ่งจัดบริการโดยภาครัฐและเอกชน เพราะประเทศมาเลเซียเคยถูกปกครองโดยประเทศอังกฤษ โดยภาครัฐเน้นการให้บริการในลักษณะด้านสาธารณสุขและการป้องกันโรค รวมทั้งการรักษาตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ¹²

การรักษาในระดับปฐมภูมิคือที่ คลินิกชนบท (Rural Clinic) และ คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) ผู้รับบริการจะได้รับบริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น สำหรับการรักษาในระดับที่

¹⁰ มานิตา เข็มทอง, ระบบเฮลท์แคร์ในสหรัฐอเมริกา, ใน <http://www.gotomanager.com/news/details.aspx?id=56049>, สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2554.

¹¹ อาทร์ ริวไพบูลย์, “รายงานการวิจัย เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศมาเลเซีย”, หน้า 4.

¹² เฟิงอ่าง หน้า 10.

สูงขึ้นคือตั้งแต่โรงพยาบาลอำเภอขึ้นไปจะเสียค่าลงทะเบียนสำหรับผู้ป่วยนอก ครั้งละ 1 ริงกิต* สำหรับผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาลต้องเสียค่าลงทะเบียน 5 ริงกิต แต่ไม่ต้องเสียค่ายาและค่ารักษาอื่นๆอีก ตามระเบียบ Fee Order and Government Ordinance²¹ สำหรับผู้ที่ด้อยโอกาสเช่น ยากจน คนชรา ผู้พิการจะได้รับการยกเว้นค่าลงทะเบียนดังกล่าว

ระบบบริการสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิ เป็นการจัดการบริการโดยทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวนโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขมีจำนวน 111 แห่ง มีเตียงจำนวน 27,226 เตียง และสถานบริการที่เป็นลักษณะสถาบัน อีก 6 แห่ง นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลที่หน่วยราชการอื่นๆ อีก 6 แห่ง รวมจำนวน 2,063 เตียง สถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในนิคมเกษตรกรรม และเหมืองแร่ 38 แห่ง ในภาคเอกชนมีโรงพยาบาล 203 แห่งรวม 7,471 เตียง คิดเป็นประมาณ หนึ่งในสี่ของจำนวนเตียงทั้งหมด

สำหรับภาคเอกชนมีบทบาทในการให้บริการด้านการรักษาทั้ง 3 ระดับ การให้บริการด้านการรักษาพยาบาลของรัฐจัดโดยเครือข่ายโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ โดยเป็นการให้บริการในแบบที่ประชาชนโดยทั่วไปไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือถ้าต้องเสียค่าใช้จ่ายก็จ่ายในราคาต่ำสุดเพราะรัฐให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่¹³

ถึงแม้ว่าโดยหลักการแล้วประชาชนทุกคนจะได้รับการรักษาฟรีในสถานบริการของรัฐ แต่เนื่องจากเกิดปัญหาความแออัดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการทางการแพทย์ต้องเสียเวลาคอยนาน ผู้ป่วยที่รอไม่สามารถรอได้จึงไปใช้บริการจากสถานบริการเอกชนได้แก่ คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งต้องจ่ายเงินเอง และจากปัญหาความแออัดของผู้ป่วยยังส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ด้วย

4.3 การเยียวยาความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์

นอกจากสิทธิของประชาชนในการได้รับบริการทางการแพทย์แล้ว เมื่อปรากฏความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะได้รับการเยียวยาแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ดังนี้

* 1 ริงกิต เท่ากับ 10.06 บาท อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศของธนาคารแห่งประเทศไทย ณ วันที่ 19 เมษายน 2554.

¹³ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ, (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข : 2543) หน้า 59 – 60.

4.3.1 ประเทศนิวซีแลนด์

ระบบการชดเชยการบาดเจ็บมีการอ้างอิงเชื่อมโยงอย่างซับซ้อนมาก เพราะประเทศนิวซีแลนด์เป็นประเทศที่มีระบบการประกันสังคม (Social Security) ที่เข้มแข็งจึงมีการสนธิกฎหมายหลายฉบับเข้าด้วยกัน พอจะสรุปหลักการของกฎหมายได้ดังนี้

กฎหมายการประกันอุบัติเหตุ (The Accident Act) ได้อธิบายถึงหลักทั่วไปของกองทุนว่า กองทุนการชดเชยอุบัติเหตุโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด (A No Fault Accident Compensation Scheme) นี้ก่อตั้งสิทธิทางกฎหมายสำหรับทุกคนที่ได้รับการบาดเจ็บส่วนบุคคลตามที่มีการชดเชยตามกฎหมายนี้ หรือ บุคคลที่เป็นภรรยาหรือสามี ทายาท หรือบุคคลอื่นๆ ซึ่งได้รับการชดเชยตามกฎหมายนี้ อันเป็นผลจากที่บุคคลที่ได้รับการบาดเจ็บเหล่านั้นได้เสียชีวิตไป กฎหมายการชดเชยฟื้นฟูสภาพและการป้องกันการบาดเจ็บ (The Injury Prevention, Rehabilitation, and Compensation Act) วัตถุประสงค์ของกฎหมายนี้ เป็นการยกระดับการบริการสาธารณะและเป็นเครื่องหมายของการสนับสนุนสัญญาทางสังคมภายใต้กองทุนการชดเชยอุบัติเหตุโดยการทำให้กองทุนมีความยั่งยืนและยุติธรรม มีเป้าหมายที่สำคัญ คือ จัดการการบาดเจ็บส่วนบุคคลที่มีอยู่ ลดอุบัติเหตุของการบาดเจ็บทั้งในชุมชนและผลกระทบจากการบาดเจ็บนั้น

ในประเด็นเรื่องสิทธิอุทธรณ์ต่อศาลและข้อจำกัดทางศาล โดยหลักทั่วไปได้กำหนดให้มีการจำกัดสิทธิการชดเชยความเสียหายจากการบาดเจ็บส่วนบุคคลทางศาล อย่างไรก็ตามในกรณีที่บุคคลใดได้ใช้สิทธิเรียกร้องตามกฎหมายนี้แล้วไม่พอใจ กฎหมายได้กำหนดสิทธิของผู้เรียกร้องในการอุทธรณ์ให้มีการทบทวนคำวินิจฉัยไปยังศาลอำเภอ (District Court) ที่ประกอบด้วยผู้พิพากษา 1 คน กับผู้ประเมินอีก 1 คน ถ้าผู้พิพากษาพิจารณาแล้วเห็นว่า การเข้าไปมีส่วนร่วมในการอุทธรณ์นั้นเป็นการพิจารณาในเนื้อหาที่เกี่ยวกับวิชาชีพ มีความเป็นเทคนิคหรือใช้หลักของความเชี่ยวชาญ และมีความต้องการที่จะต้องแต่งตั้งบุคคลผู้ประเมิน 1 คน ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาเหล่านั้น และหากผู้เรียกร้องจะมีการอุทธรณ์ต่อไปยังศาลอุทธรณ์ และศาลสูง ต้องเป็นเพียงปัญหาในข้อกฎหมายเท่านั้น

4.3.2 ประเทศสวีเดน

เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้พัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ มีการนำวิธีการรักษาโรคแบบใหม่มาใช้ รวมทั้งมีการพัฒนาการบริการเพิ่มมากขึ้น ประชาชนมีโอกาสเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้มีโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ใน

ขณะเดียวกันมีผู้ที่ได้รับการชดเชยความเสียหายน้อยมาก ดังนั้น ในปี ค.ศ. 1972 รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับระบบการชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์มากขึ้น โดยรัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด (Tort Liability Act) ซึ่งมีรายละเอียดที่กำหนดจำนวนเงินในการจ่ายค่าชดเชยความเสียหาย เช่น ในกรณีของการประกันสังคม หรือการชดเชยคนงาน เป็นต้น และเป็นแนวทางในการกำหนดการชดเชยความเสียหายทางการแพทย์ด้วย อย่างไรก็ตาม การชดเชยการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ตามกฎหมายดังกล่าวยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร

ต่อมาในปี ค.ศ. 1975 กลุ่มบริษัทประกันขนาดใหญ่ในสวีเดน 3 บริษัทได้แก่ Folksam, Skandia และ Trygg-Hansa ได้ร่วมกันคิดรูปแบบการประกันขึ้นมาเป็นบริษัทประกันร่วม เพื่อรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเสียหายในแผนการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์ โดยที่ครอบคลุมไปถึงการบริการนอกสถานพยาบาลของรัฐ แนวทางของการประกันผู้ป่วยดังกล่าว ตัวแทนของคณะกรรมการเขตร่วมกับกลุ่มผู้ให้ประกันได้นำเสนอการประกันผู้ป่วยที่ชดเชยการบาดเจ็บจากการรับบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และเพื่อเป็นการเสริมระบบเดิมที่เรียกว่า Patient Compensation Insurance (PCI) ในระยะแรกเป็นการประกันด้วยความสมัครใจ และให้การชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ว่าผู้ให้บริการผิดหรือไม่ คุ่มครองการบาดเจ็บจากการรักษาที่เกิดจากโรงพยาบาลหรือคลินิกที่อยู่ในการดูแลของ County Council ในระยะแรกครอบคลุมเฉพาะแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลของ County Council เท่านั้น แต่ต่อมาขยายไปยังแพทย์อิสระในภาคเอกชน พร้อมกันนี้ได้มีการจัดตั้ง กองทุนชดเชยการประกันผู้ป่วย (Swedish Patient Insurance Compensation Fund : SPICF) เป็นแหล่งเงินสำหรับใช้จ่ายในการชดเชยดังกล่าว

แม้ว่าประเทศสวีเดนจะมีกลไกความรับผิดของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ในกฎหมายเอกชนทั้งความรับผิดทางละเมิดและสัญญา ซึ่งเป็นความรับผิดที่ต้องพิสูจน์ความผิด (Fault System) แต่ในขณะเดียวกันก็มีกลไกการเยียวยาความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (No - Fault System) ตามกฎหมายมหาชน ซึ่งเกิดจากการให้ความสำคัญกับการชดเชยที่เหมาะสมพอเพียง และถือเป็นระบบที่ชดเชยครอบคลุมเบ็ดเสร็จที่ใหญ่ที่สุดในโลก¹⁴ กฎหมายมหาชนนี้มีบทบาทสำคัญกว่ากฎหมายเอกชนในการเยียวยาความเสียหายเนื่องจากได้รับอิทธิพลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่ถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ

¹⁴ รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์และคณะ , “รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ : กลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพ” , หน้า 25

การชดเชยตามกฎหมายฉบับนี้ยังคงอ้างอิงจากการประกันสมัครใจเดิม แต่ได้เปลี่ยนแปลงให้ผู้ให้บริการทุกคนต้องมีประกันการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์ด้วย ผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นเอกชนจะต้องซื้อประกันจากบริษัทประกันเอกชน การให้บริการแก่ผู้ที่ได้รับอันตรายจากการรักษาทางการแพทย์เป็นหน้าที่ตามกฎหมายที่ผู้ให้บริการทุกคนต้องดูแลพื้นฐาน โดยไม่มีการปฏิเสธ บริษัทประกันมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องให้การประกันอุบัติเหตุจากการรักษาทางการแพทย์ตามที่กำหนด อย่างไรก็ตาม สำหรับการประกันภาคเอกชนนั้น คำจำกัดความของคำว่า “การบาดเจ็บ” ยังมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแผนการประกันที่เลือกใช้ แต่มีการให้ความหมายของคำว่า “การบาดเจ็บทางกาย” กับ “การบาดเจ็บทางจิตใจ” โดยที่การบาดเจ็บทางจิตใจจะได้รับการชดเชยก็ต่อเมื่อมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทางกายเท่านั้น

พระราชบัญญัติการเยียวยาความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข (The Patient Injury Act A.C. 1996) มีสาระสำคัญ ดังนี้

ในบททั่วไปของกฎหมายนี้ประกอบด้วย¹⁵ บทบัญญัติที่เกี่ยวกับสิทธิการชดเชยสำหรับการบาดเจ็บของผู้ป่วยและพันธกิจขององค์กรผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในการจัดให้มีการครอบคลุมในการประกันการชดเชยนี้ (การประกันผู้ป่วย) และบุคคลที่อาสาสมัครเข้าไปมีส่วนร่วมในวัตถุประสงค์ของการทดลองที่เป็นการวิจัยทางการแพทย์หรือบุคคลที่บริจาคอวัยวะหรือชีวิตอยู่สำหรับการเปลี่ยนถ่ายหรือเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์อื่นๆ ให้บุคคลนั้นเป็นผู้ป่วยตามกฎหมายนี้ กฎหมายฉบับนี้จะนำไปใช้เฉพาะการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นภายใต้ความสัมพันธ์กับการบริการทางการแพทย์และสุขภาพในประเทศสวีเดนเท่านั้น สิทธิของการชดเชยสามารถกำหนดตามสถานการณ์อันตรายที่ได้อุบัติขึ้นตามกฎหมายสัญญาการประกัน (The Insurance Contracts Act) ซึ่งอาจนำไปสู่การจำกัดพันธะกิจการประกันในการจ่ายค่าชดเชย การดูแลทางการแพทย์ หมายถึง กิจกรรมทางการแพทย์ที่กำหนดไว้ในกฎหมายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health and Medical Care Service 1982) และการบริการทางการแพทย์อื่นๆในลักษณะเดียวกัน หรือกิจกรรมภายใต้การคำปรึกษาเกี่ยวกับยาซึ่งอยู่ภายใต้การกำหนดว่าเป็นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติโดยผู้ประกอบวิชาชีพในภาคการดูแลสุขภาพ

แหล่งที่มาของเงินประกัน ผู้ให้บริการภาครัฐมาจากภาษีเงินได้ในระดับเขตและจ่ายให้หน่วยงานบริษัทประกันร่วมของเขต (County Council Mutual Insurance Company หรือ CCMIC) ตามสัดส่วนประชากรที่รับผิดชอบ ส่วนผู้ให้บริการภาคเอกชนจะต้องซื้อประกันจาก

¹⁵ The Patient Injury Act, Section 1-5.

บริษัทเอกชนเพราะผู้ให้บริการมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องมีการประกันการบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล และต้องให้การดูแลพื้นฐานผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บดังกล่าวโดยไม่ปฏิเสธด้วย

การก่อสิทธิในการชดเชยการบาดเจ็บผู้ป่วย ได้แก่การบาดเจ็บนั้นเกิดจากการตรวจ การให้การดูแล การรักษา หรือการกระทำอย่างอื่นที่สามารถหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บ ไม่ว่าจะ การใช้วิธีการในการปฏิบัติที่แตกต่างกัน หรือการเลือกใช้วิธีการอย่างอื่นที่เมื่อมีการประเมินการกระทำจากทัศนคติทางการแพทย์แล้วจะทำให้การรักษามีอันตรายน้อยที่สุด และความบกพร่องเกี่ยวกับกลวิธีของเครื่องมือในการรักษา หรือ การใช้อุปกรณ์ของโรงพยาบาลในการตรวจ การดูแล การรักษาหรือการกระทำอย่างอื่น หรือการใช้ของสิ่งนั้นที่ไม่ถูกต้อง การวินิจฉัยโรคที่ไม่ถูกต้อง การเคลื่อนย้ายสารที่แพร่กระจายโรคได้ง่ายและนำมาซึ่งการติดโรคที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจ การดูแล การรักษา หรือการกระทำอื่นใด รวมทั้งอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตรวจการดูแล การรักษา หรือการกระทำอื่นใด หรือ ระหว่างการนำส่งผู้ป่วย หรืออุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับไฟหรือความเสียหายอย่างอื่นจากสถานที่ หรือเครื่องมือในการดูแลสุขภาพและการชี้แนะหรือการจัดการเกี่ยวกับเภสัชภัณฑ์ ภายใต้การโต้แย้งเกี่ยวกับกฎระเบียบหรือคู่มือการแนะนำ โดยในการพิจารณาสีทธิในการชดเชยที่มีสาเหตุมาจากกระบวนการในการรักษาและการวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้องอยู่ภายใต้การพิจารณาตามแนวทางที่ปฏิบัติได้จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์หรือเวชปฏิบัติที่มีประสบการณ์ในศาสตร์นั้นๆ

ข้อยกเว้นสิทธิในการชดเชยการบาดเจ็บผู้ป่วย ได้แก่การบาดเจ็บอันเป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่จำเป็นสำหรับกรวินิจฉัยโรค หรือ การรักษาความเจ็บป่วย เป็นต้น

การใช้สิทธิเรียกร้องการชดเชยการบาดเจ็บจะต้องดำเนินการภายใน 3 ปีนับแต่รู้ถึงสิทธิเรียกร้องหรือภายใน 10 ปี วันที่เกิดเหตุการณ์บาดเจ็บ และหากต้องการได้มาซึ่งการชดเชย เมื่อมีการแจ้งจากผู้ให้บริการหรือผู้เอาประกันภายในเวลาข้างต้น บุคคลนั้นจะได้รับการชดเชยภายใน 6 เดือน หลังจากได้รับคำวินิจฉัยครั้งสุดท้ายของผู้เอาประกัน

แม้ว่าผู้ป่วยอาจได้รับค่าชดเชยการบาดเจ็บแก่ผู้ป่วยภายใต้กฎหมายนี้ บุคคลที่รับความเสียหายและทุกข์ทรมานนั้นอาจใช้สิทธิเรียกร้องค่าเสียหายตามกฎหมายละเมิดที่เป็นการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

4.3.3 ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกาไม่มีองค์กรระดับชาติที่ดูแลเรื่องความรับผิดชอบทางการแพทย์ การจัดการกับปัญหาความผิดพลาดที่เกิดจากการบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ใช้กฎหมายละเมิด

(Tort system) ในการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่าย แต่กฎหมายละเมิดนี้เป็นวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพในการเยียวยาความเสียหาย เนื่องจากเงินที่กลับคืนเพื่อช่วยเหลือประชาชนนั้นมีน้อยกว่าร้อยละ 50 และจากเงินก้อนที่ได้รับนั้นเพียงร้อยละ 22 ที่ชดเชยให้กับการสูญเสียทางเศรษฐกิจจริง ๆ ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่สูญเสียไปกับค่าบริหารจัดการและระบบกฎหมาย ผลของการร้องเรียนค่าเสียหายทางการแพทย์ร้อยละ 70 จะไม่จ่ายเงินให้กับผู้ร้องเรียน นอกจากนี้มีโอกาสน้อยกว่าร้อยละ 1 ที่ผู้ร้องเรียนจะมีโอกาสชนะคดี¹⁶

ในส่วนของ การประกันภัยกับความรับผิดชอบของแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น มีหลากหลายรูปแบบแต่โดยทั่วไปจะเป็นการประกันภัยภาคสมัครใจ โดยไม่มีกฎหมายบังคับให้แพทย์ต้องทำประกันภัยความรับผิดชอบ แต่แพทย์ในสหรัฐอเมริกาก็เลือกที่จะใช้วิธีการคุ้มครองตนเองจากความรับผิดจากการถูกฟ้องในการประกอบวิชาชีพ โดยการซื้อประกันภัยความรับผิดทางการแพทย์ (Medical Professional Liability Insurance) กรมธรรม์ประกันภัยความรับผิดทางการแพทย์นี้จะคุ้มครองการจ่ายเงินชดเชยอันเนื่องมาจากความประมาท ความผิดพลาด หรือความบกพร่องจากการให้บริการทางวิชาชีพของผู้เอาประกัน¹⁷ การมีประกันดังกล่าว บริษัทอาจเข้าไปเจรจาตกลงประนีประนอมก่อนฟ้องศาล ซึ่งสามารถป้องกันมิให้คดีขึ้นไปสู่ศาลกว่าร้อยละ 90 อย่างไรก็ตามการประกันก็ยังไม่สามารถจะคุ้มครองแพทย์ได้สมบูรณ์แบบเพราะมีข้อจำกัดของความรับผิดของผู้รับประกันอยู่ด้วย นอกจากนี้ต้องเสียค่าเบี้ยประกันซึ่งมีอัตราสูงแล้ว แพทย์ก็ต้องนำเวชปฏิบัติแบบป้องกันตน (Defensive Medicine) คือ การสั่งตรวจเพื่อวินิจฉัยแบบครอบคลุมจากรายการทำให้ค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพสูงขึ้นทุกปี และบริการด้านสุขภาพของประชาชนก็ไม่ได้ดีขึ้นตามไปด้วย

จากสถานการณ์ความเจ็บป่วยจากความผิดพลาดทางการแพทย์ได้คุกคามระบบสาธารณสุข จึงมีการปฏิรูปทางกฎหมายความรับผิดชอบทางการแพทย์ขึ้นในปี ค.ศ. 1975 โดยรัฐแคลิฟอร์เนียได้มีการปฏิรูปกฎหมายดังกล่าวและผลที่ได้จากการปฏิรูปนั้นคือ ทำให้เกิดการบัญญัติพระราชบัญญัติปฏิรูปการชดเชยการบาดเจ็บทางการแพทย์ขึ้น (Medical Injury Compensation Reform Act: MICRA) โดยมีเนื้อหาครอบคลุมทั้งในส่วนของผู้รับบริการและ

¹⁶ ลีอชัย ศรีเงินยวงและคณะ, “รายงานวิจัย เรื่องการชดเชยความเสียหายจากบริการทางการแพทย์ โดยไม่ต้องรับผิด (No-Fault Compensation Schemes): การทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ”, คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548 หน้า 58.

¹⁷ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์และคณะ, การศึกษาปัญหาการฟ้องคดีเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์ , 2544) หน้า 36.

ผู้ให้บริการ ได้แก่ การชดเชยเต็มรูปแบบความเสียหาย ตั้งแต่การสูญเสียรายได้ รายได้ในอนาคต การจ้างผู้ดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ความเสียหายที่ไม่ใช่ด้านเศรษฐกิจซึ่งจะจำกัดวงเงินไม่เกิน 250,000 ดอลลาร์ มีการสร้างกฎหรือข้อจำกัดในการเรียกร้อง เช่น กฎของการจัดสรรเงินชดเชยความเสียหายอย่างยุติธรรม (Fair share) การนำปรับอัตราตามความเหมาะสม (Sliding scale) มาสำหรับคิดจำนวนเงินค่าธรรมเนียมทนาย เป็นต้น ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานและเงินชดเชยกลับมาสู่ผู้เสียหายมากขึ้น

4.3.4 ประเทศมาเลเซีย

ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ ความรับผิดชอบเป็นไปตามกฎหมายละเมิด ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการใช้กฎหมายละเมิดในการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทางการแพทย์นั้นมีปัญหาบางประการ¹⁸ คือ ระบบการชดเชยว่าด้วยการละเมิดนั้นเป็นที่ทราบกันดีว่าต้องใช้ต้นทุนสูง คือ ต้องกำหนดรายละเอียดของความผิดพลาดเป็นรายกรณีและผลรวมของความเสียหายซึ่งเป็นเรื่องยากที่ผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์จะทราบ นอกจากนี้ยังมีความล่าช้าที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการตามข้อเรียกร้อง ความล่าช้าดังกล่าวอาจเกิดขึ้นในหลายขั้นตอนระหว่างกระบวนการฟ้องร้อง เช่น อาจเกิดขึ้นก่อนที่โจทก์จะขอคำแนะนำทางกฎหมาย ขณะที่รอข้อมูลจากฝ่ายตรงกันข้าม หรือขณะที่คู่กรณีหรือผู้เชี่ยวชาญให้มาตรวจสอบและเสนอรายงาน ขณะที่คู่กรณีหาและแลกเปลี่ยนหลักฐานกัน และขณะที่รอวันพิจารณาคดี ความล่าช้าเหล่านี้มีส่วนสำคัญต่อระยะเวลาที่ใช้ในการระงับข้อพิพาท ผลจากการที่มีการฟ้องคดีในกรณีกระทำโดยการประมาททางการแพทย์และจำนวนเงินที่ผู้เสียหายเรียกร้องจากแพทย์นั้น อาจนำไปสู่ต้นทุนในการประกันความรับผิดของแพทย์ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมากดังเช่นที่เคยเกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกามาแล้ว ซึ่งผลสุดท้ายจะกระทบต่อค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น

ปริมาณคดีที่ฟ้องเนื่องจากความประมาททางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นนั้น อาจทำให้แพทย์ต้องนำเอา “การแพทย์เชิงป้องกัน” มาใช้ การรักษาเชิงป้องกันโดยแพทย์เพิ่มขึ้นตอนในการรักษาพยาบาลให้มากที่สุดนี้ ไม่ได้นำมาใช้เพื่อประโยชน์แก่ผู้มารับบริการ แต่เป็นการนำมาใช้เพื่อป้องกันตัวแพทย์เองเพื่อป้องกันมิให้เกิดความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลที่จะทำให้ผู้รับบริการอาจจะมาเรียกร้องค่าเสียหายจากแพทย์ได้

¹⁸ Puteri Nemie bt. And Jahn Kassim, *Mediating medical negligence claims in Malaysia : an option for reform*, International Islamic University Malaysia , pp. 2-5.

กฎหมายละเมิดที่ใช้ในปัจจุบันของประเทศมาเลเซียได้ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นกลไกที่ไม่เหมาะสมสำหรับการชดเชยให้แก่ผู้รับบริการทางการแพทย์ที่ได้รับความเสียหายอันเกิดจากการประมาททางการแพทย์ เพราะยังไม่สามารถให้การเยียวยาที่เหมาะสมได้ เนื่องจากผู้รับบริการทางการแพทย์มีค่าใช้จ่ายจากการดำเนินคดีความกับแพทย์ประกอบกับระยะเวลาที่ใช้ในการพิจารณาคดีมีผลต่อจำนวนค่าชดเชยที่ได้รับ เพราะค่าชดเชยที่จะได้รับนั้นผู้ฟ้องคดีต้องถูกนำไปหักออกจากราคาใช้จ่ายในการดำเนินคดีด้วย จากปัญหาของกฎหมายละเมิดดังกล่าวจึงได้มีการเสนอให้มีการเยียวยาความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขในรูปแบบของการ “ไม่พิสูจน์ความผิด”¹⁹ ระบบดังกล่าวจะให้การชดเชยโดยไม่จำเป็นต้องพิสูจน์ความผิด กล่าวในอีกแง่หนึ่งก็คือ ระบบนี้จะให้เงินชดเชยแก่ผู้รับบริการทางการแพทย์ที่เสียหายโดยไม่คำนึงถึงการพิสูจน์ความผิดในส่วนของแพทย์ผู้ให้บริการ ข้อดีของระบบนี้คือจะทำให้ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการประมาทของแพทย์ได้รับการชดเชยอย่างรวดเร็ว และโดยเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ น้อยที่สุด ไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมตามกฎหมาย อย่างไรก็ตามแม้ปัจจุบันประเทศมาเลเซียมีการฟ้องร้องว่าด้วยการประมาททางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น การชดเชยแบบไม่พิสูจน์ความผิดอาจให้แนวทางแก้ไขปัญหานั้นที่น่าสนใจ แต่การชดเชยในลักษณะเช่นนี้อาจไม่ได้เป็นการแก้ไขปัญหานั้นแท้จริง เนื่องจากต้องมีการประเมินเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับข้อเท็จจริงที่ว่าจะเป็นการขจัดผลกระทบที่สร้างความเสียหายได้หรือไม่ อีกทั้งการให้ทุนสนับสนุนระบบชดเชยนี้ยังคงเป็นปัญหาอยู่

4.4 การนำหลักกฎหมายต่างประเทศมาใช้กับประเทศไทย

กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาถึงสิทธิของประชาชนในการได้รับการบริการทางการแพทย์ ระบบประกันสุขภาพ และการเยียวยาความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ จะเห็นได้ว่า สิทธิของประชาชนในการได้รับการบริการทางการแพทย์อาจถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ โดยอยู่ในรูปของสิทธิผู้ป่วย คือ ประเทศสวีเดน ประกอบกับประเทศสวีเดนใช้ระบบสาธารณสุขแบบรัฐสวัสดิการ การรักษาพยาบาลจึงมีลักษณะการบริหารแบบผูกขาดโดยรัฐ มีการกระจายศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาลภายใต้สังกัดของมณฑล ทำให้ในทุกเขตเทศบาลและท้องถิ่นมีศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาลตั้งอยู่อย่างทั่วถึง การประกันภาคเอกชนในประเทศสวีเดนมีจำนวนน้อยมาก โดยส่วนใหญ่จะให้ประกันที่ครอบคลุมการบริการอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการให้บริการจากภาครัฐอยู่แล้ว

¹⁹ Puteri Nemie bt. And Jahn Kassim, Mediating medical negligence claims in Malasia : an option for reform, International Islamic University Malaysia , pp. 40-42.

นิวซีแลนด์มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ระบบบริการสุขภาพในประเทศนิวซีแลนด์โดยภาพรวมยังถือว่าเป็นระบบบริการสุขภาพของรัฐ เนื่องจากค่าใช้จ่ายโดยส่วนใหญ่ในการให้บริการสุขภาพ รวมทั้งการดูแลผู้พิการนั้นยังมาจากรัฐบาลเป็นหลัก และบริหารโดยองค์กรเดียว คือ Health Funding Authority (HFA) ภายใต้กระทรวงสุขภาพ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการรายเดียว โดย HFA จะทำสัญญาซื้อกับผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รัฐมีบทบาทหลักในการดูแลด้านสุขภาพ ทั้งนี้มีการกำหนดสิทธิประโยชน์ในการได้รับบริการต่างๆ

ในประเทศสหรัฐอเมริกา สิทธิของประชาชนในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ไม่ได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ เพราะถือว่าการดูแลสุขภาพไม่ใช่เรื่องสิทธิ ดังนั้น บริการทางการแพทย์สำหรับทุกคนจึงเป็นสินค้าสาธารณะ (Social good) ที่สังคมควรรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ระบบประกันในภาครัฐไม่ครอบคลุม คือ เน้นเฉพาะความคุ้มครองโดยการสนับสนุนจากภาครัฐสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย ส่งผลให้ระบบประกันสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาเน้นให้ประกันภาคเอกชนเข้ามามีบทบาท จึงกล่าวได้ว่า สหรัฐอเมริกามีได้มีระบบสาธารณสุขในรูปแบบของรัฐสวัสดิการดังเช่นในประเทศสวีเดน แต่ระบบสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกาตั้งอยู่บนพื้นฐานของการประกันสุขภาพ โดยมีการประกันที่หลากหลายรูปแบบให้เลือกใช้ ประชาชนส่วนใหญ่ใช้บริการประกันภาคเอกชนซึ่งต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง หรือนายจ้างจ่ายสมทบ และผู้มีเงินเดือนมักมีการประกันภัยแบบกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงาน ดังนั้นหากบุคคลใดในประเทศสหรัฐอเมริกาไม่ได้ทำประกันสุขภาพไว้จะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงมาก

ในประเทศมาเลเซีย สิทธิของประชาชนในการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ได้ถูกกำหนดไว้ในนโยบายที่เรียกว่า “Vision 2020” และนโยบายดังกล่าวมุ่งหมายให้พลเมืองในประเทศได้มีสุขภาพดีอย่างเท่าเทียมกัน โดยระบบสาธารณสุขของมาเลเซียเป็นระบบที่รัฐให้การช่วยเหลือประชาชนในด้านค่าใช้จ่ายในการรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ผู้ใช้บริการจ่ายค่าธรรมเนียมเพียงเล็กน้อย สิทธิของประชาชนด้านสุขภาพเป็นเพียงนโยบายที่เรียกว่า Open Door Policy คือการไม่ปฏิเสธเมื่อผู้ป่วยไปถึงสถานพยาบาลแล้ว ถึงแม้ว่าจะข้ามขั้นตอนของการส่งต่อ และหากไม่มีเงินจ่ายในขั้นตอนที่ต้องจ่ายเงิน ก็สามารถได้รับบริการฟรีโดยผ่านการพิจารณาของหน่วยสังคมสงเคราะห์ อย่างไรก็ตาม โดยหลักการแล้วประชาชนทุกคนจะได้รับการรักษาฟรีในสถานบริการของรัฐ แต่เนื่องจากเกิดปัญหาความแออัดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการทางการแพทย์ต้องเสียเวลาคายนาน ผู้ป่วยที่รอไม่สามารถรอได้จึงไปใช้บริการจากสถานบริการเอกชนได้แก่ คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งต้องจ่ายเงินเอง และจากปัญหาความ

แออัดของผู้ป่วยยังส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ด้วย

จึงอาจสรุปได้ว่าสิทธิของประชาชนในการได้รับบริการทางการแพทย์อาจปรากฏได้ในหลายรูปแบบ เช่น ในรัฐธรรมนูญ นโยบาย เป็นต้น และไม่ว่าระบบสาธารณสุขของประเทศนั้นจะเป็นแบบรัฐสวัสดิการเหมือนประเทศสวีเดน หรือแบบผสมเหมือนประเทศมาเลเซียก็ตาม โรงพยาบาลของรัฐไม่ว่าจะในระดับปฐมภูมิหรือจนถึงระดับตติยภูมีย่อมมีบทบาทสำคัญกับการให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนทั้งสิ้น ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งจัดว่าเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วแต่ระบบประกันสุขภาพได้เน้นไปในภาคเอกชนซึ่งมีความแตกต่างไปจากประเทศอื่น ๆ ส่งผลต่อประชาชนในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูงไม่ว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกาจะเจริญก้าวหน้ามากเพียงใดก็ตาม ดังนั้น การส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์อย่างเท่าเทียมกัน คือ รัฐต้องจัดให้มีระบบประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ทุกคนในประเทศมีหลักประกันสุขภาพ โดยส่งผ่านภาระดังกล่าวไปยังโรงพยาบาลของรัฐที่เป็นหน่วยงานสำคัญของรัฐที่ให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งโรงพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐจะดำเนินงานให้สำเร็จลุล่วงได้นอกจากจะอาศัยงบประมาณจากรัฐแล้ว ยังต้องมีแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเพียงพอให้บริการแก่ประชาชนด้วย

ในการเยียวยาความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ จะเห็นได้ว่าระบบการชดเชยความเสียหายอันเกิดจากการบริการสุขภาพโดยเฉพาะเกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพในการบริการทางการแพทย์ในต่างประเทศมีมานานแล้วโดยในช่วงแรกเป็นแนวคิด “การพิสูจน์ถูกผิด” โดยกลไกของศาลตามหลักกฎหมายละเมิด (Tort Law) แต่มีข้อจำกัดต่อผู้เสียหายในการเข้าถึงซึ่งการต่อสู้คดีในชั้นศาล จึงได้มีการพัฒนาแนวคิดการชดเชยความเสียหายทางการแพทย์มาสู่ความรับผิดชอบของผู้ที่ทำให้เกิดความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด (Liability without Fault or Strict Liability or No-Fault Liability) โดยการออกแบบกลไกที่มีศาลให้มีอำนาจหน้าที่ในการไกล่เกลี่ยและวินิจฉัยข้อโต้แย้งที่เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ให้บริการให้สามารถยุติลงได้ก่อนถึงชั้นศาล ปัจจุบันอาจแบ่งรูปแบบได้ใน 3 ลักษณะ ได้แก่

การชดเชยโดยการใช้กลไกศาล โดยมีแนวคิดที่ ศาลสามารถใช้หลักกฎหมายทั่วไปว่าด้วยละเมิดเป็นกลไกในการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับความเสียหายจากบริการสุขภาพได้อย่างมั่นคงและสอดคล้องกับหลักการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนตามแนวคิดรัฐธรรมนูญนิยมที่ทุกคนมีสิทธิที่จะนำข้อโต้แย้งที่เกิดขึ้นสู่การวินิจฉัยชี้ขาดโดยศาล ใน

ขณะเดียวกัน ได้เริ่มหรือกำลังพัฒนากลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพโดยใช้แนวคิดการไม่พิสูจน์ถูกผิดในปัญหาเฉพาะกลุ่ม (เช่น การให้วัคซีน เป็นต้น) และหรือมีการสร้างกลไกก่อนศาลเพื่อกำหนดความรับผิดในความเสียหายจากการละเมิดที่เกิดจากการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่รัฐและหน่วยงานของรัฐ ตัวอย่างประเทศที่ใช้รูปแบบนี้ได้แก่ สหรัฐอเมริกา เป็นต้น

การชดเชยโดยสร้างกลไกการชดเชยก่อนศาลและการใช้ศาล โดยมีแนวคิดว่าการชดเชยก่อนศาลแก่ผู้เสียหายก่อนถึงชั้นศาลโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิดสามารถอำนวยความสะดวกในการแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพของผู้เสียหายได้รวดเร็วกว่าการใช้กลไกศาล เนื่องจากได้รับอิทธิพลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่ถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ อย่างไรก็ตาม หากผู้เสียหายไม่พอใจการแก้ไขเยียวยาโดยกลไกก่อนศาลดังกล่าวผู้เสียหายยังคงมีสิทธิในการนำข้อโต้แย้งดังกล่าวขึ้นสู่การวินิจฉัยโดยศาลได้ ตัวอย่างประเทศที่ใช้รูปแบบนี้ได้แก่ ประเทศสวีเดน

การชดเชยโดยสร้างกลไกการชดเชยเต็มรูปแบบและตัดสิทธิทางศาล โดยมีแนวคิดว่าการชดเชยความเสียหายแบบเต็มรูปแบบโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิดสามารถอำนวยความสะดวกในการแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพของผู้เสียหายได้อย่างคล่องคลุ่่มกว้างขวางและรวดเร็วกว่าการใช้กลไกศาล ตัวอย่างประเทศที่ใช้รูปแบบนี้มีเพียงประเทศเดียวคือ ประเทศนิวซีแลนด์

ดังนั้นการแก้ไขปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ในปัจจุบันโดยนำกลไก “การชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด” จึงเป็นที่ยอมรับในนานาประเทศ โดยเป็นส่วนหนึ่งของการนำมาแก้ไขปัญหาการฟ้องแพทย์เพียงแต่จะมีรูปแบบหรือกระบวนการที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ และแตกต่างกันไปตามการปกครองและระบบกฎหมายของแต่ละประเทศ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

บทวิเคราะห์สภาพปัญหาและแนวทางแก้ไข

5.1 บทวิเคราะห์สภาพปัญหา

จากที่ได้ศึกษาถึง คำว่า “บริการ” ในบทบัญญัติของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 กับความรับผิดของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า

1. จากคำวินิจฉัยประธานศาลอุทธรณ์เรื่องการบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ สามารถสรุปได้ว่า การรักษาพยาบาล คือ การดูแลรักษาผู้ป่วยอันมีลักษณะเป็นการทำงานให้แก่ผู้ป่วย จึงถือว่าเป็นการรับจัดทำกรงานอย่างหนึ่ง หากมีการเรียกค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่น ย่อมต้องถือว่าเป็นการให้บริการ ถึงแม้ว่าผู้รับภาระจ่ายค่าตอบแทนนั้นในท้ายที่สุด อาจเป็นผู้รับประกันภัย ระบบประกันสังคม หรือหน่วยงานราชการก็ตาม ลักษณะของการให้การรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลของรัฐไม่แตกต่างกับโรงพยาบาลเอกชน จึงถือว่าเป็นการรับจัดทำกรงานให้เช่นเดียวกัน เมื่อ “โรงพยาบาลของรัฐ” เป็นผู้ให้บริการจึงอยู่ในฐานะเป็น “ผู้ประกอบการธุรกิจ” ส่วนผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลย่อมอยู่ในฐานะผู้ได้รับบริการและเป็นผู้บริโภค คดีพิพาทระหว่างผู้รับบริการกับโรงพยาบาลของรัฐจึงถือว่าเป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 เช่นเดียวกับกรณีของโรงพยาบาลเอกชน แม้จำนวนค่าตอบแทนที่โรงพยาบาลของรัฐเรียกเก็บนั้นจะเป็นจำนวนเงินที่น้อยมากเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลเอกชนก็ตาม ความแตกต่างระหว่างกรณีของโรงพยาบาลเอกชนกับโรงพยาบาลของรัฐมีเฉพาะในเรื่องความรับผิดของแพทย์ กล่าวคือ ในกรณีที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐนั้น ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการจะดำเนินคดีได้แต่เฉพาะหน่วยงานของรัฐ คือ กระทรวงสาธารณสุข เป็นจำเลยเท่านั้น จะฟ้องแพทย์ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐไม่ได้ ทั้งนี้ เป็นไปตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 มาตรา 5 วรรคหนึ่ง

2. จะเห็นได้ว่าความหมายของคำว่า “บริการ” ที่ประธานศาลอุทธรณ์ได้วินิจฉัยให้เป็นคดีผู้บริโภค เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง “ผู้บริโภค” กับ “ผู้ประกอบการธุรกิจ” โดยวินิจฉัยถึง “ผู้ให้บริการ” ที่เรียกค่าตอบแทนไม่ว่าจะมีวัตถุประสงค์ในการเก็บค่าตอบแทนเพื่อประโยชน์ใด จำนวนมากน้อยเพียงใด หากมีการเรียกเก็บเงินแล้วยอมเป็นคดีผู้บริโภค นอกจากนี้ “บริการ” ที่วินิจฉัยให้เป็นคดีผู้บริโภคนั้น จะไม่คำนึงว่าผู้ให้บริการได้จัดทำบริการเหล่านั้นเพื่อวัตถุประสงค์หรือประโยชน์อื่นใด ส่งผลให้การให้ “บริการ” ที่ดำเนินการโดยมุ่งหวังผลกำไรกับการให้ “บริการ

สาธารณะ” ที่จัดทำเพื่อประโยชน์ส่วนรวมมีความหมายเป็นอย่างเดียวกัน คือ เป็น “บริการ” ใน บทบัญญัติของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ซึ่งแท้จริงแล้วกฎหมายฉบับนี้มีเจตนารมณ์เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการดำเนินคดีของผู้บริโภคที่มักอยู่ในสถานะด้อยกว่าผู้ประกอบการธุรกิจ อันเนื่องมาจากฐานะเงินทุน ความรู้ความสามารถที่ผู้ประกอบการธุรกิจมีเหนือกว่า เพื่อผู้บริโภคมีสถานะในการต่อสู้คดีได้เท่าเทียมและมีบทลงโทษผู้ประกอบการธุรกิจที่มุ่งเอารัดเปรียบผู้บริโภคโดยกำหนดให้มี “ค่าเสียหายเชิงลงโทษ” เป็นบทลงโทษให้ผู้ประกอบการธุรกิจเกิดความเข็ดหลาบจนไม่หวนกลับมาทำพฤติกรรมเช่นเดิมอีก ซึ่งการกำหนดค่าเสียหายดังกล่าวจะมากน้อยเพียงใดจะพิจารณาจากความชั่วร้ายภายในจิตใจของผู้กระทำละเมิด นอกจากนี้ค่าเสียหายเชิงลงโทษยังเป็นการป้องปรามผู้ประกอบการที่มีความคิดจะกระทำพฤติกรรมเอารัดเอาเปรียบผู้บริโภคให้เกิดความเกรงกลัวต่อผลของคำตัดสิน ซึ่งจะมีอิทธิพลเหนือไปกว่าการลงโทษทั่ว ๆ ไปเพราะเป็นวิธีการป้องกันมิให้ผู้ประกอบการอื่น ๆ เกิดพฤติกรรมเลียนแบบ จึงถือว่าเป็นการลงโทษให้สังคมได้รับทราบด้วย ผู้เขียนจึงมีความเห็นว่า การกำหนดให้ผู้ให้บริการสาธารณะจะถูกปฏิบัติและมีความรับผิดชอบเช่นเดียวกับผู้ประกอบการธุรกิจทั้ง ๆ ที่วัตถุประสงค์ในการให้บริการมีความแตกต่างกันจึงไม่มีความเหมาะสมและอาจส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการสาธารณะ

ดังนั้น การให้บริการทั่วไปในคดีผู้บริโภค รวมไปถึงบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐแล้วย่อมมีผลกระทบต่อแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐต้องมีความเสี่ยงจากการถูกฟ้องคดี เพราะกฎหมายฉบับนี้เอื้ออำนวยให้ฟ้องคดีได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ประหยัด การฟ้องคดีส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์เป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังทำให้หน่วยงานของรัฐเป็นผู้ประกอบการธุรกิจ ยังมีผลโดยตรงต่อแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐที่ต้องรับภาระหนักจากปริมาณคนไข้ประกอบกับแต่เดิมจำนวนแพทย์ในภาครัฐไม่พอกับปริมาณประชาชนอยู่แล้ว ทำให้การตรวจวินิจฉัยที่เกินความจำเป็นและเพิ่มขึ้นตอนในการรักษา ซึ่งหากเป็นโรงพยาบาลเอกชนแล้วค่ารักษาที่เกินความจำเป็นย่อมเป็นภาระแก่ผู้ป่วย แต่โรงพยาบาลของรัฐรัฐจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น และรัฐยังต้องเผชิญกับปัญหาขาดแคลนแพทย์เพราะเมื่อการให้บริการทางการแพทย์มีความเสี่ยงต่อการฟ้องคดีไม่คุ้มกับเงินเดือนที่ได้รับทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐลาออกจากระบบราชการ

ผลกระทบประการสุดท้าย คือ แม้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 จะทำให้ผู้รับบริการทางการแพทย์ที่ได้รับความเสียหายอันเกิดจากการบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐสามารถดำเนินคดีได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ประหยัด ค่าเสียหายที่ได้รับอาจเป็นค่าเสียหายเชิงลงโทษได้ แต่ผลกระทบอันเกิดจากการฟ้องแพทย์ในภาพรวมทำให้แพทย์มีการ

รักษาแบบป้องกันตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีขั้นตอนในการตรวจรักษาที่เกินความจำเป็น เมื่อขั้นตอนในการตรวจรักษาเพิ่มขึ้นทำให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยแต่ละรายใช้บริการทางการแพทย์นานขึ้น ในขณะที่ภาครัฐยังขาดแคลนแพทย์ ทำให้ปริมาณแพทย์ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ส่งผลต่อการบริการที่ล่าช้า ในขณะที่ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ไม่สามารถรอได้ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องไปใช้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งผลสุดท้ายผู้ป่วยจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเองทั้งสิ้น

3. ในมุมมองของหลักกฎหมายมหาชน “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็น “บริการสาธารณะ” เนื่องจากลักษณะที่สำคัญของการบริการสาธารณะคือเป็นกิจการที่รัฐจัดทำขึ้นเพื่อสนองความต้องการส่วนรวมของประชาชน กล่าวคือ เป็นกิจการที่อยู่ในความอำนาจการของรัฐ แต่การที่รัฐต้องดูแลกิจการทุกอย่างทำให้ภารกิจของรัฐมีเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับกิจกรรมบางอย่างต้องอาศัยเทคโนโลยีในการจัดทำสูงหรือใช้เงินลงทุนสูง ทำให้รัฐขาดความพร้อมที่จะอำนวยความสะดวกให้ จึงต้องมีการมอบหมายให้หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ เมื่อรัฐมอบหน้าที่ในการจัดทำบริการสาธารณะให้บุคคลอื่นทำแล้วบทบาทของรัฐก็จะเปลี่ยนเป็นผู้ควบคุมดูแลมาตรฐานของบริการสาธารณะควบคุมความปลอดภัยตลอดจนค่าบริการ โดยคำนึงถึงประโยชน์ตอบแทนที่ประชาชนจะได้รับให้มากที่สุดและมีความเดือดร้อนน้อยที่สุด

หลักการบริการสาธารณะในด้านสาธารณสุขนอกจากจะปรากฏในรูปของหน่วยงานของรัฐที่รู้จักกันโดยทั่วไป คือ “โรงพยาบาลของรัฐ” แล้ว หลักการบริการสาธารณะยังได้ปรากฏในรูปของกฎหมายมหาชนฉบับแรกที่วางหลักความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทุกคน คือ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และเป็นที่มาของ “ระบบประกันสุขภาพ” ซึ่งมีที่มาจากนโยบายสาธารณะ “30 บาท รักษาทุกโรค” มาผลักดันให้เป็นกฎหมาย คือ “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545” โดยคาดหวังว่าจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดความเสมอภาคและเท่าเทียมกันของผู้ใช้บริการสาธารณะคือประชาชนในการได้รับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ หลักความเสมอภาคนอกจากจะปรากฏในลักษณะของสิทธิในการเข้าใช้บริการทางการแพทย์ซึ่งเป็นประโยชน์สาธารณะอย่างเท่าเทียมกันแล้ว ยังหมายรวมถึงความเสมอภาคที่จะได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าจะเป็นราคาค่าบริการหรือการบริการ ดังนั้น การที่รัฐคิดค่าใช้จ่ายนั้นไม่ทำให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐกลายเป็นบริการอื่นทั่วไป เพียงแต่การบริการสาธารณะอาศัยหลักความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ประชาชนผู้ใช้บริการสาธารณะเข้าใช้บริการทางการแพทย์แล้วย่อมมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นได้ เพียงแต่ในการคิดค่าบริการต้องคิดในอัตราเดียวกันทุกคน โดยมีสำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้จัดทำบริการสาธารณะ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพโดยจัดตั้งเป็น “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ในส่วนหนึ่งของเงินกองทุนได้จัดสรรเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการของแพทย์โดยไม่ต้องนำคดีขึ้นสู่ศาล จึงเป็นการให้ความคุ้มครองแก่ผู้รับบริการทางการแพทย์ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการฟ้องคดี และยังเป็นกรให้ความคุ้มครองแพทย์ผู้ให้บริการให้รอดพ้นจากการถูกดำเนินคดีทางศาลซึ่งเป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ให้บริการ

ผู้เขียนมีความเห็นว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความคุ้มครองเฉพาะผู้ที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น หากผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแล้วย่อมต้องนำคดีขึ้นสู่ศาลเพื่อเรียกค่าเสียหายด้วยตนเอง ในด้านแพทย์ผู้ให้บริการแล้วจะเห็นได้ว่ากองทุนนี้ไม่ได้คุ้มครองประชาชนทุกคนที่ได้รับความเสียหายอันเกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ ส่งผลให้การพิจารณาว่าแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐได้กระทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยหรือไม่ ต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยรายนั้นใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพหรือไม่ หากผู้ป่วยรายดังกล่าวเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพย่อมได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจากกองทุน แต่หากเป็นผู้ป่วยนอกระบบหลักประกันสุขภาพแล้ว แพทย์ผู้ทำการรักษาย่อมต้องมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นต่อการถูกดำเนินคดีทางศาลเมื่อเทียบกับแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้ง ๆ ที่แพทย์ในทั้งสองกรณีต่างก็ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้ให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเหมือนกัน

4. จากความเข้าใจเรื่องการบริการสาธารณะในมุมมองของหลักกฎหมายมหาชนและลักษณะของการนำบริการสาธารณะมาปรับใช้กับการบริการทางการแพทย์นั้น ผู้เขียนมีความเห็นว่า การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีฐานะเป็นบริการสาธารณะ เนื่องด้วยโรงพยาบาลของรัฐเป็นกิจการที่รัฐพึงต้องจัดทำสนองตอบความต้องการของประชาชนทั้งประเทศโดยไม่เลือกปฏิบัติ เพียงแต่การจัดบริการสาธารณะไม่จำเป็นต้องปรากฏในเชิงปฏิบัติเท่านั้น การกำหนดวิธีการที่จะให้ประชาชนได้ถึงบริการในโรงพยาบาลของรัฐก็มีความสำคัญ รัฐจึงดำเนินการให้มี “ระบบประกันสุขภาพ” ขึ้น ซึ่งระบบประกันสุขภาพบังคับใช้เฉพาะกับโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น ไม่สามารถบังคับใช้กับโรงพยาบาลเอกชนได้นอกจากโรงพยาบาลเอกชนจะสมัครใจเข้าร่วมระบบประกันสุขภาพ ดังนั้น “การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” จึงเป็นบริการสาธารณะ

ผลจากที่บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเป็นบริการสาธารณะ คือ เกิดสิทธิของประชาชนในการเข้าใช้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐได้อย่างเสมอภาค ใน

ประเด็นการเข้าใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐของประชาชนแล้วมีการเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ทำให้เกิดการตีความว่าเป็นค่าบริการและประธานศาลอุทธรณ์ได้วินิจฉัยว่า “โรงพยาบาลของรัฐ” เมื่อเรียกเก็บค่าบริการไม่ว่าในรูปแบบใดแล้ว ย่อมทำให้โรงพยาบาลของรัฐ อยู่ในฐานะ “ผู้ประกอบการธุรกิจ” ผู้เขียนมีความเห็นว่าการเก็บค่าบริการในโรงพยาบาลของรัฐ รัฐสามารถเก็บได้เพราะหลักของการบริการสาธารณะไม่ได้ห้ามมิให้รัฐเรียกเก็บค่าบริการ เพียงแต่ถ้าหากคิดค่าบริการแล้วต้องคิดในอัตราเดียวกันซึ่งเป็นไปตามหลักความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน การที่รัฐไม่เก็บค่าบริการสำหรับการใช้บริการสาธารณะของประชาชนนั้นเกิดขึ้นในกรณีที่ประเทศนั้นเป็นรัฐสวัสดิการ แต่ถ้าเป็นเพียงสวัสดิการของรัฐแล้ว รัฐย่อมคิดค่าใช้จ่ายได้

นอกจากนี้ ผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าย่อมได้รับค่าชดเชยจากความเสียหายอันเกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ ในขณะที่ผู้ป่วยที่อยู่นอกขอบเขตของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องนำคดีขึ้นสู่ศาลจึงจะได้รับค่าชดเชยความเสียหาย ในรายละเอียดของเงินค่าชดเชยที่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับโดยไม่ต้องนำคดีขึ้นสู่ศาลนั้น เป็นการจ่ายเงินในลักษณะของ “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” คือ เป็นการให้เพื่อช่วยเหลือไม่ได้จ่ายให้ตามจำนวนความเสียหายอันแท้จริงที่ผู้รับบริการทางการแพทย์ได้รับผลร้ายนั้น ในภาพรวมของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยจึงยังมีความเหลื่อมล้ำและขาดประสิทธิภาพ จึงก่อให้เกิดปัญหาการฟ้องร้องเพื่อต้องการเงินค่าเสียหายในจำนวนที่เสียหายอย่างแท้จริง ผู้เขียนมีความเห็นว่า เมื่อเกิดความเหลื่อมล้ำในการจ่ายเงินชดเชยด้วยระบบประกันสุขภาพยังไม่ครอบคลุม ก็ควรแก้ไขให้ระบบประกันสุขภาพสามารถจ่ายเงินชดเชยได้ครอบคลุมและเป็นธรรม ความเหลื่อมล้ำในการจ่ายเงินชดเชยจนทำให้ผู้เสียหายนำคดีมาฟ้องร้องไม่สามารถจะเปลี่ยนสถานะของ “การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” ที่เป็น “บริการสาธารณะ” ให้มีความรับผิดชอบเช่นบริการอื่นที่มีค่าบริการสาธารณะได้

5. เมื่อบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเป็นบริการสาธารณะ และการบริการสาธารณะเป็นส่วนหนึ่งในองค์ประกอบของรัฐ การกระทำหรือกระบวนการต่างที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเพื่อให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐย่อมอยู่ภายใต้ระบบกฎหมายปกครอง คือโรงพยาบาลของรัฐเป็น “หน่วยงานของรัฐ” และแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐจึงมีฐานะเป็น “เจ้าหน้าที่ของรัฐ” เมื่อเจ้าหน้าที่ของรัฐทำบริการสาธารณะแทนหน่วยงานของรัฐและในนามของหน่วยงานของรัฐได้กระทำละเมิดต่อบุคคลอื่น หน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่จะต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนที่แต่ดั้งเดิมใช้ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ลักษณะละเมิด ทำให้เจ้าหน้าที่ของรัฐต้องรับผิดชอบส่วนตัวต่อความเสียหายที่

เกิดขึ้นแก่เอกชน ซึ่งเป็นการไม่สมควรเพราะ “เจ้าหน้าที่ของรัฐ” เป็นผู้จัดทำบริการสาธารณะ แทนหน่วยงานของรัฐและในนามของหน่วยงานของรัฐ มิใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐปฏิบัติงานในสถานะของเอกชน เพราะสถานะของเอกชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐมีลักษณะแตกต่างกันค่อนข้างมาก เนื่องจากโดยปกติเอกชนจะกระทำการต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ส่วนตน กฎหมายจึงต้องถือว่าเอกชนเสมอภาคและเท่าเทียมกันตามกฎหมาย นิติสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจึงต้องอาศัยความสมัครใจเข้าก่อนนิติสัมพันธ์ระหว่างกัน ดังนั้นจึงควรรับผิดชอบหากการกระทำของตนในสถานะเอกชนนั้นก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น

ในขณะที่เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐมิได้เป็นการกระทำเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัวเหมือนดังเช่นเอกชน แต่เป็นการทำงานเพื่อประโยชน์สาธารณะโดยรวม คือต้องให้ประโยชน์สาธารณะมาก่อนหรืออยู่เหนือประโยชน์ส่วนตัวของเอกชน ถ้าเอกชนไม่สมัครใจหรือไม่ยินยอมที่จะสละประโยชน์ส่วนตัวของตนเพื่อประโยชน์สาธารณะแล้ว เจ้าหน้าที่ของรัฐต้องเป็นผู้ดูแลรักษาประโยชน์สาธารณะแทนและสามารถใช้อำนาจหน้าที่บังคับเอกชนเพื่อประโยชน์สาธารณะได้ หากให้เจ้าหน้าที่ของรัฐต้องรับผิดชอบเป็นการส่วนตัวแล้วอาจทำให้เจ้าหน้าที่นั้นไม่กล้าตัดสินใจหรือกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังนั้นในปี พ.ศ. 2539 ประเทศไทยจึงได้ออกกฎหมายมหาชน คือ พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 เพื่อวางหลักเกณฑ์ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ของรัฐโดยการยกเว้นหลักกฎหมายทั่วไป แต่ยังคงนำหลักเกณฑ์ทั่วไปที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาใช้กับความรับผิดของหน่วยงานของรัฐ

ดังนั้น เมื่อแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเมื่อกระทำละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่ต่อผู้ป่วยหรือผู้เสียหายต้องฟ้องหน่วยงานของรัฐที่แพทย์นั้นสังกัดอยู่ และแพทย์ผู้กระทำละเมิดไม่ต้องรับผิดชอบใช้ค่าเสียหายเลยถ้าการปฏิบัติหน้าที่นั้นได้กระทำไปด้วยความประมาทเลินเล่อธรรมดา แพทย์จะมีความรับผิดเมื่อได้กระทำไปด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง นอกจากนี้หากแพทย์ผู้กระทำละเมิดต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายแล้ว หลักการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในส่วนของแพทย์ผู้กระทำละเมิดให้ชดใช้ตามสัดส่วนแห่งความรับผิดของตน มิได้นำหลักการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนอย่างลูกหนี้ร่วมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาปรับใช้อีกต่อไป

โรงพยาบาลของรัฐเป็นหน่วยงานทางปกครองของรัฐที่ทำหน้าที่ให้บริการการรักษาแก่ผู้ป่วย หากแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐกระทำโดยละเมิดต่อผู้ป่วย มีปัญหาว่าการกระทำละเมิดหรือการกระทำโดยประมาทของแพทย์จะต้องยื่นฟ้องต่อศาลใด คณะกรรมการวินิจฉัยชี้ขาด

อำนาจหน้าที่ระหว่างศาลได้วินิจฉัยยืนยันว่า การกระทำละเมิดของหน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ดังกล่าว มิใช่เป็นการกระทำละเมิดอันเกิดจากการใช้อำนาจตามกฎหมาย จึงเป็นคดีที่ต้องยื่นฟ้องต่อศาลยุติธรรม

6. ลักษณะที่ทำให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐแตกต่างจากบริการสาธารณสุขทั่วไปนั้น เป็นผลจากการให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐจำเป็นต้องอาศัยความเชื่อใจกันเป็นพื้นฐานความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการทางการแพทย์ จึงต้องมีกฎเกณฑ์ออกมากำกับบทบาทหน้าที่ของแพทย์เพื่อให้ผู้รับบริการมีความเชื่อใจและสามารถมั่นใจกับบริการทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ โดยปรากฏในรูปของกฎหมายสาธารณสุข ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญของรัฐในการควบคุมกำกับบริการทางการแพทย์ในลักษณะต่าง ๆ เนื่องจากการแพทย์ได้มีการพัฒนาและประกอบด้วยบุคคลทางการแพทย์หลากหลายวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม การควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์จึงได้เปลี่ยนจากอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาเป็นการกำกับทางวิชาชีพโดยเฉพาะ คือ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 อย่างไรก็ดี แม้ว่าพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 จะไม่ได้มีบทบาทด้านการประกอบวิชาชีพของแพทย์โดยตรงก็ตาม แต่กฎหมายฉบับนี้ยังคงมีบทบาทหน้าที่ของแพทย์ในลักษณะของคณะกรรมการ กล่าวคือ กฎหมายฉบับนี้กำหนดให้มีคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการและกรรมการอื่น และยังกำหนดให้มีกองการประกอบโรคศิลปะซึ่งมีหน้าที่ดูแลสถานพยาบาลเอกชนที่ขอจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 โดยไม่ได้คำนึงว่าผู้ขอเปิดกิจการจะเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐหรือไม่ เพราะหากแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐประสงค์จะเปิดคลินิกส่วนตัวให้บริการแล้ว ย่อมต้องขออนุญาตและปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่กองการประกอบโรคศิลปะกำหนดด้วย จึงกล่าวสรุปได้ว่าการควบคุมและกำกับตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 นี้ พิจารณาจากสถานพยาบาลหรือประเภทโรงพยาบาลที่ขอเปิดไม่ได้พิจารณาจากแพทย์ว่าเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐหรือแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน ทั้งนี้เพื่อให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกที่ขอเปิดดำเนินการได้มาตรฐานและยังมีบทบาทในการกำหนดสิทธิผู้ป่วยให้ชัดเจนอีกด้วย

7. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มีขึ้นเพื่อประโยชน์ทางสังคมตั้งแต่ควบคุมจำกัดไม่ให้ผู้ที่ไม่ใช่แพทย์ล่องล่ำเข้ามาประกอบวิชาชีพโดยกำหนดว่าการกระทำอย่างไรถือว่าเป็นการประกอบวิชาชีพ กฎหมายฉบับนี้จึงได้กำหนดบทบาทของแพทย์ในการให้บริการทาง

การแพทย์ โดยอธิบายในรูปแบบของการกระทำไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อมนุษย์และการกระทำนั้นต้องเกี่ยวกับเรื่องที่ถูกกฎหมายฉบับนี้ได้บัญญัติไว้ เพื่อให้มีความครอบคลุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ทุก ๆ สาขานั้นเอง นอกจากพระราชบัญญัติฉบับนี้จะมีลักษณะเฉพาะในด้านสังคมแล้ว กฎหมายฉบับนี้ยังได้ควบคุมแพทย์ผู้ที่ให้บริการให้อยู่ในกรอบของจริยธรรม จึงใช้บังคับกับแพทย์ทุกคน ไม่คำนึงว่าเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐหรือแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน โดยมีองค์กร “แพทยสภา” ควบคุมการประพฤติของแพทย์ให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม โดยออกเป็นข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 ซึ่งกำหนดให้แพทย์ประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมืองของผู้รับบริการ ในประเด็นนี้ผู้เขียน เห็นว่า เป็นการกำหนดถึงจริยธรรมของวิชาชีพที่มีระดับคุณธรรมสูงกว่าวิชาชีพอื่น อันเนื่องด้วยข้อบังคับฯ ที่กล่าวไปนั้นเป็นการกำหนดหน้าที่ของแพทย์ผู้ให้บริการเพียงด้านเดียว โดยปราศจากข้ออ้างหรือข้อเถียงที่พึงมีในตัวผู้รับบริการ จึงอาจกล่าวได้ว่าไม่ว่าผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจะมาในสภาพทางสังคมหรือสภาพของโรคอย่างไร แพทย์ไม่อาจจะโต้เถียงหรือเลือกที่จะไม่รักษาผู้รับบริการนั้นได้ แม้ว่าผู้รับบริการทางการแพทย์จะไม่ให้ความร่วมมือใด ๆ ในการรักษาพยาบาล แพทย์จะนำมาเป็นข้ออ้างเพื่อปฏิเสธการรักษาไม่ได้ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐที่ต้องให้บริการต่อเนื่องไม่ว่าผู้รับบริการทางการแพทย์จะเข้าใช้บริการโดยไม่จ่ายค่าบริการ โรงพยาบาลของรัฐยังต้องทำการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้รับบริการทางแพทย์ไปก่อน ไม่เช่นนั้นแล้วจะขัดต่อจริยธรรมของแพทย์ นอกจากนี้ การประกอบวิชาชีพของแพทย์เป็นเรื่องมนุษยธรรม ความเป็นแพทย์จึงไม่ได้มีความหมายเพียงบุคลากรของรัฐที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น ความเป็นแพทย์ยังคงติดตัวบุคคลผู้นั้นไปตลอด ดังปรากฏในข้อบังคับแพทยสภาที่กำหนดให้แพทย์ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย ไม่ว่าผู้ที่ร้องขอจะเป็นผู้ที่ตกในระยะอันตรายหรือผู้ที่อยู่ใกล้เคียงบริเวณนั้นหากแพทย์อยู่ในฐานะที่จะช่วยผู้ป่วยได้ แพทย์จะต้องลงมือช่วยเหลือบุคคลนั้น มิฉะนั้นอาจมีความผิดทางจริยธรรมได้ ด้วยเหตุผลทางสังคมและจริยธรรมดังกล่าวนี้ส่งผลให้ “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็น “บริการสาธารณะ” ที่มีลักษณะพิเศษแตกต่างไปจากบริการสาธารณะอื่นทั่วไป

8. นอกจากลักษณะทางสังคม จริยธรรมจะทำให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีความแตกต่างไปจาก “บริการสาธารณะ” ประเภทอื่นแล้ว บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐยังมีลักษณะเฉพาะตัวในด้านสิทธิของประชาชนเนื่องจากเป็นสิทธิมนุษยชนและเป็นสิทธิเสรีภาพประเภทหนึ่งในรัฐธรรมนูญ โดยในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนได้

กำหนดสิทธิด้านสุขภาพไว้ว่า การจะมีสุขภาพดีได้นั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการบริการทางด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐานและเท่าเทียมกัน ประกอบกับองค์การอนามัยโลกได้มีมติว่า “สิทธิที่จะมีสุขภาพดี (The Right to Health) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน” การจะให้ประชาชนมีสุขภาพดีได้นั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการบริการทางการแพทย์โดยปราศจากอุปสรรคในรูปของ “โรงพยาบาลของรัฐ” ส่งผลให้ผู้มารับบริการทางการแพทย์มีสิทธิโดยชอบธรรมที่จะพึงได้รับจากบริการทางการแพทย์ เช่น การได้รับบริการที่มีมาตรฐานแห่งวิชาชีพของผู้ที่มีหน้าที่รักษา โดยแพทย์มีหน้าที่ต้องอธิบายให้ผู้มารับบริการทางการแพทย์ทราบเมื่อได้รับทราบแล้วยอมรับการรักษาจากแพทย์ ความยินยอมของผู้มารับบริการทางการแพทย์จึงจะมีผลตามกฎหมาย ซึ่งเรียกว่า “ความยินยอมที่จะได้รับการบอกกล่าว” (Informed Consent) และเป็นการคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์ของผู้มารับบริการทางการแพทย์ หรือที่เรียกกันว่า “สิทธิผู้ป่วย” “สิทธิผู้ป่วย” จึงเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน

ผู้เขียนเห็นว่า “สิทธิผู้ป่วย” เป็นสิทธิธรรมชาติที่ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับติดตัวมาตั้งแต่เกิดโดยไม่จำเป็นต้องมีกฎหมายรองรับเสียก่อน สิทธิผู้ป่วยจึงมีลักษณะเฉพาะตัวที่ไม่สามารถถ่ายโอนให้แก่กันได้ รัฐจึงมีหน้าที่สำคัญในการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโดยผู้ที่มีส่วนร่วมโดยตรงกับสิทธิผู้ป่วย คือ “แพทย์” กล่าวคือ เมื่อสิทธิผู้ป่วยเป็นสิทธิมนุษยชนที่มีความสำคัญกับการให้บริการทางการแพทย์แล้ว จึงเป็นหน้าที่ของแพทย์โดยตรงที่จะต้องปฏิบัติงานด้วยความรู้สึกผิดชอบชั่วดีโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยอยู่เป็นประจำสม่ำเสมอ และพยายามที่จะรับประกันความเป็นอิสระเสรีของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในขั้นตอนการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมีสิทธิส่วนบุคคลที่จะไม่ถูกเปิดเผยในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง เป็นต้น ลักษณะของบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐจึงไม่เป็นแค่เพียงการจัดทำบริการสาธารณะให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่รัฐกำหนดไว้เท่านั้น หากแต่ผู้ลงมือปฏิบัติ คือ “แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” ยังต้องคำนึงถึง “สิทธิผู้ป่วย” ที่ผู้รับบริการแต่ละคนพึงได้รับด้วย

9. ในมุมมองด้านสิทธิของประชาชนในฐานะที่เป็นมนุษย์ ประชาชนจึงมีสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่ถูกรองรับไว้ในรัฐธรรมนูญ ซึ่งสิทธิของประชาชนในด้านการบริการทางการแพทย์ได้ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่กำหนดให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิในการรับบริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จึงเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ส่งผลให้มีการตรา

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นประกันสิทธิของประชาชนทุกคนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างถ้วนหน้า ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 51 วรรคแรก ได้พยายามพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นรัฐสวัสดิการ โดยบัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” จึงถือเป็นภาระหน้าที่ของผู้ที่เป็นรัฐต้องดำเนินการให้บริการทางการแพทย์โดยประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น แต่ความจริงแล้วประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่สามารถเรียกตัวเองได้ว่าเป็นรัฐสวัสดิการ เนื่องจากข้อจำกัด คือ การให้ความคุ้มครองที่ยังไม่ครอบคลุมเพราะผู้รับบริการทางการแพทย์ทุกรายไม่ได้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือยังมีผู้รับบริการทางการแพทย์ที่สามารถใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ทำให้ความคุ้มครองในการบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐไม่เท่าเทียมกัน และงบประมาณที่ใช้ยังมีอย่างจำกัดส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการทางการแพทย์บางส่วน ผู้ใช้บริการต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายเหล่านั้นเอง ทำให้การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งเป็นนโยบายของรัฐยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ผู้รับบริการจึงยังคงต้องรับภาระค่าใช้จ่ายบางส่วน ส่งผลให้ “การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็นสวัสดิการของรัฐ และเป็นเครื่องยืนยันว่าประเทศไทยยังไม่สามารถเป็นรัฐสวัสดิการได้

10. นอกจากนี้ ในรัฐธรรมนูญยังกำหนดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐด้านสาธารณสุข รัฐจึงมีหน้าที่ปฏิบัติให้บรรลุตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ โดยกำหนดในรูปแบบของภาระหน้าที่ของรัฐ ที่ต้องจัดให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยปรากฏในรูป “ระบบประกันสุขภาพ” แล้ว รัฐยังต้องส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพะที่ยั่งยืนของประชาชน ซึ่งจัดว่าเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพ จากเดิมที่ได้เน้นการรักษาพยาบาลเฉพาะเวลาที่เจ็บป่วยหรือที่เรียกว่า “ซ่อมสร้าง” ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เปลี่ยนมาเป็นการ “สร้างนำซ่อม” ที่ถือว่าการสร้างสุขภาพมิใช่แค่การรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่การสร้างสุขภาพต้องเริ่มที่ตัวบุคคลและชุมชน โรงพยาบาลจึงควรเป็นแค่เพียงที่ซ่อมสุขภาพเท่านั้น ดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อนำไปสู่สุขภาพะที่ยั่งยืนของประชาชนตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐจึงมีธรรมนูญสุขภาพขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน คือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยกฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดหน้าที่

ของรัฐหลายประการ ตัวอย่างเช่น หน้าที่ด้านสิ่งแวดล้อม ที่รัฐ ชุมชน หรือสังคมมีหน้าที่ต้องจัดการให้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน เป็นต้น

11. แพทย์เป็นบุคลากรของรัฐที่มีส่วนให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐสำเร็จ ล่วงไปได้ ไม่ว่าจะในรูปแบบของการลงมือปฏิบัติงานในเชิงเทคนิคคือให้การรักษาพยาบาลหรือ ปฏิบัติงานในลักษณะสนองนโยบายของรัฐไม่ว่าจะเป็นด้านส่งเสริม สนับสนุน หรือพัฒนาระบบ สุขภาพในด้านต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐไม่ได้มีความรับผิดชอบวิชาชีพ เพียงประการเดียว ด้วยสถานะเป็น “ข้าราชการ” ตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการฝ่ายพลเรือน พ.ศ. 2551 จึงมีความรับผิดชอบจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพกับส่วนราชการที่ตนสังกัดอยู่ และมีโทษทางการบริหารงานบุคคลซึ่งมีผลกระทบต่อความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงานของผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกลงโทษนั้น โทษทางวินัย คือ ภาคทัณฑ์ ตัดเงินเดือน ลดขั้นเงินเดือน ปลดออก และไล่ออก ทั้งนี้ ตามความหนักเบาของพฤติกรรมหรือความรุนแรงของความเสียหายที่ ผู้คนได้ก่อขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐจึงได้รับความคุ้มครองทางอ้อมจากการที่แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีสถานะเป็น ข้าราชการในหน่วยงานของรัฐด้วย

จึงอาจสรุปได้ว่า แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐที่นอกจากมีภาระหน้าที่จากการลงมือรักษา ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแต่ละวันแล้ว แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐยังมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตาม นโยบายของรัฐบาลเพื่อให้การคุ้มครองประชาชนเป็นไปตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่ รัฐธรรมนูญกำหนดไว้ ประกอบกับบริการทางการแพทย์เป็นวิชาชีพที่อาศัยคุณธรรม โดยมี ข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 ที่คอยควบคุม และกำกับการประกอบวิชาชีพให้อยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมแล้ว บริการทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลของรัฐยังมีลักษณะเป็น “บริการสาธารณะ” ที่ต้องให้บริการอย่างต่อเนื่องไม่อาจหยุด ให้บริการได้เพราะการเจ็บป่วยเป็นเรื่องไม่สามารถเลือกเวลาที่เกิดขึ้นได้ แพทย์ในโรงพยาบาลของ รัฐจึงอยู่ในสถานะที่ไม่อาจเลือกที่ให้หรือไม่ให้บริการได้ ดังนั้น การให้บริการทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลของรัฐต้องอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ที่มี เจตนารมณ์มุ่งปราบปรามผู้ประกอบการธุรกิจที่สร้างความไม่เป็นธรรมให้แก่ผู้บริโภคนั้น ผู้เขียนจึงมี ความเห็นที่ไม่เหมาะสมและไม่สอดคล้องกับหลักการบริการสาธารณะตามกฎหมายมหาชน และ มีผลกระทบตามมาคือทำให้ขวัญและกำลังใจของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐที่ปฏิบัติงานโดย ไม่ได้แสวงหากำไรต้องถูกบั่นทอนลง แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีความกังวลในความมั่นคงของ อาชีพ แพทย์จึงต้องป้องกันตนเองโดยเพิ่มขึ้นตอนในการรักษาจาก “การรักษาตามความจำเป็น”

เป็น “การรักษาที่เกินจำเป็น” เพื่อป้องกันการถูกฟ้องคดีให้มากที่สุด ซึ่งการรักษาที่เกินจำเป็นทำให้ผู้รับบริการทางการแพทย์ต้องรับผลกระทบจากขั้นตอนและระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการทางการแพทย์ที่นานกว่าปกติ เมื่อพิจารณาด้านรัฐแล้ว ความกังวลในความมั่นคงของอาชีพแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐยังก่อให้เกิดผลกระทบในวงกว้าง ได้แก่ การขาดแคลนบุคคลากรที่จะมาเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ ผู้เขียนจึงขอเสนอแนวทางแก้ไขที่ได้ศึกษาจากประเทศต่าง ๆ

12. การศึกษาถึงสิทธิของประชาชนในการได้รับบริการทางการแพทย์ ระบบประกันสุขภาพ และการเยียวยาความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์จากต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศสวีเดน ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศมาเลเซีย จะเห็นได้ว่า สิทธิของประชาชนในการได้รับบริการทางการแพทย์มีที่มาแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น ประเทศนิวซีแลนด์มีที่มาของการเข้าถึงสิทธิทางการแพทย์โดยนโยบายของพรรคแรงงาน ประเทศสวีเดนเป็นรัฐสวัสดิการโดยกำหนดสิทธิทางการแพทย์ของประชาชนไว้ในรัฐธรรมนูญ ประเทศมาเลเซียสิทธิทางการแพทย์ของประชาชนได้ถูกพัฒนามาจากนโยบายของประเทศ แต่ประเทศสหรัฐอเมริกาสิทธิของประชาชนในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ไม่ได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ เพราะถือว่าการดูแลสุขภาพไม่ใช่เรื่องสิทธิ ดังนั้น บริการทางการแพทย์สำหรับทุกคนจึงเป็นสินค้าสาธารณะที่สังคมควรรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นจากสิทธิของประชาชนในการรับบริการทางการแพทย์มีที่มาจากที่แตกต่างกัน คือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข

ในประเทศสวีเดนใช้ระบบสาธารณสุขแบบรัฐสวัสดิการ การรักษาพยาบาลจึงถูกผูกขาดโดยรัฐ มีการกระจายศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาลภายใต้สังกัดของมณฑล ทำให้ในทุกเขตเทศบาลและท้องถิ่นมีศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาลตั้งอยู่อย่างทั่วถึง การประกันภาคเอกชนในประเทศสวีเดนมีจำนวนน้อยมากและจะให้ประกันที่ครอบคลุมการบริการอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการให้บริการจากภาครัฐอยู่แล้ว

ประเทศนิวซีแลนด์มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ค่าใช้จ่ายโดยส่วนใหญ่ในการให้บริการสุขภาพรวมทั้งการดูแลผู้พิการนั้นยังมาจากรัฐบาลเป็นหลัก ถือเป็นระบบบริการสุขภาพของรัฐ และบริหารภายใต้กระทรวงสุขภาพซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการรายเดียว รัฐจึงมีบทบาทหลักในการดูแลด้านสุขภาพ

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ระบบประกันในภาครัฐไม่ครอบคลุม คือ เน้นเฉพาะความคุ้มครองโดยการสนับสนุนจากภาครัฐสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย ทำให้ระบบประกันสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาเน้นให้ประกันภาคเอกชนเข้ามามีบทบาท จึงกล่าวได้ว่าสหรัฐอเมริกามีได้มีระบบสาธารณสุขในรูปแบบของรัฐสวัสดิการดังเช่นในประเทศสวีเดน แต่ระบบ

สาธารณสุขของสหรัฐอเมริกาตั้งอยู่บนพื้นฐานของการประกันสุขภาพ โดยมีการประกันที่หลากหลายรูปแบบให้เลือกใช้ ประชาชนส่วนใหญ่ใช้บริการประกันภาคเอกชนซึ่งต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง หรือนายจ้างจ่ายสมทบ และผู้มีเงินเดือนมักมีการประกันภัยแบบกลุ่มที่เกี่ยวกับการจ้างงาน ดังนั้นหากบุคคลใดในประเทศสหรัฐอเมริกาไม่ได้ทำประกันสุขภาพไว้จะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงมาก

ระบบสาธารณสุขของประเทศมาเลเซียเป็นระบบที่รัฐให้การช่วยเหลือประชาชนในด้านค่าใช้จ่ายในการรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ผู้ใช้บริการจ่ายค่าธรรมเนียมเพียงเล็กน้อย สิทธิของประชาชนด้านสุขภาพเป็นเพียงนโยบายที่เรียกว่า Open Door Policy คือการไม่ปฏิเสธเมื่อผู้ป่วยไปถึงสถานพยาบาลแล้ว ถึงแม้ว่าจะข้ามขั้นตอนของการส่งต่อ และหากไม่มีเงินจ่ายในขั้นตอนที่ต้องจ่ายเงิน ก็สามารถได้รับบริการฟรีโดยผ่านการพิจารณาของหน่วยสังคมสงเคราะห์

สิทธิของประชาชนในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของประเทศไทย ถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย จึงเป็นภาระหน้าที่ของรัฐที่ต้องทำให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่แยกฐานะยากดีมีจน แต่เนื่องจากประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในการให้ความคุ้มครองที่ยังไม่ครอบคลุม ทรัพยากรและงบประมาณที่ใช้ยังมีอย่างจำกัด ส่งผลให้ประเทศไทยยังไม่สามารถเป็นรัฐสวัสดิการได้ สภาพปัญหาในการใช้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐของประเทศไทยจึงมีลักษณะคล้ายคลึงกับประเทศมาเลเซีย ซึ่งเป็นประเทศที่กำลังพัฒนาเช่นเดียวกัน กล่าวคือ โรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทยยังขาดแคลนทั้งด้านงบประมาณและบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญคือ แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ ในขณะที่ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาฟรีหรือมีค่าใช้จ่ายในจำนวนที่น้อยมาก จึงเกิดปัญหาความแออัดของผู้ป่วยและคุณภาพการให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ ประกอบกับแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐต้องรับความเสี่ยงจากการถูกฟ้องคดีจากการตีความให้ “บริการ” ในบทบัญญัติของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ให้หมายรวมถึง “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐจะมีลักษณะเช่นเดียวกับแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐของประเทศมาเลเซีย คือ แพทย์ลาออกจากระบบราชการไปสู่ระบบเอกชน สุดท้ายผลกระทบทั้งหมดจะตกแก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่ยังมีฐานะยากจน

ดังนั้น ผู้เขียนจึงมีความเห็นว่า สิทธิของประชาชนในการได้รับบริการทางการแพทย์ไม่ว่าประเทศใดก็ตาม โรงพยาบาลของรัฐจะมีบทบาทสำคัญกับการให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนทั้งสิ้น หากประเทศใดการให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐไม่ครอบคลุมหรือไม่มี

ประสิทธิภาพแล้ว ผู้ที่ต้องรับผลกระทบสุดท้ายคือผู้รับบริการทางการแพทย์หรือผู้ป่วยนั่นเอง การแก้ไขปัญหาก็ให้สิทธิของประชาชนในการได้รับบริการทางการแพทย์คือ ต้องพัฒนาให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีประสิทธิภาพโดยเริ่มจากต้องมีบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญ คือ แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐให้เพียงพอแก่การรักษาพยาบาลเสียก่อน โดยการลดการผูกฟองคืดซึ่งเป็นความเสี่ยงทางวิชาชีพที่บั่นทอนขวัญและกำลังใจของแพทย์เพื่อให้มีแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐต่อไป

13. ในการเยียวยาความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ในต่างประเทศสามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

ลักษณะที่ 1 เป็นการชดเชยโดยการชดเชยโดยศาล คือ ใช้หลักกฎหมายทั่วไปว่าด้วยละเมิดในการเรียกค่าเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ และได้เริ่มพัฒนากลไกการชดเชยความเสียหายจากบริการสุขภาพโดยใช้แนวคิดการไม่พิสูจน์ถูกผิด (Liability without Fault or Strict Liability or No-Fault Liability) ในปัญหาเฉพาะกลุ่ม เช่น การให้วัคซีน เป็นต้น ตัวอย่างประเทศที่ใช้รูปแบบนี้ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศมาเลเซีย เป็นต้น

ลักษณะที่ 2 เป็นการชดเชยโดยสร้างกลไกการชดเชยก่อนศาลและการใช้ศาล คือ มีการชดเชยความเสียหายแก่ผู้รับบริการทางการแพทย์ก่อนถึงชั้นศาลโดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด เพราะสามารถจ่ายค่าชดเชยให้แก่ผู้รับบริการทางการแพทย์ได้รวดเร็วกว่าการใช้กลไกศาล อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้ที่ได้รับเสียหายนั้นยังไม่พอใจค่าชดเชยก็ยังคงมีสิทธิในการนำข้อโต้แย้งดังกล่าวขึ้นสู่การวินิจฉัยโดยศาลได้ ตัวอย่างประเทศที่ใช้รูปแบบนี้ได้แก่ ประเทศสวีเดน

ลักษณะที่ 3 เป็นการชดเชยโดยสร้างกลไกการชดเชยเต็มรูปแบบและตัดสิทธิทางศาล คือ มีการชดเชยความเสียหายให้แก่ผู้รับบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิด ซึ่งจะมีความครอบคลุมกว้างขวางและรวดเร็วกว่าการใช้กลไกศาล ตัวอย่างประเทศที่ใช้รูปแบบนี้มีเพียงประเทศเดียว คือ ประเทศนิวซีแลนด์

จะเห็นได้ว่าในต่างประเทศได้มีแนวคิดการชดเชยความเสียหายจากการให้บริการทางการแพทย์มาแก้ไขปัญหาคารฟองร้องแพทย์ ซึ่งแต่เดิมในต่างประเทศเมื่อผู้ป่วยได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ต้องฟ้องตามหลักกฎหมายละเมิด ส่งผลให้เกิดปัญหาการฟ้องร้องแพทย์นำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย จึงมีแนวคิดนำ “ระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด” มาใช้แตกต่างกันไปตามระบบการเมือง กฎหมาย และสภาพเศรษฐกิจของประเทศนั้น ๆ ในประเทศไทยได้นำแนวคิดการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดมาใช้เป็นครั้งแรกในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยผู้ที่ได้รับ

ความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและไม่ตัดสิทธิที่จะดำเนินการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทางแพ่งกับแพทย์และโรงพยาบาล จึงมีลักษณะคล้ายกับการชดเชยโดยสร้างกลไกการชดเชยก่อนศาลและการใช้ศาลอันได้แก่ประเทศสวีเดน เพราะถือว่าการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดสามารถอำนวยความสะดวกในการแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากบริการสุขภาพของผู้เสียหายได้รวดเร็วกว่าการใช้กลไกศาลและมีปริมาณการฟ้องร้องแพทย์น้อย ผู้เขียนมีความเห็นว่า “ระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด” ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ยังมีเพดานจำกัดเงินช่วยเหลือเบื้องต้นส่งผลให้ผู้ป่วยหรือผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์อาจไม่พอใจและฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายเพิ่มทางแพ่งต่อไป ระบบชดเชยความเสียหายตามพระราชบัญญัติฉบับนี้จึงมีลักษณะให้เงินแก่ผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์และให้ฟ้องคดีต่อ ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณและไม่ทำให้ปริมาณคดีฟ้องร้องแพทย์ลดน้อยลง อย่างไรก็ตามได้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ซึ่งมีแนวคิดนำ “ระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด” มาบัญญัติไว้พร้อมทั้งปรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชย และให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนทุกคนโดยไม่คำนึงว่าจะมีสิทธิในการรักษาประเภทใด

ผู้เขียนเห็นว่าในกรณีของประเทศไทยนั้น ควรแก้ไขปัญหาเป็นลำดับขั้น โดยขั้นแรกควรกำหนดให้ “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” เป็น “บริการสาธารณะ” และไม่เป็น “บริการ” ตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 เสียก่อน ทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงที่แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐจะถูกฟ้องร้อง และเพื่อช่วยทำให้มีผู้ประกอบอาชีพเป็นแพทย์ในระบบราชการดำรงอยู่ต่อไป และเมื่อแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีจำนวนเพียงพอแก่การให้บริการทางการแพทย์กับประชาชนทั้งประเทศแล้ว ขั้นตอนต่อไปจึงค่อยมาพิจารณาการนำร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาบังคับใช้ เพื่อช่วยทำให้เกิดประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการจ่ายเงินชดเชยความเสียหายอันเกิดจากการรับบริการสาธารณสุข มากกว่าการจ่ายเงินชดเชยความเสียหายโดยที่ปัญหาพื้นฐานยังไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้น จึงควรเริ่มต้นที่การดูแลให้แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐที่ทำหน้าที่สำคัญในการให้บริการสาธารณะทางการแพทย์มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่รักษาผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลของรัฐซึ่งเป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ

5.2 แนวทางแก้ไข

ผู้เขียนเห็นว่า การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจถึงวิธีการรักษา เช่น การชี้แจงอาการของโรค อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเสี่ยง ขั้นตอนในการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นก่อนวางแผนการรักษา มิใช่ดำเนินการหลังจากที่ความเสียหายได้เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งกระบวนการเหล่านี้แพทย์โดยอย่างยิ่งแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐในจำนวนจำกัดประกอบกับผู้รับบริการในโรงพยาบาลของรัฐมีปริมาณเป็นจำนวนมากไม่อาจจะทำให้แพทย์อธิบายได้ครบถ้วน จึงควรแก้ไขกฎหมายในบางประเด็นที่ส่งเสริมให้มีแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ดังนี้

5.2.1 การกำหนดให้ “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” ไม่เป็น “บริการ” ตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551

เสนอให้มีการกำหนดให้ “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” ไม่เป็น “บริการ” ตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 โดยในมาตรา 8 ของพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 บัญญัติว่า “ในกรณีมีปัญหาว่าคดีใดเป็นคดีผู้บริโภคหรือไม่ ให้ประธานศาลอุทธรณ์เป็นผู้วินิจฉัย คำวินิจฉัยของประธานศาลอุทธรณ์ให้เป็นที่สุด แต่ทั้งนี้ไม่กระทบถึงกระบวนการพิจารณาใดๆ ที่ได้กระทำไปก่อนที่จะมีคำวินิจฉัยนั้น” ซึ่งกฎหมายมิได้กำหนดเป็นเด็ดขาดว่าคดีที่เคยวินิจฉัยให้เป็นคดีผู้บริโภคแล้วต้องผูกขาดเป็นคดีผู้บริโภคตลอดไป หากคู่ความฝ่ายใดขอหรือศาลเห็นสมควรแสดงเหตุผลอ้างอิงแล้ว คำวินิจฉัยดังกล่าวย่อมเปลี่ยนแปลงได้ หรือแนวทางแก้ไขให้ “บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ” ไม่เป็น “บริการ” ตามคดีผู้บริโภคอีกวิธีหนึ่ง โดยการแก้ไขพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ในมาตรา 3 ที่บัญญัติว่า “ในพระราชบัญญัตินี้ “คดีผู้บริโภค” หมายความว่า (1) ... “ ดังนั้น หากเห็นว่าคดีใดที่ไม่ควรเป็นคดีผู้บริโภคก็สามารถบัญญัติเป็นข้อยกเว้นไว้ในตอนท้ายของมาตรา 3 จะทำให้ไม่ต้องเสียเวลาส่งให้ประธานศาลอุทธรณ์เป็นผู้วินิจฉัยว่าคดีดังกล่าวเป็นคดีผู้บริโภคหรือไม่ และการบังคับใช้กฎหมายมีความชัดเจนมากขึ้น

5.2.2 การมีระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์

การมีระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ เพื่อเยียวยาให้ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐได้รับการชดเชยอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม ซึ่งระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ได้มีอยู่แล้วในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพียงแต่ยังไม่ครอบคลุมประชาชนทุกคน ในทางกลับกันส่งผลให้แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐจะได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เฉพาะผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หากเป็นผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ หรือสิทธิประการอื่นแล้วแพทย์ต้องรับความเสี่ยงในการถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทางแพ่งเอง ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคทั้งประชาชนผู้ใช้บริการและแพทย์ผู้ให้บริการ ซึ่งในขณะนี้ได้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. โดยร่างกฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดให้มีกองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขเพื่อจ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยให้แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ทุกคนโดยไม่คำนึงว่าผู้นั้นจะมีสิทธิรักษาพยาบาลอย่างไร วงเงินที่จ่ายตามร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. จะมีได้มีเพดานจำกัดดังเช่นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายมากยังไม่ได้รับความช่วยเหลือเท่าที่ควร จึงได้ฟ้องร้องเพื่อขอค่าชดเชยความเสียหายดังกล่าว นอกจากนี้ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ยังสามารถใช้ทั้งแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน โปรดดูรายละเอียด “ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.” ที่ปรากฏในภาคผนวก

5.2.3 การจัดให้มีระบบไกล่เกลี่ยข้อพิพาทระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐกับผู้รับบริการทางการแพทย์

การระงับข้อพิพาทระหว่างแพทย์และผู้ป่วยนอกจากวิธีการฟ้องคดีแล้วซึ่งเป็นการระงับแบบเป็นทางการ ยังมีการระงับข้อพิพาทแบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ การเจรจาต่อรอง การไกล่เกลี่ยข้อพิพาท การเอื้อเพื่อออกมชอม และการอนุญาโตตุลาการ ระบบที่ศาลแนะนำให้คู่ความใช้มากที่สุดก็คือการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท

การไกล่เกลี่ยข้อพิพาท คือ การที่คู่พิพาทตกลงยินยอมให้บุคคลที่ 3 ซึ่งเป็นคนกลางที่มีความเป็นอิสระและเป็นกลาง แต่ไม่มีอำนาจชี้ขาดข้อพิพาททำการช่วยเหลือในการเจรจาไกล่เกลี่ยข้อพิพาทให้ทั้งสองฝ่ายยอมลดหย่อนผ่อนปรนให้แก่กันจนกระทั่งสามารถตกลงกันได้ และเนื่องจากข้อพิพาททางการแพทย์มีลักษณะไม่เหมือนข้อพิพาททางแพ่งทั่วไป แพทย์ที่เป็นคู่กรณีมักตกเป็นจำเลยและถูกพิพากษาโดยสังคม ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของแพทย์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย หากแพทย์จ่ายค่าชดเชยให้แก่ผู้ป่วยก็มักถูกกล่าวหาหรือยอมรับว่าเป็นฝ่ายผิด หากแพทย์ไม่จ่ายค่าชดเชยให้แก่ผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยยอมไม่พอใจและในที่สุดก็นำมาสู่การฟ้องร้องคดี ดังนั้น หากมีการไกล่เกลี่ยแล้วจะเป็นการสร้างสำนึกและช่วยเหลือจนเจือซึ่งกันและกัน และผู้ป่วยหรือญาติจะได้ทราบข้อเท็จจริงหรือความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น ผู้ไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางการแพทย์จึงควรเป็นผู้มีความรู้หรือประสบการณ์ทางการแพทย์ประกอบด้วย จะทำให้เข้าใจปัญหาข้อพิพาทได้ดี การไกล่เกลี่ยข้อพิพาทจะสามารถใช้ได้กับแพทย์ทุกคนไม่ว่าจะปฏิบัติงานในหน่วยงานใด และผลของการไกล่เกลี่ยที่สำเร็จก็ไม่จำเป็นว่าแพทย์ต้องจ่ายเงินค่าชดเชยทุกกรณีดังเช่นการฟ้องร้องต่อศาล โดยอาจกำหนดเป็นสิทธิประโยชน์ในด้านอื่น ๆ เช่น สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี เป็นต้น

นอกจากนี้ การพัฒนาและรับรองคุณภาพของแพทย์และโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ควรกระทำไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน เพราะหากโรงพยาบาลและแพทย์มีการพัฒนาระบบและรับรองคุณภาพจะลดความเสี่ยงในการดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน แพทย์หรือผู้บริหารจะได้ทราบปัญหาว่าโรงพยาบาลมีแพทย์ หรือกำลังคนเพียงพอหรือไม่และนำไปแก้ไขปรับปรุง สุดท้ายคือเพื่อประชาชนจะได้รับความอุ่นใจและไว้วางใจในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กิตติศักดิ์ ปรกิติ , กฎหมายสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภค , ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในระบบบริการสาธารณสุขตามรัฐธรรมนูญ 2540, เอกสารประกอบการประชุมนิติศาสตร์แห่งชาติ วันที่ 14 – 15 กันยายน 2543.

กระทรวงสาธารณสุขและโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย – สหภาพยุโรป (Health Care Reform Project). เอกสารเพื่อทำความเข้าใจและใช้ประกอบการร่วมแสดงความคิดเห็นต่อการจัดทำร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ .ศ. “ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่เพ่งโทษ ตัวบุคคล และไม่พิสูจน์ความผิด (No-fault or no-blame liability compensation system)”. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)

จรัญ โฆษณานันท์ . สิทธิมนุษยชนไร้พรมแดน ปรัชญากฎหมายและความเป็นจริงทางสังคม . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์นิติธรรม, 2545.

ฉันทนา ผดุงทศ คณินิจ นิชานนท์ และภัทรินทร์ คณะมี. ชั่วโมงการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข : 16,4, 2550, หน้า 493-501.

ชาญณรงค์ ปราณจิตต์ . คำอธิบายพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ .ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานศาลยุติธรรม, 2551.

ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ . สิทธิมนุษยชน รั้งกับการสาธารณสุขในสังคมไทย . กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.

เชิดชู อริยศรีวัฒนา. ผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล. วงการแพทย์ : 16-30 มิถุนายน, 2551, หน้า 28-29.

ดารุณีย์ แก้วสว่าง . การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา โรงพยาบาลราชบุรี . วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชา การบริหารและนโยบาย สวัสดิการสังคม คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2551.

ธานีศ เกศพิทักษ์ . กฎหมายวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค ตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 . กรุงเทพมหานคร : บริษัทยูเนี่ยน อุลตราไวโอเล็ต จำกัด, 2552.

ธารินี ปกาสิทธิ์ . การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข . วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชา การบริหารและนโยบาย สวัสดิการสังคม คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2546.

นันทวัฒน์ บรมานันท์ . บริการสาธารณสุขในกฎหมายปกครองฝรั่งเศส . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์นิติธรรม, 2541.

นันทวัฒน์ บรมานันท์ . หลักกฎหมายปกครองเกี่ยวกับบริการสาธารณสุข . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2543.

ปกรณ อังศุสิงห์ . หลักการและนโยบายการสังคมสงเคราะห์ . กรุงเทพฯ : ศรีไทยการพิมพ์, 2511.

ปิติพร จันทรรัตน์ อยุธยา . บริการสาธารณสุขกับการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ . กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ, 2546.

ปิยะมิตร ศรีธรา . ผลกระทบของการฟ้องร้องแพทย์ต่อระบบบริการสุขภาพของประชาชน . หลักสูตรผู้บริหารกระบวนการยุติธรรมระดับสูง (บ.ย.ส.) รุ่นที่ 12 วิทยาลัยการยุติธรรม, สำนักงานศาลยุติธรรม.

ปัทพงษ์ เกษสมบุญ และอนุพงษ์ สุจริยากุล . นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ . กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.

เพ็ญจันทร์ คล้ายเอี่ยม . ความรับผิดชอบในสัญญาให้บริการด้านการแพทย์ . วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2552.

ไพศาล ลิ้ม สกิต . รายงานฉบับสมบูรณ์ “การศึกษาวิเคราะห์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.
2550.” สถาบันพระปกเกล้า, 2550.

มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ . บริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข .
กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัย, 2549.

มีนวรา ตันติภาคย์ . ระบบการชดเชยความเสียหายจากการใช้บริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องรับผิดชอบ .
วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจ
บัณฑิตย์, 2551.

ระพีพรรณ คำหอม . การพิทักษ์สิทธิ . กรุงเทพมหานคร : พริกหวาน กราฟฟิค จำกัด, 2549.

รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ , ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย และธนเสฏฐ์ กุลจิรมากันต์ . กลไกการชดเชยความ
เสียหายจากบริการสุขภาพ(รายงานวิจัย) . พิษณุโลก : ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรม
ทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย, 2550.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ , แสง บุญเฉลิมวิภาส , เอนก ยมจินดา , วีรวรรณ บุญทริก และอภิวัน อิศร .
การศึกษาค้นคว้าหาการฟ้องร้องคดี เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย .
กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์, 2544.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ . จากจรรยาแพทย์มาถึงยุคชีวจริยศาสตร์ . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน
, 2548.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ . คำอธิบายพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ .ศ. 2525 . กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2551.

วันเพ็ญ ทรัพย์สงเสริม . การจัดระบบองค์การมหาชนอิสระในกระบวนการจัดทำบริการสาธารณะในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท ศึกษาศาสตร์ สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2539.

วินัย หนูโท. คำอธิบายวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค. กรุงเทพมหานคร : ,2552.

ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ . พ.ร.บ. ความรับผิดของเจ้าหน้าที่กับปัญหาในเวชปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,2548.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ . เจตนารมณ์เรียงมาตรา พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน,2546.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย . การวิเคราะห์ผลกระทบและประเมินผลของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2550.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข . วิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เดือนตุลา,2549.

สุเทพ เชาวลิต. สวัสดิการสังคม. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์,2527.

สมชาย สุขสิริเสรีกุล . เศรษฐศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2551.

สมชาย สุขสิริเสรีกุล. ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ . วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข . : 4,12,2539,หน้า 322-327.

สมหญิง สายธนู รัชต์ ตั้งศิริพัฒน์ วงเดือน จินดาวัฒนะ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร . การจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข : 12, 2546, หน้า 876-888.

สารวจน์ เกษมถาวรศิลป์. ฟ้องหมอ (ให้ติดคุก) ทำไม? กรุงเทพมหานคร : บจก.สร้างสรรค์บุ๊คส์.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส , สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ , สุมาลี หวังวีรวงศ์ และเอนก ยมจินดา . เรื่องยุ่ง ... ที่
ควรรู้. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล,2543.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. กฎหมายและข้อควรระวังของแพทย์ พยาบาล. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์
วิญญูชน,2551.

สำนักกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร . เจตนารมณ์รัฐธรรมนูญแห่ง
ราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. กรุงเทพมหานคร : วุฒิสภา.

สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และข้อบังคับแพทย
สภา. ครั้งที่ 4. สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา, 2544

สปรส. 99 ความคิดกัลยาณมิตรปฏิรูปสุขภาพ. กรุงเทพฯ : อุษากการพิมพ์,2550.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ . การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ. สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข, 2543.

หทัยชนก สุมาลี . แนวทางการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ให้และผู้รับบริการจากการบริการทาง
การแพทย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาาม habัณชิต , สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการ
สังคม คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2552.

อนันต์ พัยค์พันธ์. รัฐสวัสดิการตัวอย่างในอังกฤษ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียร์บุ๊คส์,2518.

อัจฉรา วีระชาติ. สิทธิผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาาม habัณชิต , สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.

ภาษาอังกฤษ

John M.Gilmour. Patient safety , Medical Error and Tort Law An International Comparison.
2006.

Kenneth R.Redden. Punitive Damages. Charlottesville Michle, 1980.

Philip S.James. General Principle of the Law of Tort. Forth Edition . London : Butterworth,
1976.

Puteri Nemie bt. And Jahn Kassim. Mediating medical negligence claims in Malasia : an
option for reform. International Islamic University Malaysia.



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ร่างฯ ที่ สคก. ตรวจสอบแล้ว
เรื่องเสร็จที่ ๗๔๐/๒๕๕๒

บันทึกหลักการและเหตุผล
ประกอบร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข
พ.ศ.

หลักการ

ให้มีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

เหตุผล

โดยที่ปัจจุบันความเสียหายจากการบริการสาธารณสุขยังไม่ได้รับการแก้ไข
เยียวยาอย่างเป็นระบบให้ทันทั่วถึง ทำให้มีการฟ้องร้องผู้ให้บริการสาธารณสุขทั้งทางแพ่ง
และอาญา และทำให้ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสาธารณสุขเปลี่ยนไปจากเดิม
อันส่งผลร้ายมายังผู้รับและผู้ให้บริการสาธารณสุข ตลอดจนกระทบถึงการประกอบวิชาชีพ
ทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงระบบบริการสาธารณสุขด้วย สมควรจะได้แก้ปัญหา
ดังกล่าวเพื่อให้ผู้ได้รับความเสียหายจากการบริการสาธารณสุขได้รับการแก้ไขเยียวยาโดยรวดเร็ว
และเป็นธรรมโดยการจัดตั้งกองทุนเพื่อชดเชยความเสียหายให้แก่ผู้เสียหาย ส่งเสริมให้มีการ
ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทและเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสาธารณสุข
จัดให้มีการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายจากการบริการสาธารณสุข
ทั้งให้ศาลอาจใช้ดุลพินิจในการลงโทษหรือไม่ลงโทษผู้ให้บริการสาธารณสุขในกรณีที่ถูกฟ้อง
คดีอาญาข้อหากระทำการโดยประมาทด้วย จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

ฉบับที่ผ่านการตรวจพิจารณา
ของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ การประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การประกอบวิชาชีพทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทันตกรรม การประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพกายภาพบำบัด การประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ การประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม หรือการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด และให้รวมถึงการให้บริการอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

“สำนักงาน” หมายความว่า กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจออกกฎกระทรวง ระเบียบ และประกาศ เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ กฎกระทรวง ระเบียบ และประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้

หมวด ๑

การคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข

มาตรา ๕ ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยจากกองทุนตามพระราชบัญญัตินี้ โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด

มาตรา ๖ บทบัญญัติในมาตรา ๕ มิให้ใช้บังคับในกรณีดังต่อไปนี้

- (๑) ความเสียหายที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรคนั้น แม้มีการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ
 - (๒) ความเสียหายซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ
 - (๓) ความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ไม่มีผลกระทบต่อชีวิตตามปกติ
- ทั้งนี้ คณะกรรมการอาจประกาศกำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมภายใต้หลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นได้

หมวด ๒

คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

— มาตรา ๗ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่า “คณะกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข” ประกอบด้วย

— (๑) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ

(๒) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ

(๓) ผู้แทนสถานพยาบาล จำนวนสามคน

(๔) ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพ จำนวนสามคน

(๕) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนห้าคนซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ สื่อสารมวลชน สิทธิมนุษยชน และการเจรจาไกล่เกลี่ยสาธารณสุขด้านละหนึ่งคน

การคัดเลือกและแต่งตั้งกรรมการตามวรรคหนึ่ง (๓) (๔) และ (๕) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

— ให้อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของสำนักงานจำนวนไม่เกินสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา ๘ กรรมการตามมาตรา ๗ วรรคหนึ่ง (๓) (๔) และ (๕) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับคัดเลือกหรือแต่งตั้งใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้

เมื่อครบกำหนดตามวาระในวรรคหนึ่ง หากยังมีได้มีการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการขึ้นใหม่ ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับคัดเลือกหรือได้รับแต่งตั้งเข้ารับหน้าที่ แต่ต้องไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันที่กรรมการพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลงและให้ผู้ได้รับคัดเลือกหรือได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

ในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน จะไม่ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ และในการนี้ให้คณะกรรมการประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

มาตรา ๙ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระตามมาตรา ๘ วรรคหนึ่ง
กรรมการตามมาตรา ๗ วรรคหนึ่ง (๓) (๔) และ (๕) พ้นจากตำแหน่งเมื่อ

- (๑) ตาย
- (๒) ลาออก
- (๓) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๔) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- (๕) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิด
ที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๖) รัฐมนตรีให้ออกเพราะบกพร่องหรือไม่สุจริตต่อหน้าที่ หรือหย่อน
ความสามารถ

มาตรา ๑๐ คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดนโยบายและมาตรการเพื่อคุ้มครองผู้เสียหาย พัฒนาระบบ
ความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย และการสนับสนุนการไกล่เกลี่ยและการส่งเสริม
ความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

(๒) กำหนดประกาศการจ่ายเงินสมทบกองทุนตามมาตรา ๒๑

(๓) กำหนดระเบียบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการบริหารกองทุน
ตามมาตรา ๒๓ รวมทั้งระเบียบเกี่ยวกับค่าพาหนะ ค่าเช่าที่พัก และค่าป่วยการตามมาตรา ๑๔
วรรคสอง

(๔) กำหนดระเบียบเกี่ยวกับการยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหายตามมาตรา ๒๕
ระเบียบการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา ๒๙ และระเบียบการจ่ายเงินชดเชยตาม
มาตรา ๓๒

(๕) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการอุทธรณ์และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์
ตามมาตรา ๒๘ และมาตรา ๓๑

(๖) กำหนดระเบียบเกี่ยวกับการทำสัญญาประนีประนอมยอมความตามมาตรา ๓๓
และการดำเนินการไกล่เกลี่ย การทำสัญญาประนีประนอมยอมความ และคำตอบแทนของ
ผู้ไกล่เกลี่ยตามมาตรา ๓๙

(๗) จัดประชุมรับฟังความเห็นของสถานพยาบาลและผู้รับบริการสาธารณสุข
เพื่อรับทราบปัญหาข้อเสนอนะในการส่งเสริมและพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกัน
ความเสียหาย รวมทั้งการไกล่เกลี่ยและการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

(๘) กำหนดนโยบายการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงาน
ของสำนักงาน

(๙) จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ไกล่เกลี่ยตามมาตรา ๓๙ โดยคัดเลือกจากบุคคล
ที่มีความรู้ความเข้าใจ หรือมีประสบการณ์เหมาะสมกับการทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยข้อพิพาท
สาธารณสุข

(๑๐) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสนับสนุนการใกล้เคียง และการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุขและพิจารณาอนุมัติเงินกองทุน เพื่อใช้จ่ายในการสนับสนุนกิจกรรมตามมาตรา ๕๓

(๑๑) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็น อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหรือตามที่คณะกรรมการรัฐมนตรีมอบหมาย

ในการปฏิบัติหน้าที่ตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจมอบหมายหรือมอบอำนาจ ให้สำนักงานเป็นผู้ดำเนินการแทนได้

มาตรา ๑๑ การประชุมคณะกรรมการ ต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่า ึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุม หรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่ง ในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่ง เป็นเสียงชี้ขาด

ในการประชุม ถ้ามีการพิจารณาเรื่องที่ประธานกรรมการหรือกรรมการผู้ใด มีส่วนได้เสีย ประธานกรรมการหรือกรรมการผู้นั้นมีหน้าที่แจ้งให้คณะกรรมการทราบและมีสิทธิ เข้าชี้แจงข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้นแต่ไม่มีสิทธิเข้าร่วมประชุมและ ลงคะแนนเสียง

วิธีการประชุมและการมีส่วนได้เสียซึ่งประธานกรรมการหรือกรรมการมีหน้าที่ ต้องแจ้ง ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๑๒ คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ ตามพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย ดังนี้

(๑) คณะอนุกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา ๒๗ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข และด้านการคุ้มครอง ผู้บริโภค ด้านละหนึ่งคน และผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการสาธารณสุข ฝ่ายละ หนึ่งคน

(๒) คณะอนุกรรมการประเมินเงินชดเชยตามมาตรา ๓๐ ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านละหนึ่งคน

(๓) คณะอนุกรรมการอื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร
หลักเกณฑ์และวิธีการการได้มา วาระการดำรงตำแหน่ง การพ้นจากตำแหน่ง และเขตพื้นที่รับผิดชอบของคณะอนุกรรมการตามวรรคหนึ่ง (๑) และ (๒) ให้เป็นไปตามที่ คณะกรรมการกำหนด

ประธานคณะกรรมการตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการแต่ละคณะเลือกกันเอง

ให้อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพหรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมอบหมายแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ในสำนักงานหรือเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี เป็นฝ่ายเลขานุการ

ในการแต่งตั้งคณะกรรมการตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจแต่งตั้งมากกว่าหนึ่งคณะก็ได้

ให้นำมาตรา ๑๑ มาใช้บังคับกับการประชุม วิธีการประชุม และการมีส่วนได้เสียของคณะกรรมการและอนุกรรมการโดยอนุโลม

มาตรา ๑๓ ให้มีคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้ง ประกอบด้วยประธานกรรมการหนึ่งคน และกรรมการอื่นซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านละหนึ่งคน และผู้แทนสถานพยาบาลและผู้แทนผู้รับบริการสาธารณสุข ฝ่ายละหนึ่งคน การแต่งตั้งฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ ให้นำมาตรา ๑๒ วรรคสี่ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

หลักเกณฑ์และวิธีการการได้มาและเขตพื้นที่รับผิดชอบของคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ในการแต่งตั้งคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ รัฐมนตรีอาจแต่งตั้งมากกว่าหนึ่งคณะก็ได้

ให้นำมาตรา ๑๑ มาใช้บังคับกับการประชุม วิธีการประชุม และการมีส่วนได้เสียของคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์และกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์โดยอนุโลม

มาตรา ๑๔ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์มีอำนาจหน้าที่พิจารณาและวินิจฉัยอุทธรณ์ตามมาตรา ๒๔ และมาตรา ๓๑

มาตรา ๑๕ ให้กรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์อยู่ในตำแหน่งคราวละสามปี กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้แต่จะแต่งตั้งติดต่อกันเกินสองวาระไม่ได้

ให้นำมาตรา ๙ มาใช้บังคับกับคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ด้วยโดยอนุโลม

มาตรา ๑๖ ให้ประธานกรรมการ กรรมการ ประธานกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ กรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ ประธานอนุกรรมการ หรืออนุกรรมการ ได้รับเบี้ยประชุม ค่าพาหนะ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่พัก และประโยชน์ตอบแทนอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

มาตรา ๑๗ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้ประธานกรรมการ กรรมการ ประธานกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ กรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ ประธานอนุกรรมการ หรืออนุกรรมการ เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

มาตรา ๑๘ ให้คณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ หรือ คณะอนุกรรมการมีอำนาจสั่งให้สถานพยาบาล ผู้เสียหายหรือทายาท บุคคล หน่วยงาน หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องทำหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง หรือมาให้ถ้อยคำด้วยตนเอง หรือส่งข้อมูล หรือเอกสารหลักฐานตามกำหนดเวลาที่เห็นสมควร

ให้บุคคลที่มาให้ถ้อยคำด้วยตนเองตามวรรคหนึ่งได้รับค่าพาหนะ ค่าเช่าที่พัก และค่าพยาบาล ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดโดยความเห็นชอบ ของกระทรวงการคลัง

มาตรา ๑๙ ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นสำนักงานเลขานุการ ของคณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์และคณะอนุกรรมการ และมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (๑) รับและตรวจสอบคำขอรับเงินค่าเสียหายและคำอุทธรณ์ตามพระราชบัญญัตินี้
- (๒) ประสานงานกับสถานพยาบาลเพื่อให้ส่งเวชระเบียนของผู้เสียหายหรือ ข้อมูล เอกสารและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ให้คณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ หรือคณะอนุกรรมการตามมาตรา ๑๘
- (๓) ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ องค์กร หรือบุคคลใด ๆ เพื่อขอทราบ ข้อเท็จจริงหรือความเห็นเพื่อประกอบการพิจารณาในการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้
- (๔) รับ จ่าย และเก็บรักษาเงินและทรัพย์สินของกองทุนเพื่อปฏิบัติการ ตามพระราชบัญญัตินี้
- (๕) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้ และวิธีป้องกันความเสียหายเพื่อเผยแพร่ต่อสาธารณชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- (๖) สนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรการส่งเสริมพัฒนาระบบความปลอดภัย และป้องกันความเสียหาย รวมทั้งการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข
- (๗) มอบให้หน่วยงานของรัฐ องค์กร หรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจ หน้าที่ของสำนักงานตามพระราชบัญญัตินี้
- (๘) จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน ของคณะกรรมการ คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ คณะอนุกรรมการ และสำนักงาน เพื่อเผยแพร่ ต่อสาธารณชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- (๙) ประชาสัมพันธ์และแจ้งผู้ยื่นคำขอและประชาชนทั่วไปเพื่อความเข้าใจ หลักการและเหตุผล ขั้นตอน วิธีการ และเงื่อนไขการใช้สิทธิตามพระราชบัญญัตินี้
- (๑๐) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

หมวด ๓

กองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

มาตรา ๒๐ ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงาน เรียกว่า “กองทุนสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข” โดยมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

- (๑) เพื่อจ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาท
- (๒) เพื่อชำระค่าสินไหมทดแทนตามคำพิพากษาตามมาตรา ๓๔ และมาตรา ๓๕
- (๓) เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนหรือส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายตามแผนงานที่คณะกรรมการอนุมัติ และ
- (๔) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการพัฒนาาระบบการไกล่เกลี่ยและการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

คณะกรรมการอาจจัดสรรเงินจากกองทุนที่ได้รับจากเงินที่สถานพยาบาลจ่ายสมทบและเงินที่รัฐบาลอุดหนุน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายตามมาตรา ๑๖ และมาตรา ๑๘ และเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารของสำนักงานในส่วนที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัตินี้ ตามความจำเป็นได้แต่ไม่เกินร้อยละสิบต่อปีของจำนวนเงินดังกล่าว

มาตรา ๒๑ สถานพยาบาลต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราที่คณะกรรมการประกาศกำหนด ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงขนาดของสถานพยาบาล จำนวนผู้รับบริการสาธารณสุข ความถี่หรือความรุนแรงของการเกิดความเสียหาย การประชาสัมพันธ์ และการแจ้งให้ผู้รับบริการสาธารณสุขทราบเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามพระราชบัญญัตินี้ การประสานงานเพื่อให้ผู้เสียหายหรือทายาทยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้ การสนับสนุนการไกล่เกลี่ยและการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข และการพัฒนาาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย

หากสถานพยาบาลไม่ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนหรือส่งภายหลังระยะเวลาที่กำหนด หรือส่งเงินไม่ครบตามจำนวนที่ต้องส่ง ให้เสียเงินเพิ่มในอัตราร้อยละสองต่อเดือนของจำนวนเงินที่ไม่ส่งหรือส่งภายหลังระยะเวลาที่กำหนดหรือจำนวนเงินที่ส่งขาดไป แล้วแต่กรณี นับแต่วันครบกำหนดส่งจนถึงวันที่ส่งเงินสมทบเข้ากองทุน

การคำนวณเงินเพิ่มตามวรรคสอง เศษของเดือนให้คำนวณเป็นรายวัน สถานพยาบาลใดไม่จ่ายเงินสมทบตามวรรคหนึ่งหรือไม่เสียเงินเพิ่มตามวรรคสอง ให้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองมาใช้บังคับ และในกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการบังคับ ให้อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีอำนาจฟ้องคดีต่อศาลปกครองเพื่อบังคับชำระเงินดังกล่าว ในการนี้ถ้าศาลปกครองเห็นว่าการให้ชำระเงินนั้นชอบด้วยกฎหมาย ก็ให้ศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษาและบังคับคดีให้มีการยึดหรืออายัดทรัพย์สินเพื่อให้ชำระเงินนั้นได้

มาตรา ๒๒ กองทุนประกอบด้วย

- (๑) เงินที่โอนมาจากเงินตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ
 - (๒) เงินที่สถานพยาบาลจ่ายสมทบ
 - (๓) เงินอุดหนุนจากรัฐบาล
 - (๔) เงินเพิ่มตามมาตรา ๒๑ วรรคสอง
 - (๕) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้กองทุน
 - (๖) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน
- เงินและทรัพย์สินตามวรรคหนึ่งไม่ต้องส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน
- ในการเสนอขอรับเงินอุดหนุนตามวรรคหนึ่ง (๓) ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการจัดทำคำขอต่อคณะรัฐมนตรี

มาตรา ๒๓ ให้สำนักงานเก็บรักษาเงินและทรัพย์สินของกองทุนและดำเนินการเบิกจ่ายเงินกองทุนตามพระราชบัญญัตินี้

การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการบริหารกองทุน ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

มาตรา ๒๔ ภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ ให้คณะกรรมการเสนองบการเงินและรายงานการรับจ่ายเงินของกองทุนในปีที่ล่วงมาซึ่งสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินหรือบุคคลภายนอกตามที่คณะกรรมการแต่งตั้งด้วยความเห็นชอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบและรับรองแล้วต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ

งบการเงินและรายงานการรับจ่ายเงินดังกล่าว ให้รัฐมนตรีเสนอต่อนายกรัฐมนตรีเพื่อนำเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ และจัดให้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา

หมวด ๔

การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชย

มาตรา ๒๕ ผู้เสียหายอาจยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้ต่อสำนักงานหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่สำนักงานกำหนด ภายในสามปีนับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายและรู้ตัวผู้ให้บริการสาธารณสุขซึ่งก่อให้เกิดความเสียหาย แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินสิบปีนับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหาย

ในกรณีที่ผู้เสียหายถึงแก่ชีวิต เป็นผู้ไร้ความสามารถ หรือไม่สามารถยื่นคำขอด้วยตนเองได้ บิดามารดา คู่สมรส ทายาท หรือผู้อนุบาล หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใดซึ่งได้รับมอบหมายเป็นหนังสือจากผู้เสียหาย แล้วแต่กรณี อาจยื่นคำขอตามวรรคหนึ่งได้

การยื่นคำขอตามมาตรานี้จะกระทำด้วยวาจาหรือเป็นหนังสือก็ได้ ทั้งนี้ ตามวิธีการรูปแบบ และรายละเอียดที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

มาตรา ๒๖ เมื่อมีการยื่นคำขอตามมาตรา ๒๕ ภายในอายุความทางแพ่งในมูลละเมิดอันเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ให้อายุความนั้นระงับอยู่ไม่นับในระหว่างนั้นจนกว่าการพิจารณาคำขอเงินชดเชยนั้นจะถึงที่สุดหรือมีการยุติการพิจารณาคำขอตามมาตรา ๓๔ วรรคหนึ่ง

มาตรา ๒๗ ให้สำนักงานหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่สำนักงานกำหนดแล้วแต่กรณี ส่งคำขอตามมาตรา ๒๕ ให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่รับคำขอ และให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นวินิจฉัยคำขอให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่รับคำขอ หากคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นเห็นว่าเป็นผู้เสียหายตามมาตรา ๕ และไม่อยู่ในบังคับตามมาตรา ๖ ให้วินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาท

ในกรณีที่มิได้เหตุจำเป็น ให้ขยายระยะเวลาการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นออกไปได้ไม่เกินสองครั้ง ครั้งละไม่เกินสิบห้าวัน แต่ต้องบันทึกเหตุผลและความจำเป็นในการขยายระยะเวลาทุกครั้งไว้ด้วย หากการพิจารณายังไม่แล้วเสร็จภายในกำหนดเวลาที่ขยายดังกล่าวให้ถือว่าคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาท

คำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่วินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้เป็นที่สุด

มาตรา ๒๘ หากคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีคำวินิจฉัยไม่รับคำขอ ให้ส่งเรื่องให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์และแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอทราบโดยเร็วในการนี้ ผู้ยื่นคำขออาจเสนอข้อมูลหรือเอกสารเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ก็ได้

ให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์พิจารณาให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่รับเรื่องอุทธรณ์ ถ้ายังพิจารณาไม่แล้วเสร็จให้ขยายระยะเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน เมื่อคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์วินิจฉัยรับคำขอ ให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์พิจารณากำหนดจำนวนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นด้วย

คำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ให้เป็นที่สุด

มาตรา ๒๙ การพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นของคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นและคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

มาตรา ๓๐ ให้คณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ แล้วแต่กรณี ส่งคำขอให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่มิได้คำวินิจฉัยหรือถือว่ามีคำวินิจฉัยให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา ๒๗ หรือนับแต่วันที่คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์มีคำวินิจฉัยให้รับคำขอตามมาตรา ๒๘

ให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยพิจารณาจ่ายเงินชดเชยโดยคำนึงถึงหลักการเกี่ยวกับการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

ให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยวินิจฉัยคำขอให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ได้รับเรื่องจากคณะกรรมการพิจารณาให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นหรือคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ แล้วแต่กรณี ในกรณีที่มีเหตุจำเป็น ให้ขยายระยะเวลาออกไปได้ไม่เกินสองครั้ง ครั้งละไม่เกินสิบห้าวัน แต่ต้องบันทึกเหตุผลและความจำเป็นในการขยายระยะเวลาทุกครั้งไว้ด้วย

มาตรา ๓๑ หากผู้ยื่นคำขอไม่เห็นด้วยกับจำนวนเงินชดเชยที่คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยได้วินิจฉัย ผู้ยื่นคำขอมีสិทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำวินิจฉัยของคณะกรรมการประเมินเงินชดเชย โดยยื่นอุทธรณ์ต่อสำนักงาน และให้สำนักงานส่งคำอุทธรณ์ให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่รับคำอุทธรณ์

ให้คณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์พิจารณาให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่รับคำอุทธรณ์ ถ้ายังพิจารณาไม่แล้วเสร็จให้ขยายระยะเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน คำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ให้เป็นที่สุด

มาตรา ๓๒ การพิจารณาและการจ่ายเงินชดเชยตามคำวินิจฉัยของคณะกรรมการประเมินเงินชดเชยและคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาทให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

มาตรา ๓๓ เมื่อผู้เสียหายหรือทายาทตกลงยินยอมรับเงินชดเชย ให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายและผู้เสียหายจัดทำสัญญาประนีประนอมยอมความ ทั้งนี้ ตามวิธีการ รูปแบบ และรายละเอียดที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

มาตรา ๓๔ ในกรณีที่คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยหรือคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์ได้กำหนดจำนวนเงินชดเชยแล้ว หากผู้เสียหายหรือทายาทไม่ตกลงยินยอมรับเงินชดเชยและได้ฟ้องผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายเป็นคดีต่อศาล ให้สำนักงานยุติการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ และผู้เสียหายหรือทายาทไม่มีสิทธิที่จะยื่นคำขอตามพระราชบัญญัตินี้

หากศาลได้มีคำพิพากษาหรือคำสั่งถึงที่สุดให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายชดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหาย ให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยพิจารณาว่าจะจ่ายเงินจากกองทุนเพื่อชดเชยค่าสินไหมทดแทนตามคำพิพากษาหรือไม่เพียงใด ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

หากศาลได้มีคำพิพากษาหรือคำสั่งถึงที่สุดยกฟ้องโดยไม่ได้วินิจฉัยว่าผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายไม่ต้องรับผิด คณะกรรมการอาจพิจารณาจ่ายค่าเสียหายให้แก่ผู้เสียหายหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๓๕ ในกรณีที่ผู้เสียหายหรือทายาทได้นำเหตุแห่งความเสียหายฟ้องคดีต่อศาลเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหาย โดยได้ขอรับเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้ด้วย ทั้งนี้ ไม่ว่าจะขอรับเงินค่าเสียหายก่อนหรือหลังฟ้องคดี ให้ดำเนินการให้มีการพิจารณาเฉพาะการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายหรือทายาทเท่านั้น และเมื่อศาลมีคำพิพากษาหรือคำสั่งถึงที่สุดแล้ว ให้นำความในมาตรา ๓๔ วรรคสองและวรรคสาม มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา ๓๖ ในกรณีที่มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหายแล้ว หากศาลมีคำพิพากษาหรือคำสั่งถึงที่สุดให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายชดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหาย ให้หักเงินช่วยเหลือเบื้องต้นออกจากค่าสินไหมทดแทนด้วย

มาตรา ๓๗ ในกรณีที่มีความเสียหายปรากฏขึ้นภายหลังการทำสัญญา ประนีประนอมยอมความตามมาตรา ๓๓ โดยผลของสารที่สะสมอยู่ในร่างกายของผู้เสียหายหรือเป็นกรณีที่ต้องใช้เวลาในการแสดงอาการ ให้ผู้เสียหายมีสิทธิยื่นคำขอรับเงินชดเชยตามพระราชบัญญัตินี้ภายในสามปีนับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายและรู้ตัวผู้ให้บริการสาธารณสุขซึ่งก่อให้เกิดความเสียหาย แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินสิบปีนับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายที่ปรากฏขึ้นภายหลัง ในกรณีเช่นว่านี้ ให้สำนักงานหรือหน่วยงานหรือองค์กรที่สำนักงานกำหนด แล้วแต่กรณี ส่งคำขอดังกล่าวให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่ได้รับคำขอ โดยให้นำมาตรา ๓๐ มาตรา ๓๑ มาตรา ๓๒ และมาตรา ๓๓ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

หมวด ๕

การไกล่เกลี่ยและการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข

มาตรา ๓๘ หากผู้เสียหายและผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายตกลงให้ใช้วิธีการไกล่เกลี่ย ให้สำนักงานดำเนินการให้มีการไกล่เกลี่ยเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างกันหรือเพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันในเรื่องอื่นนอกเหนือจากเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้

การไกล่เกลี่ยตามวรรคหนึ่งจะดำเนินการก่อนหรือภายหลังผู้เสียหายได้ยื่นคำขอรับเงินค่าเสียหายตามมาตรา ๒๕ หรือหลังจากการพิจารณาคำขอรับเงินค่าเสียหายเสร็จแล้วก็ได้

มาตรา ๓๙ ในการไกล่เกลี่ย ผู้เสียหายและผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายมีสิทธิร่วมกันเลือกผู้ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยคนเดียวหรือหลายคนตามที่ตกลงกันจากบัญชีรายชื่อที่คณะกรรมการหรือหน่วยงานหรือองค์กรเอกชนอื่นได้จัดทำไว้หรือบุคคลอื่นใดที่ผู้เสียหายและผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายเห็นสมควรร่วมกัน เป็นผู้ไกล่เกลี่ย และให้สำนักงานแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของสำนักงานเพื่ออำนวยความสะดวกและให้ข้อมูลในการไกล่เกลี่ยด้วย

การไกล่เกลี่ยให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยเร็วซึ่งอย่างช้าต้องไม่เกินสามสิบวัน นับแต่วันที่มีการแต่งตั้งผู้ไกล่เกลี่ย หากมีเหตุจำเป็นไม่อาจไกล่เกลี่ยให้แล้วเสร็จภายในกำหนดเวลาดังกล่าว อาจขยายระยะเวลาได้อีกไม่เกินสองครั้ง ครั้งละไม่เกินสามสิบวัน แต่ทั้งนี้ผู้เสียหายหรือผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายมีสิทธิที่จะยุติการไกล่เกลี่ยเสียเมื่อใดก็ได้

หากผู้เสียหายกับผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายสามารถตกลงร่วมกันในเรื่องอื่นนอกเหนือจากเงินค่าเสียหายตามพระราชบัญญัตินี้ ให้บุคคลดังกล่าวร่วมกันทำสัญญาประนีประนอมยอมความเพื่อให้มีผลผูกพันทั้งสองฝ่ายในเรื่องดังกล่าว หลักเกณฑ์ วิธีการ และรูปแบบของการไกล่เกลี่ย สัญญาประนีประนอมยอมความ และคำตอบแทนของผู้ไกล่เกลี่ย ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๔๐ เมื่อมีการไกล่เกลี่ยตามมาตรา ๓๘ ให้อายุความฟ้องร้องคดีแพ่งสะดุดหยุดอยู่ไม่นับในระหว่างนั้นจนกว่ามีการยุติการไกล่เกลี่ย

มาตรา ๔๑ ห้ามมิให้บุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับการไกล่เกลี่ยใช้ข้อมูลดังต่อไปนี้ในการดำเนินคดีทางศาล

- (๑) ข้อเท็จจริงใด ๆ เกี่ยวกับการดำเนินการเพื่อการไกล่เกลี่ย
 - (๒) ความเห็นหรือข้อเสนอใด ๆ ซึ่งได้เสนอโดยผู้เกี่ยวข้องในการไกล่เกลี่ย
- ในกระบวนการไกล่เกลี่ย
- (๓) ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องในการไกล่เกลี่ยได้ยอมรับหรือปฏิเสธข้อเสนอในการไกล่เกลี่ยเพื่อยังให้เกิดการตกลงซึ่งได้เสนอโดยผู้ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ย

หมวด ๖

การพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหาย

มาตรา ๔๒ ให้คณะกรรมการประเมินเงินชดเชยวิเคราะห์สาเหตุแห่งความเสียหายเพื่อแจ้งให้สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายพิจารณาพัฒนาพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายรวมทั้งการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข แล้วให้สถานพยาบาลนั้นทำรายงานการปรับปรุงแก้ไขและส่งให้สำนักงานภายในหกเดือน

เมื่อสถานพยาบาลได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามแนวทางในวรรคหนึ่งแล้ว คณะกรรมการอาจนำมาประกอบการพิจารณากำหนดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามมาตรา ๒๑ ในทางที่เป็นคุณให้แก่สถานพยาบาลนั้นก็ได้

มาตรา ๔๓ ให้สำนักงานสนับสนุนสถานพยาบาล หน่วยงาน หรือองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมและพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายของผู้รับบริการสาธารณสุข เพื่อดำเนินกิจกรรมด้านการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายของผู้รับบริการสาธารณสุข และกิจกรรมด้านการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข โดยเสนอแผนงานต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติเงินกองทุนสำหรับใช้จ่ายในการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๔๔ สถานพยาบาลใดที่มีการพัฒนาระบบความปลอดภัยและป้องกันความเสียหายตามที่คณะกรรมการกำหนด คณะกรรมการอาจสั่งให้ลดอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามมาตรา ๒๑ ได้

หมวด ๗

การฟ้องคดีอาญาและบทกำหนดโทษ

มาตรา ๔๕ ในกรณีที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขถูกฟ้องเป็นจำเลยในคดีอาญารฐานกระทำการโดยประมาทเกี่ยวเนื่องกับการให้บริการสาธารณสุข หากศาลเห็นว่าจำเลยกระทำผิด ให้ศาลนำข้อเท็จจริงต่างๆ ของจำเลยเกี่ยวกับประวัติ พฤติการณ์แห่งคดี มาตรฐานทางวิชาชีพ การบรรเทาผลร้ายแห่งคดี การรู้สำนึกในความผิด การที่ได้มีการทำสัญญาประนีประนอมยอมความตามมาตรา ๓๓ หรือมาตรา ๓๔ การชดเชยเยียวยาความเสียหาย และการที่ผู้เสียหายไม่ตั้งใจให้จำเลยได้รับโทษ ตลอดจนเหตุผลอื่นอันสมควร มาพิจารณาประกอบด้วยในการนี้ ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใด หรือจะไม่ลงโทษเลยก็ได้

มาตรา ๔๖ ผู้ใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการ คณะกรรมการ
วินิจฉัยอุทธรณ์ หรือคณะอนุกรรมการ ตามมาตรา ๑๔ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน
หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

บทเฉพาะกาล

มาตรา ๔๗ ให้โอนภารกิจเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินช่วยเหลือ
เบื้องต้นที่ได้มีการกันไว้ตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๔๕ มาเป็นของสำนักงานหรือกองทุน แล้วแต่กรณี ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๔๘ ในกรณีที่มีการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา ๔๑
แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และยังไม่ได้มีการจ่ายเงินดังกล่าว
ให้แก่ผู้ยื่นคำร้อง ให้ถือว่าเป็นคำขอรับเงินค่าเสียหายตามมาตรา ๒๕ แห่งพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔๙ ในกรณีที่มีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา ๔๑ แห่ง
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ให้แก่ผู้ยื่นคำร้องไปแล้ว ผู้เสียหาย
หรือทายาทยังคงมีสิทธิที่จะยื่นคำขอตามพระราชบัญญัตินี้ได้อีก หากยังไม่พ้นกำหนดระยะเวลา
ตามมาตรา ๒๕ โดยให้หักเงินช่วยเหลือเบื้องต้นดังกล่าวออกจากเงินค่าเสียหายตาม
พระราชบัญญัตินี้ด้วย

มาตรา ๕๐ ให้รัฐมนตรีดำเนินการให้มีการคัดเลือกและแต่งตั้งกรรมการ
ตามมาตรา ๗ วรรคหนึ่ง (๓) (๔) และ (๕) เพื่อให้ได้คณะกรรมการตามพระราชบัญญัตินี้
ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัติฉบับนี้ใช้บังคับ

ในระหว่างที่ยังไม่มีกรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้รัฐมนตรีแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวนสิบเอ็ดคน โดยในจำนวนนี้ต้องเป็นผู้ทำงานในองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านคุ้มครอง
สิทธิผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพจำนวนหกคน เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์
สื่อสารมวลชน และการเจรจาไกล่เกลี่ยสาธารณสุข อย่างน้อยด้านละหนึ่งคน เป็นกรรมการ
ตามมาตรา ๗ วรรคหนึ่ง (๓) (๔) และ (๕)

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

.....
นายกรัฐมนตรี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล	นางสาวสกลวรรณ ไฉนวัฒน์
วันเดือนปีเกิด	16 พฤษภาคม 2520
วุฒิการศึกษา	นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย